

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.04.001

首次不同剖宫产方式对产妇术后腹壁、腹腔粘连性及再次剖宫产的影响

田加珍 朱慧莹 王川

缙云县人民医院妇产科,浙江 丽水 321400

【摘要】目的:探究首次实施不同剖宫产分娩的产妇对术后并发症及再次剖宫产的影响,并为产妇分娩方式的选择提供参考。**方法:**选取我院妇产科于2010年2月至2012年10月收治的120例再次行子宫下段横切剖宫产产妇,根据产妇首次剖宫产腹壁切口方式的不同进行分组。其中A组58例,为初次剖宫产腹壁中线纵切组;B组62例,为初次剖宫产腹壁横切组。记录两组产妇腹壁疤痕情况、盆腹腔粘连程度及再次剖宫产术中情况。**结果:**(1)A组产妇腹壁疤痕情况明显优于B组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。(2)A组产妇盆腹腔粘连发生率明显低于B组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。(3)A组开腹至胎儿娩出时间为(8.1 ± 2.3)min,手术总时间为(45.3 ± 8.2)min,术中出血量为(267.4 ± 68.2)mL,B组分别为(11.8 ± 3.1)min, (56.4 ± 9.6)min, (303.5 ± 78.3)mL,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:**首次剖宫产产妇选择纵切口术式能够降低盆腹腔粘连程度,并降低再次剖宫产的手术风险和损伤情况。

【关键词】 剖宫产;纵切口;横切口;疤痕情况;粘连

Impact of different methods of cesarean section on postoperative abdominal wall adhesions and subsequent cesarean birth TIAN Jiazhen, ZHU Huiying, WANG Chuan. Department of Obstetrics and Gynecology, Jinyun People's Hospital, Lishui 321400, China

【Abstract】 Objectives: To explore the impact of first implementation of cesarean section on postoperative complications and subsequent cesarean section in order to provide a reference for choosing the modes of delivery.

Method: 120 cases who were admitted into our hospital from February 2010 to October 2012 were selected and given lower uterine segment transverse cesarean section for the second time. They were grouped according to different initial abdominal incisions. 58 patients who had abdominal midline longitudinal cesarean section were in Group A; while 62 cases who had abdominal midline transverse cesarean section were in Group B. The abdominal wall scar, abdominal and pelvic adhesion degree and the second cesarean section situation of the two groups were recorded. **Results:** (1) The situation of abdominal wall scar of Group A was significantly better than that of Group B, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). (2) The pelvic peritoneal adhesion rate was significantly lower than that of Group B, with statistically significant difference ($P < 0.05$). (3) A group open to childbirth time was (8.1 ± 2.3) min, the total time for the operation (45.3 ± 8.2) min, the amount of intraoperative bleeding was (267.4 ± 68.2) mL, B group were (11.8 ± 3.1) min, (56.4 ± 9.6) min, (303.5 ± 78.3) mL, difference there were statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion:** Choice of longitudinal incision as the first implementation of cesarean section can reduce abdominal and pelvic adhesion degree and the cesarean section operation risk.

【Key words】 Cesarean section; Longitudinal incision; Transverse incision; Scar; Adhesion

【中图分类号】 R719.8

【文献标志码】 A

随着近年来麻醉学和医疗技术水平的提升,且人们生活水平的提高,越来越多的产妇对剖宫产分娩青睐有加^[1]。因为剖宫产能够缩短高危产妇产程,在抢救难产产妇方面发挥着极其重要的作用^[2];但剖宫产属于有创性手术,患者术后可因局部组织修复引发子宫疤痕,甚至盆腹腔脏器粘连,引起患者出现一系列的近期或远期并发症^[3];更有甚者,对于2次妊娠选择

剖宫产的产妇,首次剖宫产若存在明显的子宫疤痕,不仅会延长手术时间,更会增加术中出血量,增加母婴风险^[4],所以首次剖宫产切口方式的选择显得尤为关键。目前在临床上应用较广的切口方式包括子宫纵切口和横切口^[5]。笔者本次旨在探究两类剖宫产切口对患者近期术后并发症和2次剖宫产手术的影响,现报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取我院妇产科于2010年2月至2012年10月收治的120例再次行子宫下段横切剖宫产产妇,年龄为28~40岁,平均年龄为(35.2 ± 1.5)岁。纳入标准:产妇不存在其他心、肝、肾等

【基金项目】 国家自然科学基金面上项目(2012-RG/RH-0010)。

【第一作者简介】 田加珍(1965-),女,副主任医师,主要从事妇产科临床诊治与研究。

重要脏器疾患,不存在精神心理疾患,首次分娩采取子宫下段剖宫产方式,不存在除剖宫产外其他腹部手术史,对本次研究知悉并签署知情同意书。根据产妇首次剖宫产腹壁切口方式的不同进行分组,分别设为A组和B组。其中A组为初次剖宫产腹壁中线纵切组,共58例,年龄为29~40岁,平均年龄为(34.8±1.4)岁,平均孕龄为(37.2±1.3)周,距上次剖宫产时间为(5.7±1.5)年;有流产史为7例(12.1%),胎儿体重为(3.2±0.6)kg,枕前位40例,臀位9例,横位9例。B组为初次剖宫产腹壁横切组,共62例,年龄为28~39岁,平均年龄为(35.6±1.7)岁,平均孕龄为(38.1±1.4)周,距上次剖宫产时间为(5.5±1.3)年;有流产史为8例(12.9%),胎儿体重为(3.1±0.7)kg,枕前位42例,臀位9例,横位11例。两组产妇年龄、孕周、身高、体重、距上次剖宫产时间、流产史、胎儿大小及胎位等方面差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

两组患者麻醉方式均采取硬膜外麻醉处理。其中A组由妇产科医生主刀按照原先纵切口位置剥离皮肤上的疤痕,再小心分离部分粘连组织,最后暴露子宫下段,行子宫下段横切口取出胎儿。B组产妇按照原先横切口位置进行皮肤疤痕剥离,钝性撕开皮下脂肪层,横行切开浅筋膜,之后钝性分离腹直肌后进入腹腔内,其余操作与A组相同。

1.3 观察项目

(1)记录两组患者盆腹腔粘连情况,主要包括大网膜粘连、腹腔粘连及膀胱腹膜反折粘连等。(2)记录两组患者手术情况,包括开腹始至胎儿娩出所需时间、手术全程所需时间及术中出血量,其中术中出血量采取容积法进行计量。(3)记录两组患者术后第3个月末腹壁疤痕情况:疤痕纤细:疤痕宽度<3mm,在局部触摸无局部突出感;疤痕中等:3mm≤疤痕宽度<5mm,局部突起不明显;疤痕明显:疤痕宽度≥5mm,触摸可感受到明显的突起。

1.4 统计学方法

由专人收集数据并录入SPSS19.0软件进行处理,其中计量资料以均数±标准差($\bar{x}±s$)表示,组间比较采取 t 检验;计数资料以率作为统计描述,采取 χ^2 检验。 $P<0.05$ 说明差异有明显统计学意义。

2 结果

2.1 两组产妇疤痕情况比较

A组产妇腹壁疤痕情况明显优于B组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 两组产妇疤痕情况比较(例)

组别	例数	疤痕纤细	疤痕中等	疤痕明显
A组	58	29	26	3
B组	62	11	38	13

注: $\chi^2=8.074, P<0.05$

2.2 两组产妇盆腹腔粘连情况

A组产妇盆腹腔粘连发生率明显低于B组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

表2 两组产妇盆腹腔粘连情况(例)

组别	例数	大网膜粘连	腹腔粘连	膀胱腹膜反折粘连
A组	58	4	6	3
B组	62	10	15	8

注: $\chi^2=11.452, P<0.05$

2.3 两组产妇手术情况比较

A组产妇开腹至胎儿娩出时间为(8.1±2.3)min,手术总时间为(45.3±8.2)min,术中出血量为(267.4±68.2)mL;B组分别为(11.8±3.1)min,(56.4±9.6)min,(303.5±78.3)mL,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表3。

表3 两组产妇手术情况比较($\bar{x}±s$)

组别	例数	开腹至胎儿娩出时间(min)	手术总时间(min)	术中出血量(ml)
A组	58	8.1±2.3*	45.3±8.2*	267.4±68.2*
B组	62	11.8±3.1	56.4±9.6	303.5±78.3

注:与B组相比,* $P<0.05$

3 讨论

近年来剖宫产率在我国呈现逐年增高趋势,剖宫产具有自然分娩无法替代的优势^[6],它能降低产妇难产、胎儿宫内窘迫的发生率^[7],同时还能避免软产道裂伤的发生^[8]。但剖宫产可能会导致麻醉不良并发症出现,同时会引起局部切口脂肪液化^[9]、炎症感染及疤痕粘连的危险^[10]。剖宫产属于有创性损伤手术,产妇在术后可能会出现不同程度的盆腹腔内部脏器粘连,这对再次接受剖宫产分娩的产妇而言无疑增加了手术难度^[11]。所以,近年来对首次剖宫产切口方式的选择逐渐引起国内外专家学者的广泛重视,因为首次切口方式直接会影响第2次剖宫产分娩的难易程度^[12]。当前在国内应用较为普遍的剖宫产术式包括腹壁纵切口和横切口,其中腹壁纵切口具有操作简单、娩出胎儿较便捷及延长手术切口的优点,但术后局部切口容易发生牵拉,引起切口裂开导致切口长期迁延不愈^[13]。横切口是一类改良的子宫剖宫产方式,该术式采取撕开下腹壁替代以往刀口切开方式,能避免重要血管及神经受到损伤,且术中可不缝合腹膜反折处,但该术式会引起产妇术后出现严重的疤痕粘连^[14]。

本次研究结果显示,A组产妇疤痕情况明显优于B组($P<0.05$)。因为纵切口是顺着腹直肌走向,能最大限度减少腹直肌撕裂,同时还能延长手术切口,减少腹肌组织的大面积剥离,进而有利于切口部位组织修复,改善疤痕情况。而横切口需要撕开腹直肌,会大面积破坏肌肉纹路,大大增加了疤痕组织粘连机会,且开腹切口长,创面大,最终随着组织修复演变为明显疤痕。另外,A组盆腹腔粘连情况明显低于B组($P<0.05$)。横切口需要剥离大面积腹直肌,术后导致不同程度的纤维组织增生,引发腹壁出现严重粘连。另外,横切口剖宫产后,随着胎儿娩出导致腹内压下降,可使腹壁出现明显松弛,而横切口导致盆腹直肌和腹膜剥离面较大,导致切开的腹膜切口无法有效吻合,再加上切口部位存在出血、缝线较多等因素,大大增加

了盆腔粘连和腹膜粘连程度^[15]。A组术中出血量和手术总时间均优于B组($P < 0.05$)。B组开腹时发现前鞘、腹肌、后鞘与腹膜往往粘连紧密,有的甚至子宫下段与腹壁肌层完全粘连,解剖层次模糊、分离较困难,这也是B组进腹至胎儿娩出时间和手术总时间明显长于A组的重要原因;B组因局部组织瘢痕弹性较差,需切断腹直肌而造成术中出血量较A组多,这无形中增加了胎儿娩出的时间和难度。

综上所述,首次剖宫产选择纵切口术式能够减轻局部疤痕程度,并降低盆腹腔粘连程度,同时还能降低再次剖宫产分娩产妇的风险和损伤。

参 考 文 献

- [1] 陈英. 初次不同剖宫产手术方式对术后腹腔腹壁粘连及再次剖宫产的影响观察. 航空航天医学杂志, 2012, 23(8): 942-943.
- [2] 范海燕, 李艳春, 刘爱荣, 等. 改良子宫切口方式在二次剖宫产术中的应用. 山东医药, 2013, 53(15): 95-96.
- [3] 王焕荣. 腹壁纵横不同切口对重复剖宫产术的影响. 浙江临床医学, 2009, 11(11): 1193-1194.
- [4] 蒋馥霞, 马九珍. 不同剖宫产术式对再次剖宫产的影响. 广西医学, 2013, 35(2): 222-223.
- [5] 邹舟玥, 易凤琼. 不同切口保护法对剖宫产手术切口细菌生长的影响. 中华现代护理杂志, 2012, 18(32): 3942-3943.

- [6] 李群. 剖宫产手术切口两种缝合法的对比研究. 中国美容医学, 2010, 19(2): 175.
- [7] 梁辉标. 腹部横切口与纵切口对再次剖宫产术的影响. 浙江中医药大学学报, 2010, 34(2): 200-201.
- [8] 高明. 剖宫产切口瘢痕妊娠10例分析. 中国基层医药, 2011, 18(7): 958-959.
- [9] Ingela Wiklund, Ellika Andolf, Hakan Lilja, et al. Indications for cesarean section on maternal request - Guidelines for counseling and treatment. Sexual & Reproductive Healthcare, 2012, 3(3): 99-106.
- [10] Villar J, Carroli G, Zavaleta N, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. BMJ, 2007, 4(335): 1025-1027.
- [11] 沈润华. 第二产程剖宫产对母婴的影响及对策. 中国性科学, 2013, 22(2): 50-52.
- [12] 王科娜, 王良飞, 袁爱娟. 首次剖宫产术式对再次剖宫产手术的影响. 江苏医药, 2013, 39(10): 1186-1187.
- [13] 李贺华. 不同剖宫产术式对再次剖宫产术的临床意义. 中国医药导刊, 2012, 14(7): 1162-1163.
- [14] 刘世英. 两种剖宫产手术方式对再次剖宫产的影响观察. 中国妇幼保健, 2013, 28(19): 3195-3196.
- [15] 肖丽敏. 再次剖宫产术中出血的临床分析. 中外医学研究, 2012, 10(19): 30-31.

(收稿日期: 2013-09-18)

· 性医学 ·

DOI: 10.3969/j.issn.1672-1993.2014.04.002

宫颈液基薄层细胞检测联合 HPV 检查在宫颈癌筛查中的应用

张菁云 蔡明霞

德清县中医院妇产科, 浙江 湖州 313200

【摘要】目的:探讨宫颈液基薄层细胞检测联合 HPV 检查在宫颈癌筛查中的应用价值。**方法:**应用宫颈液基薄层细胞检测和 HPV 检查以及两种方法的联用, 对 5586 名妇女进行宫颈癌筛查, 并与阴道镜活检的结果进行比对。**结果:**细胞学检查结果显示, ASCUS 411 例(占 7.36%), LSIL 105 例(占 1.88%), HSIL 67 例(1.20%), SCC 10 例(0.18%)。而单用 HPV 检查, 发现阳性患者 890 例, 且随着宫颈病变级别升高, 高危型 HPV 感染率增加($P < 0.05$)。宫颈液基细胞学检查联用 HPV 检查与两种方法单独应用相比能明显提高检查的特异性和阳性预测值, 并能降低假阳性率。与此同时, 先进行 HPV 检查, 后进行细胞学检查的方案, 具有较高的特异性和阳性预测值, 同时假阳性率和假阴性率较低, 明显优于先进行细胞学检查, 后进行 HPV 检查的方案。**结论:**先进行 HPV 检查, 后进行细胞学检查的方案对宫颈癌的筛查准确性高, 不失为一种先进的宫颈癌筛查方法。

【关键词】 宫颈癌; 液基薄层细胞学; 人乳头瘤病毒; HPV

Thinprep cytology test combined with HPV test in cervical cancer screening ZHANG Jingyun, CAI Mingxia.
Department of Obstetrics and Gynecology, Deqing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Huzhou 313200, China

【Abstract】 Objectives: To investigate the value of thinprep cytology test combined with HPV test in cervical

【基金项目】 2012 年浙江省中医药科学研究基金计划(B类)(2012ZB152)。

【第一作者简介】 张菁云 (1972-), 女, 副主任医师, 主要从事妇产科临床诊治与研究工作。

cancer screening. **Method:** 5,586 women were screened for cervical cancer with the method of thinprep cytology test, HPV test and the combined 2 tests. The colposcopic biopsy results were compared. **Results:** There were 411 cases of ASCUS (7.36%), 105 cases of LSIL (1.88%), 67 cases of HSIL (1.20%) and 10 cases of SCC (0.18%). The results of the HPV test showed that there were 890 positive cases. Moreover, with the level of cervical lesions graded, high-risk HPV infection increased as well ($P < 0.05$). Thinprep cytology test combined with HPV test could significantly improve the specificity and positive predictive check value, as well as reduce the false positive rate. In addition, HPV test followed by cytology test had high specificity and positive predictive value, with low false positive rate and false negative rate than the initial cytology test followed by HPV test. **Conclusion:** HPV test followed by cytology test has higher specificity for cervical cancer.

【Key words】 Cervical Cancer; Thinprep Cytology; Human Papillomavirus; HPV

【中图分类号】 R711.74

【文献标志码】 A

宫颈癌是一种常见的妇科恶性肿瘤。有研究表明^[1],全球该疾病的每年新发病例高达 46.6 万,而在我国每年新增病例数超过 10 万,高于全球宫颈癌新发病例总数的五分之一,且患者有明显的年轻化趋势^[2],已经成为我国女性健康的重大威胁。目前主流观点认为^[3],宫颈癌本质上是一种感染性疾病,而高危型人乳头瘤病毒(HPV)持续感染就是其主要的诱因,据统计^[4],90% 以上的宫颈癌伴随 HPV 感染。已有临床研究表明,早期宫颈癌患者 5 年治愈率高达 90%^[5],所以针对该疾病早期的筛查和治疗显得尤为重要。目前主要的检测手段有巴氏涂片法、宫颈液基细胞学检查、阴道镜活检、宫颈和宫颈管组织活检及 HPV 检查等。本研究联合了宫颈液基细胞学检查和 HPV 检查,探讨了这两种方法联用的方案在宫颈癌筛查中的应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析 2009 年 10 月至 2012 年 10 月在我院接受宫颈癌筛查的妇女 5586 名,年龄 26 ~ 58 岁,平均(37.8 ± 8.6)岁。所有妇女在检查时均处于非妊娠期及非月经期,且 24h 内未进行性生活或阴道局部用药。

1.2 检查方法

1.2.1 宫颈液基细胞学检查 采用膜式液基薄层细胞学检测系统,将宫颈细胞采集刷插入子宫颈内,同向缓慢旋转 6 周,然后将采集器取出,放入装有细胞保存液的收集瓶内,后经过振荡洗涤使采集器上的细胞进入瓶内液体中,作为宫颈液基细胞学检查和 HPV 检查的样本。然后采用自动制片机制成 2cm 直径的薄层细胞涂片,95% 的乙醇固定,自动染色后供分析扫描,结果由细胞病理学医师阅片后依据 TBS 诊断标准进行诊断^[6]。

1.2.2 HPV 检查 采用亚能公司 per 方法学 HPV 分型检测试剂盒检测 HPV - DNA 含量,检查样本的收集与宫颈液基细胞学检查相同。该试剂盒可同时进行 13 种高危型 HPV - DNA 检测,检出限度 1pg/mL,当 RLU_s/CO < 1.0 为阴性,RLU_s/CO ≥ 1.0 时为 HPV - DNA 阳性。

1.2.3 细胞学检查和 HPV 检查的联用两种方法的联用有以下两种方案:①先进行 HPV 检查,若检查结果为阳性则进行细胞学检查,如果结果进一步为意义不明的不典型鳞状细胞(ASCUS)及以上则参照阴道镜活检;②先进行细胞学检查,如结果为 ASCUS 则进行 HPV 检查,细胞学检查结果为 LSIL 及以上或 HPV 阳性则参照阴道镜活检。

1.2.4 阴道镜检测^[7] 所有研究对象均进行阴道镜检查。用 4% 的醋酸浸润宫颈 1 ~ 2 min,观察鳞状上皮、柱状上皮及转化区的颜色、形态及血管,最后进行碘染色试验。阴道镜下观察到醋白上皮、点状血管、镶嵌、异型血管及碘试验阴性为阴道镜检查阳性的位置为取材部位。检查正常的患者于宫颈 3、6、9、12 点处取材。对存在病变的患者于病变处取材。

1.4 统计学分析

使用 SPSS17.0 统计学软件包,两样本计数资料的组间比较采用 χ^2 检验,检验标准 $\alpha = 0.05$,以 $P < 0.05$ 具有统计学意义。

2 结果

2.1 宫颈液基细胞学检查结果

5586 名受检妇女中,按 TBS 分级:意义不明的不典型鳞状细胞(ASCUS)411 例(占 7.36%),低度鳞状上皮内病变(LSIL)105 例(占 1.88%),高度鳞状上皮内病变(HSIL)67 例(1.20%),鳞状细胞癌(SCC)10 例(0.18%)。见表 1。

表 1 患者宫颈液基细胞学检测与病理学检测结果

	病理学检测					总计
	ASC - US	LSIL	HSIL	SCC	正常	
宫颈液基细胞学检测						
ASC - US	405	5	1	0	0	411
LSIL	30	69	1	2	3	105
HSIL	4	2	59	2	0	67
SCC	0	0	0	9	1	10
正常	135	0	0	0	4858	4993
总计	574	76	61	13	4862	5586

2.2 HPV 检查结果

5586 名受检妇女中,阳性 890 例(15.93%)。其中正常或慢性炎症、CIN I、CIN II、CIN III、SCC 的 HPV 感染率分别为 22.31%、76.84%、87.11%、98.01%、100%,随着宫颈病变级别升高,高危型 HPV 感染率增加($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 阴道镜活检结果

受检者共计 885 名,其中 SCC 13 例(1.47%),CIN III 61 例(6.89%),CIN II 76 例(8.59%),CIN I 574 例(64.86%),正常或慢性炎症 160 例(18.08%)。

表2 患者 HPV-DNA 检测与病理学检测结果

	病理学检测					总计
	ASC-US	LSIL	HSIL	SCC	正常	
HPV-DNA						
+	441	66	60	13	310	890
-	133	10	1	0	4552	4696
总计	574	76	61	13	4862	5586

2.4 宫颈液基细胞学检查和 HPV 检查的评价结果

HPV 检查敏感性显著高于其它方法,假阳性率显著高于其它方法,假阴性率显著低于其它方法,差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。HPV 敏感性比细胞学检查高,但特异性低于细胞学检查。细胞学检查与 HPV 检查的联用能明显提高检查的特异性和阳性预测值,也能降低假阳性率。两种联用方案相比,敏感度和特异性相近,但是先进行 HPV 检查,后进行细胞学检查的方案,具有较高的特异性和阳性预测值,同时假阳性率和假阴性率较低,明显优于先进行细胞学检查,后进行 HPV 检查的方案。见表3。

表3 宫颈液基细胞学检查和 HPV 检查的评价结果

检查方法	敏感度	特异性	阳性预测	阴性预测	假阳性率	假阴性率
LCT	70.56	99.92	98.54	97.29	0.00	23.52
HPV	76.83	93.62	76.03	96.93	6.38	23.17
HPV→LCT	79.25	99.81	99.80	98.64	4.81	20.23
LCT→HPV	77.71	99.22	99.69	98.38	5.98	21.76

注:敏感性与特异性计算公式:敏感性 = 真阳性 / (真阳性 + 假阴性) × 100%; 特异性 = 真阴性 / (真阴性 + 假阳性) × 100%

3 讨论

宫颈癌是最严重的宫颈病变,严重威胁女性身体健康。世界卫生组织发布的报告表明^[8],宫颈癌由宫颈上皮内瘤变(CIN)发展成宫颈癌大约需经历10年时间。而宫颈癌如果能尽早检出,并采取针对性治疗,往往能有较好的预后,原位癌手术切除子宫后5年生存率达100%,CIN I级、CIN II级局部治疗的治愈率高达90%以上^[9,10],因此,针对该疾病早期的筛查和治疗可大大降低宫颈癌的发病率和致死率,是宫颈癌防治的关键。

对于该疾病的筛查,传统方法是由 PaPanicolau^[11] 在1943年首先应用的宫颈涂片巴氏染色及分级法,但随着科技的进步,该方法的局限性逐渐暴露,特别是其涂片质量差、取样器样本残留、假阴性发生率高,最终导致其被宫颈液基细胞学检查所代替。宫颈液基薄层细胞涂片技术,在传统涂片法的基础之上,采用特制取样器全面收集宫颈脱落细胞,并在标本取出后立即放入细胞保存液中,能更好的保存取样器获得的样本,除去了标本固定不可靠引起的干扰,也排除了样本中血液、黏液的影响,能获得更加清晰的局部细胞结构,提高了检查的敏感度^[12,13]。目前已有大量流行病学及分子生物学资料证明,HPV 感染是宫颈癌及宫颈上皮肉瘤样病变的主要病因,因此针对宫颈癌的 HPV 检查应运而生,用于临床的主要有美国 Digene

的杂交捕获第二代和华美生物的 HPV16/18-DAN 引物检测(PCR)^[14,15]。正由于 HPV 感染与宫颈癌的关系,宫颈液基细胞学检查联合 HPV 检查更能有效的对宫颈癌进行筛查。

本研究中,共有5586名妇女接受了宫颈液基细胞学检查和 HPV 检查。单用细胞学检查结果显示,检出意义不明的不典型鳞状细胞(ASCUS)411例(占7.36%),低度鳞状上皮内病变(LSIL)105例(占1.88%),高度鳞状上皮内病变(HSIL)67例(1.20%),鳞状细胞癌(SCC)10例(0.18%)。而单用 HPV 检查,发现阳性患者890例,且随着宫颈病变级别升高,高危型 HPV 感染率增加($P < 0.05$)。宫颈液基细胞学检查联用 HPV 检查与两种方法单独应用相比能明显提高检查的特异性和阳性预测值,并能降低假阳性率。与此同时,先进行 HPV 检查,后进行细胞学检查的方案,具有较高的特异性和阳性预测值,同时假阳性率和假阴性率较低,明显优于先进行细胞学检查,后进行 HPV 检查的方案。

参 考 文 献

- [1] 王临虹,邱琇,郑容敏,等.我国宫颈癌流行病学状况及防治策略的回顾与展望.中国妇幼卫生杂志,2010,1(3):146-149.
- [2] 叶倩,饶金,郜红艺,等.754例宫颈癌流行病学分析.中国妇幼保健,2013(28):3068-3070.
- [3] 陈赛斐. HPV 在宫颈炎、宫颈癌前病变、宫颈癌中的检测及意义分析.中国妇幼保健,2011(26):2392-2393.
- [4] 黄桂凤,周霓,莫秀英.高危型 HPV 感染与宫颈癌前病变及宫颈癌的相关性分析.中国医药指南,2011,9(18):12-13.
- [5] 陆晓楣,李晶,刘畅浩,等.年轻宫颈癌患者的病理特点和预后分析.中国妇产科临床杂志,2011,12(1):10-13.
- [6] JU Xingzhu, YANG Jinming, ZHOU Xiaoyan, et al. Emmprin expression as a prognostic factor in radio therapy of cervical cancer. Clinical Cancer Research, 2008, 14(2):494-495.
- [7] 吴海红.关于宫颈癌手术一病理分期的研究进展.蚌埠:蚌埠医学院,2012.
- [8] 陈国强,韦丽艳.宫颈癌筛查中液基薄层细胞学检查与巴氏涂片法的对比研究.国际检验医学杂志,2011,32(17):1996-1997.
- [9] 张晓云,周芯亿.宫颈液基薄层细胞学(TCT)在宫颈癌筛查中的应用.泸州医学院学报,2011,34(1):77-78.
- [10] 郑文华,李可瑜,唐璇霓.薄层液基细胞学联合 HPV 检测在宫颈癌筛查中的应用.广东医学,2013,7(34):2189-2191.
- [11] Pan QJ, Hu SY, Zhang X, et al. Pooled analysis of the performance of liquid-based cytology in population-based cervical cancer screening studies in China. Cancer Cytopathol, 2013, 121(9):473-482.
- [12] 陶彩霞,周晓艳.宫颈液基细胞学与巴氏涂片在宫颈病变检查中的应用研究.中国性科学,2013,22(6):6-8.
- [13] Zhao FH, Lin MJ, Chen F, et al. Performance of high-risk human papillomavirus DNA testing as a primary screen for cervical cancer: a pooled analysis of individual patient data from 17 population based studies from China. Lancet Oncol, 2011, 12(1):11.
- [14] 田月赐. TCT 和阴道镜检及组织活检在宫颈病变中的应用.中国妇幼保健,2011,26(10):1557-1558.
- [15] 刘鹏. HPV-DNA 分型检测联合 TCT 检查在宫颈病变筛查中的应用.河北医药,2012,34(18):2805-2806.

(收稿日期:2013-10-08)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.04.003

腹腔镜手术与开腹手术对妇科盆腔手术患者术后生殖系统功能影响的对照研究

谢玲¹ 徐金贵² 程艳芬¹ 赖素萍¹

1 开化县中医院妇产科,浙江 衢州 324300

2 衢州市人民医院妇科,浙江 衢州 324000

【摘要】目的:观察及比较腹腔镜手术与开腹手术对妇科盆腔手术患者术后生殖系统功能的影响。**方法:**选取2010年9月至2013年4月于本院进行妇科盆腔手术治疗的98例患者为研究对象,将其根据手术方式分为A组(开腹手术组)49例和B组(腹腔镜手术组)49例,然后将两组患者手术前和手术后1个月、3个月的卵巢功能指标、国际女性性功能评估量表评分及月经异常发生率进行比较。**结果:**B组手术后的卵巢功能指标波动均小于A组,国际女性性功能评估量表评分均好于A组,月经异常发生率低于A组, P 均 < 0.05 ,均有显著性差异。**结论:**腹腔镜手术对妇科盆腔手术患者术后生殖系统功能的不良影响小于开腹手术,临床应用价值相对更高。

【关键词】 腹腔镜手术;开腹手术;妇科盆腔手术;生殖系统功能;影响

Influence of endoscopic operation and laparotomy on the reproductive function of patients after gynecological pelvic operations XIE Ling¹, XU Jingui², CHENG Yanfen¹, LAI Suping¹. 1. Department of Gynecology and Obstetrics, Kaihua County Hospital of Traditional Chinese Medicine, Quzhou 324300, China; 2. Department of Gynecology, The People's Hospital of Quzhou, Quzhou 324000, China

【Abstract】 Objectives: To observe and compare the influence of endoscopic operation and laparotomy on the reproductive function of patients after gynecological pelvic operations. **Method:** 98 patients receiving gynecological pelvic operations between September 2010 and April 2013 were divided into group A (the laparotomy group) and group B (the endoscopic operation group, with 49 patients in each group). Then we compared the ovarian function indexes, evaluation of the female sexual function index and incidence of abnormal menstruation in the 2 groups one month and 3 months before and after operation. **Results:** As for Group B, the fluctuation of ovarian function indexes were smaller, the evaluation of the female sexual function index were better and the incidence of abnormal menstruation were lower than those in group A. The differences were statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion:** The endoscopic operation had relatively high clinical value as its influence on the reproductive function of patients was less severe.

【Key words】 Endoscopic operation; Laparotomy; Gynecological pelvic operation; Reproductive system function; Influence

【中图分类号】 R167

【文献标志码】 A

妇科盆腔手术的临床开展率较高,且随着医学技术的不断发展和经验的不断增长,手术效果日益改善,但手术作为有创性治疗方式,其不良影响也必然存在。加之临床对手术创伤及不良影响控制要求程度不断提升,已成为临床手术评估的要点,也即成为评估手术应用价值的重要指标^[1]。生殖系统作为盆腔手术中影响较大的方面,手术对其功能影响的研究极为必要。本文中我们就腹腔镜手术与开腹手术对妇科盆腔手术患者术后生殖系统功能的影响进行研究和比较,现分析如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取2010年9月至2013年4月于本院进行妇科盆腔手术治疗的98例患者为研究对象,根据手术方式将其分为A组(开腹手术组)49例和B组(腹腔镜手术组)49例。A组的49例患者年龄20~37岁,平均年龄(29.6±4.8)岁;已婚41例,未婚8例;有生育史者38例,无生育史者11例;手术种类:卵巢囊肿剔除术18例,子宫内膜异位症手术患者23例,其他手术8例。B组的49例患者年龄20~38岁,平均年龄(29.7±4.7)岁;已婚42例,未婚7例;有生育史者38例,无生育史者11例;手术种类:卵巢囊肿剔除术18例,子宫内膜异位症手术患者24例,其他手术7例。两组的年龄、婚育情况及手术种类方面均无显著性差异, P 均 > 0.05 ,具有可比性。

【基金项目】衢州市科技计划项目(20111087)。

【第一作者简介】谢玲(1970-),女,副主任医师,主要从事妇产科临床诊治与研究工作。

1.2 方法

A组患者以常规的开腹手术进行治疗, B组患者则以腹腔镜手术进行治疗, 两组患者的手术均顺利进行, 术中无异常情况发生。然后将两组患者手术前和手术后1个月、3个月的卵巢功能指标、国际女性性功能评估量表评分及月经异常发生率进行比较。其中卵巢功能检测指标包括血清促卵泡激素(FSH)、促黄体激素(LH)及卵泡数目(Fn), 分别采用酶联免疫法和彩色多普勒超声诊断仪进行检测。

1.3 性功能评价标准

采用国际女性性功能评估量表对两组资料的性功能进行评分。该量表中含有7个子量表, 包括22个问题, 涉及对患者的性欲、性唤起、性生活频率、性生活接受程度、性高潮、性关系满意程度及性行为症状方面的评估, 每个方面均以分值越高表示功能状态越好^[2]。

1.4 统计学处理

本研究中涉及的数据包括计量资料与计数资料两类, 其中前者包括年龄、卵巢功能指标、国际女性性功能评估量表评分, 后者则包含除计量资料外的其他数据, 其分别采用软件SPSS14.0进行t检验与χ²检验处理, P<0.05为有显著性差异。

2 结果

2.1 两组患者手术前后的卵巢功能指标比较

手术前两组患者的卵巢功能指标比较, P均>0.05, 均无显著性

差异, 而手术后1个月及3个月B组的FSH、LH均低于A组, 而Fn则高于A组, P均<0.05, 两组患者术后均有显著性差异。见表1。

表1 两组患者手术前后的卵巢功能指标比较

组别	FSH(U/L)	LH(U/L)	FN(个)
A组(n=49)			
手术前	19.25±1.66	18.05±1.57	9.35±1.13
手术后1个月	27.34±2.21	25.78±1.88	6.43±1.01
手术后3个月	25.46±2.18	24.62±1.83	6.82±1.05
B组(n=49)			
手术前	19.26±1.63	18.03±1.58	9.32±1.15
手术后1个月	22.01±2.07*	21.14±1.76*	8.64±1.10*
手术后3个月	20.32±1.89*	20.25±1.68*	9.05±1.12*

注: 手术后1个月及3个月与A组同期比较, *P<0.05

2.2 两组患者手术前后的国际女性性功能评估量表评分比较

手术前两组患者的国际女性性功能评估量表评分比较, P均>0.05, 均无显著性差异, 而手术后1个月及3个月B组的国际女性性功能评估量表评分均高于A组, P均<0.05, 两组患者术后均有显著性差异。见表2。

表2 两组患者手术前后的国际女性性功能评估量表评分比较(分) $\bar{x} \pm s$

组别	性欲	性唤起	性生活频率	性生活接受程度	性高潮	性关系满意程度	性行为症状
A组(n=49)							
手术前	6.85±0.23	6.76±0.20	5.25±0.18	7.15±0.23	5.54±0.19	7.78±0.26	4.42±0.20
手术后1个月	3.20±0.14	3.05±0.11	2.05±0.12	3.81±0.14	2.07±0.10	3.41±0.16	2.01±0.09
手术后3个月	4.01±0.16	3.46±0.13	2.27±0.13	4.20±0.16	2.65±0.12	3.89±0.18	2.23±0.10
B组(n=49)							
手术前	6.86±0.22	6.78±0.19	5.24±0.19	7.17±0.21	5.56±0.18	7.79±0.25	4.43±0.19
手术后1个月	5.75±0.19*	5.48±0.16*	4.84±0.16*	6.23±0.18*	4.56±0.14*	5.98±0.20*	3.85±0.15*
手术后3个月	6.26±0.20*	6.41±0.18*	5.10±0.17*	7.34±0.24*	4.98±0.16*	6.71±0.22*	4.25±0.17*

注: 手术后1个月及3个月与A组比较, *P<0.05

2.3 两组患者手术后的月经异常发生率比较

两组患者均为术前月经无异常者, 手术后1个月及3个月

B组的月经异常发生率均低于A组, P均<0.05, 两组患者术后均有显著性差异。见表3。

表3 两组患者手术后的月经异常发生率比较[n(%)]

组别	周期异常		经期异常		经量	
	异常	正常	异常	正常	异常	正常
A组(n=49)						
手术后1个月	7(14.29)	42(85.71)	8(16.33)	41(83.67)	12(24.49)	37(75.51)
手术后3个月	6(12.24)	43(87.76)	6(12.24)	43(87.76)	10(20.41)	39(79.59)
B组(n=49)						
手术后1个月	1(2.04)*	48(97.96)	1(2.04)*	48(97.96)	2(4.08)*	47(95.92)
手术后3个月	0(0.00)*	49(100.00)	1(2.04)*	48(97.96)	1(2.04)*	48(97.96)

注: 手术后1个月及3个月与A组比较, *P<0.05

3 讨论

盆腔手术是妇科手术中所占比例较高者,可对疾病进行有效治疗,但是对机体造成的手术性负面影响也较为明显。虽然随着医学技术的不断发展,对这种不良影响的控制效果正在逐步提升,但这种不良影响仍不同程度存在^[3,4]。此外,妇科盆腔手术必然对生殖系统造成一定程度的不良影响,而这种不良影响的存在可能影响到患者的康复效果和今后的生育等,故认为对于患者生殖系统的影响程度是评估手术价值的重要指标之一^[5,6]。近年来,临床中对于妇科盆腔手术的微创术式研究日益增多,经验日益积累,效果也日益提升,而其对患者的生殖系统综合影响程度的研究仍相对不足^[7],因此对其进行研究的价值仍较高。

本研究中我们对腹腔镜手术与开腹手术对妇科盆腔手术患者术后生殖系统功能的影响进行比较,结果显示:腹腔镜手术治疗的患者其生殖系统受到的不良影响相对较小,表现为其术后的卵巢功能指标波动更小,且恢复更快;同时患者的术后性功能状态也处于相对更好的状态;患者术后的月经异常发生率也明显低于开腹手术,从而较为全面地肯定了腹腔镜手术对患者生殖系统负面影响更小的优点,也从此方面肯定了其临床应用的价值;而这均与腹腔镜手术的微创特点有关,其对周围组织的不良影响控制更好,因此盆腔内的生殖系统受到的手术性不良影响也即更小^[8-15]。综上所述,我们认为腹腔镜手术对妇科盆腔手术患者术后生殖系统功能的不良影响小于开腹手术,临床应用价值相对更高。

参 考 文 献

- [1] 陈宜斌. 腹腔镜手术与开腹手术治疗妇科疾病的疗效分析. 腹腔镜外科杂志, 2013, 18(3): 235-237.
- [2] 于世霞, 王殊, 谢霞. 异位妊娠腹腔镜手术不同方法对生殖能力的影响. 中国误诊学杂志, 2012, 12(5): 1047.
- [3] 鲁泽春, 张唯一, 邹杰, 等. 腹腔镜输卵管切除或保留手术对输卵管妊娠患者生殖潜能的影响. 解放军医学杂志, 2013, 38(5): 400-403.

- [4] 符爱珍, 张颖, 廖靖. 腹腔镜保守手术对输卵管妊娠并存输卵管病变患者术后生育能力的影响. 中国现代医药杂志, 2013, 15(2): 23-27.
- [5] Prez - Rodríguez O, Ortiz - Oramas A, Stuart - Vazquez B. Laparoscopic management of an adnexal torsion with transabdominal oophorectomy performed in a first trimester pregnant woman; a case report. Bol Asoc Med P R, 2013, 105(1): 40-41.
- [6] 周敏, 唐良菘. 妇科手术与女性性功能. 中国男科学杂志, 2009, 23(12): 66-69.
- [7] 江楠, 岳倩, 段玉英, 等. 垂体后叶素水分离法在腹腔镜下卵巢子宫内异位囊肿剔除术中的应用及对卵巢功能的影响. 现代妇产科进展, 2013, 22(7): 581-583.
- [8] Ardovino M, Castaldi MA, Fraternali F, et al. Bidirectional barbed suture in total laparoscopic hysterectomy and lymph node dissection for endometrial cancer: technical evaluation and 1 - year follow - up of 61 patients. J Laparoendosc Adv Surg Tech A, 2013, 23(4): 347-350.
- [9] 陈新艳, 水旭娟, 陈育梅, 等. 多角度评价腹腔镜卵巢良性肿瘤剔除术后卵巢功能的变化. 温州医学院学报, 2013, 43(4): 237-240.
- [10] 侯湘平, 吴仕元, 宋学兰, 等. 卵巢良性囊肿剔除术不同止血方式对育龄女性卵巢功能及生存质量的近期影响. 中国医师进修杂志, 2013, 36(3): 45-47.
- [11] 唐龙英. 腹腔镜手术和开腹手术治疗盆腔脓肿的比较. 中华现代妇产科学杂志, 2007, 4(5): 56-57.
- [12] 白文佩, 孙玉凤, 秦小琪, 等. 腹腔镜手术和开腹手术治疗盆腔炎性包块比较. 实用妇产科杂志, 2006, 22(2): 100-102.
- [13] 古泽丽. 异位妊娠腹腔镜手术和开腹手术术后生殖性能比较的病例对照研究. 中国妇幼保健, 2006, 10(9): 1243-1244.
- [14] 苏小辉. 腹腔镜手术与开腹手术对异位妊娠术后受孕率的影响. 中国当代医药, 2013, 11(22): 56-57.
- [15] 雷东兰. 腹腔镜子宫肌瘤剔除术的相关问题研究进展. 微创医学, 2012, 4(3): 285-288.

(收稿日期: 2013-12-03)

· 性医学 ·

DOI: 10.3969/j.issn.1672-1993.2014.04.004

曲普瑞林联合腹腔镜保守手术治疗子宫内膜异位症的疗效观察

范丽英¹ 王鑫炎² 徐红艳¹

1 淳安县第一人民医院妇产科, 杭州 311700

2 浙江省人民医院妇产科, 杭州 310014

【摘要】目的:探讨曲普瑞林联合腹腔镜保守手术治疗子宫内膜异位症的疗效观察。**方法:**82 例子宫内膜异位症患者分为联合组与对照组。两组患者均予以腹腔镜保守手术治疗, 联合组术后予以曲普瑞林

3.75mg肌注,每月1次,连用6个月。观察并比较两组患者治疗前后性激素水平的变化、治疗结束后随访6个月的治疗效果、1年内怀孕情况及不良反应情况。**结果:**治疗6个月后,两组患者性激素FSH、LH、E₂水平均较治疗前下降($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),且联合组下降幅度明显优于对照组($P < 0.05$);治疗结束后随访6个月,联合组患者的临床疗效明显优于对照组,复发率明显低于对照组($\chi^2 = 5.14, P < 0.05$);停药1年后,联合组患者的成功怀孕率明显高于对照组($\chi^2 = 4.02, P < 0.05$),两组患者治疗期间不良反应发生率比较无明显统计学差异($P > 0.05$)。**结论:**曲普瑞林联合腹腔镜保守手术治疗子宫内异症可以取得较单纯手术治疗更好的疗效,降低术后复发率,提高怀孕率,不良反应少。

【关键词】 子宫内异症;腹腔镜保守手术;曲普瑞林;疗效

Triptorelin combined with laparoscopic surgery in the treatment of endometriosis FAN Liying¹, WANG Xinyan², XU Hongyan¹. 1. Department of Gynaecology and Obstetrics, The First People's Hospital of Chun'an, Hangzhou 311700, China; 2. Department of Gynaecology and Obstetrics, Zhejiang People's Hospital, Hangzhou 310014, China

【Abstract】 Objectives: To discuss the curative effect of Triptorelin combined with laparoscopic surgery in the treatment of endometriosis. **Method:** 82 patients with endometriosis were randomly divided into the treatment group and the control group. The patients in 2 group were both given the laparoscopic surgery, while the patients in the treatment group were additionally given 3.75mg Triptorelin intramuscular injection once a month for 6 months. The changes of sex hormone levels of patients in two groups were observed and compared before and after treatment. **Results:** The 6 hormone (FSH, LH, E₂) levels of patients in 2 groups declined six months after treatment ($P < 0.05$ or $P < 0.01$), and the declining rate in the treatment group was much better than that in the control group ($P < 0.05$). As for the 6 months' follow-up after the treatment, the curative effect of the treatment group was much better than that of the control group, and the reoccurrence rate was much lower than that of the control group ($\chi^2 = 5.14, P < 0.05$). After one year's drug withdrawal, the successful pregnancy rate of patients in the treatment group was much higher than that in the control group ($\chi^2 = 4.02, P < 0.05$). After comparing the untoward effect rates of patients in 2 groups during treatment, there was no significant statistical difference ($P > 0.05$). **Conclusion:** Triptorelin combined with laparoscopic surgery has reliable effect on endometriosis, which can reduce the postoperative reoccurrence rate and increase the pregnancy rate with less untoward effect.

【Key words】 Endometriosis; Laparoscopic surgery; Triptorelin; Curative effect

【中图分类号】 R711.74

【文献标志码】 A

当具有生长功能的子宫内膜组织出现在子宫腔被覆黏膜以外的其他部位时称为子宫内膜异位症,其好发于育龄期妇女,发病率约为10%~15%^[1,2]。子宫内膜异位症常造成盆腔疼痛,严重影响患者的生活质量,而伴有不孕更可能造成家庭矛盾。腹腔镜保守手术是治疗子宫内膜异位症的首选方式,其疗效确切,但术后易出现复发^[3-5]。如何提高治疗效果,减少术后复发的出现成为研究热点。本研究观察了曲普瑞林联合腹腔镜保守手术治疗子宫内膜异位症的疗效及不良反应,并与单纯手术治疗进行比较,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

采用等距抽样法选择2008年1月1日至2010年7月31日期间在我院住院行腹腔镜保守手术治疗并经病理确诊的子宫内膜异位症患者共82例。入选标准:(1)按美国生育协会修订的子宫内膜异位症评分分类法诊断为III~IV期子宫内膜异位症;(2)患者均已婚,有规律性生活,未采取避孕措施,男方精液质量良好。排除标准:(1)伴有严重的循环系统、呼吸系统、消化系统疾病;(2)伴有恶性肿瘤及血液系统疾病;(3)近3个月服用激素类药物。采用随机数字表将患者分为联合组和对照组,各41例。其中联合组中患者年龄22~48岁,平均年龄

(30.5±7.1)岁;病程时间6月~5年,平均病程时间(3.1±0.9)年;合并不孕患者共25例。对照组年龄20~45岁,平均年龄(31.0±6.9)岁;病程时间8月~7年,平均病程时间(3.5±1.1)年;合并不孕患者23例。两组患者年龄、病程时间、合并不孕患者例次等比较无统计学差异($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法

两组患者均采用常规的腹腔镜保守手术治疗。联合组在术后第1次月经来潮后第1天曲普瑞林(法国博福益生制药有限公司,规格:3.75mg×1支,批号:H20090274)3.75mg肌注,每月1次,连用6个月。

1.3 观察指标

1.3.1 随访情况 两组患者在治疗期间每月复查肝肾功能,所有患者术后均随访2年,无失访者,随访两组患者不良反应及停药1年内怀孕情况。

1.3.2 性激素水平测定 两组患者分别在治疗前及治疗6个月后检测性激素水平,取空腹静脉血3~5mL,采用免疫荧光法测定促卵泡生成素(FSH)、黄体生成素(LH)及雌二醇(E₂)。促卵泡生成素正常值5~21U/L, LH正常值4.2~124.8U/L, E₂正常值22.4~256pmol/L。

1.3.2 临床疗效评定标准^[6] 治疗后随访6个月进行临床疗

效评估。(1)完全缓解:疼痛等临床症状消失,盆腔内触痛性结节消失;(2)部分缓解:疼痛等临床症状减轻,盆腔内触痛性结节缩小,触痛减轻;(3)无效:疼痛等临床症状无缓解或缓解后1年内复发,B超盆腔内探及非活动性囊性包块。其中治疗有效率包括完全缓解率和部分缓解率。

1.4 统计学方法

采用SPSS17.0统计学软件,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)

表示,组间比较用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后性激素水平比较

两组患者治疗前性激素 FSH、LH、 E_2 比较无明显统计学差异($P > 0.05$)。治疗6个月后,两组患者性激素 FSH、LH、 E_2 水平均较治疗前下降($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),且联合组下降幅度明显优于对照组($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组患者治疗前后性激素水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	FSH(U/L)	LH(U/L)	E_2 (pmol/L)
联合组				
治疗前	41	7.31 ± 1.57	7.04 ± 1.83	241.65 ± 39.17
治疗后	41	5.06 ± 1.07 **▲▲	5.36 ± 1.37 **▲	176.16 ± 33.76 **▲▲
对照组				
治疗前	41	7.28 ± 1.60	7.01 ± 1.76	239.69 ± 37.29
治疗后	41	6.56 ± 1.12 *	6.15 ± 1.71 *	218.14 ± 42.11 *

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$;与对照组比较,▲ $P < 0.05$,▲▲ $P < 0.01$

2.2 两组患者治疗效果比较

两组患者手术均成功,治疗结束后随访6个月,联合组患者的临床疗效明显优于对照组,复发率明显低于对照组($\chi^2 = 5.14, P < 0.05$)。见表2。

表2 两组患者治疗后的疗效比较 [n(%)]

组别	n	完全缓解	部分缓解	复发	总治疗有效
联合组	41	25 (61.0)	14 (34.1)	2 (4.9)	39 (95.1) *
对照组	41	20 (48.8)	12 (29.2)	9 (22.0)	32 (78.0)

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

2.3 两组患者怀孕及不良反应出现情况

联合组25例不孕患者停药1年内17例成功怀孕,对照组23例不孕患者仅9例怀孕,比较具有统计学差异($\chi^2 = 4.02, P < 0.05$)。对照组术后未出现不良反应,联合组出现2例低雌激素症状,予对症处理后能改善,未造成严重后果,两组患者不良反应比较无统计学差异($P > 0.05$)。

3 讨论

子宫内膜异位症虽然是良性病变,但其具有类似于恶性肿瘤的局部浸润生长及远处转移的能力,因此被称为“良性癌症”^[7]。子宫内膜异位症临床上常表现为月经周期变化的腹部疼痛,疼痛常较为剧烈,严重影响患者的生活质量。同时子宫内膜异位症常伴有不孕症,有研究表明子宫内膜异位症患者不孕发生率高达30%~50%^[8,9]。近年来,子宫内膜异位症发病率不断提高,腹腔镜保守手术治疗是临床治疗的首选,其具有手术创伤小、术后恢复快等优点,约80%的患者术后临床症状能得到明显缓解^[10]。但单纯的手术治疗往往难以彻底的清除病灶,术后复发率较高,有研究表明子宫内膜异位症采用腹腔镜保守手术治疗术后3年复发率达

7%~30%,而术后5年复发率更高达40%~50%^[11,12]。术后联合药物治疗,提高疗效、减少术后复发成为近来临床关注的热点^[13,14]。

曲普瑞林是一种合成的十肽,为天然促性腺激素释放激素类似物,但活性是天然促性腺激素释放激素的100倍,短期使用可以刺激垂体释放卵泡刺激素和黄体生成素,长期使用可以达到抑制卵泡刺激素、黄体生成素的合成和释放,造成假绝经状态^[15]。近来,子宫内膜异位症腹腔镜保守手术术后使用曲普瑞林逐渐增多,其疗效及安全性受到关注。本研究结果显示治疗6个月后,联合组患者性激素 FSH、LH、 E_2 水平下降幅度明显优于对照组;治疗结束后随访6个月,联合组患者疗效明显优于对照组,停药1年后联合组患者的成功怀孕率优于对照组,复发率明显低于对照组,两组患者不良反应出现率无明显差异。由此研究结果可以得出腹腔镜保守手术术后使用曲普瑞林可以通过对垂体的降调节作用,抑制卵巢功能,降低性激素 FSH、LH、 E_2 的水平,从而使术后残留的子宫内膜异位病灶彻底萎缩退化,达到提高治疗效果,减少患者术后复发,提高术后怀孕率的作用^[16]。使用曲普瑞林可以在治疗后出现暂时性绝经,患者可能出现低刺激素症状等不良反应,但其抑制作用是可逆的,停药后即可恢复月经,本次研究治疗后出现2例低刺激素症状,予以对症处理后均能改善,患者可以耐受治疗无中断使用的情况出现,由此可见子宫内膜异位症使用曲普瑞林是一种安全的治疗方法。

总之,曲普瑞林联合腹腔镜保守手术治疗子宫内膜异位症可以取得较单纯手术治疗更好的疗效,降低术后复发率,提高怀孕率,不良反应少,是安全可靠的治疗方式。

参 考 文 献

- [1] 张维嘉. 子宫内膜异位症与不孕. 中国性科学, 2003, 12(4): 11-14.

- [2] 王红梅. 子宫内异位症 35 例临床分析. 中国医药科学, 2011, 1(17): 182 - 183.
- [3] 姚晓芳, 周爱智. 手术联合曲普瑞林治疗子宫内异位症观察. 中华全科医学, 2013, 11(2): 258.
- [4] 陈霜. 腹腔镜治疗子宫内异位症 92 例疗效分析. 中国当代医药, 2012, 19(25): 58 - 59.
- [5] 王书香. 腹腔镜下微创治疗子宫内异位症的临床分析. 中国现代医生, 2012, 50(29): 125 - 126.
- [6] Malthaner R, Wong RK, Spithoff K, et al. Preoperative or postoperative therapy for respectable oesophageal cancer: an updated practice guideline. Clin Oncol, 2010, 22(4): 250 - 256.
- [7] 白明春. 子宫内异位症 152 例临床分析. 中国性科学, 2012, 21(9): 35 - 36.
- [8] 陈禄英, 侯雪梅, 李淑云, 等. 子宫内异位症伴不孕症临床分析. 中国现代医生, 2013, 51(21): 16 - 17, 20.
- [9] Vallerie AM, Hsieh T. Peritoneal inclusion effects on fertility and antepartum course. Obstet Gynecol, 2008, 112(2): 498 - 500.
- [10] 黄章骞, 高明. 子宫内异位症术后应用曲普瑞林和孕三烯酮的疗效观察. 浙江临床医学, 2007, 9(6): 784.
- [11] Weedon MN, Lango H, Lindgren CM, et al. Genome-wide association analysis identifies 20 loci that influence adult height. Nat Genet, 2008, 40(5): 575 - 583.
- [12] 廖美霞. 卵巢子宫内异位症术后应用药物治疗的临床分析. 中国现代手术学杂志, 2012, 16(6): 457 - 459.
- [13] 谭晓静, 李方菊. 腹腔镜手术治疗子宫内异位症的临床疗效分析. 中国医药导报, 2009, 6(12): 35 - 36.
- [14] 叶绮玲. 腹腔镜联合药物治疗子宫内异位症的临床观察. 中国当代医药, 2011, 18(5): 178 - 179.
- [15] 李淑英. 曲普瑞林用于子宫内异位症术后的疗效观察. 天津药学, 2009, 21(6): 25 - 26.
- [16] 叶英. 子宫内异位症术后应用醋酸曲普瑞林及米非司酮的临床比较. 中国医药科学, 2013, 3(1): 175 - 176.

(收稿日期: 2013 - 09 - 24)

· 性医学 ·

DOI: 10.3969/j.issn.1672-1993.2014.04.005

产前综合指导对促进自然分娩效果分析

袁雪蓉 伍亚玲 冯玉琼

惠州市第一妇幼保健院产科, 广东 惠州 516001

【摘要】 目的: 探究并分析产前综合指导对促进自然分娩的临床效果。方法: 选取自 2011 年 3 月至 2013 年 3 月到我院就诊进行产前检查的孕妇 400 例作为研究对象, 所有孕妇均为初产妇, 年龄 22 ~ 34 岁, 平均 27.2 ~ 6.4 岁, 建卡孕周 8 ~ 18 周。采用完全随机数字表法将上述孕妇随机分为指导组 and 对照组, 每组各 200 例, 其中未给予产前综合指导后进行分娩的孕妇 200 例, 即对照组; 在我院产前综合指导后进行分娩的孕妇 200 例, 即观察组。对照组孕妇给予常规孕期检查及知识指导, 而观察组产前则由受过专业培训的医护人员进行产前综合指导, 包括科学规范的产前检查、系统规范的孕期知识培训、孕期锻炼、分娩球操、孕期营养指导、孕期心理指导、无痛分娩指导、导乐分娩及产程指导。探讨其对剖宫产率、剖宫产中社会因素比例及巨大儿、妊娠高血压疾病、胎位异常等妊娠合并症及并发症的影响。结果: 观察组孕妇自然分娩的选择率为 75%, 明显高于对照组孕妇 (51%); 两组产妇选择剖宫产的因素中社会因素所占比例较大, 且观察组社会因素所占比例较对照组低; 观察组巨大儿、妊娠高血压疾病、胎位异常等妊娠合并症总发生率为 15%, 明显低于对照组, $P < 0.05$, 具有统计学意义。结论: 产前综合指导有助于产妇更多的掌握有关分娩过程的知识、了解分娩的过程, 增加孕妇对自然分娩的信心, 从而提高孕妇对自然分娩的选择率, 减少剖宫产率, 值得在临床上广泛推广。

【关键词】 产前综合指导; 自然分娩; 剖宫产

Promoting effects of comprehensive prenatal guidance on natural childbirth YUAN Xuerong, WU Yaling, FENG Yuqiong. Department of Obstetrics, Huizhou First Maternity and Children's Hospital, Huizhou 516001, China

【Abstract】 Objectives: To explore and analyze the promoting effects of prenatal comprehensive guidance on natural childbirth. **Method:** 400 women with the first pregnancy who were admitted into our hospital from March 2011 to March 2013, aging from 22 to 34 years old, were selected and randomly divided into control group and ob-

【基金项目】 广东省惠州市科技局科技计划项目 (20130804)。**【第一作者简介】** 袁雪蓉 (1973 -), 女, 副主任医师, 主要从事妇产科临床与研究工作。

ervation group, with 200 cases in each group. Women in the control group received routine prenatal guidance, while those in the observation group received prenatal guidance and health education from trained personnel. The effects on the cesarean section rate and the relevant social factors were discussed, as well as the pregnancy complicated diseases such as macrosomia, pregnancy induced hypertension and abnormal fetal position, etc. **Results:** Natural childbirth rate of the observation group was 75%, which was significantly higher than that of the control group (51%); social factors had a great impact on the women who chose cesarean. In the observation group, the total incidence of macrosomia, gestational hypertension, fetal abnormalities and other pregnancy complications was 15%, which was significantly lower than that of the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Comprehensive prenatal guidance is useful to help pregnant women to gain more knowledge and have a better understanding on the delivery process. Moreover, prenatal guidance can increase their confidence on natural childbirth and reduce the cesarean section rate.

【Key words】 Comprehensive Prenatal Guidance; Natural Childbirth; Cesarean Section

【中图分类号】 R167 **【文献标志码】** A

近年来,剖宫产技术不断的应用于临床,由于操作技术逐渐的熟练,剖宫产的成功率也逐渐超过自然分娩^[1]。对于一些有适应症的孕妇,剖宫产能更好的帮助孕妇分娩,减少孕妇在分娩过程中的痛苦和风险。但是,出于对自然分娩的恐惧,越来越多的无剖宫产指征的孕妇都主动选择剖宫产,使得我国孕妇剖宫产率远远高于国际水平。为此,我院对400名孕妇进行研究,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2013年3月至2014年3月于我院建档并生产的孕妇400例作为研究对象,所有孕妇均为初产妇,年龄22~34岁,平均(27.2±6.4)岁,建卡孕周8~18周。采用完全随机数字表法将上述孕妇随机分为指导组和对照组,每组各200例,其中:指导组年龄22~33岁,平均(28.1±7.3)岁,建卡孕周8~18周;学历程度:大专及以下85例,本科80例,硕士28例,博士7例;其中62例有流产史,合并糖尿病77例,高血压70例。对照组年龄23~34岁,平均(28.2±7.6)岁,建卡孕周8~18周;学历程度:大专及以下78例,本科87例,硕士30例,博士5例;其中56例有流产史,合并糖尿病80例,高血压66例。两组观察对象文化程度均在初中以上,产道均正常。两组观察对象年龄及孕周、文化程度、流产史、其他疾病等一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

产前综合指导组给予产前综合指导,包括科学规范的产前检查、系统规范的孕期知识培训、孕期锻炼、分娩球操、孕期营养指导、孕期心理指导、无痛分娩指导、导乐分娩及产程指导等为主的综合指导措施^[2-4],具体如下:自入我院产前常规检查起,对其进行产前常规检查,根据检查结果针对性护理,告知孕妇需要注意的事项。严格高危妊娠管理及治疗,如有子痫前期倾向者,给予足量补钙等指导,胎位不正者,给予体位纠正等。由于初产妇缺少分娩经验,我院特意为此建立培

训班对其进行知识培训,以便于其了解分娩的过程以及消除产前恐惧;在分娩方式的选择上对其进行知识普及;针对那些由于不清楚分娩方式、害怕疼痛以及因为家庭因素影响而选择剖宫产的孕妇,对其进行讲解,帮助其选择适合的分娩方式;指导孕妇进行适当的锻炼及学习分娩球操,防止脂肪蓄积,控制胎儿和母体的体质量,做足部、腰部、腿部、臀部、骨盆运等运动,为分娩做好准备;孕期营养指导,注意饮食的合理搭配,以免体质量过分增加,胎儿偏大,造成分娩困难,注意妊娠高血压疾病的发生,适当限制食盐量和饮水量;对临产前产生心理恐惧的孕妇进行心理疏导^[5],消除孕产妇及家属对自然分娩的负面情绪,增强自然分娩的信心和意志,保持良好的分娩心理;无痛分娩指导、导乐分娩及产程指导,指导产妇取得良好的产程进展并及时告知其产程进展及胎儿宫内状况,以增强其自然分娩信心,使整个产程在无焦虑、无恐惧,充满热情、关怀和鼓励的氛围中进行。对照组孕妇给予常规孕期检查及知识指导。

1.3 观察指标

观察并记录下孕妇分娩方式选择结果以及社会因素对剖宫产的影响,同时比较两组巨大儿、妊娠高血压疾病、胎位异常等妊娠合并症并发症的发生率。

1.4 统计学方法

采用SPSS18.0统计软件对本次研究所取得的数据进行分析,计数资料采用 χ^2 检验,采用单因素分析进行剖宫产选择因素的比较,以 $P < 0.05$ 代表差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组孕妇选择分娩方式对比情况以及社会因素对其的影响对比

观察组孕妇自然分娩方式的选择人数明显多于对照组孕妇,自然分娩率较对照组高, $\chi^2 = 50.13, P < 0.05$,具有统计学意义;且两组产妇选择剖宫产的因素中社会因素所占比例较大,观察组社会因素所占比例较对照组低, $\chi^2 = 24.59, P < 0.05$,具

有统计学意义。见表1。

表1 两组孕妇选择分娩方式对比情况以及社会因素的影响对比 [n(%)]

组别	阴道分娩	剖宫产		
		社会因素	其他因素	合计
观察组(n=200)	150(75)	12(24)	38(76)	50(25)
对照组(n=200)	102(51)	51(52)	47(48)	98(49)

2.2 两组巨大儿、妊娠高血压疾病、胎位异常等妊娠合并症并发症发生率的比较

观察组巨大儿、妊娠高血压疾病、胎位异常等妊娠合并症总发生率明显低于对照组, $\chi^2 = 4.54, P < 0.05$, 具有统计学意义。见表2。

表2 两组孕妇妊娠合并症发生率的比较 [n(%)]

组别	总例数	胎位异常	妊娠高血压	巨大儿	总发生率
观察组	200	17(9)	8(4)	4(2)	29(15)
对照组	200	20(10)	24(12)	10(5)	54(27)

3 讨论

分娩的成功与否取决于多种因素,如产道松弛程度、孕妇产力、体力、胎儿大小以及体位等^[6]。在近代剖宫产手术广泛开展之前,人们都是自然分娩的。自然分娩有着适合人体生理正常生理功能的优点,但自然分娩过程孕妇需要承受分娩带来的剧痛,这也是许多孕妇害怕自然分娩的原因之一^[7,8]。近年来,剖宫产逐渐在临床上开展,随着麻醉技术的不断进步和手术操作的不断熟练,剖宫产受到越来越多孕妇的选择^[9,10]。由于我国人口基数大,其中初产妇占了绝大部分,而许多初产妇由于害怕疼痛,担心体型恢复不佳而选择剖宫产。此外,对剖宫产近远期并发症认识不足等也导致了社会因素剖宫产率的日益增加。然而不合理的选择剖宫产也会导致许多术后的并发症以及手术过程中的意外发生,如剖宫产妇产后子宫大出血、子宫内感染、尿道炎症、子宫或腹壁切口不易愈合以及危及生命的羊水栓塞等^[11,12]。为此,我院对400名孕妇进行研究,希望总结经验让更多的孕妇选择自然分娩方式,并借此降低我国居高不下的剖宫产率。根据以上表中结果显示,观察组孕妇选择自然分娩的孕妇明显多于对照组孕妇选择自然分娩的人数。此结果表明我院产前综合指导能使孕妇充分了解分娩方式,有效降低孕妇剖宫产选择率。

观察组孕妇中由于社会因素而选择剖宫产的孕妇明显少于对照组孕妇,产前教育能有效的减少有关社会因素对孕妇生产方式的影响,从而减少居高不下的剖宫产率。综上所述,产前综合指导有助于产妇掌握更多的有关分娩过程的知识,了解分娩的过程,吸取经产妇的分娩经验。在产前为孕妇提供专业的产前教育,使其产生回归自然、减少干预的理念,使孕妇选择适合自己的分娩方式,避免了不合理分娩方式带来的不良后果,提高分娩成功率^[13-15]。产前指导值得在临床上推广。

参 考 文 献

- [1] 王改青. 产前宣教对分娩产妇的影响. 护理实践与研究, 2010, 7(24): 49-50.
- [2] 徐秀英, 林静惠, 李丽娟. 开展助产士门诊促进产妇自然分娩. 护理实践与研究, 2013, 10(13): 35-36.
- [3] 零恒莉, 潘敏, 雪丽霜, 等. 拉玛泽分娩法产时应用指导的效果观察. 中国实用护理杂志, 2010, 26(29): 8-10.
- [4] 卢央. 产前教育对分娩结局的影响. 中国基层医药, 2010, 17(11): 1563-1564.
- [5] 刘怀霞, 王晓茹. 不同时机和方法用药指导对产程中应用安定效果的观察. 现代中西医结合杂志, 2010, 19(2): 187-188.
- [6] 席丽军, 车畅. 孕期拉玛泽体操训练对降低产时宫缩痛提高自然分娩率的调查研究. 中国性科学, 2011, 20(4): 16-18.
- [7] Camble J, Creedy D, Moyle W, et al. Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: A randomized controlled trial. BIRTH, 2005, 32(1): 11-19.
- [8] 冯望德, 宫树华. 社会因素对剖宫产率的影响及对策. 中国妇幼保健杂志, 2010, 32(23): 32-35.
- [9] 吴英, 段小兰. 产妇分娩需求评估及护理对策. 中国性科学, 2012, 21(8): 48-50.
- [10] 林瑞贞, 周小萍. 影响剖宫产的社会因素分析及预防对策. 中国医药指南, 2009, 7(9): 105-106.
- [11] 何凤权, 李超, 赵凤琼, 等. 采取综合措施降低剖宫产率的临床研究. 中国妇幼保健, 2011, 26(4): 489-491.
- [12] 周月红, 黄艳金. 广西平果县孕妇产前检查状况与妊娠结局分析. 广西医学, 2012, 34(8): 1081-1082, 1084.
- [13] 李洪芬. 孕期准妈妈的心理压力和落后观念对分娩方式的影响. 吉林医学, 2010, 31(32): 5906.
- [14] 罗晓菊, 吴雪, 曾淑慧, 等. 探讨正常分娩会阴保护指标在侧切中的临床意义. 护理研究, 2010, 24(34): 3137-3138.
- [15] 于秀梅, 刘云春, 薛少锋, 等. 产前健康教育影响分娩方式的调查. 河北医药, 2012, 34(2): 313.

(收稿日期: 2013-09-25)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.04.006

开腹式与腹腔镜下子宫切除术对子宫内膜癌患者排尿及性功能的影响

杨红波¹ 张黎¹ 郑艳莉²

1 三原县医院妇产科, 陕西 咸阳 713800

2 南通市第一人民医院妇产科, 江苏 南通 226001

【摘要】目的:探讨开腹式与腹腔镜下子宫切除术对子宫内膜癌患者排尿及性功能的影响。**方法:**子宫内膜癌患者 110 例根据随机抽签法分为治疗组与对照组各 55 例, 治疗组给予腹腔镜下子宫切除治疗, 对照组给予常规开腹子宫切除治疗。**结果:**两组手术时间对比差异无统计学意义, 不过治疗组的术中出血量、肛门排气时间与术后住院时间明显少于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后治疗组尿潴留、切口出血与感染、泌尿系统损伤、肠道并发症等总体发生率明显少于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后治疗组的膀胱充盈感时间、获得满意排尿量时间与残余尿量 $\leq 100\text{ml}$ 时间都明显短于对照组 ($P < 0.05$)。随访 3 个月, 治疗组的性欲与性高潮评分明显高于对照组, 而性交痛评分明显低于对照组 ($P < 0.05$)。**结论:**腹腔镜手术用于治疗子宫内膜癌是微创的, 能有效缓解膀胱功能, 提高性功能水平, 安全性更好, 值得临床推广应用。

【关键词】 腹腔镜; 子宫内膜癌; 排尿功能; 性功能

Effects of laparotomy and laparoscopic hysterectomy on urinary and sexual functions in patients with endometrial cancer YANG Hongbo¹, ZHANG Li¹, ZHENG Yanli². 1. Department of Gynaecology and Obstetrics, Sanyuan Hospital, Xianyang 713800, China; 2. Department of Gynaecology and Obstetrics, The First People Hospital of Nantong, Nantong 226001, China

【Abstract】 Objectives: To evaluate the effects of laparotomy and laparoscopic hysterectomy on urinary and sexual functions in patients with endometrial cancer. **Method:** 110 patients with endometrial cancer were randomly divided into the treatment group and the control group. The treatment group received laparoscopic hysterectomy, while the control group received conventional laparotomy hysterectomy. **Results:** The operation time of the 2 groups was of no significant difference. The blood loss, anal exhaust time and postoperative hospital stay of the treatment group were significantly less than those of the control group ($P < 0.05$). After treatment, the incidence of urinary retention, wound bleeding and infection, urinary system damage and intestinal complications of the treatment group were significantly lower than those of the control group ($P < 0.05$). After treatment, the sense of bladder filling time, satisfactory urine output time and the time of residual urine volume $\leq 100\text{ml}$ of the treatment group were significantly less than those of the control group ($P < 0.05$). 3 months after the treatment, there were significantly higher sexual desire, higher orgasm scores, and lower sexual pain score in the treatment group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Laparoscopic surgery in the treatment of endometrial cancer is minimally invasive. It can effectively relieve bladder function, improve sexual function level and is safety. It is worthy of clinical application.

【Key words】 Laparoscopy; Endometrial cancer; Urination; Sexual function

【中图分类号】 R167

【文献标志码】 A

子宫内膜癌是女性生殖道的主要恶性肿瘤之一, 占女性全身恶性肿瘤的 7%。由于各种因素的影响, 我国子宫内膜癌病例以每 10 年几乎近似几何对数的速度增长, 发病率在世界范围内位居前列^[1,2]。不过多数患者在早期可表现为不规则阴道出血, 为此多在早期进行诊断^[3,4]。在治疗方法中, 多采用手术切除子宫治疗, 开腹手术是子宫内膜癌的传统手术方式, 但是存

在创伤大、恢复慢、患者心理有阴影等不良反应。随着医学技术的发展, 腹腔镜技术得到了广泛应用, 其应用于子宫内膜癌的治疗具有损伤小、痛苦少、术后恢复快等优点^[5,6]。本文选择我院妇产科行子宫切除术的子宫内膜癌患者, 收集不同手术方法对其排尿及性功能的影响, 以期能为患者及医生再次选择手术方式时有所帮助。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2010 年 2 月到 2013 年 1 月选择我院收治的子宫内膜癌患者 110 例, 入选标准: 术后病理证实为原发性子宫内膜癌; 资料完

【第一作者简介】 杨红波 (1972 -), 女, 副主任医师, 主要从事妇科临床诊治与研究。

整,有明确随访结果;有手术治疗指征;患者知情同意。根据随机抽签法分为治疗组与对照组各 55 例,治疗组年龄最小 29 岁,最大 45 岁,平均年龄(36.56 ± 3.25)岁;病程最短 1 个月,最长 3 年,平均(1.56 ± 0.44)年;FIGO 临床分期: I 期 23 例, II 期 9 例, III 期 10 例, IV 期 13 例;婚姻状况:已婚 47 例,离异 3 例,未婚 5 例;文化程度:小学及其以下 9 例,中学与中专 31 例,大专及其以上 15 例;职业状况:工人 22 例,农民 18 例,职员 10 例,其他 5 例。治疗组年龄最小 30 岁,最大 47 岁,平均年龄(36.43 ± 3.22)岁;病程最短 1 个月,最长 3 年,平均(1.54 ± 0.32)年;FIGO 临床分期: I 期 23 例, II 期 10 例, III 期 9 例, IV 期 13 例;婚姻状况:已婚 48 例,离异 2 例,未婚 5 例;文化程度:小学及其以下 9 例,中学与中专 30 例,大专及其以上 16 例;职业状况:工人 20 例,农民 20 例,职员 10 例,其他 5 例。两组的年龄、病程、临床分期、婚姻状况、文化程度与职业状况等对比差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法

治疗组:给予腹腔镜下子宫切除治疗,全身麻醉,膀胱截石位,常规建立四孔气腹。探查腹腔后,丝线结扎输卵管,沿腰大肌打开右侧盆侧腹膜,暴露髂内髂外血管、髂总血管、右侧卵巢动静脉、输尿管,在髂总血管水平用 4 号丝线结扎卵巢血管后离断。打开血管鞘,清除右腹股沟深组淋巴结、右髂总、右髂外组淋巴结及右髂内组淋巴结,清除右闭孔组淋巴结至暴露闭孔神经及白线、骶棘韧带、锥状肌、骶尾肌等,同法处理左侧相关组织。将切除淋巴组织与子宫分别放入标本袋内,从阴道取出,电凝止血。生理盐水冲洗盆腹腔,无出血后排除腹腔气体,缝合穿刺口。

对照组:给予常规开腹子宫切除治疗,全身麻醉,仰卧卧

位,取下腹正中纵切口长约 15cm,逐层切开达腹腔,探查盆腹腔子宫夹持钳分别钳夹双侧宫颈处子宫动静脉,盆腔淋巴结切除步骤和子宫切除步骤同腹腔镜下手术。

所有患者术后常规预防性抗炎治疗 3 ~ 5d,鼓励患者尽早下地活动,根据患者情况合理选择术后化疗、放疗与激素治疗。

1.3 观察指标

(1)围手术指标:观察两组的手术时间、术中出血量、肛门排气时间与术后住院时间,其中术中出血量的测定采用称血纱布重量的方法来计算出血量。总出血量 = 血纱布重量的总量 - 干纱布的总量 + 吸引器瓶中血量。(2)并发症指标:观察两组手术后相关并发症的发生情况,包括尿潴留、切口出血与感染、泌尿系统损伤、肠道并发症等。(3)排尿功能指标:观察两组治疗后获得膀胱充盈感时间、获得满意排尿量时间与残余尿量 ≤ 100mL 时间。(4)性功能指标:所有患者在治疗后 3 个月进行性功能指标的评定,采用本院自拟的性功能量表进行调查,具有很好的信效度,包括性欲、性交痛与性高潮三个维度,分数越高,症状越重。

1.4 统计方法

采用 SAS13.0 软件进行分析与处理,结果中的计量数据以($\bar{x} \pm s$)表示,对比采用 t 检验;计数数据组间对比采用 χ^2 分析, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 围手术指标对比

经过观察,两组手术时间对比差异无统计学意义,不过治疗组的术中出血量、肛门排气时间与术后住院时间明显少于对照组($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组围手术指标对比($\bar{x} \pm s$)

组别	例数(n)	手术时间(min)	术中出血量(mL)	肛门排气时间(d)	术后住院时间(d)
治疗组	55	200.56 ± 13.25	230.00 ± 10.85	2.00 ± 0.71	8.20 ± 0.46
对照组	55	198.55 ± 13.88	316.52 ± 9.99	2.71 ± 0.87	10.45 ± 0.66
t		0.125	16.362	9.665	8.556
P		>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 并发症对比

经过观察,治疗后治疗组尿潴留、切口出血与感染、泌尿系统损伤、肠道并发症等总体发生率明显少于对照组,对比差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗后并发症对比

组别	例数(n)	尿潴留	切口出血与感染	泌尿系统损伤	肠道并发症	合计
治疗组	55	2	1	0	0	3 (5.5%)
对照组	55	4	2	1	2	9 (16.4%)
χ^2						9.558
P						<0.05

2.3 排尿功能对比

治疗后经过观察,治疗组的膀胱充盈感时间、获得满意排尿量时间与残余尿量 ≤ 100mL 时间都明显短于对照组,对比差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组治疗后排尿功能对比($d, \bar{x} \pm s$)

组别	例数(n)	膀胱充盈感时间	满意排尿量时间	与残余尿量 ≤ 100mL 时间
治疗组	55	11.40 ± 4.00	12.63 ± 3.70	16.10 ± 3.39
对照组	55	14.85 ± 4.41	16.58 ± 3.62	20.13 ± 4.36
t		3.985	5.156	4.526
P		<0.05	<0.05	<0.05

2.4 性生活功能对比

治疗后随访3个月,治疗组的性欲与性高潮评分明显高于对照组,而性交痛评分明显低于对照组,对比差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表4。

表4 两组随访性生活功能对比(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数(n)	性欲	性高潮	性交痛
治疗组	55	22.45 ± 6.23	15.63 ± 2.12	2.85 ± 0.85
对照组	55	19.55 ± 6.00	12.33 ± 2.00	3.29 ± 0.87
t		4.856	3.995	5.998
P		<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

子宫内膜癌在临床上比较多见,如能及时采取相应的检查与治疗,预后相对比较好,但是影响预后的因素包括年龄、临床分期、病理类型、淋巴结受累、病程、子宫大小等^[7-9]。

在治疗中,当前多采用全子宫切除,其简便易行,已为绝大多数妇产科医生所掌握的中型手术。而随着医学技术的发展,子宫内膜癌微创手术方式得到了广泛应用,其治疗范围也在不断扩大^[10,11]。本文两组手术时间对比差异无统计学意义,不过治疗组的术中出血量、肛门排气时间与术后住院时间明显少于对照组($P < 0.05$)。治疗后治疗组尿潴留、切口出血与感染、泌尿系统损伤、肠道并发症等总体发生率明显少于对照组,对比差异有统计学意义($P < 0.05$)。在并发症中,尿潴留是腹腔镜子宫切除术后常见并发症之一,与手术范围及术后留置导尿的时间相关。另外术后患者长期取仰卧位,加之连续导尿,也为细菌的繁殖提供了良好的培养液,易发生尿路感染^[12,13]。

本文治疗后治疗组的膀胱充盈感时间、获得满意排尿量时间与残余尿量 $\leq 100\text{mL}$ 时间都明显短于对照组,对比差异有统计学意义($P < 0.05$)。随访3个月,治疗组的性欲与性高潮评分明显高于对照组,而性交痛评分明显低于对照组,对比差异有统计学意义($P < 0.05$)。主要在于腹腔镜手术对于患者的损伤少,保留了阴道穹窿的完整性和弹性,使阴道无缩短。一般手术治疗后很多患者在性交时缺乏摩擦刺激宫颈的感觉、阴道干燥不适等,而腹腔镜的应用可以使得患者没有感觉到阴道缩短、阴道顶端痛等不适^[14]。性交疼痛是不容忽视的性生活障碍,反复持续的性交疼痛可以导致一些其他形式性功能问题的出现^[15]。在其他干预中,医护人员要积极向病人解释疾病的发生、发展和生殖系统解剖及生理功能,解除思想负担,促进患者性欲水平的提高。

总之,腹腔镜手术用于治疗子宫内膜癌是微创的,能有效

缓解膀胱功能,提高性功能水平,安全性更好,值得临床推广应用。

参 考 文 献

- [1] Chan JK, Cheung MK, Huh WK, et al. Therapeutic role of lymph node resection in endometrioid corpus cancer; a study of 12,333 patients. *Cancer*, 2006, 107(5): 1823 - 1830.
- [2] Barakat RR, Lev G, Iltis AJ, et al. Twelve - year experience in the management of endometrial cancer; a change in surgical and postoperative radiation approaches. *Gynecol Oncol*, 2007, 105(1): 150 - 156.
- [3] Beining RM, Dennis LK, Smith EM, et al. Meta analysis of intrauterine device use and risk of endometrial cancer. *Ann Epidemiol*, 2008, 18(6): 492 - 499.
- [4] 刘开江, 刘青, 李培全, 等. 腹腔镜手术治疗宫颈癌子宫内膜癌的近期疗效分析. *中国内镜杂志*, 2010, 16(8): 803 - 806.
- [5] 王晨笛, 徐华, 王海英, 等. 腹腔镜手术治疗早期子宫内膜癌的临床体会. *腹腔镜外科杂志*, 2011, 16(7): 544 - 547.
- [6] 张燕, 周红, 李立安, 等. 妇科腹腔镜手术常见并发症的分析与处理. *中华腹腔镜外科杂志(电子版)*, 2010, 3(3): 261 - 263.
- [7] 郝建珍, 张沁文, 王涛, 等. 北京地区子宫内膜癌发病相关因素的探讨. *中华肿瘤防治杂志*, 2009, 16(11): 805 - 809.
- [8] Franco G, Davide L, Mariangela B, et al. Hysterectomy and women satisfaction; total versus subtotal technique. *Arch Gynecol Obstet*, 2008, 2(78): 405 - 410.
- [9] Ju YY, Yung HCh, Cheng YL, et al. Risk factors for major depressive disorder and the psychological impact of hysterectomy; a prospective investigation. *Academy of Psychosomatic Medicine*, 2008, 49(10): 137 - 142.
- [10] 卢慧琴, 郑荷芳. 阴道顶端悬吊术在子宫全切术中的意义探讨. *中国妇幼保健*, 2008, 23(1): 129 - 130.
- [11] Ozdamar S, Ulger H, Sorkun H C, et al. Effects of hysterectomy on ovarian morphology and serum FSH level in rats. *Maturitas*, 2007, 52(1): 60 - 64.
- [12] 李建湘, 潘琦文, 蓝燕. 三种阴道残端缝合术对非脱垂子宫全切术后盆底功能及性功能的影响. *广西医学*, 2013, 5(2): 99 - 101.
- [13] 吴冬梅. 子宫全切与次全切对女性性生活质量及盆底功能的影响. *现代中西医结合杂志*, 2013, 22(14): 222 - 223.
- [14] 张峰莉, 黄艳芳, 范明慧, 等. 阴式与腹腔镜、腹式三种术式非脱垂子宫全切术后对盆底功能的影响. *中国医师杂志*, 2011, 13(11): 158 - 160.
- [15] 肖海燕, 席雅娟. 子宫全切与次全切术对子宫肌瘤女性生活的影响. *临床医学工程*, 2013, 20(1): 58 - 59.
- [16] 伍丽霞, 林少英, 柳晓春. 心理干预对子宫全切术患者性生活及生活质量的影响. *护理学杂志*, 2009, 24(2): 49 - 51.

(收稿日期: 2013 - 11 - 12)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.04.007

健身气功·大舞干预原发性痛经的疗效探讨

李俭莉^{1,2}

1 内江师范学院体育学院,四川 内江 641100

2 内江大丰医院妇科,四川 内江 641100

【摘要】目的:评价健身气功·大舞练习与健身走锻炼对女大学生原发性痛经的疗效,并探讨健身气功·大舞干预原发性痛经的机理。方法:将136名原发性痛经的女大学生随机分为健身气功组(68名)和健身走组(68名)。观察组进行健身气功·大舞练习,对照组进行健身走锻炼,两组练习时间均为4个月经周期,观察两组疼痛评分及疗效。结果:随干预时间延长,两组疼痛评分均呈逐渐下降趋势;两组组间比较,干预后第1、2个月经周期,两组疼痛评分无明显差异($P > 0.05$);在干预后第3、4个月经周期,健身气功组疼痛评分低于健身走组($P < 0.05$);经4个月经周期的干预后,两组总有效率有统计学意义($P < 0.05$);健身气功组痊愈率为75.0%,健身走组痊愈率为48.5%,两者差异有显著统计学意义($P < 0.01$)。结论:健身气功·大舞练习和健身走锻炼对原发性痛经均有显著的疗效,前者效果优于后者,且健身效应广泛,能达到防治原发性痛经目的。

【关键词】 健身气功·大舞;女大学生;原发性痛经;疼痛评分

Effect of Fitness Qigong · Big Dance in the treatment of primary dysmenorrhea LI Jianli^{1,2}. 1. Department of Physical Education, Neijiang Normal University, neijiang 641100, China; 2. Department of gynecology, Neijiang Daqian Hospital, Neijiang 641100, China

【Abstract】 **Objectives:** To evaluate the effect of Fitness Qigong · Big Dance and fitness walking on primary dysmenorrhea in female college students, and to investigate the its mechanism in the treatment. **Method:** 136 female students with primary dysmenorrhea were randomly divided into the observation group and the control group, with 68 students in each group. The observation group and the control group carried on Fitness Qigong · Big dance and fitness walking for 4 menstrual cycles respectively. Then we compared the pain scores and effects in the 2 groups. **Results:** With the intervention time prolonged, the pain scores of all patients decreased. No apparent differences were found in terms of pain scores in the 2 groups after the first 2 menstrual cycles ($P > 0.05$), but after the third and fourth menstrual cycle, pain scores in the 2 groups were significant different ($P < 0.05$). After four menstrual cycles, the total effective rates in two groups were statistically significant ($P < 0.05$); the recovery rate of Fitness Qigong group was 75.0%, which was significantly higher than that of the fitness walking group (48.5%) ($P < 0.01$). **Conclusion:** Fitness Qigong · Big Dance and fitness walking both show effect on patients with primary dysmenorrhea, yet the former had a more significant effect, wider fitness effect and helped to achieve the goal of preventing primary dysmenorrhea.

【Key words】 Fitness Qigong · Big Dance; Female college students; Primary dysmenorrhea; Pain scores

【中图分类号】 R167

【文献标志码】 A

痛经是妇科临床最常见的症状之一,生殖器官无器质性病变的痛经为原发性痛经。原发性痛经多在女性月经初潮后1~2年内发病^[1]。有报道,女大学生痛经发生率可高达56%~80%^[2,3],多为原发性痛经。痛经是导致女大学生高缺课率及严重影响她们学习、生活及身心健康的主要原因。国内外许多学者研究证实,体育锻炼能有效地消除与缓解痛经症状^[4-7]。健身气功是以自身形体活动、呼吸吐纳、心理调节相结合为主

要运动形式的民族传统体育项目,是中华悠久文化的组成部分。根据原发性痛经的病理生理特点,本研究有针对性地选择健身气功·大舞作为治疗女大学生原发性痛经的运动处方,取得了显著效果。现报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

2012年3月,采用以班级为单位整群抽样的方法,由指定的妇科医生对内江师范学院大一、大二年级的部分班级的女大学生进行筛查,按照《妇产科学》^[1]第7版的诊断标准:凡在行经前后或月经期出现下腹疼痛、坠胀,伴腰酸或其他不适,程度较重以致影响生活和工作者称痛经,其中生殖器官无器质性病变的痛经为原发性痛经。经妇科专家询问病史、妇科检查、彩

【基金项目】2012年度内江师范学院校级科研课题(12NJZ07)。

【作者简介】李俭莉(1972-),女,副主任医师、副教授,主要从事健康教育与妇产科临床工作。

色超声检测,排除继发性痛经(如子宫肌瘤、子宫内膜异位症、盆腔炎等),月经量过多或过少者,以及最近3月曾经使用药物或其他方法治疗痛经者,最终筛选出既往无规律运动锻炼史,月经周期25~38d的原发性痛经女大学生共136名,利用随机数字表分为健身气功·大舞组(以下简称健身气功组)和健身走组,两组各68名。136名学生无失访情况,均对研究知情并签署同意参与实验的协议。

1.2 疼痛评分与疗效判断标准

应用简式 McGill 疼痛问卷表(SF-MPQ)进行评分,SF-MPQ共有14条痛经症状,分为4级,其中无:0分;轻微:1分;中度:2分;严重:3分^[8]。痊愈:治疗后痛经症状评分为0分,腹痛及其他症状均消失,停止治疗后3个月经周期未复发者;显效:治疗后评分<1/2治疗前评分,腹痛明显减轻,其余症状好转,不服止痛药能坚持工作;有效:治疗后评分≥1/2治疗前评分,腹痛减轻,其余症状好转,服止痛药能坚持工作;无效:治疗后评分无明显变化,腹痛及其他症状无明显改变者^[9]。

1.3 方法

健身气功组由指定的健身气功社会体育指导员教授及指导患者练习健身气功·大舞功法,每次完整练习大舞功法三遍,共计用时约45min/次,5次/周;健身走组由指定的健身教练制定健身走运动处方并指导患者锻炼,THR为110~120次/min,45min/次,5次/周。两组女生均观察4个月经周期,干预前及干预后4个月经周期月经来潮24h内均使用SF-MPQ进行疼痛评分。在进行疼痛评分前,两组女生均不能使用药物及

其他疗法治疗痛经,以免影响观察。

1.4 统计学处理

应用SPSS13.0进行数据处理与分析,近似正态分布的资料用($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验, χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组干预前一般情况比较

干预前,两组患者的年龄、痛经年限、疼痛评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表1。

表1 两组干预前一般情况比较

组别	人数	平均年龄	痛经年限	疼痛评分
健身气功组	68	18.8 ± 1.6	4.6 ± 2.6	10.5 ± 5.9
健身走组	68	19.1 ± 1.3	4.3 ± 2.1	10.7 ± 5.7

2.2 两组疼痛评分比较

健身气功组组内比较,干预后疼痛评分在第1、2个月经周期低于干预前($t_1 = 2.265, t_2 = 2.532, P$ 均 < 0.05),干预后第3、4个月经周期疼痛评分明显低于干预前($t_3 = 2.803, t_4 = 3.325, P$ 均 < 0.01);两组组间比较,干预后第1、2个月经周期,两组疼痛评分无明显差异($t_1 = 1.637, t_2 = 2.236, P$ 均 > 0.05);在干预后第3、4个月经周期,健身气功组疼痛评分低于健身走组($t_3 = 2.445, t_4 = 2.597, P$ 均 < 0.05)。见表2。

表2 两组疼痛评分比较

组别	例数	干预前评分	干预后每个月经周期评分			
			第一次	第二次	第三次	第四次
健身气功组	68	10.5 ± 5.9	7.9 ± 4.2*	6.8 ± 4.2*	5.3 ± 3.6**	4.2 ± 3.0**
健身走组	68	10.7 ± 5.7	9.0 ± 4.5	7.9 ± 4.6**	7.1 ± 4.5**▲	6.5 ± 3.9**▲

注:与同组内干预前比较:* $P < 0.05$; ** $P < 0.01$;与同期健身气功组比较:▲ $P < 0.01$

2.3 两组疗效比较

总有效率为有效、显效、痊愈率之和。经4个月经周期的干预后,两组总有效率有统计学意义($P < 0.05$);健身气功组痊愈

率为75.0%,健身走组痊愈率为48.5%,两者差异有显著统计学意义($P < 0.01$)。见表3。

表3 两组的疗效比较 [n(%)]

组别	例数	总有效率	无效	有效	显效	痊愈
健身气功组	68	98.5	1(1.5)	3(4.4)	13(19.1)	51(75.0)
健身走组	68	89.7*	7(10.3)*	11(16.2)*	17(25.0)	33(48.5)**

注:与健身气功组比较:* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

2.4 副反应

两组在干预期间以及干预结束后3个月经周期的随访中,未发现月经量、月经周期及经期明显改变以及痛经加重的患者,说明两种锻炼方式对女性月经生理无负面影响。

3 讨论

3.1 原发性痛经的病因

从西医角度看,原发性痛经发生的原因与月经来潮时子宫

内膜释放前列腺素这种致痛物质的含量明显增高有关。前列腺素可诱发子宫平滑肌过强甚至痉挛性收缩,引起子宫供血不足,导致乳酸等代谢产物积聚而引起疼痛;痛经还与神经精神因素有关,外来或内在的应激可降低痛阈,焦虑、紧张、恐惧等均可引起或加重痛经^[1]。从中医学角度看,原发性痛经的发生主要为肾气未充,冲任不足或失调,或为寒湿所侵,邪客于胞中,气血瘀滞,血行不畅,不通则痛;原发性痛经的经络分野主

要与冲任二脉和足厥阴、太阴、少阴三经有关^[10]。

3.2 健身气功对原发性痛经的干预机制

从运动养生角度看,健身气功是通过调身、调心、调息锻炼来改善身体健康状况。其动作柔和缓慢,可避免大强度运动给人体造成损伤,也可在节能的情况下提高人体机能。科学测试表明^[11],坚持练习健身气功功法,能够增强体质,增进心理健康,延缓智力衰退,优化生理功能,改善血液生化指标,增强内脏及各个器官系统功能,使人体整体健康状态有明显改善。健身气功锻炼可改善并增强神经体液系统的调节功能,激发人体的自愈能力,达到祛病强身的效果。因此,通过练习健身气功可促进女大学生的下丘脑-垂体-卵巢轴的神经内分泌功能逐步完善和协调,从而有效防治痛经的发生。

从心理健康角度看,一方面,心理和精神因素影响人体对疼痛的感受,使痛阈降低,从而引起或加重痛经;另一方面,痛经也可因神经类型不稳定或精神状态不健全而加剧,精神紧张与原发性痛经的发病率及痛经程度均有较大关系^[12]。运动心理学研究发现,不同的锻炼方式对心理功能的影响效果不同,健身气功等中国传统养生术对调节情绪状态效果更佳,通过3个月或6个月的健身气功锻炼,练功者在抑郁、焦虑、恐怖、人际、敌对等情绪指标上出现不同程度的改善;健身气功调心入静时,前脑额叶的神经活动促使脑垂体增加愉悦感的 β -内啡肽分泌^[11],这有助于大脑功能的平衡稳定,使人容易达到松静自然的状态,有利于缓解紧张心理^[13],提高痛阈,从而达到减轻或消除痛经的目的。

从中医学角度看,健身气功·大舞通过全身各关节的屈伸、环转和躯干的伸、拉、旋转、震、揉等运动,自然地激发全身经络,与胞宫关系密切的任脉、督脉、冲脉和足三阴经等经络及足三里、三阴交、太冲、气海、关元等腧穴都受到激发^[14],使气血调和,经络疏通,脏腑调和,精、气、血、津液充养,瘀滞得通,通则不痛,从而达到防治痛经以及强身健体的目的。

3.3 健身气功·大舞的功理作用

健身气功·大舞是国家体育总局健身气功管理中心近年组织创编的新功法之一,该功法突出“通利关节,以舞宣导”的特点,应用升、降、开、合的肢体动作,配合呼吸、意念,以调理脏腑、疏通经络和气血,培补元气,康复疾病,从而达到健身的目的^[11]。以中医理论阐释,健身气功·大舞的功理作用如下:预备势可使气沉丹田,内安脏腑,可收摄心神,使气布周身;昂首势可疏通经络,增强心肺功能;开胯势可通利关节、疏肝理气、疏导气血、培补元气;伸腰势可疏通足三阳、三阴经经络之气,畅通任督二脉,调理三焦,镇静安神及调整椎体关节;震体势可刺激经络,鼓动足三阳三阴经、任督二脉、阴跷脉及阳跷脉经气,可按摩脏腑,强腰固肾;揉脊势可疏通上肢经络,疏肝宣肺;摆臀势对脊柱及内脏起到按摩作用,可内安脏腑,调理任冲二脉及带脉,改善胃肠功能和增强腰髋灵活性的作用;摩肋势通过对两肋、大包穴的按摩及脊柱左右拧转,可促进肝的疏泄和脾的运化功能;飞身势使上肢、腰背部及脊柱得到充分运动,可牵引三焦、任督二脉、带脉等周身经络,畅通全身气血的作用,增强肺肾功能,使肾气充足;收势引气归于丹田,起到宁神养

气的作用^[11,15]。

3.4 健身气功·大舞防治原发性痛经的效果

国内外研究均证实,不同形式、不同水平的运动对女性痛经症状均有积极影响^[8]。本研究发现,随干预时间延长,健身气功组与健身走组疼痛评分均呈逐渐下降趋势;两组组间比较,干预后第1、2个月经周期,两组疼痛评分无明显差异($t_1 = 1.637, t_2 = 2.236, P$ 均 >0.05);在干预后第3、4个月经周期,健身气功组疼痛评分低于健身走组($t_3 = 2.445, t_4 = 2.597, P$ 均 <0.05);经4个月经周期的干预后,两组总有效率有统计学意义($P < 0.05$);健身气功组痊愈率为75.0%,健身走组痊愈率为48.5%,两者差异有显著统计学意义($P < 0.01$)。

研究结果表明,健身气功·大舞练习和健身走锻炼对原发性痛经患者均有良好的体疗效果,前者效果优于后者。因此,健身气功·大舞这一民族传统体育项目可作为女性原发性痛经的体育疗法,对提高痛经女大学生的生殖健康水平和生活质量,促进和维护女大学生身心健康有积极的意义,具有效果显著、简单易学、动作优美、安全可靠、经济实惠、不受时间、季节、场地、器械等限制的优点,值得推广。

参 考 文 献

- [1] 乐杰. 妇产科学. 7版. 北京:人民卫生出版社, 2007:347-348.
- [2] 赵月珍, 方亚晖. 高校女生痛经情况调查. 中国妇幼保健, 2010, 25(27):3926.
- [3] 董秀凤, 贾慧芳, 郭欣. 原发性痛经对女大学生经期学习和生活的影响. 中国校医, 2011, 25(11):3.
- [4] 郑慧芳. 运动处方对治疗女大学生痛经的疗效观察. 中国健康教育杂志, 2004, 23(3):248.
- [5] 黄响, 矫玮. 不同运动方式对青春期原发性痛经症状及子宫血流的影响. 北京体育大学学报, 2007, 30(4):495-497.
- [6] 陈丽霞. 瑜伽运动处方治疗痛经的疗效评定. 中国临床康复, 2005, 9(4):164.
- [7] 黄响. 原发性痛经与体育锻炼关系研究进展. 右江民族医学院学报, 2006, 28(6):1081.
- [8] 丛茜, 刘桂霞, 林晓洋, 等. 针刺治疗原发性痛经止痛效果观察. 山东中医药大学学报, 2011(3):224-225.
- [9] 卢艳红. 太极拳治疗女大学生原发性痛经效果及相关机制的研究. 长沙:湖南师范大学硕士研究生学位论文, 2010.
- [10] 卜彦青, 陈少宗, 杜广中. 原发性痛经现代针灸腧穴应用研究. 中医杂志, 2010, 51(9):811.
- [11] 国家体育总局健身气功管理中心编. 健身气功·大舞. 北京:人民体育出版社, 2010:21-88.
- [12] 陈慧娟, 曾淑平, 旷春梅. 高校体育专业女大学生月经特点及经期运动卫生状况. 中国学校卫生, 2009(5):33.
- [13] 祝总贻. 312 经络锻炼法(下). 中老年保健, 2008, 16(12):30.
- [14] 祝总贻. 锻炼经络人人健康三一二经络锻炼法. 今日科苑, 2005, 15(12):23.
- [15] 王斌. 健身气功·大舞中医理论阐释[EB/OL]. (2012-03-16) <http://jsqg.sport.org.cn/gf/qt/2012-03-08/373312.html>.

(收稿日期:2013-10-15)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.04.008

妊娠高血压综合征患者产程的观察及护理措施

徐琼 孟华芳 何妙文

绍兴市上虞区妇幼保健院产科,浙江 绍兴 312000

【摘要】 目的:回顾性分析妊娠高血压综合征患者产程的护理,总结护理经验。方法:回顾性分析我院 60 例妊娠高血压综合征患者的护理过程,分析总结护理经验,我院采用一般护理、饮食护理、心理护理、特殊用药子痫护理和健康教育相结合的综合护理方法。结果:临床效果明显,60 例妊高症患者均顺利产下新生儿,痊愈出院。结论:综合护理是保证妊高症患者痊愈的最好护理措施,能够及时有效的保证妊高症患者自身和胎儿健康,临床应广泛应用。

【关键词】 妊娠高血压综合征;产妇;护理;妊娠并发症

Labor process and nursing measures for patients with pregnancy - induced hypertension syndrome XU Qiong, MENG Huafang, HE Miaowen. Department of obstetrics, Shangyu District Maternal and Child Health Care Center, Shaoxing 312000, China

【Abstract】 Objectives: To retrospectively analyze the nursing measures for laboring patients with pregnancy - induced hypertension syndrome (PIH), and to collect valuable nursing experience. **Method:** We retrospectively analyzed the nursing measures for 60 patients with PIH. The measure taken by our hospital was comprehensive, including general nursing, diet nursing, psychological nursing, special medication for eclampsia and health education. **Results:** The clinical effect was so obvious that all patients with PIH successfully gave birth to their babies. **Conclusion:** As the comprehensive nursing measures could effectively protect the health of puerperae and fetuses, it becomes the best measure to guarantee the recovery of patients with PIH and deserves clinical promotion.

【Key words】 PIH; Puerpera; Nursing; Pregnancy complications

【中图分类号】 R167 **【文献标志码】** A

妊娠高血压综合征是临床常见的妇科并发症,是导致围产期孕妇和新生儿死亡的重要原因之一,适时终止妊娠是治疗妊娠高血压综合征的重要手段。对于妊娠高血压综合征患者来说,剖宫产是最为有效的临床产儿方法^[1,2],及时有效的临床护理是保证产妇顺利产子必要条件。本次研究主要回顾性分析总结了我们对 60 例妊高症患者围产期的护理措施,临床证明效果良好,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究采用我院 2012 年 6 月至 2012 年 12 月我院妇产科住院就诊的妊娠高血压综合征患者 60 例,年龄为 23 ~ 41 岁,平均年龄为 (27.4 ± 3.1) 岁;其中初产妇 34 例,经产妇 26 例;孕周 27 ~ 41 周,平均孕周为 (37.3 ± 1.2) 周;轻度妊高症患者 21 例,中度妊高症患者 14 例,重度妊高症患者 25 例,主

要临床表现见表 1。

表 1 60 例妊高症患者的临床表现

妊高症	例数	血压(mmHg)	蛋白尿	水肿	自觉症状
轻度	21	轻度升高	偶见	偶见	无
中度	14	150/100 ~ 160/110	+	+	+ (-)
重度	25	≥160/110	++ ~ ++++	++	+

1.2 护理方法

1.2.1 一般护理 患者入院后即采用足够的卧床休息,保证产妇的休息时间,维持产妇的精神状态处于较佳的状态,此种方法还可预防妊高症的发生。在家安胎的产妇要保证有足够安静的环境,避免产妇劳累。卧床休息时采用侧卧,避免平卧造成下腔静脉压迫,这样利于患者降低血压。

1.2.2 饮食护理^[3,4] 妊高症患者需要保证足够的维生素和蛋白摄入,还要注意一些微量元素的足量摄入,少食脂肪含量

【基金项目】 浙江省 2013 年人口计生委经费自筹科研课题项目 (JSW2013 - B026)。

【第一作者简介】 徐琼(1974 -),女,主管护师,主要从事产科临床护理工作。

过多的食物,保持食盐的适当摄入以维持机体流失的蛋白,减少水肿的发生,但是对于重度水肿患者应注意食盐的摄入。患者应注意食用含有丰富膳食纤维的食物。

1.2.3 心理护理 孕妇的心理状态是影响妊高症发生的重要因素,有些初产妇对于妊高症认识不清,还有对于生产的恐惧,都会导致产妇心理状态受到压抑,进而导致妊高症的发生。同时还影响胎儿的营养,长期的紧张心理状态会导致患者的病情加重。还有一些经产妇,由于有过妊高症史而更易并发妊高症。因此,及时的解除患者紧张心理状态是治疗妊高症的关键,给予患者心理支持治疗,维持患者的心理健康,定期监测产妇的胎动、体重,向患者详细介绍妊高症,使患者能通过自身的心理疏导维持产妇的心理健康,配合治疗。

1.2.4 特殊用药和子痫护理^[5] 子痫是妊高症严重时期出现的症状,子痫的发生意味着患者的母体和胎儿都受到生命的威胁,因此,产妇一旦发生子痫,其护理变得尤为重要。对于发生子痫的患者,首先采用给氧,安置开口器,注意防止患者窒息,在安静的病房使患者得到充分休息,必要时可给镇定药物,首选硫酸镁给药,首次负荷量为4~5g 静脉推注,在维持1~1.5g/h 速度静脉滴注^[6]。严密监测患者的生命体征,按照医嘱给予解痉、镇静药物,但患者镇静下来再进行测血压、脉搏等检查,注意产妇的子宫及胎儿状况,若子痫发生后患者临产,应做好抢救母婴的准备^[7]。

1.2.5 健康教育 及时的宣教是预防妊高症发生的最为有效的方法,对患者及其家属进行妊高症的健康宣教,使患者认识到什么是妊高症、妊高症的危害以及如何预防妊高症,在日常安胎时应该如何注意饮食及生活习惯的平衡,这些都是防治妊高症发生发展的重要手段^[8,9]。在宣教的同时,还可以促进医患之间的和谐发展,使患者更加配合治疗和护理,增加治疗效果^[10]。

2 结果

经过综合护理,60例患者均顺利出院,新生儿出生顺利并全部存活。

3 小结

通过总结60例妊高症患者的临床护理措施,认识到安全、全面的综合护理能够有效的预防妊高症的发生和控制妊高症病情的发展,可以促进产妇的身心健康,促进胎儿的健康发育^[11,12]。产后膀胱充盈会损伤膀胱神经末梢,因此在分娩后4h内,产妇无论是否有尿意,都应鼓励并指导其排尿,这样也有利于生殖泌尿系统的康复^[12,13]。同时对患者及其家属进行宣教,可以增强患者自身的保健能力,使护患关系更为和谐,增强护患之间的沟通,使患者更加配合各种护理及治疗,达到最好的临床效果。护理人员应该始终保持高度的责任

心,不断丰富自己的临床经验,及时发现病情,与医生及时沟通,保证母婴健康^[14-17]。综上所述,一般护理、饮食护理、心理护理等相结合的综合护理是保证妊高症患者母婴健康的最好的护理手段。

参 考 文 献

- [1] 阙凤琼. 浅谈妊娠高血压综合症的临床护理. 医学信息: 上旬刊, 2012, 25(8): 413-414.
- [2] 刘敏, 唐毅, 杨康春, 等. 妊娠高血压综合症的干预及结果分析. 中国中医药咨讯, 2012, 4(5): 505.
- [3] 郑庆秀. 综合护理干预对妊娠高血压综合症的干预效果分析. 中国民族民间医药杂志, 2012, 21(6): 98.
- [4] 邱敏华. 妊娠高血压综合症治疗体会. 中国医学工程, 2011, 19(7): 135.
- [5] 李爱娟, 郭艳芳. 妊娠高血压综合症发病时间观察及相关因素分析. 2011, 24(14): 4602.
- [6] Bohon C. Nursing best practice guideline: shaping the future of nursing. Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario, 2005: 23.
- [7] 张丽萍. 妊娠高血压综合症患者的产程观察及护理. 中国实用护理杂志, 2011, 27(29): 37-38.
- [8] Cupul-Uicab L A, Skjaerven R, Haug K, et al. In utero exposure to maternal tobacco smoke and subsequent obesity, hypertension, and gestational diabetes among women in the MoBa cohort. Environ Health Perspect, 2012, 120(3): 355-360.
- [9] 李宛真. 循证护理在妊娠高血压综合症患者中应用的效果评价. 中国实用护理杂志, 2011, 27(5): 37-38.
- [10] 闫靖. 妊娠高血压综合症198例产程观察及护理. 临床合理用药, 2012, 5(5B): 153-154.
- [11] 胡玉, 朱莉. 蛋白质芯片技术在妊娠期高血压疾病早期诊断中的应用. 中国性科学, 2012, 21(7): 25-26, 34.
- [12] 王月皎. 心理护理应用于妊娠高血压综合症患者的效果评价. 中国实用护理杂志, 2012, 28(15): 42-43.
- [13] 孟繁荣. 妊娠高血压综合症孕产妇的心理护理探讨. 内蒙古中医药, 2009, 28(13): 57-58.
- [14] 春燕. 妊娠高血压综合症患者的心理护理. 中国社区医师, 2010, 12(28): 195.
- [15] 宋玲. 中重度妊娠高血压综合症患者的护理体会. 现代中西医结合杂志, 2011, 20(5): 633-634.
- [16] 钟婕娟. 妊娠高血压疾病围产期的护理干预. 中国现代医生, 2013, (20): 104-105.
- [17] 王小燕. 妊娠高血压疾病危险因素的临床分析及预防措施. 中国医药科学, 2012, (14): 118.

(收稿日期: 2013-11-13)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.04.009

影响米非司酮配伍米索前列醇终止早孕效果的因素分析

冯金辉

宁波市妇女儿童医院妇产科, 浙江 宁波 315012

【摘要】目的:探讨多因素对米非司酮配伍米索前列醇终止早孕时的影响。**方法:**回顾 312 例早孕产妇经米非司酮配伍米索前列醇治疗终止早孕的效果。分析并比较药物流产与孕次、产次、体重、妊娠天数及剖宫产史的结果。**结果:**孕次的增加, 流产失败率逐渐提高, 但无显著差异 ($P > 0.05$); 产次与流产结果组间比较, 各组间无显著差异 ($P > 0.05$); 体重 $> 55\text{kg}$ 组与其它两组比有显著性差异 ($P < 0.05$); 孕龄大于 46d 或等于 49d 均有显著性差异 ($P < 0.05$)。流产成功率与有无剖宫产史两组比较无明显差异 ($P > 0.05$)。**结论:**孕次、产次、体重、妊娠天数及剖宫产史对药物流产的影响不大, 米非司酮配伍米索前列醇终止早孕, 方法简便, 成功率及安全性高, 适合在基层推广。

【关键词】 米非司酮配伍; 米索前列醇; 早孕

Factors affecting mifepristone and misoprostol efficacy in the termination of early pregnancy FENG Jinhui.

Department of Obstetrics and Gynecology, Ningbo Maternity and Children's Hospital, Ningbo 315012, China

【Abstract】 Objectives: To investigate the factors affecting mifepristone and misoprostol efficacy in the termination of early pregnancy. **Method:** 312 cases with mifepristone and misoprostol termination of early pregnancy were reviewed and analyzed to compare the efficacy in terms of pregnancy times, weight, gestational days and the results of cesarean delivery. **Results:** With the times of pregnancy increased, the abortion failure rate also increased, but without significant difference ($P > 0.05$); Weight $> 55\text{kg}$ group showed significant difference from other groups ($P < 0.05$); more than 46d or equal to 49d also showed significant differences ($P < 0.05$). There was no significant difference between success rate of abortion and history of cesarean section ($P > 0.05$). **Conclusion:** Gravidity, body weight, gestational days and history of cesarean section have little effect on medical abortion. Mifepristone and misoprostol in termination of early pregnancy have higher success rate and safety rate. It can be an effective method in the termination of early pregnancy.

【Key words】 Mifepristone; Misoprostol; Early pregnancy

【中图分类号】 R169.42

【文献标志码】 A

随着数字时代的发展, 信息量的爆炸, 公众对性的认识更为完善, 但这也引出一些问题, 比如未婚先孕或是夫妻间不注意避孕导致意外怀孕。药物终止妊娠, 因其方法简便, 痛苦小, 基本无创伤而被大多数患者接受, 临床应用较普遍。米非司酮是 20 世纪 80 年代初由法国 Roussel Uclaf 公司的 Philibert 首次报道的抗孕激素, 临床广泛应用于终止早期妊娠, 使药物终止早期妊娠取代手术治疗成为现实^[1], 现已在国内外妇产科广泛应用, 成为治疗妇产科疾病的重要药物之一^[1]。笔者收集 2010 年至 2012 年我科服用米非司酮联合米索前列醇终止早孕病例共 312 例, 并对其影响因素进行观察及分析统计, 完全流产率达 96.15%, 现报告如下。

1 材料与方法

1.1 对象

按随机样数表法抽取 312 例早孕者, 年龄 17~45 岁, 平均

年龄 (25 ± 1.43) 岁。临床诊断及 B 超确认为早孕 $< 49\text{d}$ ^[2], 无米非司酮、米索前列醇使用禁忌症, 并排除子宫疤痕处妊娠。本人自愿通过服药要求终止妊娠, 并签署药物流产自愿书。其中有 7 例不完全流产和 1 例药物流产失败行刮宫手术。所有孕妇未发生大出血现象, 未发生抢救条件下行刮宫治疗。对存在上述因素的妇女行药物流产时, 用药前应向患者充分交代清楚药物流产的效果, 发生不全流产的概率比较大, 很可能还需要行清宫手术, 征得患者的知情同意和理解, 避免发生不必要的医疗纠纷和误解^[3]。入选观察早孕产妇病史中示月经周期正常, 按照治疗方案建议孕妇开始治疗前, 查血常规、出凝血功能, 心电图等辅助检查以排除心、肝、肾重大器质性疾病, 排除溶血、凝血、血栓性等血液性疾病。常规行尿妊娠试验和 B 超检查确诊为妊娠且宫腔内可见到妊娠胚囊。

1.2 方法

我们借鉴本地用药经验, 采用 4 阶段授药法。第 1d, 早餐后 1h 服米非司酮 1 片 (25mg/片), 间隔 8h 服第 2 片; 第 2d 早餐后 1h 再服 1 片, 午饭后服 1 片, 第 3d 同第 1d, 第 4d 顿服米索前列醇 3 片 (300g/片), 观察 3~6h 胚胎情况, 并比较药物流产与

【作者简介】 冯金辉 (1974 -), 男, 主治医师, 主要从事妇产科临床诊治与研究工作。

孕次、产次、体重、妊娠天数及剖宫产史的结果。

1.3 疗效评定标准

(1)完全流产:服用药物治疗1周内孕囊完全排出,阴道无自行出血现象,月经自然恢复;(2)不全流产:孕囊部分排出或未见排出,阴道有出血现象,量多或反复出血不止,B超示宫腔不光,宫内示残留物。(3)失败:孕囊未见排出,阴道有出血现象,量少,B超提示宫内可见孕囊,继续妊娠或胚胎停止发育。

1.4 统计方法

采用SPSS 20.0统计软件处理,计数资料用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

药物流产与孕次、产次、体重、妊娠天数及剖宫产史的比较见表1至表5。表1示随着孕次的增加,流产失败率逐渐提高,但无显著差异($P > 0.05$);表2示产次与流产结果组间比较,各组间无显著差异($P > 0.05$);表3示体重 $> 55\text{kg}$ 组与其它两组比有显著性差异($P < 0.05$);表4示大于46d或等于49d均有显著性差异($P < 0.05$);表5示有无剖宫产史妇女的流产成功率无明显差异($P > 0.05$)。

表1 孕次与流产结果的比较

孕次	例数	完全流产		不完全流产		失败例数	
		n	%	n	%	n	%
1	127	127	100	0	0	0	0
≥ 2	185	173	93.52	9	4.86	3	1.62
合计	312	300	96.15	9	2.88	3	0.96

表2 产次与流产结果的比较

产次	例数	完全流产		不完全流产		失败例数	
		n	%	n	%	n	%
0	214	212	99.07	2	0.93	0	0
1	86	81	94.19	5	5.81	0	0
> 2	12	11	91.67	0	0	1	8.33
合计	312	304	97.44	7	2.24	1	0.32

表3 体重与流产结果的比较

体重(kg)	例数	完全流产		不完全流产		失败例数	
		n	%	n	%	n	%
< 50	217	215	99.08	2	0.92	0	0
50~55	69	66	95.65	3	4.35	0	0
> 55	26	23	88.46	2	7.69	1	3.85
合计	312	304	97.44	7	2.24	1	0.32

表4 孕龄与流产效果比较

孕龄	例数	完全流产		不完全流产		失败例数	
		n	%	n	%	n	%
46d~49d	162	158	97.53	4	2.47	0	0
40d~45d	150	146	97.33	3	2.00	1	0.67
合计	312	304	97.44	7	2.24	1	0.32

表5 剖宫产史与流产效果比较

	例数	完全流产		不完全流产		失败例数	
		n	%	n	%	n	%
有剖宫产史	116	112	96.55	3	2.59	1	0.86
无剖宫产史	196	192	97.96	4	2.04	0	0
合计	312	304	97.44	7	2.24	1	0.32

所有孕妇服用米非司酮和米索前列醇后副反应较小,主要表现为头昏、呕吐、恶心、厌食、下腹胀等药物反应,均可自行调整后缓解,未行预防性及干预性治疗。孕妇在用药后血压波动在正常范围,未出现大出血而住院治疗。

3 讨论

现今社会对性教育缺乏统一的标准,导致避孕不到位,药物流产具有一定的风险性,孕次、产次、体重、妊娠天数及剖宫产史也会对其治疗效果产生一定的影响。米非司酮是一种人工合成的类固醇,其结构类似炔诺酮,分子式为 $\text{C}_{29}\text{H}_{35}\text{NO}_2$,化学名为11-[4-(N,N-二甲氨基)]苯基-17-羟基-17-(1-丙炔基)-雌甾-4,9-二烯-3-酮。具有抗孕酮的作用和抗糖皮质激素性能,它通过与孕激素受体结合形成复合物,具有受体水平特异性阻断孕酮的作用,从而阻止子宫内膜的生长发育。使绒毛、蜕膜变性坏死、剥脱。米非司酮对子宫内膜孕激素受体的亲和力比孕酮高5倍,因而能和孕酮竞争结合蜕膜的孕激素受体,从而阻断孕酮活性而终止妊娠^[4]。米非司酮还可以通过抑制早孕绒毛中Oct4、Sox2、Nanog表达,发挥抗早孕作用^[5]。因此,被广泛使用于生殖医学领域^[6]。米非司酮还可在子宫内膜受体上作用,使体内孕激素失去功能,引起蜕膜组织发生变性,使宫缩加强,导致内源性前列腺素的释放,促进宫颈软化^[7]。米索前列醇是在天然PGE化学结构上经过两次改造后人工合成的,对各期子宫均有收缩作用,且随剂量增加而增强^[8]。米索前列醇对不同时期妊娠均有终止作用。其所致强烈子宫收缩影响胎盘血液供应和胎盘功能而发生流产,对宫颈有软化及扩张作用^[9],适用于刮宫术前宫颈的扩张,此药物口服吸收快,吸收率达70%~80%。口服米非司酮配伍米索前列醇终止早孕,方法简便,用药量少,副反应小,易于被孕妇接受。

我们使用米非司酮联合米索前列醇终止早孕,孕妇分次口服米非司酮总量达150mg,米索前列醇600g终止早孕,效果显著,完全流产率达96.15%,与文献报道基本一致^[10]。李昌萍^[11]报道,瘢痕子宫早孕采用米非司酮配伍米索前列醇治疗,可提高完全流产率,降低并发症发生率,具有较高安全性,明显改善了患者生存质量。本次研究中有4例不全流产和1例流产失败的孕妇中有剖宫产史,但与无剖宫产史的孕妇相比,两者 $P > 0.05$,不存在差异。5例均行清宫术,在瘢痕子宫引产中,因妊娠为病理状态,需加强患者血压、脉搏、子宫形态、宫缩频率及强度、下腹有无压痛的观察,做好剖腹探查及术中输血的准备,及时采取有效措施处理突发情况^[12]。

观察中,我们发现妊娠6周左右流产成功率最高,达到97.33%。初孕产妇流产率较有孕产史的孕妇高,但出血少,有孕产史特别是有人流史的孕妇,用药物流产出血多,可能与宫内膜受过破坏,炎症导致胎盘、胎膜粘连有关。Kathleen M等^[13]曾报道有些

孕妇相比于药流更倾向于清宫术。这也是我们药流失败的一个因素。体重 >65kg 的孕妇,完全流产率偏低,是否与药物的分布与体表面积相关,待进一步探讨。我们在临床实践环节对体重超过 56kg 者,米非司酮加服 50mg,效果满意,与文献报道基本一致^[14]。文献报道药物流产不全及失败率为 10% 左右^[15],本文为 2.56%,可能与女性内分泌功能逐渐减退及对药物敏感性下降有关^[16]。

由此可见,孕次、产次、体重、妊娠天数及剖宫产史对药物流产的影响不大,如果体重 >56kg 者,可适量加药以达到治疗效果。小剂量米非司酮联合米索前列醇终止早期妊娠的治疗,方法简便,剂量小,效果满意,经济,可减少患者一定的负担,且避免了宫腔操作,避免了宫颈坚韧扩张困难及手术损伤,能适合与不同年龄、不同孕产史的育龄妇女^[17]。此外,由于用药后内、外源性前列腺素的协同作用,促进了宫颈的软化与宫口扩张,即使药物流产失败,也易于实施吸宫术,减轻了受术者的痛苦,可行性良好值得临床推广及应用。但联合用药后,部分患者在治疗过程中出血多,可能和子宫位置欠佳如子宫后倾后屈,初孕妇女宫颈内口太紧及流产次数过多相关;B超检查见有宫内残留未排患者可行清宫术较为安全也可行,这是使用早孕药存在的问题,有待于进一步改善。

参 考 文 献

- [1] 苗荷,黄桂香. 米非司酮的应用现状. 医学综述, 2012, 18(6): 912-914.
- [2] 王玢,王嗣丹. 不同剂量米非司酮配伍米索前列醇药物流产的研究. 中国实用妇科与产科杂志, 2005, 21(1): 51-52.
- [3] 王英,庄亚玲,陈绣瑛,等. 影响早孕药物流产结局的多因素分析. 中国计划生育学杂志, 2011, 19(11): 680-682.
- [4] FANG Youji, SHEN Keng. Obstetrics and Gynecology. Edition 2, Beijing. People's Medical Publishing House, 2005: 419.
- [5] 孙姗姗,王红坤,杨永彬. 米非司酮对早孕绒毛 Oct4、Sox2、Nanog

- 表达影响. 现代生物医学进展, 2012(13): 2444-2448.
- [6] Im A, Appleman LJ. Mifepristone: pharmacology and clinical impact in reproductive medicine, endocrinology and oncology. Expert Opin Pharmacother, 2010, 11(3): 481-488.
 - [7] Nayki U, Taner CE, Mizrak T, et al. Uterine rupture during second trimester abortion with misoprostol. Fetal Diagn Ther, 2005, 20(5): 469.
 - [8] 黄丽红. 米非司酮配伍米索前列醇药物流产的临床效果探析. 中国医药指南, 2012, 10(18): 404-405.
 - [9] 陈惠英, 丁丽娟. 米非司酮配伍米索前列醇终止疤痕子宫妊娠效果分析. 中国计划生育学杂志, 2006, 11(14): 683-684.
 - [10] 孟磊. 米非司酮与米索前列醇治疗稽留流产效果观察. 中国实用医药, 2012, 7(20): 163-164.
 - [11] 李昌萍. 米非司酮配伍米索前列醇治疗瘢痕子宫早孕的疗效及安全性观察. 临床合理用药杂志, 2012, 5(7): 75-76.
 - [12] Neulen J, Williams RF, Breckwoldt M, et al. Non-competitive anti-oestrogenic actions of progesterone antagonists in primate endometrium: enhancement of oestrogen and progesterone receptors with blockade of postreceptor proliferative mechanisms. Hum Reprod, 1996, 11(7): 1533-1537.
 - [13] Kathleen M, Kollitz BS, Leslie A. Mifepristone and misoprostol for early pregnancy failure: a cohort analysis. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2011, 304(5): 386(e1-e6).
 - [14] 乐杰. 妇产科学. 6版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 398.
 - [15] 田大彤, 杨际春. 影响药物流产效果的多因素分析. 中华妇产科杂志, 2006, 41(4): 288.
 - [16] 彭刚, 谭玉红, 王庆一. 影响药物流产效果的相关因素分析. 中国妇幼保健, 2006, 21(5): 666-667.
 - [17] 沈杨, 赵维英, 任幕兰. 复方米非司酮终止 7 周内早孕的临观察. 东南大学学报(医学版), 2007, 26(6): 464-467.

(收稿日期: 2013-09-16)

· 性医学 ·

DOI: 10.3969/j.issn.1672-1993.2014.04.010

水泡状胎块中 p57、p53 及 Ki-67 的表达及意义

陈昊宾¹ 孙昆昆² 戴林² 陈云新² 黄绍花¹

1 曲靖市第一人民医院病理科, 云南 曲靖 655000

2 北京大学人民医院病理科, 北京 100036

【摘要】目的:探讨 p57、p53 和 Ki-67 的表达在水泡状胎块病理诊断与鉴别诊断中的作用和意义。**方法:**应用 SP 法检测 74 例完全性水泡状胎块 (complete hydatidiform mole, CHM)、72 例部分性水泡状胎块 (partial hydatidiform mole, PHM) 和 79 例水肿性流产胎 (hydropic abortion, HA) 三组病变组织中 p57、p53 和 Ki-67 的表达情况, 以正常成熟胎盘 (normal mature placenta, NMP) 10 例为正常对照。同时分析患者的年龄及血中 HCG 浓度在鉴别各组疾病中的价值。**结果:**p57 在 CHM 组中的表达明显低于 PHM 组、HA 组及 NMP 组 ($P < 0.01$); p53 和 Ki-67 在 PHM 组和 CHM 组的阳性表达高于 HA 及 NMP 组 ($P < 0.05$)。完全性水泡状胎块的发病高峰在 21~25 岁, 部分性水泡状胎块发病高峰在 25~30 岁, 水肿性流产胎发病高峰在

30~35岁。PHM组患者血中 β -HCG含量高于CHM组,CHM组又高于HA组。结论:Ki-67和p53的表达对于鉴别水泡状胎块与流产水肿绒毛有重要价值,但对于区别完全性与部分性水泡状胎块其价值有限;而p57蛋白在CHM和PHM的表达和分布有明显差异,可作为水泡状胎块分型诊断的客观辅助指标。HA、PHM和CHM的发病高峰在不同的年龄阶段,可作为辅助鉴别诊断的参考。患者血中HCG的浓度是鉴别水泡状胎块与水肿性流产胎重要的临床客观辅助指标。

【关键词】水泡状胎块;完全性;部分性;水肿性流产胎;p57;p53;Ki-67免疫组织化学;年龄; β -HCG

Expression of gene p57, p53 and Ki-67 in hydatidiform moles CHEN Haobin¹, SUN Kunkun², DAI Lin², CHEN Yunxin², HUANG Shaohua¹. 1. Department of Pathology, First People's Hospital of Qijing, Qijing, 655000, China; 2. Department of Pathology, Peking University People's Hospital, Beijing 100036, China

【Abstract】 **Objectives:** To study the expression of gene p57, p53 and Ki-67 in hydatidiform moles and their effects on differential diagnosis of complete hydatidiform moles (CHM) from partial hydatidiform moles (PHM) and hydropic abortions (HA). **Method:** 74 cases of CHM, 72 PHM and 79 HA were evaluated by immunohistochemistry of formalin-fixed tissues using a monoclonal antibody against p57, p53 and Ki-67 protein, while 10 normal mature placentas (NMP) were selected as the control group. **Results:** In all 72 cases of PHM, 79 HA and 10 NMP, nuclear p57 was strongly expressed. In CHM, p57 expression was absent. Expression of p53 and Ki-67 in HM was stronger than in HA. **Conclusion:** The immunohistochemical analysis for p57 expression is a useful tool for the differential diagnosis to distinguish CHM from PHM and HA. Ki-67 and p53 are useful tools to distinguish HA from HM.

【Key words】 Hydatidiform moles; Complete; Partial; p57; P53; Ki-67; Immunohistochemistry; Age; β -HCG

【中图分类号】 R737.33

【文献标志码】 A

水泡状胎块(HM)是一种妊娠滋养细胞的良性病变,根据肉眼标本及显微镜下特点、染色体核型分析及临床表现的不同来分型。依据标准的组织学准则,有时也不能明确区分完全性水泡状胎块(CHM)、部分性水泡状胎块(PHM)及水肿性流产(HA)^[1]。由于部分患者的临床症状、镜下特征不典型,加之超声诊断技术的发展,临床早期诊断的病例越来越多,而这类病人的镜下特征更不典型,这都给病理诊断工作带来一定的困难。很多学者做过许多研究,试图找到水泡状胎块的发生危险因素,包括患者饮食、种族、内源性激素水平、血型、环境、社会经济水平等。随着免疫组织化学的广泛应用,越来越多的报道证明p53、p57和Ki-67在水泡状胎块的诊断与鉴别诊断中起到重要作用。本研究通过收集患者的年龄、血中HCG水平等临床客观指标以及应用免疫组化方法研究在不同类型HM中p57、p53和Ki-67的表达情况,为HM诊断及鉴别诊断提供帮助。

1 材料与方法

1.1 资料来源

1.1.1 一般临床资料 收集北京大学人民医院2008年至2012年间宫腔内诊刮标本,所收集的标本均经10%中性福尔马林固定,石蜡包埋,常规制备切片。共筛选出79例HA,患者年龄25~44岁,中位年龄32岁,平均年龄33.04岁;72例PHM患者年龄19~42岁,中位年龄31岁,平均年龄31.49岁;74例CHM患者,年龄19~52岁,中位年龄29岁,平均年龄30.24岁。同时选取10例正常妊娠胎盘作为对照,患者年龄20~46岁,中位年龄28岁,平均年龄29.84岁。

1.1.2 收集患者临床血清hCG检测结果:根据病历记载,该实验的患者有部分患者临床进行了血清HCG的检测,收集了37例HA、58例PHM及62例CHM患者在清宫前1周内测定的血清HCG。

1.2 免疫组化主要试剂及方法

所有标本均用10%中性福尔马林固定,石蜡包埋后4 μ m连续切片。采用免疫组化S-P法操作。抗人p53、p57及Ki-67单克隆抗体和S-P试剂盒均购自福州迈新生物技术开发公司。用已知阳性切片做阳性对照,用磷酸盐缓冲液(PBS)代替一抗做阴性对照。

1.3 结果判定标准

(1) p53、p57及Ki-67阳性表达定位于细胞核,均为浅黄色或棕黄褐色颗粒。(2)免疫组化结果的半定量分析(按文献报道的方法^[2,3]计算每张切片的组织学评分):a. 在200 \times 光镜视野下观察和记录每张切片中200个细胞滋养叶细胞的p53、p57及ki-67抗体染色情况。按以下原则进行染色强度评分:没有着色为0分,淡黄色为1分,黄色为2分,黄褐色为3分, ≥ 1 分者判为阳性细胞,计算具有代表性的200个细胞中阳性细胞的百分数。b. 再按公式 $HScore = \sum(I \times PC)$ 计算阳性细胞的分值(0~300分)(每种细胞类型单独计分),其中I为染色强度,用0、1、2、3分代表,PC代表同一染色强度的阳性细胞数占待测细胞总数的百分比,该分值为该张切片具有代表性的200个细胞的总分值。结果经两位有经验的病理医生交叉阅片综合分析判定。

1.4 统计学分析

采用SPSS 13.0统计软件进行 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 组织学表现

从组织学形态看完全性水泡状胎块典型的表现为在绒毛有由大量间质液体形成的中央储水池,引起绒毛膜绒毛的肿胀。细胞滋养细胞和合体滋养细胞在绒毛周围常有多灶性显而易见的大量增生,与正常早期胎盘的极性增生形成对比。部分性葡萄胎中正常的绒毛和水肿的绒毛混合存在,但非水肿性

绒毛的存在无法可靠地区分是部分性还是早期完全性水泡状胎块。水肿性流产胎也出现绒毛水肿及滋养叶细胞增生,但缺乏滋养细胞的多形性。

2.2 水泡状胎块及水肿性流产中 p57、p53 及 Ki-67 免疫反应阳性物质分布

p57 的表达为细胞核阳性,部位为细胞滋养叶细胞、绒毛间

质细胞、蜕膜细胞。p53、ki-67 均为核阳性表达,主要表达在细胞滋养叶细胞、蜕膜细胞及绒毛间滋养区域细胞。免疫反应阳性物质在不同类型绒毛组织中的表达情况反映各组疾病在 p57、p53 及 Ki-67 免疫反应表达的例数及阳性强度表达的情况。见表 1。

表 1 各组 p57、p53 和 Ki-67 免疫组化表达情况

组别	例数	p57				p53				Ki-67			
		-	+	++	+++	-	+	++	+++	-	+	++	+++
CHM	74	68	4	2	0	8	12	10	44	7	13	36	18
PHM	72	3	5	30	34	10	14	19	29	17	25	21	9
HA	79	3	3	33	40	68	11	0	0	62	14	3	0
NMP	10	0	1	3	6	9	1	0	0	8	1	1	0

2.2.1 p57 在不同类型绒毛组织中的表达 在 PHM、NMP 及 HA 组织中,绝大多数病例均见绒毛细胞滋养细胞阳性表达,见图 1、图 2,仅极少数病例呈阴性表达。在 CHM 中,绝大多数病例绒毛细胞滋养细胞阴性表达,仅极少数病例有阳性表达,多弱阳性,且仅在少数细胞内表达。见图 3。

2.2.2 p53 在不同类型绒毛组织中的表达 在 NMP 及 HA 组织中,仅少数病例有弱阳性反应,其余病例均无表达。见图 4。

在 HM 组织中,表达 p53 的病例明显增多,阳性细胞的比例明显增加,阳性强度也明显增加。见图 5、图 6。

2.2.3 Ki-67 在不同类型绒毛组织中的表达 在 NMP 组织中,仅个别病例有弱阳性反应,其余病例均无表达。在 HA 组织中,表达 Ki-67 的病例稍有增加,但大多数为弱阳性表达,见图 7,在 HM 组织中,阳性病例明显增加,且阳性强度也明显增加。见图 8、图 9。

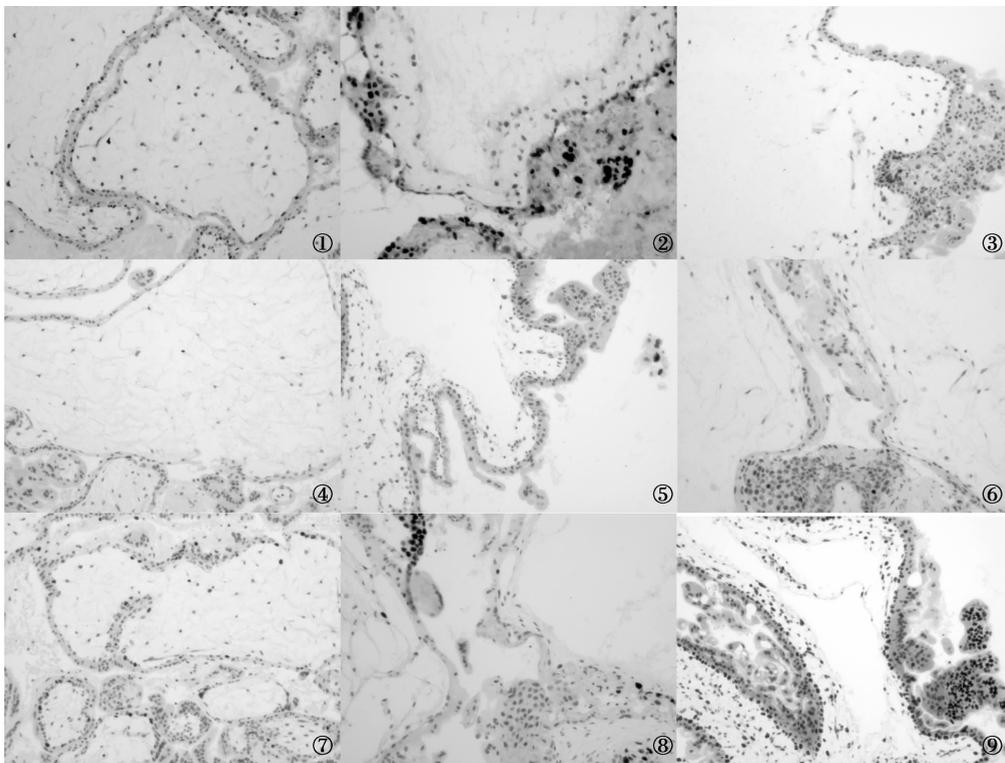


图 1 p57 在水肿性流产胎中表达呈阳性表达,表达部位为细胞核(×400);图 2 在部分性葡萄胎中 p57 呈阳性表达(×400);图 3 完全性葡萄胎 p57 呈阴性表达(×200);图 4 在水肿性流产胎中 p53 呈阴性表达(×200);图 5 p53 在部分性葡萄胎中呈低表达(×200),表达部位为细胞核;图 6 p53 在完全性葡萄胎中表达较高,表达部位为细胞核(×200);图 7 在个别水肿性流产胎中 ki-67 呈低表达(×200);图 8 在部分性葡萄胎中 ki-67 呈低表达(×200);图 9 完全性葡萄胎滋养叶细胞核 ki-67 高表达(×200)。

2.3 CHM、PHM、HA 及 NMP 组织中 p57、p53 及 Ki-67 的 赅 各组间进行阳性细胞数和 HScore 分值比较,结果显示, CHM 组中 P57 蛋白的阳性细胞百分数及 HScore 两项评分明显低于 PHM 组、HA 组和 NMP 组,差异有高度统计学意义($P < 0.01$);而 PHM 组、HA 组和 NMP 组间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。CHM 组和 PHM 组的阳性细胞百分数及 Hscore 两项评分明显高于与 HA 组和 NMP 组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。CHM 组 p53 蛋白的阳性细胞百分数及 Hscore 两项评分高于 PHM 组,但差异无统计学意义($P > 0.05$)。Ki-67 在 CHM 组和 PHM 组的阳性细胞百分数及 Hscore 两项评分明显高于 HA 组和 NMP 组,它们之间比较差异有统计学意义($P > 0.05$)。而 CHM 组的 Ki-67 阳性细胞百分数及 Hscore 评分高于 PHM 组,但差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2、表 3。

表 2 p57、p53 及 Ki-67 在 CHM、PHM、HA 及 NMP 的免疫组化染色阳性细胞百分数比较

组别	p57 阳性 细胞百分数%	p53 阳性 细胞百分数%	Ki-67 阳性 细胞百分数%
NMPa	86.11 ± 30.16	1.23 ± 2.88	6.19 ± 11.43
HAb	85.69 ± 31.32	9.76 ± 10.73	17.09 ± 16.98
PHMc	72.18 ± 29.17	47.87 ± 23.64	49.17 ± 37.54
CHMd	7.89 ± 4.75	74.18 ± 28.31	78.06 ± 44.31
非参数检验的 Kruskal - Wal- lis 秩和检验	a vs b, $P > 0.05$; b vs c, $P > 0.05$; c vs d, $P < 0.01$ 。	a vs b, $P > 0.05$; b vs c, $P < 0.05$; c vs d, $P > 0.05$ 。	a vs b, $P > 0.05$; b vs c, $p < 0.05$; c vs d, $P > 0.05$ 。

表 3 p57、p53 及 Ki-67 在 CHM、PHM、HA 及 NMP 的免疫组化染色 HScore 评分比较

组别	p57 HScore 评分	p53 HScore 评分	Ki-67 HScore 评分
NMPa	166.33 ± 130.25	1.23 ± 2.88	6.19 ± 11.43
HAb	155.28 ± 131.22	9.46 ± 11.53	17.09 ± 16.98
PHMc	112.09 ± 111.23	98.87 ± 83.64	97.34 ± 86.65
CHMd	7.89 ± 4.75	128.14 ± 118.21	138.98 ± 124.37
非参数检验的 Kruskal - Wal- lis 秩和检验	a vs b, $P > 0.05$; b vs c, $P > 0.05$; c vs d, $P < 0.01$ 。	a vs b, $P > 0.05$; b vs c, $P < 0.05$; c vs d, $P > 0.05$ 。	a vs b, $P > 0.05$; b vs c, $P < 0.05$; c vs d, $P > 0.05$ 。

2.4 水泡状胎块及水肿性流产胎各组的发病年龄分布

根据病历记载,把 HM 及 HA 患者按年龄段划分并统计,结果显示水肿性流产胎高发于 31 ~ 35 岁年龄段人群,该年龄段发病占该组的 40.5%;在水泡状中,发病高峰在 26 ~ 30 岁年龄段,PHM 及 CHM 分别占各自人群的 34.7% 及 29.7%。见表 4。从表 4 还可以看出水泡状胎块患者在 25 岁前发病大大高于水肿性流产胎,而且以完全性水泡状胎块尤甚。同时,完全性水泡状胎块患者在 45 岁后发病可能性均高于部分性水泡状胎块患者及水肿性流产患者。

表 4 水泡状胎块及水肿性流产胎各组病例发生的年龄分布情况

年龄分布	水肿性流产胎		部分性水泡状胎块		完全性水泡状胎块	
	例数	(%)	例数	(%)	例数	(%)
<20 岁	0	0	1	1.4	4	5.4
21 ~ 25 岁	1	1.3	7	9.7	22	29.7
26 ~ 30 岁	26	32.9	25	34.7	17	23.0
31 ~ 35 岁	32	40.5	24	33.4	20	27.0
36 ~ 40 岁	14	17.7	9	12.5	4	5.4
41 ~ 45 岁	6	7.6	6	8.3	2	2.7
>45 岁	0	0	0	0	5	6.8
总计	79	100	72	100	74	100

2.5 水泡状胎块及水肿性流产胎各组血 β -HCG 浓度的分布情况

收集到在清宫前 1 周内测定血清 hCG 的患者分别为 HA 37 例,PHM 58 例及 CHM 62 例,各组的血 β -HCG 比较可见 PHM 组的血 β -HCG 均值明显高于 HA 组,它们之间比较差异有统计学意义($P < 0.05$),而 PHM 组与 CHM 组间的比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 5。

表 5 各组病例血 β -HCG 组间比较

组别	例数	β -HCG 范围(IU/L)	β -HCG 均值(IU/L)	P 值
HA	37	9.12 ~ 1209.43	347.17	
PHM	58	523.61 ~ 1765.27	804.64	$P < 0.05$
CHM	62	571.89 ~ 1906.33	875.43	$P > 0.05$

3 讨论

关于临床上的生物学行为,完全性水泡状胎块之后持续妊娠滋养叶细胞肿瘤的发生率大约在 20% ~ 30%,而部分性水泡状胎块后为 1% ~ 5%。持续性滋养细胞肿瘤的病理表现可以是子宫内残留的胎块绒毛、侵袭性水泡状胎块、转移性水泡状胎块、绒毛膜癌等。完全性水泡状胎块后约 2% 发生绒毛膜癌,而部分性水泡状胎块极少发生绒毛膜癌,只有 3 例完整的病例报告^[4]。特别在妊娠的早期阶段,水泡状胎块没有典型的临床表现或超声影像表现可以参考,非常早期的完全性水泡状胎块与部分性水泡状胎块镜下特征不能分辨^[5],所以联合应用免疫组织化学指标鉴别该组疾病十分必要。

目前 HM 诊断和分型主要以临床表现与组织学特点为判断标准。HM 患者的临床表现主要以停经后阴道流血为主诉,临床实验室检查发现血 β -HCG 增高并与妊娠月份不符,本试验收集的 HA 及 HM 患者血 β -HCG 数值进行统计学分析,差异有统计学意义,与之前的报道相同^[6-9]。血 β -HCG 对于发现早期的 HM 有重要的临床价值。

近年来,分子学技术已经日臻完善,这些方法基于遗传学知识,完全性水泡状胎块是与母系无关的二倍体核型,而部分性葡萄胎是三倍体,其中一倍体源于母系,一般的水肿性流产胎则拥有属于父系和母系的二倍体核型^[10]。在正常情况下,p57 是一个父系的印迹抑制基因,如果有表达,表明妊娠物中有

母系的作用,如果没有表达,则说明只有父系而没有母系的作用。正常胎盘与水泡状流产胎为正常核型,有来自于母系和父系的染色体,所以 p57 基因表达;完全性水泡状胎块仅有来自父系的染色体,所以不表达 p57,而部分性水泡状胎块为三倍体,有来自一条母系的染色体和两条父系的染色体,故也能表达 p57^[11,12]。我们的实验结果证实了 CHM 和 PHM 中 p57 表达和分布存在明显差异,提示检测 p57 表达和分布有助于水泡状胎块的分型诊断。

p53 蛋白由 393 个氨基酸组成,具有特异的转录激活作用。在 DNA 损伤时,细胞的主要反应之一便是 p53 蛋白的增加。p53 蛋白主要集中于核仁区,能与 DNA 特异结合,其活性受磷酸化调控。正常 p53 的生物功能好似“基因组卫士”,在 G1 期检查 DNA 损伤点,监视的完整性。p53 抑癌基因是多年来分子生物学的热点。几乎在各种不同类型的肿瘤中均发现了 p53 基因的突变,其频率可达 50% ~ 60%。本研究结果显示, p53 在正常绒毛组织不表达,流产水肿绒毛中少数病例弱阳性表达,而在水泡状胎块组织中明显多数病例有阳性表达,水肿性流产胎与水泡状胎块表达比较有显著差异 ($P < 0.01$),这项结果与文献^[13]报道结果一致。

增殖细胞核抗原 Ki-67 表达与肿瘤发生、发展相关。肿瘤增殖 Ki-67 表达范围覆盖除 G0 期以外的各增殖周期细胞。由于 Ki-67 在 G0 期以外各增殖周期均有表达,具有非常好的可用性。Ki-67 表达与肿瘤的发生、发展有关,是一个不良预后因素,由于其半衰期短,脱离细胞周期后能迅速降解,故已成为检测细胞增殖活性最可靠的指标^[14]。在水泡状胎块的研究中,人们一致认为 Ki-67 不能预测持续性妊娠滋养细胞病变是否会发生,随后的研究表明,在水泡状胎块与流产水肿绒毛中 Ki-67 的表达存在显著的差异^[15]。本研究中水泡状胎块 Ki-67 呈强阳性表达,而流产水肿绒毛及正常绒毛仅少数病例呈弱阳性表达,水泡状胎块与水肿性流产胎组间表达比较有显著差异 ($P < 0.01$)。该结果表明 Ki-67 增生指数可较为准确地反应水泡状胎块细胞滋养细胞的增生活性,可作为评估病变是水泡状胎块抑或是水肿性流产胎的重要参考指标。

综上所述,免疫组化 p57、p53 和 Ki-67 的表达可作为水泡状胎块分型诊断的一个客观辅助指标,是比较经济、快速及准确有效的手段,值得在国内妇产科病理诊断常规工作中推广应用。

据国外的文献报道,水泡状胎块影响了妇女的整个生育阶段,但它的发生多在生育年龄的两个极端, < 16 岁和 > 50 岁的人发生水泡状胎块的几率是 16 ~ 40 岁人群的 6 倍, > 50 岁的人如果怀孕会有 1/3 的机会患上水泡状胎块^[16]。我们的实验收集的资料显示完全性水泡状胎块的发病高峰在 21 ~ 25 岁,部分性水泡状胎块发病高峰在 26 ~ 30 岁,水肿性流产胎发病高峰在 31 ~ 35 岁,妊娠年龄水泡状胎块的发生年龄高峰早于水肿性流产胎。水泡状胎块的发病年龄高峰与国外的报道相近^[17],而且我们的数据显示在完全性水泡状胎块中出现了 > 50 岁的患者,而部分性水泡状胎块及水肿性流产胎中没有出现 > 50 岁的病人。所以本人认为年龄在水泡状胎块的诊断中可作为客观的临床参考依据,希望在以后的工作中收集更多资料用以实验观察。

参 考 文 献

[1] Howart AJ, Beck S, Fox H, et al. Can histopathologist s reliably di-

- agnose molar pregnancy. *Journal of Clinical Pathology*, 1993, 46 (7):599-602.
- [2] Huang CL, Yokomise H, Kobayashi S, et al. Intratumoral expression of thymidylate synthase and dihydropyrimidine dehydrogenase in non-small cell lung cancer patients treated with 5-FU-based chemotherapy. *Int J Oncol*, 2000,17(1):47-54.
- [3] Huang C, Liu D, Masuya D, et al. Clinical application of biological markers for treatments of resectable non-small-cell lung cancers. *Br J Cancer*, 2005, 92(7):1231-1239.
- [4] 回允中. 肿瘤组织病理学诊断. 1 版. 北京:北京大学医学出版社, 2009:675.
- [5] 陈乐真. 妇产科诊断病理学. 2 版. 北京:人民军医出版社, 2010:552.
- [6] Tze-Kiong E, et al. False-negative pregnancy test in hydatidiform mole. *American Association for Clinical Chemistry*, 2006(52):1616-1618.
- [7] Mohamed A, Ashraf E, Ibrahim E. Could preeclampsia affect the maternal serum chorionic gonadotrophin and plasma adenosine deaminase levels? *Journal of American Science*, 2011(7):454-458.
- [8] Al Alaf S, Omer D. Prevalence and clinical observations of gestational trophoblastic diseases in maternity teaching hospital in Erbil city. *Wseas Transactions on Biology and Biomedicine*, 2010(7):190-199.
- [9] Muller C, Cole L. The quagmire of hCG and hCG testing in gynecologic oncology. *Gynecologic Oncology*, 2008(9):1-12.
- [10] Watanabe M, Ghazizadeh M, Konishi H, et al. Interphase cytogenetic and Ag NOR analyses of hydatidiform moles. *J Clin Pathol*, 1998, 51(6):438-443.
- [11] Chilosi M, Piazzola E, Lestani M, et al. Differential expression of p57 kip2, a maternally imprinted cell cycle inhibitor, in normal human placenta and gestational trophoblastic disease. *Lab Invest*, 1998, 78(3):269-276.
- [12] Jun SY, Ro JY, Kim KR. p57 kip2 is useful in the classification and differential diagnosis of complete and partial hydatidiform moles. *Histopathology*, 2003,43(1):17-25.
- [13] Chen Y, Shen D, Gu Y, et al. The diagnostic value of Ki-67, P53 and P63 in distinguishing partial Hydatidiform mole from hydropic abortion. *Wien Klin Wochenschr*, 2012,124(5-6):184-187.
- [14] Jalava P, Kuopio T, Junnti-Patinen, et al. Ki 67 immunohistochemistry: a valuable marker in prognostication but with a risk of misclassification: proliferation subgroups formed based on Ki 67 immunoreactivity and standardized mitotic index. *Histopathology*, 2006, 48(6):674-682.
- [15] Sundara YT, Jordanova ES, Hernowo BS, et al. Decidual infiltration of FoxP3 regulatory T cells, CD3 T cells, CD56 decidual natural killer cells and Ki-67 trophoblast cells in hydatidiform mole compared to normal and ectopic pregnancies. *Mol Med Report*, 2012, 5(1):275-281.
- [16] Sebire NJ, Foskett M, Fisher RA, et al. Risk of partial and complete hydatidiform molar pregnancy in relation to maternal age. *Br J Obstet Gynaecol*, 2002(109):99-102.
- [17] Zhraa Abd-Alkader Taboo. A prospective study of gestational trophoblastic disease in Al-Mosul City. *The Iraqi Postgraduate Medical Journal*, 2013(12):268-276.

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.04.011

高原地区淋巴细胞主动免疫治疗原因不明习惯性流产 120 例临床观察

祁青玲 王烈宏 杨慧林 马英兰
青海红十字医院妇产科, 西宁 810000

【摘要】目的:探讨淋巴细胞主动免疫治疗高原地区原因不明习惯性流产患者的临床疗效。方法:选择 120 例接受淋巴细胞主动免疫治疗原因不明习惯性流产患者为研究对象,对所有病例进行封闭抗体检测,并分离患者丈夫淋巴细胞,采用前臂皮下注射的方式进行封闭抗体治疗。结果:接受治疗后,120 例患者中有 103 例封闭抗体转为阳性,转阳率为 85.8%。阳性妊娠成功 88 例,成功率 85.4%,仍有 17 例患者为阴性,其中仅 5 例妊娠成功,成功率 29.4%,两组比较差异具有统计学意义($\chi^2 = 6.63, P < 0.05$)。全部病例中,有 93 例妊娠成功,成功率为 77.5%。结论:针对高原地区原因不明习惯性流产患者,淋巴细胞免疫治疗的方法简单、廉价、可靠,能取得较高的妊娠成功率,患者容易接受,具有较高的临床应用价值。

【关键词】 淋巴细胞;主动免疫治疗;原因不明;习惯性流产

Active immunotherapy in the treatment of 120 cases with unexplained habitual abortion in plateau regions

QI Qingling, WANG Liehong, YANG Huilin, MA Yinglan. Department of Gynecology and Obstetrics, Red Cross Hospital of Qinghai, Xining 810000, China

【Abstract】 Objectives: To investigate the clinical effect of active immunotherapy in the treatment of unexplained habitual abortion in plateau regions. **Method:** 120 patients who ever experienced unexplained habitual abortion were given active immunotherapy and blocking antibody detection. Additionally, their husbands got their lymphocytes separated and were performed the blocking antibody treatment through forearm subcutaneous injection. **Results:** The blocking antibodies of 103 patients turned positive after treatment, with the positive rate being 85.8%. Among the positive patients, 88 patients got pregnant successfully, with the pregnancy rate being 85.4%. But among the 17 still negative patients, only 5 cases got pregnant, with the pregnancy rate being 29.4%. The differences were statistically significant ($\chi^2 = 6.63, P < 0.05$). There were a total of 93 cases of successful pregnancy and the pregnancy rate was 77.5%. **Conclusion:** For the patients with unexplained habitual abortion in plateau regions, lymphocyte immunotherapy was simple, inexpensive, reliable, and it could achieve a higher pregnancy rate, making it easily accepted by patients. Therefore, the therapy proves to have high clinical value.

【Key words】 Lymphocytes; Active immunotherapy; Unexplained causes; Habitual abortion

【中图分类号】 R167

【文献标志码】 A

原因不明习惯性流产(Unexplained Habitual Abortion, UHA)是指连续 3 次或 3 次以上,并且排除遗传、内分泌、感染、自身免疫疾病等,找不到明确原因的自然流产。有研究表明^[1],习惯性流产病例中,40%~70%原因不明,但会给患者和家人带来极大的精神压力。^[2]也有人认为^[3],大多数 UHA 与免疫因素相关,夫妻双方的封闭抗体(APCA)缺乏是其主要原因。基于该理论,1981 年 Taylor 和 Beer 等^[4]对 4 名抗丈夫淋巴细胞抗体阴性的 UHA 患者进行了淋巴细胞主动免疫治疗,并有 3 人成功分娩,此后淋巴细胞主动免疫治疗原因不明习惯性流产受到了医学界的广泛关注。该方法于上个世纪 80 年代由张世训首先在我国推广^[5],至今大量临床实践已经证明,淋巴细胞主动免疫治疗 UHA 的成功率可达 70%~100%^[5-7]。本研究针对高原地区的 120 例原因不明习惯性流产患者进行了淋巴细胞免疫治疗,收到良好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析 2009 年 5 月至 2012 年 10 月在我院接受淋巴细胞主动免疫治疗的原因不明习惯性流产患者 120 例,年龄 24~38 岁,平均(31.8±5.6)岁,流产次数 3~8 次,所有病例均非过敏体质且无感染,排除 ABO、Rh 血型新生儿溶血病。在治疗前对夫妻双方详细介绍淋巴细胞主动免疫治疗,征得双方同意并签署知情同意书。

1.2 纳入标准^[8]

(1)连续流产 3 次或 3 次以上,且最近 1 次发生在 6 个月以内;(2)无生殖系统畸形和感染;(3)无既往活产、死产、死胎史;(4)无黄体功能不足等内分泌异常;(5)狼疮抗凝物筛查等自身免疫抗体均阴性;(6)双方染色体核型分析正常,且梅毒、艾滋病检查均无异常;(7)男方精液常规检查正常;(8)微量淋巴细胞毒检测封闭抗体阴性。

1.3 方法

1.3.1 封闭抗体检测方法^[9] 采用改良补体微量淋巴细胞毒试验检测。抽取患者夫妻双方静脉血各 3mL,以女方血清为抗

【第一作者简介】 祁青玲(1978-),女,主治医师,主要研究方向为妇科内分泌与妇科肿瘤。

血清,男方淋巴细胞为靶细胞,首先用 Ficoll 分离液分离男方血液中淋巴细胞,待细胞浓度调整适宜后,混合女方血清加入微孔板内,30min 后加入兔补体,反应 1h 后经台盘蓝染色显微镜观察,若细胞着色变大指数 $\geq 10\%$ 为阳性。

1.3.2 淋巴细胞免疫治疗方法 在无菌条件下抽取男方静脉血 20mL,加入适量抗凝剂,后将血液注入盛有 10mL Ficoll 淋巴细胞分离液的试管中,置入离心机,在 2000r/min 转速下离心 15min,后提取淋巴细胞于尖端玻璃离心管中,调整细胞液浓度至 $(2\sim 3) \times 10^7/L$,然后于患者前臂内侧行皮内注射,剂量 1.5~2mL。每 3 周注射 1 次,以 4 次为 1 疗程,疗程结束后 7d 复查封闭抗体,若转为阳性则建议受孕,怀孕后仍需继续注射直至孕 12 周。部分复查封闭抗体阴性者,须加强免疫 1 疗程准备怀孕。

1.4 妊娠成功标准

妊娠超过 12 周,且超声检查表未见异常。

1.5 统计学分析

使用 SPSS17.0 统计学软件包,两独立样本计量资料组间比较采用两独立样本 t 检验,两样本计数资料的组间比较采用 χ^2 检验,检验标准 $\alpha = 0.05$,以 $P < 0.05$ 具有统计学意义。

2 结果

2.1 淋巴细胞主动免疫治疗结果

所有患者均接受丈夫淋巴细胞主动免疫治疗,其中 93 例妊娠成功,成功率为 77.5%。93 例新生儿,体重 2.4~3.9 kg,平均 (3.0 ± 0.6) kg,其中早产 8 例,母婴均在半月至 1 月后健康出院,新生儿生长发育均正常。

2.2 免疫治疗后封闭抗体阳性组和阴性组妊娠结局的比较

淋巴细胞免疫治疗后,有 103 例患者封闭抗体转为阳性,转阳率为 85.8%;阳性妊娠成功 88 例,成功率 85.4%;仍有 17 例患者为阴性,其中仅 5 例妊娠成功,成功率 29.4%,两组比较 $\chi^2 = 6.63, P < 0.05$,存在显著差异。见表 1。

表 1 免疫治疗后封闭抗体阳性组和阴性组妊娠结局的比较

治疗后抗体	例数(n)	妊娠成功(n)	再次流产(n)	妊娠成功率(%)
阳性	103	88	15	85.4
阴性	17	5	12	29.4
合计	120	93	27	77.5

注:阳性组与阴性组妊娠成功率比较 $\chi^2 = 6.63, P < 0.05$

3 讨论

人类正常妊娠过程产生的胎儿,其遗传基因必然一半来自女方,而另一半来自男方。但是男方与女方的 HLA 抗原不可能完全相容,为确保胚胎免受母体免疫细胞的攻击,胚胎细胞所携带的 HLA 抗原(来自男方的部分)一般都能刺激母体产生 IgG 抗体,亦称之为封闭因子或封闭抗体^[10]。其主要生理作用就是与胚胎细胞以及母体的淋巴细胞表面抗原结合,起到切断母婴之间的不利免疫识别和免疫反应的作用。而原因不明习惯性流产患者通常缺乏 IgG 抗体,这就使胚胎很容易受到母体免疫系统的排斥和杀伤,最终导致反复流产^[11,12]。1981 年, Taylor 和 Beer 等首创的淋巴细胞主动免疫治疗,正是建立在上述理论之上的。该方法的核心即为在母体怀孕之前,分离出男方静脉血淋巴细胞,采用皮下注射的方式注入女方体内,使母体在怀孕之前就产生足够的封闭抗体,实现对母胎之间免疫平衡的调节,使胎儿免受母体免疫系统的杀伤,从而最大限度地接纳和保护胎儿并不被流掉,最终有利于妊娠成功^[13,14]。根据

Canisso 等^[15]的报道,淋巴细胞主动免疫治疗不仅能够使 90% 的 UHA 患者产生有效的封闭抗体,该方法还能调剂诸多细胞因子,使 TH1 型细胞因子减少,而 TH2 型细胞因子增多,促进 TH1 型细胞向 TH2 型细胞转化的过程,进一步诱发母体对胚胎的免疫耐受状态。这些对免疫因子的调节作用有助于提高妊娠成功率。

本研究针对高原地区原因不明习惯性流产患者,探讨了淋巴细胞主动免疫治疗对该疾病的临床疗效。研究结果显示,在接受治疗后,120 例患者中有 103 例封闭抗体转为阳性,转阳率为 85.8%。阳性妊娠成功 88 例,成功率 85.4%。仍有 17 例患者为阴性,其中仅 5 例妊娠成功,成功率 29.4%,两组比较存在显著差异。全部病例中,有 93 例妊娠成功,成功率为 77.5%,93 例新生儿均未见低体重儿及畸形儿,均健康无恙,母体亦未出现任何免疫系统异常。

综上所述,针对高原地区原因不明习惯性流产患者,淋巴细胞免疫治疗具有较强特异性,且方法简单、廉价、可靠,能取得较高的妊娠成功率,患者容易接受,具有较高的临床应用价值。

参 考 文 献

- [1] 张趁利,卢涛,鹿桂芝,等.淋巴细胞免疫治疗原因不明习惯性流产的临床疗效.中国妇幼保健,2013,13(28):2127-2128.
- [2] 程湘,吴晓华,李真,等.稽留流产妇女情绪障碍发病及与应对方式关系的调查分析.重庆医学,2009,38(6):643-645.
- [3] 高莉洁.原因不明自然流产影响因素研究.山东大学,2013.
- [4] Malinowski A, Wilczynski J, Zeman K, et al. Immunological characteristics of nonpregnant women with unexplained recurrent spontaneous abortion who underwent paternal lymphocytes immunization. Zentralbl Gynakol, 2010, 120(10):493-496.
- [5] 丛林,刘长明,朱立新,等.原因不明复发性流产患者淋巴细胞主动免疫治疗前后细胞亚群的变化.中国实用妇科与产科杂志,2012,28(5):378-380.
- [6] 张翠媛,方玲,郑玲芳,等.主动免疫联合黄体酮治疗不明原因复发性流产 50 例.中国药业,2012,21(23):38.
- [7] 商微,王蔼明,舒明明,等.促黄体生成素水平与复发性流产的关系.河北医科大学学报,2012,33(11):1275-1277.
- [8] 孔剑辉.主动免疫治疗原因不明复发性流产 112 例疗效分析.中国实用医药,2013,8(5):114-115.
- [9] 曲瑞华.张家口地区生育异常及习惯性流产病因分析.河北医药,2013,35(4):601-603.
- [10] 华月琴,陈瑞华,吴志南,等.主动免疫治疗原因不明习惯性流产后外周血免疫球蛋白及 T 淋巴细胞亚群的变化.中国妇幼保健,2010,19(2):2697-2698.
- [11] 张占华,安新涛.淋巴细胞注射治疗原因不明复发性自然流产 60 例疗效观察.中国性科学,2013,11(1):32-33,39.
- [12] 曹灵丽,沈宗姬.习惯性流产之病因探讨.海南医学,2011,22(6):128-131.
- [13] 赵静,巩晓芸,胡泊,等.复发性流产患者 Th1/Th2 细胞因子失衡及淋巴细胞主动免疫治疗的疗效.中国妇幼保健,2013,13(28):804-806.
- [14] 王振荣,田喜凤,李宜学,等.反复自然流产患者外周血 T 淋巴细胞亚群比率的变化与作用.中国现代医学杂志,2013,23(13):102-104.
- [15] Igor F, Canisso, Toby L, Pinn, Jodie A Gerdin, et al. B-cell multicentric lymphoma as a probable cause of abortion in a Quarter horse broodmare. Can Vet J, 2013, 54(3): 288-291.

(收稿日期:2013-10-23)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.04.012

雌激素对神经保护的作用机制

李婷 张渺[△]

北京大学第一医院妇产科,北京 100034

【摘要】 雌激素作为一种类固醇激素,除具有生长、发育、生殖功能方面的作用外,还具有保护神经细胞的作用,但该神经保护作用机制尚未明确。目前的机制研究主要集中于三大途径,即经典的雌激素核受体介导的基因组作用机制、非基因组 MAPK - ERK 或 PI3K - Akt 作用机制以及不依赖于受体的抗氧化作用机制。每个机制之间相互联系,共同作用产生神经保护效应。每一个通路所发挥的作用可能随组织类型、神经类型、受体表达情况和神经细胞外界微环境等因素的不同而发生改变。

【关键词】 雌激素;雌二醇;神经保护作用;雌激素受体

Mechanisms of estrogen's neuroprotective effects LI Ting, ZHANG Miao[△]. Department of Obstetrics and Gynecology, Peking University First Hospital, Beijing 100034, China

【Abstract】 Estrogen, a gonadal steroid hormone, functions in growth, development and reproduction, estrogen. It also plays a role in neuroprotection but the mechanism remains controversial. So far, three main proposals have been proposed to explain how estrogen protects the nervous system, including the classic genomic estrogen receptor (ER) - mediated mechanism, a nongenomic mechanism involving mitogen - activated protein kinase (MAPK) - extracellular signal - related kinases (ERK) and/or phosphatidylinositol - 3 - kinase (PI3K) - Akt signaling, and a receptor - independent antioxidant free - radical scavenging mechanism. Intercommunication has been hypothesized to exist among three mechanisms, creating a function of neuroprotection. The effects of each signaling would be changed by different factors, including tissue or nerve type, expression of receptors and extracellular microenvironment.

【Key words】 Estrogen; Estradiol; Neuroprotection; Estrogen receptor

【中图分类号】 R167

【文献标志码】 A

雌激素(Estrogen,E)是一种类固醇激素,主要来源于卵巢,此外肾上腺皮质、胎盘和睾丸等也分泌少量雌激素,其中起主要生理作用的是雌二醇(Estradiol,E₂)。雌激素与孕激素共同维持女性的月经周期和生殖功能,促进女性性器官成熟、第二性征出现,目前临床上主要用于治疗妇科相关疾病。近几年,大量研究表明雌激素除具有生长、发育、生殖功能方面的作用外,还具有保护神经细胞的作用,能降低阿尔兹海默病^[1,2]、帕金森病^[3]、脊髓或脑损伤^[4,5]等中枢神经系统疾病的发病率。

目前雌激素的神经保护作用机制尚未明确,已有的研究认为雌激素对中枢神经及外周神经的保护作用分为受体依赖性效应和非受体依赖性效应。作用机制研究主要集中于基因组作用机制、非基因组作用机制、抗氧化及线粒体功能调控作用机制^[6]。生理浓度的E₂主要发挥前两种机制,而较高剂量的非生理浓度主要通过第三种机制发挥作用^[7]。

1 经典的基因组作用机制

生理剂量的雌激素主要通过经典的基因组作用机制与其核受体结合发挥其神经保护作用^[8]。

雌激素受体(Estrogen receptor,ER)属于甾体类激素超家族

的核受体,是一种调节E₂作用的配体激活的核转录因子,目前发现有ER α 和ER β 两种亚型,分别由Green等^[9]在1986年和Kuiper等^[10]在1996克隆出来。两种ERs在组织分布上存在明显差异,子宫、乳腺、阴道及胎盘等主要以ER α 为主;前列腺、睾丸、卵巢、心血管系统、免疫组织及中枢神经系统等以ER β 为主。ER α 与ER β 具有共同的基本结构框架:N末端、中央的DNA结合结构域(DNA binding domain,DBD),以及C末端的配体结合结构域(Ligand binding domain,LBD)。N末端中有一个不依赖于配体的激活功能区1(Activation function-1,AF1),可能调节配体与ERs的结合^[11],调节靶基因的转录。不同物种的ER α 和ER β 的AF-1功能各不相同。ER α 和ER β 的DBD的氨基酸序列有90%的相似性,故两种受体结合的靶基因序列基本相似^[12]。C末端的LBD中存在一个依赖于配体的激活功能区2(Activation function 2,AF2),主要调节配体与ERs的结合,ERs的二聚化与靶基因表达的激活。ER α 和ER β 的DBD的氨基酸序列仅有53%的相似性,因此两种受体的配体不全相同^[13]。ERs通过靶基因启动区的活化蛋白1(Activating protein 1,AP-1)位点调节靶基因的转录,ER α 和ER β 在调节基因表达方面也存在差异。当受体与配体结合后,ER α -AP-1位点的激活促进雌激素反应性目的基因的转录的作用,相反地,ER β -AP-1位点的激活抑制目的基因转录^[14]。

核内ERs在未与配体雌激素结合时,以非活化的抑制复合体形式存在于靶细胞中。当雌激素与ERs结合后,ERs的构象

【第一作者简介】李婷(1988-),女,硕士研究生在读,主要从事妇科肿瘤及女性性医学相关研究。

[△]**【通讯作者】**张渺,E-mail: mm7526@qq.com.

改变并多从多蛋白抑制复合物中释放出来,发生同源或异源二聚化转入核内,在细胞核内与目的基因增强子区的雌激素反应元件(Estrogen response element, ERE)结合^[15, 16],顺式激活或抑制目的基因,如激活脑源性神经营养因子和在氧化应激反应和 DNA 损伤修复中起重要作用的脱嘌呤核算内切酶(Apurinic endonuclease, APE1)的转录和表达^[17],发挥神经营养作用和促损伤神经细胞的修复;抑制 Sonic Hedgehog 的抑制因子 Hedgehog 相互作用蛋白(Hedgehog-interacting Protein, HIP),促进神经修复和血管再生^[18]。除 ERE 途径外,还可通过调节 AP-1 或特异蛋白-1(Specific protein-1, SP-1)增强子元件与转录因子 Fos 和 Jun 之间的相互作用来调节基因转录^[19],在神经受损后促进的周围神经的再生,并在再生过程全部完成后抑制突触再生^[20]。

2 雌激素非基因组作用机制

人们在雌激素作用机制的探索中发现, E₂ 的拮抗剂并不能完全抵消雌激素对神经细胞的保护作用^[19],这个未被抵消的作用可能是通过非 ERE 介导的基因转录机制。此种作用途径不同于雌激素经典基因组途径,为“非基因组效应或快速反应”。在快速非基因组机制中,目前较为认同的假说是膜受体理论。雌激素与雌激素膜受体结合,快速激活和磷酸化神经丝裂原活化蛋白激酶(Mitogen-activated protein kinase, MAPK)-细胞外信号调节激酶(Extracellular signal-related kinases, ERK)^[21]和磷脂酰肌醇 3 激酶(Phosphatidylinositol-3-kinase, PI3K)-Akt 信号传导途径^[22],通过级联反应诱导胞内信号转导蛋白发挥其快速调节作用,促进细胞存活、抑制凋亡、细胞代谢和增殖等重要细胞功能。

E₂ 通过非基因组机制直接舒张血管,增加神经组织周围血流量,此外 E₂ 还能通过该途径活化内皮细胞和神经元内一氧化氮合成酶的活性来舒张血管^[23-25]。

一氧化氮(Nitric oxide, NO)能引起阴道血管的扩张,增加血流量,是增强勃起功能的生理介质。一氧化氮合酶(Nitric oxide synthase, NOS)常表达于盆内脏神经神经元,大多数分布于人类阴蒂海绵体和阴道以及动物的子宫和阴道中。NOS 有三种亚型,即神经元型一氧化氮合酶(nNOS)、内皮型一氧化氮合酶(eNOS)及诱导型一氧化氮合酶(iNOS)。nNOS 和 iNOS 具有神经毒性作用, eNOS 具有神经保护作用。雌激素能够通过其外围作用来提高大鼠 eNOS 活性,促进 NO 的合成来扩张大鼠阴道血管,此外还促进 nNOS 的表达^[24, 26],发挥神经毒性效应来减少靶神经密度。雌激素对 NOS 的效应具有种属差异性,去卵巢后的雌兔中的阴蒂和阴道组织 NOS 活性及 nNOS 和 eNOS 代偿性表达增强,以代偿生殖平滑肌胶原比值的降低,而雌激素替代治疗下调 NOS 活性^[25]。

快速非基因组机制作用不同于经典基因组机制作用,后者一般需要数小时,具有延缓效应,前者作用快速仅持续数秒或数分钟,且无新的蛋白质的合成。雌激素的基因组作用与非基因组作用间可能有相互作用^[27]。

3 抗氧化和线粒体功能调控作用机制

雌激素虽然对已生成的 ROS 仅具有轻微清除作用,但其能与高度水溶性的抗氧化剂和谷胱甘肽协同,通过防止脂质过氧化、蛋白质氧化以及 DNA 损伤来预防对线粒体有损伤作用的活性氧(Reactive oxygen species, ROS)的生成^[28]。雌激素能通过调节 ATP 和 ROS 的生成、稳定线粒体膜电位,维持 Ca²⁺平衡以及调节线粒体基因和蛋白的表达来维持线粒体功能^[8]。

在中枢神经系统与外周神经系统中,雌激素不仅可以通过经典的基因组作用机制发挥其神经保护的作用,还可以通过非基因组作用机制作用于神经细胞、血管内皮细胞、小胶质细胞及星形胶质细胞等间接发挥神经保护作用。在雌激素对神经细胞的保护作用不仅仅依赖于单一的作用机制而独立发挥作用,而是多个机制共同作用而产生的结果。每一个通路所发挥的作用可能随组织类型、神经类型、受体表达情况和神经细胞外界微环境等因素的不同而发生改变。

参 考 文 献

- [1] Zheng H, Xu H, Uljon SN, et al. Modulation of A(beta) peptides by estrogen in mouse models. *Journal of Neurochemistry*, 2002, 80(1): 191-196.
- [2] George S, Petit GH, Gouras GK, et al. Nonsteroidal selective androgen receptor modulators and selective estrogen receptor beta agonists moderate cognitive deficits and amyloid-beta levels in a mouse model of Alzheimer's disease. *ACS Chemical Neuroscience*, 2013.
- [3] Sawada H, Ibi M, Kihara T, et al. Mechanisms of antiapoptotic effects of estrogens in nigral dopaminergic neurons. *FASEB Journal: Official Publication of the Federation of American Societies for Experimental Biology*, 2000, 14(9): 1202-1214.
- [4] Yune TY, Kim SJ, Lee SM, et al. Systemic administration of 17beta-estradiol reduces apoptotic cell death and improves functional recovery following traumatic spinal cord injury in rats. *Journal of Neurotrauma*, 2004, 21(3): 293-306.
- [5] Garcia-Estrada J, Luquin S, Fernandez AM, et al. Dehydroepiandrosterone, pregnenolone and sex steroids down-regulate reactive astroglia in the male rat brain after a penetrating brain injury. *International Journal of Developmental Neuroscience: the Official Journal of the International Society for Developmental Neuroscience*, 1999, 17(2): 145-151.
- [6] Garcia-Segura LM, Azcoitia I, DonCarlos LL. Neuroprotection by estradiol. *Progress in Neurobiology*, 2001, 63(1): 29-60.
- [7] Dhandapani KM, Brann DW. Protective effects of estrogen and selective estrogen receptor modulators in the brain. *Biology of Reproduction*, 2002, 67(5): 1379-1385.
- [8] Scott E, Zhang QG, Wang R, et al. Estrogen neuroprotection and the critical period hypothesis. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 2012, 33(1): 85-104.
- [9] Green S, Walter P, Kumar V, et al. Human oestrogen receptor cDNA: sequence, expression and homology to verb A. *Nature*, 1986, 320(6058): 134-139.
- [10] Kuiper GG, Enmark E, Peltö-Huikko M, et al. Cloning of a novel receptor expressed in rat prostate and ovary. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 1996, 93(12): 5925-5930.
- [11] McInerney EM, Tsai MJ, O'Malley BW, et al. Analysis of estrogen receptor transcriptional enhancement by a nuclear hormone receptor coactivator. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 1996, 93(19): 10069-10073.
- [12] Vanacker JM, Pettersson K, Gustafsson JA, et al. Transcriptional targets shared by estrogen receptor-related receptors (ERRs) and estrogen receptor (ER) alpha, but not by ERbeta. *The EMBO journal*, 1999, 18(15): 4270-4279.
- [13] Weihua Z, Andersson S, Cheng G, et al. Update on estrogen signal

- ling. FEBS letters, 2003, 546(1): 17-24.
- [14] Paech K, Webb P, Kuiper GG, et al. Differential ligand activation of estrogen receptors ERalpha and ERbeta at API sites. Science (New York, N. Y.), 1997, 277(5331): 1508-1510.
- [15] O' Lone R, Friih MC, Karlsson EK, et al. Genomic targets of nuclear estrogen receptors. Molecular Endocrinology (Baltimore, Md.), 2004, 18(8): 1859-1875.
- [16] Klinge CM. Estrogen receptor interaction with co-activators and co-repressors. Steroids, 2000, 65(5): 227-251.
- [17] Dietrich AK, Humphreys GI, Nardulli AM. 17beta-Estradiol increases expression of the oxidative stress response and DNA repair protein apurinic endonuclease (Ape1) in the cerebral cortex of female mice following hypoxia. The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology, 2013.
- [18] Sekiguchi H, Li M, Jujo K, et al. Estradiol triggers sonic-hedgehog-induced angiogenesis during peripheral nerve regeneration by downregulating hedgehog-interacting protein. Laboratory Investigation; A Journal of Technical Methods and Pathology, 2012, 92(4): 532-542.
- [19] Moosmann B, Behl C. The antioxidant neuroprotective effects of estrogens and phenolic compounds are independent from their estrogenic properties. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 1999, 96(16): 8867-8872.
- [20] Sung YJ, Wu F, Schacher S, et al. Synaptogenesis regulates axotomy-induced activation of c-Jun-activator protein-1 transcription. The Journal of Neuroscience: the Official Journal of the Society for Neuroscience, 2006, 26(24): 6439-6449.
- [21] Toran-Allerand CD. Novel sites and mechanisms of oestrogen action in the brain. Novartis Foundation Symposium, 2000(230): 56-69; discussion 69-73.
- [22] Ko BH, Paik JY, Jung KH, et al. 17beta-estradiol augments 18F-FDG uptake and glycolysis of T47D breast cancer cells via membrane-initiated rapid PI3K-Akt activation. Journal of Nuclear Medicine; Official Publication, Society of Nuclear Medicine, 2010, 51(11): 1740-1747.
- [23] Kushner PJ, Agard DA, Greene GL, et al. Estrogen receptor pathways to AP-1. The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology, 2000, 74(5): 311-317.
- [24] Berman JR, McCarthy MM, Kyprianou N. Effect of estrogen withdrawal on nitric oxide synthase expression and apoptosis in the rat vagina. Urology, 1998, 51(4): 650-656.
- [25] Yoon HN, Chung WS, Park YY, et al. Effects of estrogen on nitric oxide synthase and histological composition in the rabbit clitoris and vagina. International Journal of Impotence Research, 2001, 13(4): 205-211.
- [26] Martin-Alguacil N, Schober J, Kow LM, et al. Oestrogen receptor expression and neuronal nitric oxide synthase in the clitoris and preputial gland structures of mice. BJU International, 2008, 102(11): 1719-1723.
- [27] Moriarty K, Kim KH, Bender JR. Minireview: estrogen receptor-mediated rapid signaling. Endocrinology, 2006, 147(12): 5557-5563.
- [28] Simpkins JW, Yi KD, Yang SH, et al. Mitochondrial mechanisms of estrogen neuroprotection. Biochimica et Biophysica Acta, 2010, 1800(10): 1113-1120.

(收稿日期:2013-11-14)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.04.013

LEEP刀联合高效单体银妇用抗菌凝胶治疗中重度慢性宫颈炎的临床分析

霍艳芬¹ 董国英²

1 衡水市第二人民医院妇产科,河北 衡水 053000

2 河北省衡水学院,河北 衡水 053000

【摘要】目的:探讨LEEP刀联合高效单体银妇用抗菌凝胶治疗中重度慢性宫颈炎的临床应用疗效。**方法:**选择我院就诊的无LEEP刀手术禁忌症的中重度慢性宫颈炎患者80例,随机平均分为观察组和对照组。观察组于LEEP刀术后12d开始阴道推入高效单体银妇用抗菌凝胶1枚,1枚/d,6d为1疗程,次月和第3月月经干净2d后均每日阴道推入高效单体银妇用抗菌凝胶1枚,连用6d。对照组无阴道干预措施。**结果:**观察组在LEEP刀术后1、2、3个月的总有效率分别为80%、97.5%、100%,观察组宫颈创面愈合恢复期较对照组时间更短,两组之间有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:**LEEP刀联合高效单体银妇用抗菌凝胶治疗中重度慢性宫颈炎操作简单、安全,宫颈创面的愈合时间明显缩短,有利于患者阴道内环境的恢复和宫颈创面的愈合,疗效显著,值得临床推广应用。

【关键词】 LEEP刀;高效单体银妇用抗菌凝胶;中重度慢性宫颈炎

【第一作者简介】霍艳芬(1973-),女,主治医师,主要从事妇科临床诊治与研究。

LEEP knife combined with efficient monomer silver antibacterial gel for women in the treatment of moderate and severe chronic cervicitis HUO Yanfen¹, DONG Guoying². 1. Department of Obstetrics and Gynecology, Second People's Hospital of Hengshui, Hengshui 053000, China; 2. Hengshui College, Hengshui 053000, China

【Abstract】 Objectives: To explore the curative effect of efficient monomer silver antibacterial gel for women combined with LEEP knife in the treatment of moderate and severe chronic cervicitis. **Method:** 80 patients with moderate and severe chronic cervicitis were randomly divided into the observation group and the control group. Both groups were treated with LEEP knife operation, 12 days after which the observation group was administered efficient monomer silver antibacterial gel for women into their vagina once per day for 6 days as a course of treatment. In the second and third month, the patients in the observation group also used the medicine 2 days after menstruation, the dose and duration being the same as in the first month. The control group was not given any vaginal intervention. **Results:** In the observation group, the total effective rate 1 month after LEEP operation was 80%, 2 months after LEEP operation 97.5%, 3 months after LEEP operation 100%. The cervical wound healing time of the observation group was less than that of the control group. There was a statistical difference between 2 groups ($P < 0.05$). **Conclusion:** Efficient monomer silver antibacterial gel for women and LEEP knife is safe and effective to treat moderate and severe chronic cervicitis. The cervical wound healing time is significantly shorter, which is beneficial to vaginal internal environment and the cervical wound healing. The clinical effect is remarkable and the therapy is worthy of application.

【Key words】 LEEP knife; Efficient monomer silver antibacterial gel for women; Moderate and severe chronic cervicitis

【中图分类号】 R167

【文献标志码】 A

宫颈炎症是常见的妇科感染之一^[1],以前临床上称为宫颈糜烂,肉眼观子宫颈外口呈鲜红糜烂状,触之易出血,现命名为宫颈管柱状上皮异位,也有学者称为宫颈内膜外移。子宫颈糜烂样改变只是一个临床征象,可为生理性改变,也可为病理性改变^[2],无明显症状时无需治疗,定期做细胞学检查即可。由于宫颈管柱状上皮抵抗力低,病原体容易侵入发生炎症,受病原体感染出现颗粒状或乳突状改变时才可诊断为慢性宫颈炎或宫颈内膜外移伴感染^[3]。宫颈表面有大量粘稠分泌物,白色、黄色或脓性,充血明显时可出现接触性出血,分泌物多则引起外阴瘙痒,炎症蔓延可出现腰骶部酸痛或腹坠,如感染高危型 HPV 会发展为宫颈上皮内瘤样病变。HPV 为宫颈癌的主要危险因素^[4],严重影响患者生理和心理健康,针对这些情况,应该进行必要的治疗。我院采用 LEEP 刀联合高效单体银妇用抗菌凝胶治疗中重度慢性宫颈炎患者,疗效满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2011 年 1 月至 2013 年 3 月于我院门诊就诊的自愿接受 LEEP 刀治疗的中重度慢性宫颈炎患者 80 例,年龄 22 ~ 45 岁,均为已婚已育妇女,均无生育要求。诊断标准:中度宫颈糜烂面占整个宫颈面积的 1/3 ~ 2/3,重度宫颈糜烂面占整个宫颈面积的 2/3 以上^[5];阴道分泌物检测均无滴虫、念珠菌及性病,宫颈液基 TCT 报告、电子阴道镜排除癌变,对金属银不过敏。把 80 例患者按照数字表法随机平均分为两组,观察组应用 LEEP 刀联合高效单体银妇用抗菌凝胶治疗,对照组应用单纯 LEEP 刀手术治疗。两组在发病年龄及病情分布方面无显著差异($P > 0.05$),具有可比性。观察组 40 例,年龄 25 ~ 41 岁,平均(28.40 ± 3.35)岁;中度宫颈炎 23 例,重度宫颈炎 17 例。对照组 40 例,年龄 22 ~ 45 岁,平均(27.45 ± 4.12)岁;中度宫颈炎 26 例,重度宫颈炎 14 例。

1.2 术前准备

(1)手术时间为月经干净 2 ~ 7d;(2)术前 24h 禁性生活;(3)术前查血常规、凝血 4 项、心电图;(4)签 LEEP 刀手术知情同意书。

1.3 治疗方法

患者取膀胱截石位,常规消毒外阴,碘伏消毒阴道、宫颈,干棉球擦拭于宫颈,涂碘溶液确定手术范围,应用美国犹他公司的 LEEP 刀,选择切割和电凝混合档,电切功率 40W,电凝功率 45W。在宫颈病变 3 点、9 点处分别注射 2% 利多卡因进行局部麻醉,再根据病变受累的面积和深度选择合适的电切圈,切除面积超出病变范围 2 ~ 5mm,深度 5 ~ 15mm,糜烂面积太大的边缘用球形电极电熨,有宫颈赘生物的沿根部切除,然后改用球形电极电凝止血,尽量使创面平整,喷洒云南白药(云南白药集团股份有限公司,批号 20101026),创面涂京万红软膏(天津达仁堂京万红药业有限公司,批号 211796),填塞带尾消毒棉球 1 枚,24h 取出。切除组织常规送病理检验。观察组于术后 12d 宫颈结痂脱落后每日阴道推入邦尔洁高效单体银妇用抗菌凝胶(吉林邦安宝医用设备有限公司,批号 20101216)1 枚(3g),连用 6d,次月和第 3 月月经干净 2d 后均每日阴道推入邦尔洁高效单体银妇用抗菌凝胶 1 枚,连用 6d。对照组 LEEP 刀术后局部不用药。两组患者均术后口服头孢氨苄缓释胶囊(上海现代制药股份有限公司,批号 101206)0.5g,2 次/d,连用 5d 预防感染,1 周内禁止剧烈运动,禁止大量活动,3 月内禁止性生活及盆浴,于术后 1 月、2 月、3 月月经干净后来院复查,观察宫颈形态的修复情况。

1.4 疗效评价

(1)痊愈:宫颈光滑,糜烂面积消失,临床症状消失;(2)显效:糜烂面积缩小 $\geq 50\%$,临床症状基本消失或消失;(3)有效:糜烂面积缩小 $< 50\%$ 且 $\geq 20\%$;临床症状基本消失;(4)无效:糜烂面积缩小不足 20%,临床症状无明显变化;(5)总有效率为痊愈率、显效率和有效率之和。

1.5 统计学分析

采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗结果见表1、表2、表3。

表1 治疗1个月后

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率%	P
观察组	40	5	7	20	8	80	<0.05
对照组	40	3	5	9	23	42.4	

表2 治疗2个月后

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率%	P
观察组	40	20	10	9	1	97.5	>0.05
对照组	40	12	10	10	8	80	

表3 治疗3个月后

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率%	P
观察组	40	22	10	8	0	100	>0.05
对照组	40	18	12	5	5	87.5	

在观察过程中,观察组无1例出现感染、颈管粘连情况,对照组中出现2例感染、1例颈管粘连情况。

结果表明,宫颈创面愈合时间观察组(4周)明显短于对照组(8周)($P < 0.05$),有统计学意义;虽然观察组治愈率及有效率均高于对照组($P > 0.05$),无统计学意义,但总的来说,观察组在宫颈修复时间和宫颈治愈方面明显高于对照组,值得推广应用。

3 讨论

慢性宫颈炎常见致病菌为葡萄球菌、链球菌、大肠杆菌及厌氧菌等,在病毒感染中以HPV感染最常见,持续性HPV高危阳性感染会发生宫颈上皮内瘤变,甚至癌变。近年来,我国女性宫颈癌的发病率有明显的年轻化及上升趋势,其发病增长率在2%~3%^[6]。宫颈炎属于癌变的高危因素,治疗宫颈炎受到患者及妇科医生的重视,中重度慢性宫颈炎大多数有不同程度的临床症状,由于白细胞的浸润成为脓性黏液性分泌物,出现性生活不适、出血、腰腹酸痛等症状。接触性出血,小腹坠胀,腰骶酸痛等^[7]引起患者的恐慌,临床常用的物理治疗有电熨、激光、冷冻、微波、红外线治疗等,其主要治疗慢性宫颈炎面积小、糜烂浅的轻、中度糜烂^[8]。原理是将宫颈糜烂面单层柱状上皮破坏,使其坏死脱落后,为新生的复层鳞状上皮覆盖,但对组织烧灼深度不易控制,术后阴道排液时间长,脱痂后宫颈修复时间长,对糜烂面积小和炎症浸润较浅的病例效果好,而对于中重度宫颈炎糜烂面积大或炎症浸润深的效果不佳。LEEP是近年来发展起来的一项新技术^[9],LEEP亦称转化带大线圈电切^[10],是目前治疗不典型增生的最好方法^[11]。利用Leep金属丝由电极尖端产生6MI-Iz的超高频电波,接触身体组织瞬间由组织产生阻抗吸收电波,产生高热,使细胞内水份形成蒸汽波来达到各种切割、止血等手术目的。具有手术操作简便、有效,手术时间短、痛苦小、安全^[12],且不损伤宫颈机能等优点。

术后阴道分泌物持续时间短,继发感染几率小,创面恢复快,愈合后宫颈能恢复自然状态,很少有纤维形成,术后很少产生瘢痕,因此也适合于未生育的患者^[13]。切除组织无炭化,不影响病理诊断,是理想的治疗手段。

邦尔洁高效单体银妇用抗菌凝胶是广谱抗菌和强力杀菌的局部用凝胶剂,能显著抑制和杀灭阴道内外的白色念珠菌、大肠杆菌、金黄色葡萄球菌、绿脓杆菌等,能恢复阴道内的pH值,重建正常阴道微生态,它与目前使用的所有抗生素不同,没有任何细菌对银离子产生耐药性^[14]。单体银妇用离子具有超强的渗透性,减少组织水肿渗出,能改善创伤周围组织的微循环,促进受损细胞的修复与再生,加速伤口的愈合。高效单体银妇用抗菌凝胶颗粒通过分散剂分散后,附着在载体上,在人体内能逐渐释放,保持持久效果。在宫颈结痂脱落后及时应用高效单体银妇用抗菌凝胶能促进创面上皮增生和修复速度。

LEEP刀环形电切术治疗中重度慢性宫颈炎操作简单,手术时间短、损伤小、费用低^[15],联合高效单体银妇用抗菌凝胶治疗宫颈修复时间短、治愈率高、操作简单、安全,是理想的治疗方法,有很好的社会效益和经济效益,值得在临床中推广应用。

参 考 文 献

- [1] 廖秦平,郑建华. 妇产科学(2版). 北京:北京大学医学出版社, 2012:265.
- [2] 谢幸,苟文丽. 妇产科学(8版). 北京:人民卫生出版社, 2013:254.
- [3] 曹泽毅. 中华妇产科学(临床版). 北京:人民卫生出版社, 2010:353.
- [4] Seung HS, Jaek L, Oye SS. The relationship between cytokines and HPV216, HPV216E6, E7 and highrisk HPV viralload in the uterine cervix. *Gynecol Oncol*, 2007, 104(3): 732-738.
- [5] 乐杰. 妇产科学(6版). 北京:人民卫生出版社, 2004:265.
- [6] 芮平. HPV-DNA亚型检测联合液基细胞学对宫颈癌筛查的临床价值. *中国性科学*, 2012, 21(7): 48-50.
- [7] 谭莲. 阿希米凝胶联合重组人干扰素a2a栓治疗慢性子宫颈炎的疗效观察. *医学理论与实践*, 2010, 23(10): 1228.
- [8] 陈薇. LEEP刀联合纳米银治疗慢性宫颈炎疗效观察. *中国现代医生*, 2008, 46(13): 56.
- [9] 邓新粮,肖松舒. 宫颈环形电切术在宫颈上皮内瘤样病变及早期宫颈癌诊治中的价值. *中南大学学报*, 2005, 30(3): 361-362.
- [10] 刘新民. 妇产科手术学. 北京:人民卫生出版社, 2003:460.
- [11] Brun JK, Youbi A, Hocke C, et al. Complications after effects of co-hizations and followup of patients after treatment; Assessment of 3 conizations methods. *Gynecol Obstet Biol Repord (Paris)*, 2002, 31(6): 558.
- [12] 石香芸,凌成兰. Leep刀治疗宫颈糜烂130例疗效观察. *中国妇幼保健*, 2007, 22: 3146-3147.
- [13] Perlman SE, lubianca Jn, Kahn JA. Characteristics of a group of adolescents undergoing leep electrical excision proceduze (LEEP). *Pediatric Adolesc Gynecol*, 2003, 16(1): 15.
- [14] Demling RH, DeSanti L. Effects of sliver OR wound management. *Wounds*, 2001, 13(1): 1-15.
- [15] 张芬芬. LEEP刀治疗宫颈上皮内瘤变165例分析. *中国误诊学杂志*, 2010, 10(16): 3933.

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.04.014

阴道超声检测卵泡发育在不孕症治疗中的应用

晏小冬¹ 晏雪花² 朱丽³

1 北京天伦医院超声科, 北京 100020

2 上高县中医院肿瘤科, 江西 宜春 336400

3 上高县中医院内三科, 江西 宜春 336400

【摘要】目的:探讨阴道超声检测卵泡发育在治疗女性不孕症中的临床疗效。**方法:**选择我院2012年8月至2013年8月收治的不孕患者50例作为观察组,采用阴道超声检查女性患者卵泡发育情况;同时回顾性选择我院使用引导超声前收治的通过测排卵试纸、基础体温测定治疗的不孕患者50例作为对照组。检查并记录两组不孕症患者检测卵泡成熟和排卵情况后,指导性生活后的成功受孕率。**结果:**对照组有38例患者卵泡发育成熟,而观察组检测到30例卵泡成熟,少于对照组,但差异无统计学意义($P > 0.05$);观察组患者的受孕率(46.0%)高于对照组(20.0%),差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组怀孕患者的卵泡成熟、卵泡黄素化、卵泡闭锁、盆腔积液、子宫内膜厚度不均与未受孕患者间差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组受孕患者卵泡每日增长速度和成熟时卵泡直径均大于未受孕患者,且差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组受孕患者的子宫内膜厚度低于未受孕者,更易于着床,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:**阴道超声检测卵泡发育能更好的治疗和指导女性不孕症患者的受孕率,值得临床推广。

【关键词】 阴道超声;卵泡发育;不孕症

Transvaginal ultrasound monitor of follicle development in the treatment of infertility YAN Xiaodong¹, YAN Xuehua², ZHU Li³. 1. Department of Ultrasound, Beijing Tianlun Hospital, Beijing 100020, China; 2. Department of Oncology, Shanggao TCM hospital, Yichun 336400, China; 3. Department of 3rd Internal medicine, Shanggao TCM hospital, Yichun 336400, China

【Abstract】 Objectives: To investigate the clinical efficacy of vaginal ultrasound monitor of follicular development in the treatment of female infertility. **Method:** 50 patients with infertility who came to our hospital between August 2012 and August 2013 were selected as the observation group. They were treated with vaginal ultrasound monitoring of follicular development. Meanwhile, 50 patients who were treated with ovulation test and basal body temperature measurement were retrospectively analyzed and were regarded as the control group. Follicular maturation and ovulation, and the guidance of a successful pregnancy ratio after sex guidance were observed and recorded. **Results:** Follicular development was detected in 38 patients in the control group and 30 in the observation group, and the difference of number of patients was of no statistically significance ($P > 0.05$). The pregnancy rate of the observation group (46.0%) was significantly higher than that of the control group (20.0%) ($P < 0.05$). In the observation group, follicular maturation, luteinized follicular artesian, pelvic fluid, uneven rate of endometrial thickness, daily follicular growth, follicular diameter were significantly different between those who were pregnant and those who were not pregnant ($P < 0.05$). In the observation group, endometrial thickness of those who were pregnant was less thicker than those who were not pregnant, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion:** Transvaginal ultrasound monitor of follicular development is worthy of promotion in the treatment of female infertility.

【Key words】 Transvaginal ultrasound; Follicular development; Infertility

【中图分类号】 R167

【文献标志码】 A

随着时代的发展,人们生活环境改变,生活压力增大,不孕症的发病率正逐年增高,已经成为世界性难题。不孕症是指凡婚后未避孕、有正常性生活、同居2年而未受孕者,其中女性因

素占一半以上^[1]。女性不孕的危害严重,不仅影响到正常受孕,还会造成女性内分泌失调,也是乳腺癌,子宫内膜癌等疾病的危险因素^[2]。导致女性不孕的原因复杂,其中排卵障碍是主要原因之一,因此在临床治疗中常需要了解不孕症女性排卵是否正常,以指导临床治疗。随着现代医疗技术的发展,阴道超声技术由于其能很好的检测到患者排卵情况而受到医师的普遍认可,已广泛应用于临床^[3]。我院对阴道超声检查卵泡发育

【第一作者简介】 晏小冬(1975-),男,主治医师,主要从事不孕症及产科超声方面的研究工作。

在不孕症治疗中的效果进行了探讨,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院2012年8月至2013年8月收治的不孕患者50例作为观察组,采用阴道超声检查卵泡发育情况。同时回顾性选择同期通过测排卵试纸、基础体温测定检测排卵的不孕患者50例作为对照组。观察组患者年龄24~32岁,平均年龄(28.5±2.5)岁;患者正常性生活时间2~10年,平均正常性生活时间为(4.8±2.1)年;患者不孕时间为2~5年,平均不孕时间为3.6±1.5年,其中有16例患者有流产史。对照组患者年龄24~31岁,平均年龄(28.3±2.1)岁;患者正常性生活时间2~11年,平均正常性生活时间为(5.0±2.3)年;患者不孕时间为2~5年,平均不孕时间为3.5±1.3年,其中有17例患者有流产史。两组患者年龄、正常性生活时间、不孕时间以及其他一般资料间差异无统计学意义($P>0.05$),组间具有可比性。

1.2 纳入标准

所有患者均符合以下条件:①排除男方因素,以及有输卵管梗阻、卵巢肿瘤、子宫畸形等的患者;②所有患者有正常性生活,且其间未采取避孕措施,2年内未妊娠;③入选患者无严重肝肾功能损害,垂体功能异常,精子免疫以及其他系统疾病,且无药物过敏史。

1.3 治疗方法

对照组患者使用传统的测排卵试纸、基础体温测定法测定预计卵泡发育和排卵,普通腹部超声检查了解子宫附件等盆腔情况并由医生指导下进行性生活,以提高受孕率。经测排卵试纸检测有排卵障碍的患者在月经第5d时口服克罗米酚100mg,服用5d,绒毛膜促性腺激素5000~10000单位,肌内注射。

观察组患者接受阴道超声检测卵泡发育。使用PHILIPS-HP11XE彩色多普勒超声诊断仪,探头选择凸阵或扇扫式,频率2~9MHz。患者取截石位且无需憋尿,在超声探头上涂抹少量耦合剂并套上安全套。超声探头插入阴道至后穹窿部,观察患者子宫内膜厚度及子宫直肠窝有无液性暗区等情况,卵泡数量,卵泡最大切面直径、生长速度、透亮度。根据患者经期,在月经10d时开始检测,每3d1次,当泡直径>10mm时,每2d检测1次,待卵泡直径>15mm时,每天检测1次,直至卵泡排出,见图1。医生指导患者根据排卵情况同步进行性生活以提高受孕率,并于排卵2周后行尿妊娠试验。对于有排卵障碍的患者,在月经第5d时口服克罗米酚100mg,服用5d,并根据患者子宫内膜厚度变化决定是否加用戊酸雌二醇。若出现卵泡直径>18mm且尚未排卵,可给予肌肉注射人绒毛膜促性腺激素,以诱发排卵。

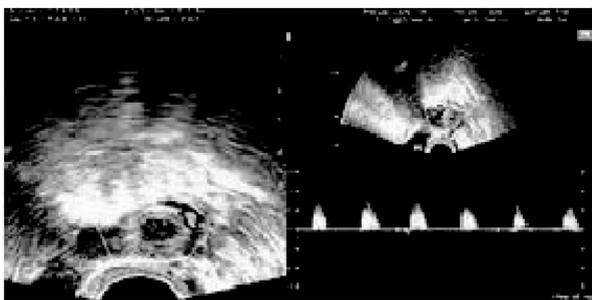


图1 阴道超声卵泡检测

1.4 观察指标

观察并记录两组不孕症患者检测卵泡成熟和排卵情况后,指导性生活后的成功受孕率。记录并比较观察组受孕成功患者的卵泡成熟、卵泡黄素化、卵泡闭锁、盆腔积液、子宫内膜厚度不均情况、卵泡增长速度,成熟卵泡的直径和子宫内膜厚度。

1.5 统计学分析

所有数据均采用SPSS17.0统计学软件处理,计量资料均以平均值±标准差($\bar{x}\pm s$),计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验,以 $P<0.05$ 表示有统计学差异。

2 结果

2.1 不同检测方法的卵泡发育成熟及受孕情况比较

对照组使用传统测排卵试纸、基础体温测定方法估测有38例患者卵泡发育成熟,而观察组采用阴道超声法只检测到30例卵泡成熟,少于对照组,但差异无统计学意义($P>0.05$);观察组患者的受孕率(46.0%)高于对照组(20.0%),差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 两组不孕患者使用不同检测方法的卵泡发育成熟及受孕情况比较

组别	例数	卵泡发育成熟 $n(\%)$	怀孕成功 $n(\%)$
观察组	50	30(60.0)	23(46.0)
对照组	50	38(76.0)	10(20.0)
χ^2	-	2.941	7.644
P	-	0.0863	0.0057

2.2 观察组受孕与未受孕患者阴道超声检查结果比较

观察组受孕患者的阴道超声检查结果发现所有患者卵泡均成熟,无卵泡黄素化和卵泡闭锁,有1例患者有盆腔积液,2例患者有子宫内膜厚度不均;而观察组中未受孕患者中仅有10例患者卵泡成熟,有9例患者有卵泡黄素化,6例患者卵泡闭锁,5例有盆腔积液,7例出现子宫内膜厚度不均,与观察组受孕患者间差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

表2 观察组受孕与未受孕患者阴道超声检查结果比较 n

组别	例数	卵泡成熟	卵泡黄素化	卵泡闭锁	盆腔积液	子宫内膜厚度不均
受孕患者	23	23	0	0	1	2
未受孕患者	27	7	9	6	5	7
χ^2	-	-	23.221	13.879	7.732	10.171
P	-	-	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

2.3 受孕患者和未受孕患者卵泡情况和子宫内膜厚度比较

观察组受孕患者卵泡每日增长速度和成熟时卵泡直径均大于未受孕患者,且差异有统计学意义($P<0.05$);观察组受孕患者的子宫内膜厚度低于未受孕者,更易于着床,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表3。

表 3 观察组患者卵泡检测和子宫内膜厚度比较

组别	例数	卵泡每天增长	成熟卵泡直径	子宫内膜厚度
受孕患者	23	2.33 ± 0.81	21.28 ± 0.41	11.53 ± 0.55
未受孕患者	27	1.66 ± 0.71	19.16 ± 0.51	15.23 ± 0.91
<i>t</i>	-	3.1172	16.004	17.017
<i>P</i>	-	<0.01	<0.01	<0.01

3 讨论

不孕症是指婚后未避孕、有正常性生活、同居 2 年而未受孕者,约 60% 为女性因素造成。女性不孕的病因较为复杂,目前尚未完全明朗,但已知女性排卵障碍和性交时间不恰当是女性不孕发病的主要原因^[4]。如何检测患者是否排卵成为治疗不孕的重要步骤,以往多采用测排卵试纸、基础体温测定等依赖基础体温和血、尿激素水平的变化来判断卵泡是否成熟和是否排卵,准确率欠缺,以此为根据的临床用药和性生活时间指导效果欠佳^[5]。随着现代医疗水平的不断提高,阴道超声技术已经愈发成熟。阴道超声能够很好的实时监控患者卵泡增长情况,子宫内膜情况,可以准确的判断患者是否存在排卵异常黄体的形态,从而更好的指导治疗^[6,7]。阴道超声探头贴近宫颈与阴道穹隆,盆腔器官声像图更加清晰,扫查视角大,且不需充盈膀胱免除患者憋尿的限制,影响因素较少,比传统腹部超声更为准确^[8]。

卵泡的生长有一定规律,通过阴道超声检测,我们检测卵泡在生长第 3 阶段即可,在排卵前 5d,超声检查就能够在众多卵泡中确定优势卵泡,缩小检测范围。在此阶段,优势卵泡的生长速度较快,在无药物作用下,可每天增长 2.4mm^[9,10]。从月经周期第 5d 开始,阴道超声科测量卵巢大小,月经第 10d 可找到主卵泡,直径约在 15mm 左右,月经第 13d,可增长到 16mm 左右,成为优势卵泡,第 14d 可发育成为成熟卵泡。成熟卵泡直径 > 18 mm,卵泡饱满且壁薄、清晰,有饱满感,张力高,有清亮的囊液,卵泡向卵巢外突出,内部有堆点状、圆齿状及线条状回声,且多能检测到血流,若卵泡一侧见到卵丘,提示很快排卵^[11,12]。超声排卵指标:卵泡缩小或消失,泡壁模糊,失去张力或卵泡内可见稀疏细小光点,为黄体形成,或陶氏腔少量积液^[13]。排卵正常型的子宫内膜形态多呈现三线征,见图 2。

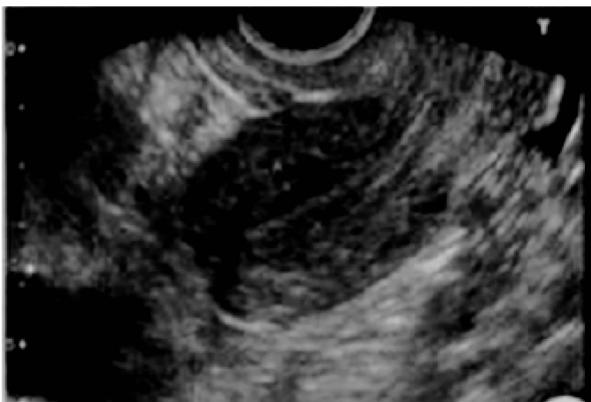


图 2 子宫内膜三线征

本研究显示对照组有 38 例患者卵泡发育成熟,而观察组检测到 30 例卵泡成熟,少于对照组,但差异无统计学意义($P >$

0.05);观察组患者的受孕率(46.0%)高于对照组(20.0%),差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组检测成熟卵泡更为准确,故检测阳性率较低,但即使如此,成功受孕患者也显著多于对照组,这提示我们阴道超声检测卵泡准确率高,根据超声结果治疗疗效较好。研究还发现观察组怀孕患者的卵泡成熟、卵泡黄素化、卵泡闭锁、盆腔积液、子宫内膜厚度不均与未受孕患者间差异有统计学意义($P < 0.05$),这说明观察组未受孕患者存在其他疾病,这与沈士玉等^[14]的研究结果相似,说明阴道超声对于卵泡异常情况能够准确检测,可以更好的指导临床医生进行治疗。本研究中观察组受孕患者卵泡每日增长速度和成熟时卵泡直径均大于未受孕患者,且受孕患者的子宫内膜厚度低于未受孕者,更易于着床,差异有统计学意义($P < 0.05$)。卵泡较为成熟,子宫内膜厚度适中,这都有利于受精卵着床,提高受孕率。

综上所述,使用阴道超声检测卵泡能够准确的反应卵泡发育情况,判断患者是否存在排卵异常,临床医生能更好的治疗并指导患者和排卵同步进行性行为,提高受孕率,值得临床推广。

参 考 文 献

- [1] 李艳菊,崔斌. 超声监测卵泡发育在不孕症中的应用价值. 中国中医药现代远程教育, 2012, 10(5): 144-145.
- [2] 黄宇虹. 彩超对监测女性不孕症的临床价值分析. 中国医药导报, 2009, 6(18): 22-23.
- [3] SE Barton, JA Politch, CB Benson, et al. Transabdominal follicular aspiration for oocyte retrieval in patients with ovaries inaccessible by transvaginal ultrasound. Fertility and Sterility, 2011, 95(5): 1773-1776.
- [4] 潘慧琴,王淑斌. 经阴道超声监测卵泡大小及子宫内膜厚度在不孕症治疗中的应用. 宁夏医学杂志, 2010, 32(4): 362-363.
- [5] 曹晓桦,韩晓峰. 经阴道超声监测卵泡发育在不孕症治疗中的临床价值分析. 华南国防医学杂志, 2010, 24(5): 428-429.
- [6] A Vernunft, H Alm, A Tuchscherer, et al. Chromatin and cytoplasmic characteristics of equine oocytes recovered by transvaginal ultrasound-guided follicle aspiration are influenced by the developmental stage of their follicle of origin. Theriogenology, 2013, 80(1): 1-9.
- [7] 郭红梅. 卵泡监测在不孕症治疗中的临床价值. 中国临床研究, 2012, 25(8): 787.
- [8] 邹莉. 阴道超声监测卵泡与子宫内膜对不孕症的临床应用价值分析. 中国妇幼保健, 2012, 27(36): 5968-5969.
- [9] 郭良红. 在不孕症治疗中阴道超声的临床价值. 中国实用医药, 2010, 5(26): 58-59.
- [10] JHM Viana, MD Dorea, LGB Siqueira, et al. Occurrence and characteristics of residual follicles formed after transvaginal ultrasound-guided follicle aspiration in cattle. Theriogenology, 2013, 97(2): 267-273.
- [11] 廖美霞. 超声监测卵泡发育及子宫内膜厚度在不孕症治疗中的价值. 海南医学, 2012, 23(20): 86-87.
- [12] 王伟群,张华,蔡款,等. 经阴道彩色多普勒超声检查对卵巢储备功能下降患者卵巢基础状态的评价. 中华医学超声杂志(电子版), 2011, 8(7): 1543-1548.
- [13] 孙志芳,孙佳. 经阴道彩色多普勒超声检测放置宫内节育器前后子宫动脉及螺旋动脉血流动力学改变的临床研究. 中国医药导报, 2011, 8(27): 36-37,42.
- [14] 沈士玉,肖雪莲. 阴道超声监测卵泡在不孕症中的临床价值. 中国医药科学, 2013, 3(14): 46-47.

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.04.015

阴式或腹式子宫切除术在非脱垂性子宫良性疾中的
应用比较李萍¹ 陈正云²

1 余杭区妇幼保健院妇产科, 杭州 311100

2 浙江大学医学院附属妇产科医院妇产科, 杭州 310006

【摘要】 目的:探讨阴式或腹式子宫切除术在非脱垂性子宫良性疾中的应用比较。方法:选取行阴式子宫切除术的非脱垂子宫患者40例为观察组,另选择同期进行腹式子宫切除术的非脱垂子宫患者40例为对照组。结果:两组手术时间和术中出血量比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。观察组患者术后肛门排气时间、术后下床活动时间和术后住院时间均明显短于对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。两组术中均未发生并发症,观察组患者术后出现并发症2例,对照组患者术后出现并发症4例。两组术中术后并发症比较差异无统计学意义($\chi^2 = 0.18, P > 0.05$)。两组患者术后3个月均进行随访,阴道残端愈合好,未发现残端肉芽组织增生、息肉形成和盆腔炎症性包块等并发症。结论:阴式子宫切除术治疗具有术后胃肠功能恢复快,术后下床活动时间早、术后住院时间短和术后腹部无疤痕等优点,已逐渐取代腹式子宫切除术成为治疗非脱垂子宫良性疾的首选术式。

【关键词】 非脱垂子宫;阴式子宫切除术;腹式子宫切除术

(TAH) in the treatment of non - prolapsed uterus benign diseases Li Ping¹, CHEN Zhengyun². 1. Department of Gynaecology and Obstetrics, Yuhang District Maternal and Child Care Service Centre, Hangzhou 311100, China; 2. Department of Gynecology and Obstetrics, Women's Hospital, School of Medicine, Zhejiang University, Hangzhou 310006, China

【Abstract】 Objectives: To compare the effects of laparoscopic assisted vaginal hysterectomy (LAVH) and total abdominal hysterectomy (TAH) in the treatment of non - prolapsed uterus benign diseases. **Method:** 40 patients with non - prolapsed uterus to receive LAVH were selected as the observation group, and another 40 patients with non - prolapsed uterus to receive TAH at the same time were the control group. **Results:** The operation time and the blood loss during the operation of patients in 2 groups were insignificantly different ($P > 0.05$). The postoperative anal exhaustion time, out - of - bed activity time and length of stay (LOS) of patients in observation group were significantly shorter than those in control group ($P < 0.05$ or $P < 0.01$), while the incidence of complications were insignificantly different (2 cases in the observation group and 4 in the control group) ($\chi^2 = 0.18, P > 0.05$). During the 3 - month follow - up, vaginal stumps were well healed in both groups. No stump granulation tissue hyperplasia, or formation of polyps, pelvic inflammatory mass and other complications were found in the patients. **Conclusion:** LAVH was conducive to a quicker recovery of postoperative gastrointestinal function, earlier postoperative out - of - bed activity, shorter LOS, and scarless abdomen. Therefore, it gradually replaced TAH and became the preferred operation in the treatment of non - prolapsed uterus benign diseases.

【Key words】 Non - prolapsed uterus; Laparoscopic assisted vaginal hysterectomy (LAVH); Total abdominal hysterectomy (TAH)

【中图分类号】 R711.74

【文献标志码】 A

阴式子宫切除术以往仅用于子宫脱垂良性疾的患者,而对非脱垂子宫良性疾患者,因其视野狭小、操作较困难、易损伤周围脏器的缺点,在临床上未广泛应用^[1]。近年来,随着微创技术的开展与普及,阴式子宫切除术的手术适应证有明显的拓宽,在临床上开展日趋广泛,逐渐应用于非脱垂子宫良性疾

病的患者^[2,3]。近年来我院采用阴式子宫切除术治疗非脱垂子宫良性疾患者,效果较满意,报道如下。

1 资料与方法

1.1 病例资料

采用随机数字表选取2010年1月至2013年7月在我院行阴式子宫切除术的非脱垂子宫患者40例为观察组,另选择同期进行腹式子宫切除术的非脱垂子宫患者40例为对照组。所有患者均为已婚已育的育龄妇女,术前均行宫腔细胞学检查和宫腔分段诊刮排

【第一作者简介】 李萍(1975-),女,主治医师,主要从事妇产科临床诊治与研究。

除子宫恶性病变。两组年龄、体重、子宫大小和病变类型等资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表1。

表1 两组患者一般资料比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	年龄(岁)	体重(kg)	子宫大小(孕周)	病变类型(例)		
					肌瘤	腺肌症	功能性出血
观察组	40	49.2 ± 4.9	44.9 ± 5.4	10.2 ± 2.1	23	12	5
对照组	40	48.7 ± 5.1	45.2 ± 5.7	10.5 ± 2.0	26	11	3

1.2 手术方法

1.2.1 观察组 采用硬膜外麻醉或腰—硬联合麻醉,取头低臀高截石位,常规消毒铺巾,导尿管导尿,牵拉宫颈,分别于宫颈两侧、阴道穹窿部、膀胱阴道间隙和子宫膀胱间隙注入1:12000肾上腺素盐水,分离出膀胱沟,于其下方约0.3cm环形切开宫颈阴道交界处黏膜,深达子宫颈筋膜,钳夹阴道切缘黏膜,逐渐分离膀胱、宫颈和直肠间隙,钳夹、切断和缝扎子宫主韧带和骶韧带,打开子宫前后腹膜,处理子宫血管及宫旁组织,用固有韧带拉钩钩出卵巢固有韧带、输卵管和圆韧带,钳夹、切断和双重缝扎;冲洗创面,充分止血,缝合盆腔腹膜和阴道残端,术毕留置导尿管并将碘伏纱布填塞阴道。

1.2.2 对照组 采用硬膜外麻醉或腰—硬联合麻醉,采用传统的开腹子宫切除术进行操作,与观察组患者均由同一组手术医师完成。手术时患者取仰卧位,手术步骤按照开腹→游离子宫→切除子宫→关闭切口等常规进行^[4]。

1.3 观察指标

比较两组患者的手术时间、术中出血量、术后肛门排气时间、术后下床活动时间、术后住院时间和术后并发症。

1.4 统计学方法

采用SPSS18.0软件,计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 两组治疗效果及并发症的比较

两组手术均取得成功,两组手术时间和术中出血量比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。观察组患者的术后肛门排气时间、术后下床活动时间和术后住院时间均明显短于对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。两组术中均未发生并发症,观察组患者术后出现并发症2例,其中盆腔血肿1例,予以抗感染和止血治疗后痊愈,另1例尿储留,予以留置导尿管1周后排尿通畅。对照组患者术后出现并发症4例,均为切口脂肪液化感染。两组术中术后并发症比较差异无统计学意义($\chi^2 = 0.18, P > 0.05$)。见表2。

表2 两组治疗效果的比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术时间(min)	术中出血量(mL)	术后肛门排气时间(h)	术后下床活动时间(h)	术后住院时间(d)
观察组	40	80.6 ± 25.2	93.4 ± 27.2	24.1 ± 7.9**	21.7 ± 6.5*	5.7 ± 1.1*
对照组	40	78.9 ± 23.7	91.6 ± 27.3	37.1 ± 8.2	30.1 ± 7.3	7.6 ± 1.5

注:与对照组比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$

2.2 两组患者术后随访情况

两组患者术后3个月均进行随访,均无明显下腹坠胀不适感,检查示阴道残端愈合好,未发现残端肉芽组织增生、息肉形成和盆腔炎性包块等并发症,术后夫妻性生活较满意。

3 讨论

腹式子宫切除术是治疗子宫良性病变的传统术式,手术的适应证较宽,术中术野开阔,操作相对较简单,但其手术创伤大、术中出血多,术后胃肠道干扰大,胃肠道功能恢复较缓慢,术后住院时间较长,且术后切口感染率较高,愈合后留有较长的切口瘢痕,许多年轻患者常不愿接受^[5,6]。阴式子宫切除术利用人体的自然孔道作为手术路径,无需特殊的手术器械,对机体的创伤较小,对胃肠道功能干扰小,腹部无明显切口瘢痕,易被患者所接受^[7,8]。陈雪芬等^[9]研究发现阴式子宫切除术具有手术创伤小、术后疼痛轻、术后胃肠功能恢复快,住院时间短、并发症少等优点,已逐渐取代传统的腹式子宫切除术。本研究结果发现观察组患者的术后肛门排气时间、术后下床活动时间和术后住院时间均明显短于对照组,两组术中均未发生

并发症。提示阴式子宫切除术治疗非脱垂子宫良性疾病具有术后胃肠功能恢复快,术后下床活动时间早、术后住院时间短和术后腹部无疤痕等优点。但两组手术时间、术中出血量和术中术后并发症比较差异无统计学意义。可能是由于阴式子宫切除术开展的例数不多,手术不够熟练,增加了手术时间,增加了术中的出血量有关^[10,11]。

由于阴式子宫切除术治疗非脱垂子宫良性疾病手术术野较小,易损伤邻近的组织脏器,对手术者的技巧要求高,难度较大。其手术要点及注意事项主要有^[12-15]:(1)手术适应症的选择:以往下腹部手术史、生殖道恶性肿瘤、子宫大小超过14孕周、附件区域有明显病变、严重的盆腔粘连以及阴道狭窄或畸形的患者是阴式子宫切除术的禁忌症;同时术前正确评估经阴道手术的可能性,充分进行阴道消毒准备、术中严格无菌操作、减少感染盆腔感染的发生;(2)阴道黏膜环形切口的选择:术中通过金属导尿管辨别并分离出膀胱沟,沿此沟下方约0.3cm环形切开阴道黏膜达子宫颈筋膜,以确保可直视膀胱与宫颈交界处筋膜。如何掌握控制环切位置和深度是手术

成功的关键,如此切口过低和过深难以进入此间隙,过高和过浅易损伤膀胱和直肠;(3)术中子宫的取出:若子宫体积过大难以取出时,可采用子宫肌瘤剔除、子宫剖开术或子宫粉碎法等方法取出。

总之,阴式子宫切除术治疗具有术后胃肠功能恢复快,术后下床活动时间早、术后住院时间短和术后腹部无疤痕等优点,已逐渐取代腹式子宫切除术成为治疗非脱垂子宫良性疾病的首选术式。

参 考 文 献

- [1] 许丽君. 经腹、阴式、腹腔镜辅助三种子宫全切术的临床效果比较. 中国当代医药, 2013, 20(9): 48-49.
- [2] 华克勤, 林金芳, 刘惜时. 非脱垂子宫四种术式的临床研究. 中华医学杂志, 2002, 23(8): 1599, 1603.
- [3] 曹清华, 汪清香, 冯云. 非脱垂子宫阴式与腹式全子宫切除术的临床比较. 中国医药导报, 2011, 8(8): 139-140.
- [4] 毛丽伟. 子宫全切术与次全切术对子宫肌瘤患者性生活的影响. 中国性科学, 2013, 22(5): 25-26, 34.
- [5] Voogt MJ, De Vries J, Fonteijn W, et al. Sexual functioning and psychological well-being after uterine artery embolization in women with symptomatic uterine fibroids. Fertil Steril, 2009, 92(2): 756-761.
- [6] Ray G, Jayne F, Su M, et al. The evaluate study: two parallel randomised trials, one comparing laparoscopic with abdominal hysterectomy,

the other comparin glaparoscopic with vaginal hysterectomy. BMJ, 2004, 3(28): 129-133.

- [7] Johnson N, Barlow D, Lethaby A, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. Cochrane Syst Rev, 2005, 25(2): 176-178.
- [8] 戴泽果, 黄雅容, 蔡美卿, 等. 腹腔镜下全子宫切除术与剖腹全子宫切除术两种术式的临床对比分析. 吉林医学, 2014, 35(3): 485.
- [9] 陈雪芬. 阴式子宫切除术与开腹子宫切除术临床疗效对比分析. 中国性科学, 2012, 21(7): 39-41.
- [10] 杜玲, 施晓. 阴式子宫切除术在非脱垂子宫中的应用. 中国医药导报, 2013, 10(13): 53-54, 57.
- [11] 李青, 张曦, 汪艳, 等. 两种途径广泛性子宫切除术对比分析. 中国现代医生, 2010, 48(19): 130-131.
- [12] 江雪娟, 王依满, 吴为玲. 非脱垂子宫行阴式或腹式子宫切除术的疗效比较. 中国现代医生, 2012, 50(10): 153-154.
- [13] 王川红. 阴式子宫切除术和腹式子宫切除术的对比. 中国当代医药, 2011, 18(8): 159, 162.
- [14] 马启敏. 非脱垂子宫阴式切除术 168 例临床分析. 中国医药导报, 2011, 8(8): 53-54.
- [15] Kovac SR, Barhan S, Lister M, et al. Guidelines for the selection of the route of hysterectomy; application in a resident clinic population. Am J Obstet Gynecol, 2002, 187(6): 1521-1527.

(收稿日期: 2013-10-22)

· 性医学 ·

DOI: 10.3969/j.issn.1672-1993.2014.04.016

不同阴道残端缝合法对非脱垂子宫全切术后性功能影响的临床研究

夏群英¹ 吕加敏²

1 桐乡市妇幼保健院妇产科, 浙江 嘉兴 314500

2 嘉兴市妇幼保健院妇产科. 浙江 嘉兴 314050

【摘要】目的:针对不同阴道残端缝合方法应用于子宫全部切除手术对性功能的影响进行探讨。**方法:**选择 2010 年 6 月至 2012 年 6 月, 在我院妇科进行筋膜内子宫全切手术的 360 例患者, 按照随机数字表方法将患者分成三组, 每组患者 120 例, I 组患者医师针对阴道残端进行左右扣锁缝合; II 组患者医师针对阴道残端进行对侧缝合; III 组患者医师针对阴道残端进行连续缝合。在各组患者手术之后的第 5、10、18 个月跟踪随访, 对患者术后的性生活质量、压力性尿失禁、盆底肌力、阴道顶部脱垂进行评估。**结果:**I、II、III 组患者在手术之后的第 5、10、18 个月对患者术后的性生活质量、压力性尿失禁、盆底肌力、阴道顶部脱垂情况比较, 具有统计差异 ($P < 0.05$), 发生率依次是 I > II > III 组, 但是 II、III 组直接没有统计差异 ($P > 0.05$)。**结论:**患者进行子宫全切手术, II、III 组的缝合方式优于 I 组, 可以有效的保护患者的盆底功能, 减少了患者由于压力造成尿失禁的情况或者是阴道顶部脱垂发生的可能性, 对性功能影响较小, 值得临床推广。

【关键词】 子宫全切术; 阴道残端缝合法; 盆底功能; 性功能

Postoperative effect of different vaginal stump suture on sexual function XIA Qunying¹, LV Jiamin². 1. Department of Gynecology and Obstetrics, Tongxiang Maternal and Child Health Care Hospital, Jiaxing 314500, China; 2. Department of Gynecology and Obstetrics, Jiaxing Maternal and Child Health Care Hospital, Jiaxing 314050, China

【Abstract】 Objectives: To discuss the postoperative effect of different vaginal stump suture in total removal of uterine surgery on sexual function. **Method:** 360 patients receiving hysterectomy from June 2010 to June 2012 in our hospital were selected and divided into 3 groups, with 120 patients in each group. Patients in group I were performed vaginal stump suture padlock; patients in Group II were performed contra lateral suture for vaginal stump; and patients in Group III were conducted vaginal stump continuous suture. Their life quality, stress urinary incontinence, pelvic floor muscle strength and vaginal prolapsed top were assessed at the 5th, 10th and 18th month after the surgery. **Results:** The indicators assessed showed statistical difference among the patients in the 3 groups ($P < 0.05$), following the sequence of Group I > Group II > Group III. There was no significant difference between Group I and Group II ($P > 0.05$). **Conclusion:** The sutures adopted in Group II and Group III are more feasible, which can effectively protect the patient's pelvic floor function, reduce stress urinary incontinence, and have less impact on sexual function.

【Key words】 Hysterectomy; Vaginal stump suture; Pelvic floor; Sexual function

【中图分类号】 R713.42 **【文献标志码】** A

子宫全切除术属于妇科比较常见手术,其中包括经腹部、阴式子宫切除、腹腔镜手术。腹腔镜和阴式子宫切除手术属于微创手术,最近几年,微创的概念在人们的医疗生活中越来越盛行,腹腔镜和阴式子宫切除手术也得到了广泛的应用^[1-3]。选择2010年6月至2012年6月,在我院妇科进行筋膜内子宫全切除术的360例患者按照随机数字表方法将患者分成三组,采用不同的阴道残端缝合方法,对患者术后的性生活质量、压力性尿失禁、盆底肌力、阴道顶部脱垂进行评估,现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

采用抽签法随机选取2010年6月至2012年6月,在我院妇科进行筋膜内子宫全切除术的360例患者,年龄在35~48岁之间,平均年龄(44.3±3.2)岁。按照随机数字表方法将患者分成三组,每组患者120例。I、II、III组患者在体重、子宫肌瘤大小、子宫大小、病因上没有显著差异($P > 0.05$),详情见表1。在手术之前医师要严格根据国际尿控协会制定的诊断标准对患者的性生活质量、压力性尿失禁、盆底肌力、阴道顶部脱垂情况进行排除。

表1 三组患者临床资料进行比较

组别	n	年龄(岁)	体重(kg)	子宫肌瘤(n)	子宫腺疾病(n)	功能失调子宫出血(n)
I组	120	44.6±3.1	55.2±3.3	41	39	40
II组	120	44.2±2.5	53.6±3.9	33	42	45
III组	120	44.4±3.7	54.2±4.1	36	43	41
F(χ^2)		0.039	1.699		0.648	
P值		0.898	0.179		0.949	

1.2 手术方法

I、II、III组患者首先进行麻醉(持续硬膜外麻醉或者腰硬联合麻醉)之后进行筋膜内子宫全部切除手术。首先进行术前准备,包括患者的思想工作、阴道清洁、手术器械准备、病人体质准备以及并发症的处理措施等前期准备,全部按照妇科手术操作规程进行。在耻骨联合处向上2cm处定位,在此做以横切口^[4]。三组手术操作都按照《妇科手术学》方法进行操作,在子宫切除之后,使用皮钳钳夹将阴道残端的宫颈筋膜提起,进行常规消毒,阴道旁侧的窟窿和骶骨韧带的宫颈筋膜使用7号丝线进行连接,缝成8字形(丝线不通过阴道黏膜)打结之后,和同一侧的附件进行缝合,盆壁上将阴道悬吊,相反一侧同样方法处理,

并且缝合^[5]。(1)I组手术针对阴道残端进行左右扣锁缝合:微乔线的型号选用1号左右扣锁缝合阴道残端,手术之后阴道残端横长6cm。(2)II组进行对侧缝合阴道残端:横向将阴道残端的对角使用1号微乔线缝合,针和线向内部横行缝合,两次缝合方法相同,同时使用4根线拉紧,同向打结,留在盆腔正中在中部缝合,缝完一针后同向打结,手术完成之后,阴道残端的横径为3cm。(3)III组前后缝合阴道残端:阴道残端从前壁正中间的顶部连续缝合到后侧最后打结,使用1号微乔线,微乔线被留在两侧韧带内部合拢成桥型结构。手术之后,阴道残端横向长2cm^[6]。

1.3 观察指标

(1)盆腔底部肌肉能力分级测试^[7]:V级:肌肉具有强的收

缩力,可以抵抗外界压力,时间持续 5s,可以完成 5 次动作;IV 级:肌肉具有收缩力,抵抗手指施加的压力,时间持续 4s,可以完成 4 次动作;III 级:能够收缩,可以令手指向上方和前方运动,时间持续 3s,可以完成 3 次动作;II 级:可以对收缩有强烈的感觉,会持续 2s,可以完成 2 次动作;I 级:对肌肉收缩不是很敏感但能微弱感觉到,不能持续;0 级:手指感受不到肌肉收缩。(2)受到压力后尿失禁^[8]:按照国际尿控制协会将压力性尿失禁分为:IV 度:卧床时有尿失禁现象;III 度:身体处于直立或者身体位置变换时出现尿失禁症状;II 度:突然运动、加快步行、爬楼梯都会有尿失禁;I 度:突然咳嗽、打喷嚏等腹压较大时会出现尿失禁;0 度:没有压力的尿失禁。(3)性生活质量^[9]:按照患者在进行手术前后的半年内发生的性生活次数即次/月、阴道是否润滑、是否性高潮、是否感到性交困难、性生活满意程度进行分级:好转,没有变化,变弱。(4)阴道顶部脱垂^[10]:使用国际通用的 POP-Q 点定时测量方法:在切除子宫后,将阴道

残端作为 C 点:IV 期:C 点脱垂为 2cm;III 期:C 点超过处女膜 1cm,少于阴道总长度 2cm;II 期:C 点低于处女膜 1cm;I 期:C 点高于处女膜 1cm;0 期:C 点在阴道总长度 2cm 之内。

1.4 统计分析

数据分析采用 SPSS17.0 统计软件,计数资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料进行 χ^2 检验,样本均数进行方差分析,等级资料进行秩和检验,两两比较采用 Nemenyi 检验, $P < 0.05$ 具有统计意义。

2 结果

三组采用不同手术对阴道残端进行缝合的患者在术后 5、10、18 个月时进行调查,三组比较,不具备显著差异($P > 0.05$);I、II、III 组患者在手术之后的第 5、10、18 个月对患者术后的性生活质量、压力性尿失禁、盆底肌力、阴道顶部脱垂情况比较,具有统计差异($P < 0.05$),发生率依次是 I > II > III 组,但是 II、III 组之间没有统计差异($P > 0.05$)。见表 2、表 3。

表 2 三种阴道残端手术缝合之后的 5、10、18 个月情况比较(n)

项目	等级	5 个月			10 个月			18 个月		
		I	II	III	I	II	III	I	II	III
压力性尿失禁	0	77	96	108	76	97	100	79	106	102
	I	25	8	12	26	10	8	28	8	12
	II	18	11	0	13	8	7	13	6	6
	III	0	5	0	5	0	5	0	0	0
	IV	0	0	0	0	0	0	0	0	0
阴道顶端脱垂	0	94	103	106	91	95	105	88	103	106
	I	15	8	7	13	8	7	11	8	7
	II	10	8	7	9	9	5	11	9	7
	III	1	1	0	8	6	0	9	0	0
	IV	0	0	0	0	0	0	1	0	0
盆底肌肉肌力	0	6	0	0	6	0	0	12	6	0
	I	15	0	0	17	7	0	19	7	0
	II	15	8	6	16	8	6	20	9	6
	III	15	9	7	18	10	7	18	10	7
	IV	1	11	8	7	11	9	8	12	9
性生活质量	0	68	92	99	60	84	98	53	81	98
	好转	7	10	12	16	14	15	13	15	20
	无变化	78	90	93	76	88	94	72	80	80
	下降	35	20	15	28	18	14	35	25	20

表 3 在手术后的 5、10、18 个月各项指标统计分析

术后时间	压力性尿失禁			阴道顶端脱垂			盆底肌肉肌力			性生活质量		
	5 个月	10 个月	18 个月	5 个月	10 个月	18 个月	5 个月	10 个月	18 个月	5 个月	10 个月	18 个月
χ^2	42.297	27.672	45.206	9.249	5.988	10.858	40.141	46.123	64.007	10.334	7.697	45.206
P 值	0.000			0.010	0.051	0.004	0.000			0.006	0.021	0.000

3 讨论

女性盆底属于完整的个体,肌肉、筋膜、神经都紧密相连各自运行自身的生理解剖功能^[11]。未经改革的子宫全部切除手术,是将位于盆底中部的子宫主骶骨韧带切断,将膀胱、直肠向下推行,使彼此之间密切的解剖关系和神经联系分布特别紧密,将盆底部位的整体结构与生理功能完全改变。筋膜内的子宫全切除可以有效避免在手术之后造成阴道顶端脱垂的现象,手术中附件上悬吊者骶骨韧带和附件,有效保持盆腔解剖状态降低压力尿失禁、阴道顶端脱垂、性功能异常的发生概率^[12]。

3.1 对尿失禁影响

子宫的全部切除会损伤盆底神经丛,使膀胱的盆底神经的支配功能受损伤,使膀胱收缩力降低或者丧失^[13]。此外,子宫全部切除会使膀胱的位置偏离,无法正常排尿。手术之后为了防止膀胱的过度膨胀,并且将阴道前壁固定,可以固定膀胱使其后部有依靠,保证膀胱不异位,因此手术之后防止膀胱脱垂至关重要。对侧的阴道残端缝合会因为横径较小,两端的主韧带会使得阴道前壁悬吊后打结可以将其聚拢成桥状结构,分离膀胱后可以使状态收缩并且起到加固作用,避免由于压力因素造成尿失禁。

3.2 对阴道顶端脱垂的影响

阴道顶端脱垂属于在进行了子宫脱垂手术之后很长一段时间之后的并发症,会使得结缔组织的结果异常,盆底功能失效,引起阴道顶端脱垂。此外,子宫全部切除会使得盆底肌肉的纤维肌力下降,如果是长期的站立、腹压过大、从事重体力劳动以及慢性咳嗽都有可能使阴道的顶端下垂。筋膜内的子宫全部切除会使得阴道两侧的残端主骶骨韧带悬吊,可防止子宫脱垂的发生^[14]。

3.3 对性功能影响

正常人的性生活受到生理、心理和在手术之后患者身体恢复情况以及另一方情绪等很多方面影响。心理因素是最不容忽视的因素,患者认为子宫属于女性特有的身体特征,在切除以后会影响自身在他人心中形象,降低个人魅力,使性欲减弱或者丧失,夫妻关系受到严重影响。通常认为,子宫全部切除不仅会将宫颈切除也会对盆腔的很多血管、神经、筋膜韧带造成损伤,部分阴道也会被切除是术后患者性高潮减少的原因之一。子宫切除的传统方式会使阴道内部解剖结构受到影响,阴道松弛、变短使患者更加焦虑紧张。第二组的对侧缝合方式不会使阴道解剖结构发生改变,还会延长阴道,优势明显^[15]。

本研究将三种不同的阴道残端缝合技术进行对比,评价了三组手术方式对于术后的性生活质量、压力性尿失禁、盆底肌力、阴道顶部脱垂情况的影响,结果发现子宫全部切除会使盆

底功能发生一定的障碍,患者生活状态受到影响。患者进行子宫全切手术,Ⅱ、Ⅲ组的缝合方式优于Ⅰ组,可以有效的保护患者的盆底功能,减少了患者由于压力造成尿失禁的情况,或者是阴道顶部脱垂发生的可能性,对性功能影响较小,值得临床推广。

参 考 文 献

- [1] 毛丽伟. 子宫全切术与次全切除术对子宫肌瘤患者性生活的影响. 中国性科学, 2013, 22(5): 25-26, 34.
- [2] 刘青, 仇杰, 龙丽霞, 等. 甘肃省女性尿失禁的流行病学调查及影响因素 logistic 的多因素分析. 实用妇产科杂志, 2012, 28(10): 830-833.
- [3] 曹泽毅. 中华妇产科学. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 394-397.
- [4] 丰有吉, 沈铿. 妇产科学. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 388-389.
- [5] 麦秀莲, 曹丽, 龙丽珊. 分娩方式对初产妇后早期盆底肌力的影响. 海南医学, 2010, 21(21): 44-45.
- [6] 毛艳丽, 付文芳, 郭海霞, 等. 阴式与腹腔镜、腹式三种术式非脱垂子宫全切术后对盆底功能和性功能的影响. 中国妇幼保健, 2008, 23(16): 2222-2225.
- [7] 郑红梅. 全子宫切除手术对盆底功能影响的研究. 中国现代医生, 2009, 47(36): 45-46.
- [8] 王利晓, 程静霞, 孟露红. 285 例子宫切除术后排尿、排便和性功能的研究. 实用妇产科杂志, 2008, 24(7): 412-415.
- [9] 王煜婷, 李爱军. 子宫切除术后阴道顶端脱垂的研究进展. 医药论坛杂志, 2011, 32(16): 185-188.
- [10] 陈园园, 韩燕华, 曹丽, 等. 经腹子宫全切术对女性盆底功能的近期影响. 广东医学, 2010, 31(7): 855-856.
- [11] Clark AL, Gregory T, Smith VJ, et al. The development of pelvic organ prolapse after colposuspension: a prospective, long-term follow-up study on the prevalence and predisposing factors. Int J Gynecol Pelvic Floor Dysfunct, 2006, 17(5): 498-501.
- [12] Dannecker C, Wol FV, Raab R, et al. EMG-biofeedback assisted pelvic floor muscle training is an effective therapy of stress urinary incontinence: a 7-year experience with 390 patients. Arch Gynecol Obstet, 2005, 273(2): 93-97.
- [13] 齐辉, 蒋利华. 全子宫切除与次全子宫切除术后性生活变化. 中国实用医学, 2010, 4(5): 254.
- [14] 王晶晶, 韩燕华, 苏园园. 子宫切除与盆底功能障碍性疾病的关系研究进展. 中华妇幼临床医学杂志, 2009, 5(6): 622-626.
- [15] 梁群, 张倩平, 黄敏. 盆底肌电刺激联合生物反馈盆底肌训练治疗女性压力性尿失禁的疗效观察. 实用中西医结合临床, 2008, 10(8): 34-35.

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.04.017

100例女性糖尿病患者性功能障碍的临床调查分析

王英红¹ 高琳²

1 宁波市大榭开发区医院内分泌科,浙江 宁波 315812

2 武警安徽省总队医院内分泌科,合肥 230041

【摘要】目的:观察分析女性糖尿病患者性功能障碍。**方法:**采用调查问卷的形式,调查患者的性功能情况,并且统计分析导致发生性功能障碍的相关危险因素。**结果:**入选患者中有100例患者的性功能指数评分低于22.5分,女性性功能障碍的并发率为71.4%。性功能障碍组患者的血糖水平明显高于正常对照组患者;而在糖尿病其他并发症方面,糖尿病肾病以及糖尿病视网膜膜病变两组的发病率对比没有显著性差异;而糖尿病神经病变的发病率,性功能障碍组患者明显高于对照组患者。**结论:**女性糖尿病患者并发性功能障碍的发病率高。导致糖尿病患者发生性功能障碍的危险因素主要是患者的糖尿病病史、空腹血糖以及神经病变情况。

【关键词】 女性;糖尿病;性功能障碍

A survey on the sexual dysfunction of female diabetes patients WANG Yinghong¹, GAO Lin². 1. Department of Endocrinology, Ningbo Daxie Development Zone Hospital, Ningbo 315812, China; 2. Department of Endocrinology, Anhui Armed Police Corps Hospital, Hefei 230041, China

【Abstract】 Objectives: To observe the impact of diabetes on sexual dysfunction in female patients. **Method:** A questionnaire was conducted to investigate female patient's sexual function. The results was analyzed statistically to study the risk factors of sexual dysfunction. **Results:** Of all the patients enrolled, the index score of 100 patients was less than 22.5. The female sexual dysfunction concurrency rate was 71.4%. The normal blood glucose levels of the sexual dysfunction patients were significantly higher than that of the patients in the control group. There was no significant difference in complications, diabetic nephropathy and diabetic retinopathy, and the incidence of diabetic neuropathy disease and the sexual dysfunction was significantly higher than that of the control group. **Conclusion:** Female diabetes patients have higher incidence of sexual dysfunction. The risk factors are their medical history, fasting blood glucose and neurological lesions.

【Key words】 Female; Diabetes; Sexual Dysfunction

【中图分类号】 R167

【文献标志码】 A

性功能障碍主要是指患者的性欲降低、性兴奋性不高以及出现性高潮障碍等情况。世界卫生组织对于性功能障碍的定义是:个体在性关系方面不能够得到个体所期望的状态的各种情况。对于女性患者,性功能障碍还会导致患者在性交过程中出现性交痛^[1-3]。有调查研究发现,性功能障碍与离婚率、家庭暴力事件以及单亲家庭等社会问题的出现有着重要的关系。另一方面,糖尿病到目前为止已经影响全球约3亿人口^[4,5],其中发展中国家糖尿病病人的增长速度最快。糖尿病患者会并发一系列严重的并发症,性功能障碍是其中一种。对于糖尿病患者合并出现性功能障碍的研究,男性患者得到的关注和重视程度明显高于女性患者。目前关于女性糖尿病合并性功能障碍患者的危险性的报道日渐增加,使得女性糖尿病合并性功能障碍的相关危险因素研究得到重视。本文主要对女性糖尿病患者合并性功能障碍的临床调查进行研究分析。

1 资料和方法

1.1 一般资料

采用抽签法随机选取我院从2011年3月到2013年3月收治的糖尿病女性患者共140例,患者年龄在36~57岁之间,患者的糖尿病病程在6个月~12年之间。入选患者均符合WHO对于糖尿病诊断标准的规定,并且入选患者均为已婚患者,有正常的性生活。患者及其配偶知情同意配合进行调查分析。根据调查研究结果将入选患者分为性功能障碍组以及正常对照组两组。

1.2 研究方法

采用调查问卷的形式,调查患者的性功能情况。根据国际通用的FSD女性性功能障碍评定量表对患者的性功能进行问卷调查。问卷内容包括:患者4周的性生活情况、性欲、性高潮、满足程度、疼痛情况等19方面的问题。患者及其配偶联合共同完成调查问卷。调查问卷的最高分值为36分,患者的问卷调查评分低于22.5分的可以诊断为性功能障碍。

根据患者的调查问卷评价结果将患者分为性功能障碍组(100人)和正常对照组(40人)两组。对比两组患者的一般情

【第一作者简介】王英红(1975-),女,主治医师,主要从事内分泌临床与研究工作。

况,包括患者的血糖水平、糖尿病病史、年龄、糖尿病的其他并发症及其他基础疾病等相关因素。并且对以上的因素进行 Logistic 回归分析。

1.3 统计学方法

本文的所有研究数据处理和分析均采用 SPSS16.0 的统计学分析软件。其中计数数据采用卡方检验,计量数据采用 *t* 检验。本文的置信水平为 0.05。性功能障碍的相关影响因素则采用 Logistic 回归分析。

2 结果

2.1 性功能障碍发病率

对 100 例的糖尿病患者进行性功能障碍调查,具体的调查结果见表 1。

表 1 糖尿病患者性功能障碍一般情况对比

	性功能障碍组 (<i>n</i> = 100)	正常对照组 (<i>n</i> = 40)	χ^2/t 值	<i>P</i> 值
年龄				
<40 岁	48(48.0%)	26(65.0%)	3.211	<0.05
40~50 岁	36(36.0%)	8(20.0%)	3.126	<0.05
>50 岁	16(16.0%)	6(15.0%)	0.562	>0.05
糖尿病病史				
平均年龄(岁)	42.2 ± 3.7	38.7 ± 2.8	4.783	<0.05
<5 年	16(16.0%)	32(80.0%)	5.257	<0.05
5~15 年	64(64.0%)	6(15.0%)	8.063	<0.05
>15 年	20(20.0%)	2(5.0%)	7.252	<0.05
平均病史(年)	11.2 ± 1.5	6.7 ± 1.2	6.781	<0.05

入选患者中有 100 例患者的性功能指数评分低于 22.5 分,女性性功能障碍的并发率为 71.4%。根据表 1 的结果显示,性功能障碍组患者年龄主要是 <40 岁,糖尿病病史则主要集中在 5 年以上~15 年的患者。正常对照组患者的一般资料对比,主要是年龄小以及糖尿病病史短的患者。

2.2 相关影响因素

对比两组患者相关影响,其中包括患者血糖水平、糖尿病其他并发症情况等。见表 2。

表 2 糖尿病性功能障碍影响因素对比

	性功能障碍组 (<i>n</i> = 100)	正常对照组 (<i>n</i> = 40)	t/χ^2 值	<i>P</i> 值
空腹血糖水平	10.2 ± 1.5	8.4 ± 1.1	4.252	<0.05
餐后血糖水平	14.6 ± 0.8	13.2 ± 0.5	3.202	<0.05
糖化血红蛋白	9.21 ± 1.2	9.26 ± 1.5	0.921	>0.05
糖尿病肾病	18(18.0%)	6(15.0%)	1.892	>0.05
糖尿病神经病变	50(50.0%)	10(25.0%)	4.921	<0.05
糖尿病视网膜病变	8(8.0%)	2(5.0%)	1.250	>0.05

根据表 2 的结果显示,性功能障碍组患者的血糖水平明显高于正常对照组患者,两组患者对比有显著性差异($P < 0.05$)。而在糖尿病其他并发症方面,糖尿病肾病以及糖尿病视网膜病变两组的发病率对比没有显著性差异($P > 0.05$),而糖尿病神经病变的发病率,则性功能障碍组患者明显高于对照组患者,两组患者对比有显著性差异($P < 0.05$)。

2.3 相关危险因素 Logistic 回归分析

以性功能障碍为因变量,其他相关因素如糖尿病病史,患者年龄、血糖水平、慢性并发症等作为自变量进行 Logistic 回归分析。具体的结果见表 3。

表 3 相关因素的 Logistic 回归分析

组别	β	SE	Wald 值	<i>P</i> 值	OR
平均年龄	0.52	0.123	6.221	0.19	1.521
糖尿病病史	0.41	0.068	8.252	0.03	2.612
空腹血糖	0.45	0.071	5.215	0.04	3.512
餐后血糖	0.35	0.121	6.261	0.06	2.025
神经病变	0.33	0.112	4.591	0.01	1.667

根据上表的结果显示,导致糖尿病患者发生性功能障碍的危险因素主要是患者的糖尿病病史、空腹血糖以及神经病变情况。

3 讨论

性功能障碍具体是指患者的性欲降低、性兴奋以及性幻想等减退甚至消失等。这种性功能方面的减少程度要比由于年龄增长等正常生理因素所引起的减少更甚。女性性功能障碍的发生率其实十分普遍,女性性功能障碍的发生率在普通正常人群中可以高达 40% 以上^[6]。其中各种因素均可能引起女性出现性功能障碍,如肥胖、妊娠、糖尿病等,其中以糖尿病造成的影响最大,糖尿病会导致患者出现各种情况的性功能障碍,如性欲降低、阴道润滑性降低、性高潮缺失、性交疼痛或者困难以及性唤起障碍等。由于性功能障碍可能会引发一系列的家庭和社会问题,因此有必要对该问题特别是女性糖尿病患者进行深入的临床研究和调查。

随着人们生活质量的提高,女性性功能障碍这一疾患得到临床重视,对糖尿病女患者并发性功能障碍的确诊率逐渐升高。本文的研究结果也同样显示,女性糖尿病患者中有 71.4% 的患者并发有性功能障碍。目前对于女性糖尿病患者并发性功能障碍主要的发病机制仍没有明确。根据本文对相关影响因素的调查分析结果显示,导致糖尿病患者并发性功能障碍的影响因素主要包括患者的糖尿病病史、空腹血糖水平以及患者并发出现的神经病变等。

糖尿病是一种内分泌紊乱疾病,患者长期处于高血糖状态会对患者的血管、血液、以及周围神经等造成不同程度的损伤^[7-9]。目前认为女性糖尿病性功能障碍的发病机制主要有以下几个方面:其一,血管病变。在正常性生活过程中,女性患者的盆腔以及外生殖器器官的血流量会出现显著增加,患者的阴唇和阴蒂等会出现充血膨胀,使得患者阴道下的毛细血管网的

血流大大增加,从而会产生一定量的漏出液,有利于性交进行^[10]。长期高血糖水平会使患者阴道的供血大大减少,从而导致女性患者出现性唤起障碍^[11]。其二,糖尿病患者的内分泌紊乱,会使得多种女性激素分泌出现紊乱。雌激素对性功能有着重要影响,会影响患者阴道黏膜上皮的敏感程度、生殖器官的供血等^[12,13]。其三,糖尿病患者常常并发有神经系统的病变。神经系统在长期的高血糖水平的影响下,对于正常的性传导的反应会出现迟缓,导致患者出现一系列的性功能障碍,如性高潮障碍或者性唤起障碍等。其四,女性患者在性交过程中还可能会出现疼痛等情况^[14]。

对于糖尿病患者出现性功能障碍的情况,目前还没有特效药物治疗,但临床上可以通过护理手段进行辅助治疗以及控制患者的血糖水平来降低性功能障碍的发病率。首先,是控制患者的血糖水平,叮嘱患者需要坚持按时正确服用降糖药物,使得患者的血糖水平能够控制在正常的水平之内,减少患者体内高血糖水平的时间。保持血糖水平的正常和稳定能够减少高血糖对于患者的神经损伤,减少高血糖对于内分泌的影响等^[15]。其二,由于高血糖水平会使得患者更容易受到细菌的感染,特别是女性患者需要注意其生殖器官的细菌感染情况,注重个人的卫生。高血糖会大大提高阴道炎症的感染率,而阴道炎症会严重影响女性患者的性唤起以及阴道的干燥情况,导致性交的不顺利。其三,注意调整心理状态,患者应该保持一种良好的心理状态,多与配偶进行交流。其四,鼓励患者及其配偶对性知识等的学习,这在某种程度上能够提高配偶之间的性生活和谐程度。

综上,为了提高糖尿病患者的生活质量,提高性生活质量,糖尿病患者应该保持良好的生活作息习惯,保持血糖的稳定及积极乐观的心态,使得患者的体内血管以及神经的受损程度能够尽量减少,可对由于糖尿病引起的性功能障碍有积极的预防和治理意义。

参 考 文 献

- [1] 周洁,吴敏,楼青青,等. 女性糖尿病性功能障碍. 中华内分泌代谢杂志,2012,28(8):684-687.
- [2] 廖淑芳. 25例女性糖尿病患者性功能障碍的护理干预. 右江医学,2012,40(6):904-905.
- [3] 本刊编辑部. 女性性冷淡或因这些病. 人人健康,2013,(13):62.
- [4] 楼青青,鲜雪梅,叶志弘,等. 女性糖尿病患者性功能障碍的研究现状. 中华护理杂志,2010,45(6):574-576.
- [5] 裴利军. 糖尿病女性性功能障碍研究进展. 中华男科学杂志,2011,17(3):264-267.
- [6] 姜道新,宁波. 糖尿病对女性性功能的影响及相关因素分析. 中国基层医药,2010,17(1):36-37.
- [7] 楼青青. 杭州市区三甲医院女性2型糖尿病患者性功能障碍的病例对照研究. 浙江大学医学院,2010.
- [8] 糖尿病人应该怎样对待性生活. 糖尿病天地·文摘(中旬),2013,(5):16-17.
- [9] 时博雅. 女性糖尿病者性功能障碍的相关影响因素. 中国实用医药,2009,4(12):219.
- [10] 裴利军. 糖尿病大鼠阴道组织中水通道蛋白表达的变化. 泸州医学院,2012.
- [11] Farzaneh S, Mohaddeseh A, Nasser S, et al. Female sexual dysfunction in type 2 diabetes: A case control study. Medical principles and practice, 2012, 21(6):554-559.
- [12] 楼青青,鲜雪梅,叶志弘,等. 女性糖尿病患者性功能障碍的研究现状. 中华护理杂志,2010,45(6):574-576.
- [13] 姜道新,宁波. 糖尿病对女性性功能的影响及相关因素分析. 中国基层医药,2010,17(1):36-37.
- [14] 裴利军. 糖尿病女性性功能障碍研究进展. 中华男科学杂志,2011,17(3):264-267.
- [15] SHI Yao Fang, SHAO Xin Yu, LOU Qing Qing, et al. Study on Female Sexual Dysfunction in Type 2 Diabetic Chinese Women. 生物医学与环境科学(英文版),2012,25(5):557-561.

(收稿日期:2013-10-21)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.04.018

¹³¹I 对 Graves 甲亢治疗中男性性激素及性功能的影响分析

俞莉¹ 何刚强²

1 温州医学院附属诸暨医院(诸暨市人民医院)内分泌科,浙江 绍兴 311800

2 温州医学院附属诸暨医院(诸暨市人民医院)核医学科 浙江 绍兴 311800

【摘要】目的:探讨¹³¹I 对 Graves 甲亢治疗中男性性激素及其性功能的影响分析。方法:将 2009 年 1 月至 2012 年 10 月来我科住院接受¹³¹I 治疗的 Graves 甲亢男性患者作为观察对象进行分析,选取 60 例年

【第一作者简介】俞莉(1977-),女,副主任医师,主要从事内分泌科临床诊治与研究工作。

龄在24~40岁之间,无长期用药史的患者作为观察组,选取同期来体检的男性60例作为对照组,比较观察组治疗前后甲状腺激素水平及与对照组促性腺激素、性激素进行检测。**结果:**观察组治疗前较治疗后患者的卵泡刺激素(FSH)、黄体生成素(LH)、雌二醇(E_2),存在显著性差异($P < 0.05$);患者治疗后FSH、LH、 E_2 水平逐步趋于正常值水平,较对照组无明显差异($P > 0.05$)。**结论:** ^{131}I 对Graves甲亢治疗中患者的性激素水平及性功能有一定的影响,治疗后的患者体内FSH、LH、 E_2 逐步趋于正常值,对于患者的性功能也起到一定的改善作用。

【关键词】 ^{131}I 治疗;Graves甲亢;男性性激素;性功能

Effects of ^{131}I therapy on male sex hormones and sexual function in the treatment of Graves hyperthyroidism YU Li¹, HE Gangqiang². 1. Department of Endocrinology, Zhuji Hospital Affiliated to Wenzhou Medical College, Shaoxing 311800, China; 2. Department of Nuclear Medicine, Zhuji Hospital Affiliated to Wenzhou Medical College, Shaoxing 311800, China

【Abstract】 Objectives: To investigate the effects of ^{131}I therapy on male sex hormones and sexual function in the treatment of Graves hyperthyroidism. **Method:** Sixty patients aged 24 to 40 with Graves hyperthyroidism who came to our hospital between January 2009 and October 2012 were regarded as the observation group. Sixty patients who came to our hospital for physical examination during the same period were regarded as the control group. Gonadotropin hormone and sex hormones of two groups were compared. **Results:** Before treatment, the observation group was significantly different from the control group in follicle stimulating hormone (FSH), luteinizing hormone (LH), estradiol (E_2) ($P < 0.05$). After treatment, patients in the observation group gradually achieved the normal level of FSH, LH, E_2 , and were not significantly different from the control group ($P > 0.05$). **Conclusion:** ^{131}I therapy in the treatment of Graves hyperthyroidism plays a positive role in improving sexual function to a certain extent. After treatment, FSH, LH and E_2 levels of patients gradually become normal.

【Key words】 ^{131}I therapy; Graves hyperthyroidism; Male sex hormones; Sexual function

【中图分类号】 R167

【文献标志码】 A

甲亢全称为甲状腺功能亢进症,是由于甲状腺分泌的甲状腺激素过多而导致的甲状腺毒症,受多重因素共同影响,主要病因是弥漫性甲状腺肿简称Graves病,占甲亢发病总数的75%左右^[1]。Graves病患者多数伴有垂体-肾上腺功能紊乱、垂体-性腺紊乱^[2]。郑东波^[3]指出:部分Graves病男性患者出现乳房发育、性功能障碍等表现。目前针对此类型甲亢的主要治疗手段就是 ^{131}I 治疗^[4]。为进一步了解 ^{131}I 对Graves甲亢治疗中男性性激素及其性功能的影响,笔者通过对我院近几年收治的Graves病患者治疗前后进行比较,探讨 ^{131}I 对Graves甲亢治疗中男性性激素及其性功能的影响。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

采用抽签法随机抽取2009年1月至2012年10月来我科住院治疗的60例Graves甲亢男性患者作为观察对象进行分析,年龄24~40岁,平均年龄34.5岁;无长期服药史;其中I度肿大12例,II度肿大41例,III度肿大7例。对照组为同期来医院进行体检的男性健康志愿者共60例,年龄23~42岁,平均年龄35.1岁。

纳入标准:①观察组对象均符合甲亢的诊断(甲状腺肿、血清T₃、T₄增高、高代谢症状和体征等),并符合Graves病的诊断标准(突眼症,甲状腺弥漫性肿);②符合 ^{131}I 治疗的适应指症;③所有参加研究的观察对象均为自愿参加并签署知情同意书。

排除标准:①甲状腺肿瘤患者;②妊娠期及哺乳期妇女;③长期肝、肾功能受损或肝、肾功能不全者;④桥本甲状腺炎、亚

急性甲状腺炎等。

各组之间一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

观察组患者在接受 ^{131}I 治疗前停止服用其他甲状腺药物以及一些含碘食物至少10d,治疗前确定甲状腺的质量, ^{131}I 的服用剂量=计划量×甲状腺质量/24h甲状腺高射 ^{131}I 率(%).空腹口服 ^{131}I ,服药后2h进食,3~6个月为1个疗程,服用碘剂后不再食用的食物至少1个月。分别于患者治疗前、治疗后半个月、治疗后3个月进行卵泡刺激素(FSH)、黄体生成素(LH)、雌二醇(E_2)测定。具体操作为:于早晨6时静脉抽血,通过化学发光法进行测定,采用美国Beckman公司Access化学发光分析仪(Beckman Coulter ACCESS)检测, E_2 、LH、FSH性激素免疫放射分析试剂盒由北京原子高科股份有限公司提供。所有检测均带质控样品与样品同时检测,以确保检测结果的准确性与可靠性。

1.3 统计学方法

本组数据采用SPSS 17.0软件进行统计分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,治疗前、后性激素的水平比较采用 χ^2 检验,组间比较采用 t 检验,检验水准为0.05,当 $P < 0.05$ 时认为两组患者的差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者的临床疗效

经 ^{131}I 治疗后,60例男性甲亢患者血清甲状腺素水平逐步恢复正常,治疗前后血清甲状腺素水平存在显著性差异($P <$

0.05)。见表1。

表1 患者治疗前后的血清甲状腺素水平的比较

组别	例数 (例)	FT ₃ (pmol/L)	FT ₄ (pmol/L)	TSH (uIU/mL)
对照组	60	4.56 ± 0.72	16.86 ± 1.17	3.77 ± 0.41
观察组				
治疗前	60	9.87 ± 0.99	78.32 ± 7.55	0.12 ± 0.06
治疗半个月	60	6.55 ± 0.48	40.86 ± 5.11	0.29 ± 0.08
治疗3个月	60	4.31 ± 0.31	18.53 ± 3.54	0.37 ± 0.11

注:甲亢患者经过¹³¹I治疗后,血清甲状腺素水平逐渐趋于正常,其中在FT₃/FT₄的比较中,对照组较治疗前、治疗半个月患者之间存在显著性差异,差异有统计学意义($P < 0.05$);与治疗3个月后无明显差异($P > 0.05$);而在TSH的比较中各组之间都有着显著性差异

2.2 观察组患者治疗前后与对照组各激素变化比较

观察组患者治疗前的FSH、LH、E₂与治疗后的比较差异有统计学意义,治疗后患者的FSH、LH、E₂逐渐趋于正常。见表2。

表2 观察组患者治疗前后与对照组各激素变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	对照组	观察组		
		治疗前	治疗半个月	治疗3个月
FSH(iu/L)	6.48 ± 4.51	15.6 ± 6.3	11.5 ± 4.2	8.35 ± 2.09
LH(iu/L)	5.98 ± 1.62	12.6 ± 9.3	19.5 ± 2.6	16.54 ± 2.8
E ₂ (nmol/L)	0.15 ± 0.05	0.20 ± 0.05	0.05 ± 0.11	0.05 ± 0.03

注:在FSH、LH、E₂的比较中,对照组较治疗前、治疗半个月后、治疗3个月后比较存在显著性差异($P < 0.05$);但观察组患者在治疗前FSH、LH、E₂均偏高,经治疗后激素水平逐渐趋于正常值,差异有统计学意义($P < 0.05$)

3 讨论

Graves甲亢患者是由于甲状腺激素产生过量,导致高代谢综合症的出现,男性患者多表现为乳房发育、性功能障碍。目前关于¹³¹I治疗Graves病,症状得到显著改善,血清各激素水平逐渐趋于正常^[5]。治疗前患者的FSH、LH、E₂明显高于正常值,经¹³¹I治疗后尤其是3个月后,患者各项激素水平都呈现出降低的趋势,但较健康男性仍有一定差距,因此需要患者接受长期治疗的准备,直至恢复到正常值方位^[6,7]。王坤等^[8]指出:Graves病患者发生性功能障碍约为50%,经过治疗后,绝大多数患者性功能基本好转,只有个别患者没有得到显著改善。Meikle AW^[9]研究指出:Graves病患者的性功能恢复状况与患者甲状腺激素、性激素的控制水平不呈等比关系,关于性功能障碍的病因也不能单一的靠激素水平异常来解释。

男性生殖功能的调节主要是由下丘脑-垂体-性腺轴各环节共同完成的^[10]。本次研究结果中60例男性甲亢患者3项性激素水平的测定,经¹³¹I治疗后LH、FSH水平较对照组无明显差异,而E₂水平较对照组差异显著($P < 0.05$)。结果表明,

当甲亢患者甲状腺机能亢进时,患者均可发生不同程度的内分泌紊乱,其中男性甲亢患者多以乳房发育、勃起功能障碍、性功能低下为临床表现^[11]。也有部分患者在甲亢早期由于甲状腺激素的增高引起神经的兴奋性增强,可出现暂时性的性功能亢进现象^[12,13]。本次研究中有38例甲亢患者自述有性功能障碍,有28例患者有乳房发育症状,有6例患者出现性功能亢进。

综上所述,随着对Graves病患者血清性激素变化的研究,进一步了解Graves病患者¹³¹I治疗前后血清性激素水平的变化趋势,本次操作通过检测¹³¹I治疗前后Graves病患者血清FSH、LH、E₂的水平,并将其与治疗前及对照组进行比对,同时给予统计学处理。结果表明治疗后Graves病患者体内性激素逐渐恢复至正常水平,主要作用是由于患者体内甲状腺激素水平与性激素之间相互协调的作用^[14]。因此¹³¹I对Graves甲亢治疗中患者的性激素水平及性功能有一定的影响,治疗后的患者体内FSH、LH、E₂逐步趋于正常值,对于患者的性功能也起到一定的改善作用^[15]。

参考文献

- [1] 汤建林,李玉莹,高柳艳,等. ¹³¹I治疗Graves病疗效评价. 医学理论与实践, 2011, 13(24): 1511-1512.
- [2] 方星星,李素梅. Graves病¹³¹I治疗的研究进展. 国际病理科学与临床杂志, 2011, 31(5): 444-448.
- [3] 郑东波. ¹³¹I治疗甲状腺功能亢进症的临床疗效观察. 中国现代药物应用, 2010, 4(4): 3-4.
- [4] Mendis-Handagama SM, Ariyaratne HB. Effects of thyroid hormones on Leydig cell in the postnatal testis. *Histol Histopathol*, 2004, 19(7): 985-997.
- [5] 滕中锋. ¹³¹I治疗Graves甲亢对男性患者性激素及性功能的影响研究. 中国卫生产业, 2013(2): 101-102.
- [6] 李树生,齐毅,邱志斌,等. 放射性碘¹³¹I治疗Graves病的临床应用. 赣南医学院学报, 2013(3): 77.
- [7] 龚亦勤. ¹³¹I治疗对Graves病患者睾酮和雌二醇水平的影响及临床意义. 中国当代医药, 2009, 16(13): 30-32.
- [8] 王坤,李广宙,王怀全. 甲亢患者¹³¹I治疗前后血清性激素水平观察. 中外医疗, 2009, 11(23): 6-7.
- [9] Meikle AW. The interrelationships between thyroid dysfunction and hypogonadism in men and boys. *Thyroid*, 2004, 14(1): 817-825.
- [10] 冯雪凤,许守林,陈载融. ¹³¹I治疗Graves病539例疗效观察. 中华实用诊断与治疗杂志, 2013, 2(2): 171-172.
- [11] 赵小艳,陈再君,罗茂香. ¹³¹I治疗巨大甲状腺肿性Graves病104例临床分析. 海南医学, 2013, 2(24): 493-494.
- [12] Haase A, Bahre M, Lauer I, et al. Radioiodine therapy in Graves' hyperthyroidism: determination of individual optimum target dose. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*, 2000, 108(2): 133-137.
- [13] 赵蕾,韦智晓,李俊红,等. 影响¹³¹I治疗Graves病疗效的多因素分析. 广西医学, 2012, 34(6): 702-705.
- [14] 刘玲. 小剂量¹³¹I治疗甲亢215例疗效观察. 中国民族民间医药, 2009(2): 13-14.
- [15] Allahabadia A, Daykin J, Sheppard MC, et al. Radioiodine treatment of hyperthyroidism - prognostic factors for outcome. *J Clin Endocrinol Metab*, 2001, 86(8): 3611-3617.

(收稿日期:2013-09-27)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.04.019

睾丸生殖细胞肿瘤患者行睾丸部分切除术的1、3、5年生存率分析

杨山¹ 汪超军²

1 临海市第一人民医院泌尿外科, 浙江 台州 317000

2 浙江大学医学院附属第一医院泌尿外科, 杭州 310003

【摘要】 目的:分析睾丸生殖细胞肿瘤患者行睾丸部分切除术后的1、3、5年生存率。方法:运用回顾性分析的方法1998年10月至2008年10月110例来我院行睾丸部分切除术的睾丸生殖细胞肿瘤患者的临床资料,分析不同病理类型、术后行不同辅助治疗方式患者的1、3、5年生存率。结果:本研究中110例睾丸生殖细胞肿瘤患者行部分切除术后1年生存率为99.8%,3年生存率为92.8%,5年生存率为87.8%。睾丸精原细胞瘤患者的1年、3年、5年生存率分别为100%、96.6%、86.5%;睾丸非精原细胞瘤患者的1年、3年、5年生存率分别为98.7%、92.3%、80.2%,不同病理类型患者的1年、3年、5年生存率存在统计学差异($P < 0.0001$);不同病理类型的患者术后辅以不同的治疗方式1年、3年、5年生存率亦存在统计学差异($P < 0.05$)。结论:睾丸生殖细胞肿瘤患者的1年、3年、5年生存率与病理类型及术后辅助治疗方式有关,睾丸精原细胞瘤患者的1年、3年、5年生存率高于睾丸非精原细胞瘤患者。

【关键词】 睾丸生殖细胞肿瘤;睾丸部分切除术;生存率

Survival rate analysis of testicular germ cell tumor patients receiving testis sparing surgery YANG Shan¹, WANG Chaojun². 1. Department of Urology, First People's Hospital of Linhai City, Taizhou 317000, China; 2. Department of Urology, First Hospital Affiliated to School of Medicine of Zhejiang University, Hangzhou 310003, China

【Abstract】 Objectives: To analyze the survival rate of testicular germ cell tumor patients receiving testis sparing surgery after 1 year, 3 years and 5 years. **Method:** Using the retrospective analysis method, We collected and analyzed the clinical data of 110 patients who had testicular germ cell tumor resection in our hospital from October 1998 to October, 2008. The 1, 3 and 5 years' survival rates were analyzed for different pathological types and different postoperative adjuvant therapy. **Results:** In this study, 1-year survival rate of 110 patients with testicular germ cell tumor after partial hepatectomy was 99.8%; 3-year survival rate was 92.8% and 5-year survival rate was 87.8%. Survival rates of testicular seminoma in 1 year, 3 years and 5 years were 100%, 96.6% and 86.5% respectively; survival rates of testicular non-seminoma germ cell tumor in 1 year, 3 years and 5 years were 98.7%, 92.3%, and 80.2% respectively. Patients with different pathological types after 1 year, 3 years and 5 years showed significant difference in the survival rate ($P < 0.0001$); patients with different pathological types also had significant difference in the 3 years and 5 years survival rate ($P < 0.05$). **Conclusion:** For patients with testicular germ cell tumor, auxiliary treatment and pathological types affect the 1-year, 3-year and 5-year survival rates. The survival rate of testicular seminoma patients in 1 year, 3 years and 5 years are higher than of testicular non-seminoma patients.

【Key words】 Testicular Germ Cell Tumor; Testis Resection; Survival Rate

【中图分类号】 R167

【文献标志码】 A

睾丸生殖细胞肿瘤多发于青壮年男性,发病年龄在20~35岁,是睾丸恶性肿瘤最常见的类型^[1]。对睾丸生殖细胞肿瘤目前主要的治疗手段仍是手术治疗为主,术后常辅以放化疗等综合治疗手段。笔者回顾性分析1998年10月至2008年10月110例来我院行睾丸部分切除术的睾丸生殖细胞肿瘤患者的临

床资料,总结分析不同病理类型以及术后辅以不同治疗手段患者的1、3、5年生存率,现将结果报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般临床资料

本院1998年10月至2008年10月期间收治的110例行睾丸部分切除术的睾丸生殖细胞肿瘤患者,年龄在8至63岁之间,平均31.2岁;肿瘤位于右侧者71例,位于左侧者39例。患者术后病理结果显示均为生殖细胞瘤,其中精原细胞瘤69例,

【第一作者简介】 杨山(1963-),男,副主任医师,主要从事泌尿外科临床诊治与研究工作。

非精原细胞瘤 41 例。

1.2 纳入标准

1998 年 10 月至 2008 年 10 月期间入院行睾丸部分切除术且术后病理诊断明确为睾丸生殖细胞肿瘤的患者,所有患者首诊资料完善;术后得到标准随访,起始时间、终点时间以及终点状态明确,期间死亡者有明确的死亡原因和死亡时间^[2]。

1.3 治疗方法

110 例患者均行睾丸部分切除术,手术选择腹股沟斜切口,为避免皮肤种植一般不选择阴囊切口。术中注意无瘤操作,如先阻断精索血流然后处理睾丸病变、避免挤压睾丸等。术中在睾丸实质内可见占位性病变,所有患者送术后病理检验。病理结果显示精原细胞瘤的患者术后配合 25 ~ 35Gy 局部放射治疗,照射时间为 2 ~ 3 周;非精原细胞瘤对放疗不敏感,术后采用 BEP 方案(博来霉素 30mg/m²、足叶乙苷 100mg/m²、顺铂 20mg/m²)化疗,平均给药 4 疗程。

1.4 术后随访

首先设计随访表,利用之前设计好的术后随访表,随访患者的生存情况。嘱患者定期回院复查,定期电话、书写、电子邮件等方式随访患者,主要内容是患者的生存时间以及生存状态等,随访时间截至 2013 年 10 月。

1.5 数据处理方法

采用 SPSS19.0 软件处理研究中的数据,采用 Kaplan Meier 生存曲线计算生存率,采用 Logrank 检验比较生存率,检验水准为 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 按照 Kaplan Meier 生存曲线计算

本研究中 110 例睾丸生殖细胞肿瘤患者行部分切除术后 1 年生存率为 99.8%,3 年生存率 92.8%,5 年生存率 87.8%;对生存曲线分析如图 1。

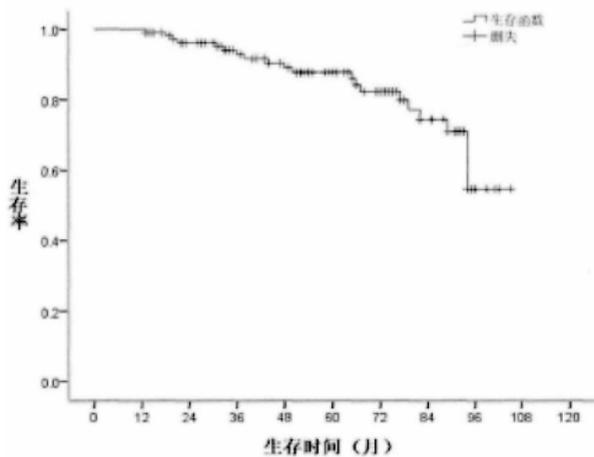


图 1 110 例睾丸生殖细胞肿瘤行部分睾丸切除术后生存曲线

2.2 不同病理类型患者术后生存曲线

本研究中,随访的精原细胞瘤患者行睾丸部分切除术后 1 年、3 年、5 年生存率分别为 100%、96.6%、86.5%;非精原细胞瘤患者行部分睾丸切除术后 1 年、3 年、5 年的生存率 98.7%、92.3%、80.2%,两者存在统计学差异($P < 0.001$)。图 2 是精

原细胞瘤与非精原细胞瘤患者的生存曲线,从图上可以看出,精原细胞瘤患者的术后生存率比非精原细胞瘤患者的生存率高。

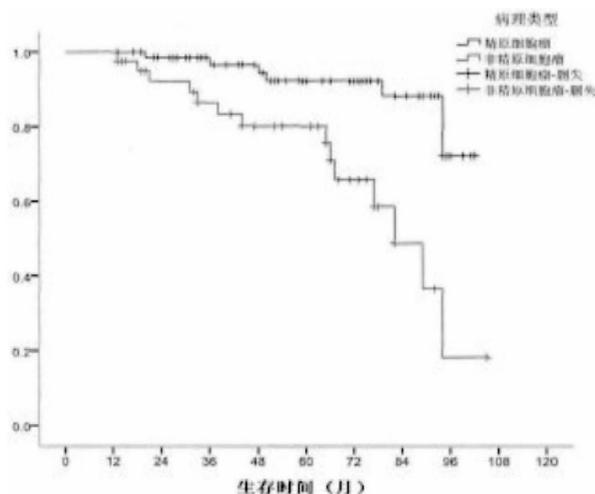


图 2 不同病理类型的睾丸生殖细胞肿瘤患者行部分睾丸切除术后生存曲线

2.3 术后施以不同治疗方式 3 年、5 年生存率对比

不同病理类型的患者术后辅以不同的治疗方式,3 年、5 年生存率的对比,见表 1 与表 2。

表 1 精原细胞瘤患者不同术后辅助治疗方式的生存率对比

治疗方式	例数(例)	3 年生存率	5 年生存率
单纯手术	6	83.3%	83.3%
手术 + 放疗	10	100%	100%
手术 + 化疗	34	97.1%	91.7%
手术 + 化疗 + 放疗	19	100%	92.9%

对于精原细胞瘤患者术后辅助治疗比单纯性手术治疗患者的 3 年、5 年生存率高,尤其是术后辅以放射治疗。

表 2 非精原细胞瘤患者不同术后辅助治疗方式的生存率对比

治疗方式	例数(例)	3 年生存率	5 年生存率
单纯手术	4	50.0%	50.0%
手术 + 放疗	5	100%	80.0%
手术 + 化疗	22	100%	93.8%
手术 + 化疗 + 放疗	10	66.7%	66.7%

对于非精原细胞瘤患者术后辅助治疗比单纯性手术治疗患者的 3 年、5 年生存率高,尤其是术后辅以化疗。

3 讨论

睾丸生殖细胞瘤在睾丸肿瘤中占 90% ~ 95%,在我国发病率极低,而在西方国家尤其是白种人中发病率较高,且呈稳定增长趋势^[3]。睾丸生殖细胞肿瘤在未确诊前均应当怀疑恶性,但是对于早期的患者行睾丸部分切除术辅以规范的放化疗,患

者多数预后较好,是肿瘤可以治愈的范例^[4-6]。本研究中患者的1年、3年、5年生存率分别为99.8%、92.8%、87.8%,可见睾丸部分切除术后患者的无瘤生存率相对较高。

目前,对于睾丸生殖细胞瘤的分类主要采用2004年世界卫生组织(WTO)提出的分类方法^[7-10]。具有生精细胞特征的精原细胞瘤对于放化疗均比较敏感;而非精原细胞分为胚外与胚胎两种分化形态,其包括胚胎瘤(受精排卵时期)、畸胎瘤(胚样体细胞分化组织)以及卵黄囊瘤和绒毛瘤(不同胚胎衍生物)^[11-13]。因此,不同病理类型的睾丸生殖细胞瘤患者的预后也大有差异。

研究中发现,精原细胞瘤患者行部分睾丸切除术后1年、3年、5年的生存率为100%、96.6%、86.5%;非精原细胞瘤患者1年、3年、5年的生存率为98.7%、92.3%、80.2%,两种病理类型的患者1年、3年、5年生存率有统计学差异($P < 0.001$)。可见,睾丸生殖细胞瘤患者的生存率与病理类型有关,精原细胞瘤比非精原细胞瘤患者的预后要好。这是由于精原细胞瘤的侵袭力比较低,生长速度缓慢,对放疗敏感,在放射线的作用下肿瘤组织及淋巴结转移灶发生炎性间质反应,放射线将瘤细胞广泛破坏,预后相对较好。精原细胞恶性程度较低,主要转移方式为沿淋巴道转移至主动脉、髓内及髂总旁淋巴结;血液转移主要为肝和肺,发生较晚^[14,15]。

从术后辅助治疗来看,精原细胞瘤与非精原细胞瘤患者术后有效辅助方式也不尽相同。从本研究中试验结果2.3可见,对于精原细胞瘤术后辅助治疗比单纯性手术治疗患者的3年、5年生存率高,尤其是术后辅以放射治疗效果更加显著,患者的3年、5年生存率可达100%;对于非精原细胞瘤患者术后辅助治疗也比单纯性手术治疗患者的3年、5年生存率高,但是术后辅以化疗效果更佳。所以说,正确的辅助治疗方法可以提高手术的治疗效果,提高患者的生存率以及生存质量。

可见,睾丸生殖细胞瘤患者行部分睾丸切除术后1年、3年、5年生存率与肿瘤的病理类型以及术后辅助治疗方式有关。对于确诊可以行睾丸部分切除术的患者应当及早进行手术,术后明确肿瘤的病理类型,以便确定术后辅助治疗方法,提高患者术后的生存率。

参 考 文 献

- [1] 舒博,刘丹丹,胡拉西·达吾提,等. 110例睾丸生殖细胞肿瘤预后多因素分析. 临床泌尿外科杂志,2011,26(7):528-530.
- [2] 那彦群,叶章群,孙光. 中国泌尿外科疾病诊断指南. 北京:人民卫生出版社,2011:81-82.
- [3] Xu AM, Gong SJ, Song WH, et al. Primary mixed germ cell tumor of liver with sarcoma component world. *Gastroenterol*, 2010, 16(5):652-656.
- [4] 刘富金,林海,龚选举. 婴幼儿睾丸生殖细胞肿瘤15例临床病理和诊断分析. 中华男科杂志,2013,19(1):90-93.
- [5] 董志伟,谷铎之. 临床肿瘤学,北京:人民卫生出版社,2002:1149-1160.
- [6] Spiess PE, Brown GA, Liu P, et al. Predictors of outcome in patients undergoing postchemotherapy retroperitoneal lymph node dissection for testicular cancer. *Cancer*, 2006, 107(7):1483-1490.
- [7] 向义,斯坎达尔,陈涤平,等. 睾丸生殖细胞瘤的临床诊治及预后分析. 中华国防医学杂志, 2013, 27(8):592-593.
- [8] Vossen CY, Horwich A, Daugaard G, et al. Patterns of care in the management of seminoma stage results from a European survey. *BJU Int*, 2012, 110(4):524-531.
- [9] 张众,李连宏,范姝君,等. 睾丸生殖细胞肿瘤类型及起源. 临床与实验病理学杂志,2009,25(1):5-8.
- [10] 谭转胜. 睾丸生殖细胞肿瘤临床分析. 中外医疗,2013,32(8):36-37.
- [11] 冯国伟,徐伟,张志宏,等. 睾丸生殖细胞肿瘤62例临床分析. 临床泌尿外科杂志,2011,26(10):772-774.
- [12] 张春芳,刘冲,石群立,等. 睾丸混合性生殖细胞瘤临床病理分析. 中华男科杂志,2011,17(4):336-341.
- [13] 张瑞丽,王文然,包永星,等. 睾丸生殖细胞肿瘤临床特点及疗效分析. 新疆医科大学学报,2009(3):306-308.
- [14] 李玲,贾青川. 混合性生殖细胞瘤的临床病理及预后因素分析. 中国现代医药杂志,2012,14(9):11-13.
- [15] 张朋,曾浩,卢一平,等. 睾丸生殖细胞肿瘤176例临床诊治分析. 中华男科学杂志,2006,12(3):237-239.

(收稿日期:2013-11-25)

《中国医药导报》杂志 欢迎投稿 欢迎订阅

《中国医药导报》杂志是国家卫生和计划生育委员会主管、中国医学科学院主办的国家级医药卫生类科技核心期刊,现为旬刊,国内统一刊号:CN11-5539/R,国际标准刊号 ISSN1673-7210,邮发代号:80-372,本刊系中国科技论文统计源期刊(中国科技核心期刊)、中国学术期刊综合评价数据库统计源期刊,并被万方数据、中国知网、中国学术期刊网络出版总库、中国期刊全文数据库、解放军医学图书馆中文生物医学期刊文献数据库、中文科技期刊数据库收录。每期定价20元,全年36期优惠价540元。本刊设有专家论坛、研究进展、论著、临床研究、药理与毒理、中医中药、生物医药、病理分析、药品鉴定、制剂与技术、药物与临床、麻醉与镇痛、医学检验、影像与介入、护理研究、教学研究、药物经济学、科研管理、政策研究、医药监管等栏目,是广大医药科研、教育、临床等人员开阔视野、交流经验、增进学术交流的贴身参谋和得力助手,也是发表学术论文的园地。在本刊发表的论文可获得继续教育学分。本刊订户凭订阅单复印件投稿优先发表,来稿注明单位名称、地址、电话、联系人姓名。

社址:北京市朝阳区通惠家园惠润园(壹线国际)5-3-601 邮编:100025

投稿热线:010-59679061 59679063 发行热线:010-59679533

传真:010-59679056

投稿信箱:yyzx68@vip.163.com

网址:www.yiyadaobao.com.cn

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.04.020

精子 DNA 碎片指数与精液参数的相关性研究

秦文松 刘英 段金良[△]

解放军第一八一医院生殖中心,广西 桂林 541002

【摘要】目的:探讨男性精子 DNA 碎片与精液常规参数及精子顶体酶活性之间的关系。方法:收集生殖中心门诊 553 例男性患者精液标本,采用改良精子染色质扩散实验(SCD)检测精子 DNA 碎片指数(DFI),按精子 DFI 结果分为 DFI < 15% (I 组)、15% ≤ DFI < 25% (II 组)、DFI ≥ 25% (III 组),同时检测精子密度、总数、(a + b)级精子百分率、畸形率及顶体酶活性,对 DFI 与精液各项参数的相关性进行分析。结果:精子密度及精子总数与 DFI 无显著相关性;前向运动精子百分率随 DFI 升高逐渐降低,III 组与 I 组间存在显著性差异;精子正常形态率随 DFI 的增加有下降的趋势,但是差异不显著;精子顶体酶活性随 DFI 升高而降低,组间均有显著性差异。结论:精子 DNA 碎片指数与前向精子百分率及精子顶体酶活性呈负相关。因此 DFI 可作为评估精子功能的一个较好的参考指标。

【关键词】 精子;DNA 碎片;精液参数

Correlation of sperm DNA fragmentation index and semen parameters QIN Wensong, LIU Ying, DUAN Jinliang[△]. Reproductive Center, The 181 Hospital of PLA, Guilin 541002, China

【Abstract】 Objectives: To explore the relationship between the male sperm DNA fragmentation, semen parameters and acrosome activity. **Method:** Semen samples of 553 male patients were collected from our center. Sperm DNA fragmentation index(DFI) was detected by Sperm Chromatin Dispersion(SCD) methods. According to the results of sperm DFI, all the values were divided into group I (DFI < 15%), group II (15% ≤ DFI < 25%) and group III (DFI ≥ 25%), and the sperm density, count, percentage of progressive motility sperm, morphology and acrosome activity were detected at the same time. The correlation of DFI and semen parameters were analyzed.

Results: Sperm density and total sperm count had no significant correlation with the DFI. The percentage of progressive motility sperm gradually decreased with the augment of DFI, and there were significant differences between group I and group III. Normal sperm morphology rate also decreased with the augment of DFI, and the difference was not significant. Acrosome activity gradually decreased with the augment of DFI as well, with significant differences among the groups. **Conclusion:** Negative correlations were obtained between both progressive motility sperm and acrosome activity. As a result, DFI is a better reference index for sperm function.

【Key words】 Sperm; DNA fragmentation; Sperm parameters

【中图分类号】 R167

【文献标志码】 A

以往,对于男性不育的诊断主要参考精液的密度、活动率及精子形态等指标。这些参数只能解决精子质量和功能的小部分问题,而对于评判精液的受精能力的作用相对较低^[1]。随着细胞生物学及分子生物学的发展,人们逐渐将关注的重点转移到了精子的染色体上,并提出了精子 DNA 碎片(DNA fragmentation)的概念。曾有研究者提出在射出的精液中精子的 DNA 碎片率在 10%~20%,且无论精液常规异常与否,都有可能存在较高的精子 DNA 碎片率^[2]。本研究采用精子染色质扩散实验(Sperm Chromatin Dispersion,SCD)的方法检测精液标本的精子 DNA 碎片率,分析其与精子密度、精子活动率、精子形态

及精子顶体酶之间的关系。

1 材料与方法

1.1 研究对象

选择 2012 年 9 月 1 日至 2012 年 12 月 31 日在解放军第一八一医院生殖中心就诊的 553 例男性作为研究对象,年龄在 24~41 岁,所有患者禁欲 3~7d,手淫方法收集精液标本,在 36℃ 温箱放置 15~30min 待其完全液化。

1.2 方法

取已液化的精液 10μL 于精子计数板(Makler counting chamber,以色列,Sefi-medical Instruments)进行镜下观察,记录精子密度,前向运动精子(a + b 级)百分率;采用 Diff-quick 法进行标本染色,在 100×油镜下观察;精子顶体酶活性使用深圳华康生物医学工程有限公司精子顶体酶活性定量检测试剂盒(改良 Kennedy 法)进行检测;精子 DNA 碎片使用深圳博锐德生物科技有限公司 SpermFunc DNAf 精子 DNA 碎片检测试剂盒

【第一作者简介】 秦文松(1982-),男,助理研究员、硕士,主要从事生殖中心胚胎实验室工作。

[△]**【通讯作者】** 段金良;E-mail: djl6341@21cn.com

(SCD法)进行检测。按照WHO《人类精液检查与处理实验室手册》(第5版)将25%定为精子DNA损伤的正常临界值。本研究将553份精液标本分为3组。I组:精子DNA碎片偏低组(DFI < 15%); II组:精子DNA碎片偏高组(15% ≤ DFI < 25%); III组:精子DNA碎片异常组(DFI ≥ 25%)。将3组精液的精子密度、总数、(a+b)级精子百分率、畸形率及顶体酶活性进行比较分析。

1.3 统计学分析

使用SPSS 17.0统计软件对结果进行分析。

表1 不同精子DNA碎片组各种精液参数比较

	密度	精子总数	(a+b)级精子	正常形态率	顶体酶
I组(189例)	89.97 ± 63.78	235.97 ± 203.50	47.96 ± 13.23	4.04 ± 2.71	57.65 ± 28.53
II组(237例)	91.54 ± 58.35	241.74 ± 181.95	45.61 ± 14.41	4.01 ± 2.93	50.88 ± 26.98*
III组(127例)	89.06 ± 79.95	243.64 ± 236.52	33.96 ± 16.14**	3.77 ± 3.05	45.71 ± 24.91*

注: *与I组比较, $P < 0.05$; #与II组比较, $P < 0.05$

表2 精子DNA碎片与各精液参数的相关性比较

	精子密度	精子总数	(a+b)级精子率	正常精子率	顶体酶活性
相关系数	0.815	0.799	-0.368	-0.048	-0.185
P	0.553	0.552	<0.001	0.260	<0.001

3 讨论

精子染色质不论是在组成还是在结构上都与体细胞有很大不同。替代组蛋白成为精核蛋白的鱼精蛋白(HP)和大量的二硫键使精子染色体高度浓缩,这种特化的结构可以保护精子DNA免受伤害,因此成熟精子对各种致病因素有较强的抵抗力。DNA修复发生在精子生成过程中,当完成DNA的转录及翻译而形成精子后,DNA的修复就已完成^[3]。

精子DNA碎片有可能来源于生精过程和后生精过程^[4]。在正常的精子发生过程中,染色质的组装需要内源性核酶(拓扑异构酶II)参与,以建立和连接DNA缺口,有助于组蛋白被鱼精蛋白替换过程中释放扭力(torsional stress)和染色体重组^[5]。各种原因导致的精子鱼精蛋白含量降低,二硫键形成障碍,均可能导致染色体浓缩异常,进而导致DNA出现碎片化。精子生成后,在男性生殖道的储存及运输过程中,过高的白细胞可刺激人类精子产生活性氧(ROS)类物质。这种刺激可以通过细胞-细胞接触或白细胞产生的可溶性产物等多种途径介导^[6],也可能是白细胞通过瀑布样机制增加精子的原发性DNA损伤,并诱发潜在DNA损伤,在形态差、活力低的精子中尤其如此^[7]。部分疾病在发病过程中也可以出现精子DNA的损伤。精索静脉曲张的不育患者表现出明显的精子DNA损伤。DNA碎片的增高可能是由于迂曲扩张的精索静脉血管使睾丸、

2 结果

将不同精子DNA碎片组的各种精液参数进行分析比较,结果显示,随着精子DNA碎片率的升高,精子密度及精子总数并无明显变化。正常形态率随着精子DNA碎片率的升高而降低,但是下降的趋势不明显。前向运动精子百分率及顶体酶活性均随着精子DNA碎片率的升高而下降,且存在显著性差异($P < 0.05$),见表1。将精子DNA碎片结果与各精液参数进行相关性分析,结果也显示,DNA碎片率与精子密度及精子总数相关性不大,与正常形态率呈负相关,与前向运动精子百分率及顶体酶活性呈显著负相关,见表2。

附睾等局部血液回流速度变慢,长期以后则对睾丸和附睾的微循环系统形成潜在的影响,血-睾丸和血-附睾屏障功能受损,使局部代谢产物输送和交换速度下降,生精细胞的生长发育受到抑制或破坏,造成精子DNA损伤^[8]。另外,一些微量元素的缺乏(如硒^[9]、锌^[10]等)或过多的接触某些化学品(如丙烯腈^[11]、苯并芘^[12]、甲苯^[13])都可导致精子DNA碎片的增加。

SCD法是根据酸变性和去核蛋白后DNA扩散是否形成特征性光晕,进而区分精子DNA损伤程度。正常情况下,如果精子DNA未发生断裂,精子核染色质无法通过核膜扩散出来,因此在酸分解精子核膜后,完整的精子DNA才能扩散出来,在染色剂的作用下形成较大的光晕。而存在DNA碎片的精子由于部分或全部核物质在酸处理前就已经扩散到精子核膜外部,因而在染色后就无法产生较大的光晕或者无光晕^[14]。有证据表明,传统的精液分析结果与精子DNA损伤的程度之间关系不大,因此,即使一份精液是“正常的”,它也可能存在很高的DNA碎片^[15]。因此,精子DNA的角色并不单单在于受精,更重要的是精子DNA会将来自父方的遗传物质带给后代,可能会造成子代肿瘤以及不育等^[16]。本中心的研究显示,精子DNA碎片率与前向活动精子百分率呈显著负相关,提示DNA损伤可能是导致弱精子症的重要原因之一。因为精子核DNA的损伤与线粒体功能密切相关,DNA损伤严重的精子其线粒体呼吸代谢功能明显降低,精子活力也随之减弱^[17]。另外,本研究的结果还显示在不同精子DNA碎片组之间,正常形态精子百分率差异虽然不明显,但是随着精子DNA碎片率的升高,正常精子百分率有下降的趋势。有研究证实,精子DNA碎片与精子核鱼精蛋白含量及精子正常形态率呈显著负相关。且鱼精蛋白1与鱼精蛋白2比值的下降可显著增加精子DNA碎片率,但鱼精蛋白2缺乏

时精子的正常形态率将显著降低^[18]。除了精液常规参数外,精子顶体酶活性也与精子的受精能力密切相关。精子顶体酶是以酶原形式合成并储存在顶体内的,其作用类似于胰蛋白酶,它能水解卵透明带糖蛋白,使精子穿过卵丘再穿过透明带而进入卵子完成受精。由于精子遗传物质受到破坏,可能影响相应蛋白的转录或合成,从而影响顶体酶原的生成,或者由于无法合成某种酶原激活物质,使顶体酶无法被激活,最终表现为顶体酶活性降低^[19]。本研究的结果也显示精子顶体酶活性呈明显负相关。这些结果与国外一些研究结果相似^[20-22]。当然,也有一些研究表明,DNA碎片与精液参数无明显相关性^[23]。这有可能与选择的标本类型、样本量及检测方法有关。因此,在进行不孕症调查过程中,精子DNA碎片的检测可作为男性精液常规参数分析的一种补充,对于全面评估男性生育力是很有意义的。

参 考 文 献

- [1] Bungum M, Bungum L, Giwercman A. Sperm chromatin structure assay (SCSA): a tool in diagnosis and treatment of infertility. *Asian Journal of Andrology*, 2011(13): 69-75.
- [2] Oosterhuis GJ, Mulder AB, Kalsbeek-Batenburg E, et al. Measuring apoptosis in human spermatozoa: a biological assay for semen quality? *Fertility and Sterility*, 2000, 74(2): 245-250.
- [3] Clara GM, Jaime G, Rosa R. Types, Causes, Detection and repair of DNA fragmentation in animal and human sperm cells. *International Journal of Molecular Sciences*, 2012(13):14026-14052.
- [4] Aitken RJ, De Iuliis GN. On the possible origins of DNA damage in human spermatozoa. *Molecular Human Reproduction*, 2010(16): 3-13.
- [5] Sakkas D, Moffatt O, Manicardi GC, et al. Nature of DNA damage in ejaculated human spermatozoa and the possible involvement of apoptosis. *Biology of Reproduction*, 2002, 66(4): 1061-1067.
- [6] Saleh RA, Agarwal A, Kandirali E, et al. Leukocytospermia is associated with increased reactive oxygen species production by human spermatozoa. *Fertility and Sterility*, 2002, 78(6): 1215-1224.
- [7] Erenpreiss J, Hlevicka S, Zalkalns J, et al. Effect of leukocytospermia on sperm DNA integrity: a negative effect in abnormal semen samples. *Andrology*, 2002, 23(5): 717-723.
- [8] 邱毅,王苏梅,张丽红,等. 精子染色质扩散实验检测精索静脉曲张及不明原因不育患者精子DNA碎片. *生殖医学杂志*, 2008, 17(6): 465-468.
- [9] Gaspari L, Chang SS, Santella RM, et al. Polycyclic aromatic hydrocarbon-DNA adducts in human sperm as a marker of DNA damage and infertility. *Mutation Research*, 2003, 535(2): 155-160.
- [10] Quintanilla vega B, Hoover D, Bal W, et al. Lead effects on protamine-DNA binding. *American Journal of Industrial Medicine*, 2000, 38(3): 324-329.
- [11] Xu DX, Zhu QX, Zheng LK, et al. Exposure to acrylonitrile induced DNA strand breakage and sex chromosome aneuploidy in human spermatozoa. *Mutation Research*, 2003, 537(1): 93-100.
- [12] Revel A, Raanani H, Younglai E, et al. Resveratrol, a natural aryl hydrocarbon receptor antagonist, protects sperm from DNA damage and apoptosis caused by benzo(a)pyrene. *Reproductive Toxicology*, 2001, 15(5): 479-486.
- [13] Nakai N, Murata M, Nagahama M, et al. Oxidative DNA damage induced by toluene is involved in its male reproductive toxicity. *Free Radical Research*, 2003, 37(1): 69-76.
- [14] Caglar GS, Kster F, Schpper B, et al. Semen DNA fragmentation index, evaluated with both TUNEL and Comet assay, and the ICSI outcome. *In Vivo*, 2007(21): 1075-1080.
- [15] Kennedy C, Ahlering P, Rodriguez H, et al. Sperm chromatin structure correlates with spontaneous abortion and multiple pregnancy rates in assisted reproduction. *Reproductive BioMedicine Online*, 2011(22): 272-276.
- [16] Erenpreiss J, Spano M, Erenpreiss J, et al. Sperm chromatin structure and male fertility: biological and clinical aspects. *Asian Journal of Andrology*, 2006, 8(1): 11-29.
- [17] 郑九嘉,楼哲丰,郑蔚虹,等. 线粒体呼吸功能与精子活力、核DNA损伤的相关性分析. *中国细胞生物学学报*, 2012, 34(1): 34-40.
- [18] Sergerie M, Laforest G, Boulanger K, et al. Longitudinal study of sperm DNA fragmentation as measured by terminal uridine nick end-labelling assay. *Human Reproduction*, 2005, 20(7): 1921-1927.
- [19] 郑九嘉,杨旭,张李雅,等. 精子DNA损伤、核蛋白组型转换与顶体酶活性及精液参数的相关性分析. *National Journal of Andrology*, 2012, 18(10): 925-929.
- [20] Rasool EA, Abdul-Rashee OF, AL-Hashim AF. Comparison between different DNA and conventional sperm parameters in Infertile Men. *Al-Kindy College Medical Journal*, 2012, 8(2): 40-47.
- [21] Sheikh N, Amiri I, Farimani M, Najafi R, et al. Correlation between sperm parameters and sperm DNA fragmentation in fertile and infertile men. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 2008, 6(1): 13-18.
- [22] Brahem S, Mehdi M, Landolsi H, et al. Semen parameters and sperm DNA fragmentation as causes of recurrent pregnancy loss. *Urology*, 2011, 78(4): 792-796.
- [23] Ilma SY, Zergeroglu AD, Yilmaz E, et al. Effects of sperm DNA fragmentation on semen parameters and ICSI outcome determined by an improved SCD test, halosperm. *International Journal of Fertility and Sterility*, 2010, 4(2): 73-78.

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.04.021

慢性前列腺炎的 UPOINT 诊疗系统概述

吴飞彪¹ 邹 练^{2△}

1 苏州大学医学部研究生院,江苏 苏州 215123

2 中国人民解放军第二炮兵总医院泌尿外科,北京 100088

【摘要】 慢性前列腺炎(chronic prostatitis, CP)病因繁多,相应的治疗措施也各不相同。最新的观点认为,CP患者之间呈现明显的异质性特质,即不同的CP患者有着不同病因及疾病转归特征,针对此,MAPP协作组提出UPOINT诊疗系统,从个体化角度来探讨CP的诊断及治疗。本文就UPOINT诊疗系统的理论背景、具体内容、应用研究以及相对不足之处作一系统概述。

【关键词】 慢性前列腺炎;UPOINT;异质性;个体化治疗

UPOINT clinical phenotypic approach in the management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain WU Feibiao¹, ZOU Lian^{2△}. 1. Graduate School, Medical College of Soochow University, Suzhou 215123, China; 2. Department of Urology, Second Artillery General Hospital of Chinese People's Liberation Army, Beijing 100088, China

【Abstract】 Chronic prostatitis (CP) is attributed to many etiologies, and the corresponding treatment are also different. Recent researches suggest that patients with CP are obviously heterogeneous, that is to say, the etiologies and prognoses differ among those CP patients. In view of this, the MAPP Network Group put forward the UPOINT clinical phenotypic approach, which aimed to diagnose and treat different patients on the basis of their heterogeneity. This paper reviewed the theoretical background, specific content, application and limitation of the UPOINT clinical phenotypic approach.

【Key words】 Chronic prostatitis/chronic pelvic pain (CP/CPPS); UPOINT; Heterogeneity; Individualized treatment

【中图分类号】 R167

【文献标志码】 A

慢性前列腺炎(chronic prostatitis, CP)是成年男性的常见病、多发病,多见于20~50岁,约有50%^[1]的男性一生中曾经有过前列腺炎的症状,世界范围内的患病率为2%~9.7%^[2]。其中慢性非细菌性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征(CPPS)在临床上最常见,约占90%~95%^[3]。CP往往难以彻底治愈,易复发。相较于慢性心衰、糖尿病以及克罗恩病患者,CP对患者生活质量的影响更大^[4]。但目前CP并没有特异的诊断指标及治疗标准,给临床实践造成很大困扰。

过往针对CP的研究始终将前列腺作为疾病的根源来探寻CP的发生原因,但却一直未能指出CP的确切病因。美国国立卫生研究院的国立糖尿病、消化病与肾病研究所(NIDDK)正在进行一项名为MAPP^[5]的合作研究,该研究试图依据每个患者疾病发生及转归的特殊性,从个体基因、生活习性以及周围环境等众多因素出发,将CP与间质性膀胱炎(interstitial cystitis, IC)以及相关临床综合症如肠易激综合症、纤维肌痛综合症、慢性疲劳综合症综合起来,整体考虑此类疾病的诊断及治疗。此项

研究分为六个部分即病因研究、泌尿道表型研究、非泌尿道表型研究、神经生物学研究、疾病指标研究以及疼痛通路研究,由四个协作组分工协作。其中病因研究、泌尿道与非泌尿道表型研究由Daniel JC教授的协作组负责。作为MAPP合作研究的一部分, Daniel教授提出了针对CPUPOINT诊疗系统。本文就UPOINT诊疗系统的背景、具体内容、应用研究及相对不足作一系统综述。

1 UPOINT系统的提出背景

对于CP的认识一直在不断发展,具有重要影响的是CP分类系统^[6]的提出及CPSI^[7]量表的出现。NIH在1999年将CP分为Ⅱ类即慢性细菌性前列腺炎、ⅢA类即慢性炎症性前列腺炎(非细菌性)、ⅢB类即慢性非炎症性前列腺炎;将CP的症状归为疼痛、LUTS及对生活质量的影响,以CPSI评分来判断疾病的严重程度。该分类系统及CPSI问卷表,在科研、临床上都发挥了巨大的作用,但不可否认,该分类系统存在一定缺陷,尤其是Ⅲ类前列腺炎,其约占前列腺炎总数的80%以上,但仅以EPS的白细胞计数来简单区分为ⅢA、ⅢB,而白细胞与患者症状又缺乏必要的相关性^[8],因此对临床治疗缺乏确切的指导性。除了白细胞外,卵磷脂小体、锌、尿流率等生物学指标对CP的诊断也都缺乏特异性,不能有效指导治疗。

最新的研究观点抛弃了前列腺中心论,认为CP是一种“异

【第一作者简介】 吴飞彪(1989-),男,在读硕士,主要从事泌尿外科与男科学方向的研究。

△【通讯作者】 邹练(1959-),男,主任医师、教授、博士生导师, E-mail:550592432@qq.com

质性”(heterogeneous)^[9]疾病,从多种病因途径来探讨CP的病理机制,包括感染(尿感病史/难以检测的细菌/纳米细菌^[10])、自身免疫紊乱^[11]、神经系统异常^[12]、内分泌异常(HPA轴失调^[13]、肾上腺皮质激素异常^[14])、黏膜功能损伤(黏膜免疫功能异常^[15]、黏膜对钾离子敏感性提高^[16])、局部解剖结构改变(尿液返流^[17]/膀胱颈部梗阻^[18])、骨盆肌肉^[19]、基因多态性^[20]、锌等微量元素缺乏^[21]、前列腺组织内压改变^[22]、精神因素^[23]等等。

除了诊断缺乏特异性的生物学指标以及病因众多以外,对CP的进行随机对照试验(randomized controlled trials, RCTs)的结果也是矛盾不一的。临床上治疗CP药物有“3A”^[24]即抗生素(antibiotics)如左氧氟沙星^[25]、 α 受体阻滞剂(α -blockers)如坦索罗辛^[26]、抗炎药(anti-inflammatory)如罗非考昔^[27]、5- α 还原酶抑制剂如非那雄胺^[28]、戊聚硫钠^[29]。以上RCTs对CP的疗效,以CPSI为首要判断标准,均呈阴性。而以GRA(global response assessment)、CPSI子项分值以及MPQ(McGill Pain Questionnaire)等为第2评判标准时,表明这些药物具有一定疗效。而且在一些非严格要求的临床实验中发现上述药物如左氧氟沙星^[30]、坦索罗辛^[31]却呈阳性结果,可见CP患者对同一药物具有不同的反应性。此外,Shoskes DA等^[32]以及Nickel JC等^[33]发现,综合治疗CP,比单药物治疗CP更为有效。

综上所述,CP的治疗并不存在一种模式药物,每个病人因为自身病因的不同,对不同的药物具有不同的反应。所以对于CP的治疗需要分型诊治,即根据每一个患者个体的病因、身体状况、疾病转归等等来给予相应的治疗,这种治疗包括药物治

疗,还包括一些物理疗法如针灸按摩,以及对患者生活习惯的改善,心理健康的调节等等。

2 具体内容

UPOINT系统即是在针对上述CP诊断及药物治疗中存在的问题,结合当前CP临床实践基础上提出的一套新的诊疗系统^[34]。具体说来,UPOINT将CP简单归结为6大基本“临床表型”(clinical phenotype):U即urinary,P即psychosocial,O即organ-specific,I即infection,N即neurologic/systemic,T即tenderness。各个子项的纳入诊断标准参见表1。所谓的“临床表型”^[35]即CP呈现出的异质性特征,它由不同的病因机制,疾病特点,临床综合征表现以及疾病转化规律,以及所对应的诊断、治疗所组成。UPOINT每一表型都有其特殊的临床标准以及相应的治疗方法^[36],具体内容见表2。

表1 UPOINT子项的纳入诊断

U:urinary
CPSI >4,尿频、尿急或夜尿增多,残余尿 >100ml
P:psychosocial
抑郁,无助感
O:organ specific
前列腺触痛,EPS白细胞+,血尿,前列腺钙化
I:infection
排除I类及II类前列腺炎,EPS革兰氏阴性杆菌或肠球菌+,
N:neurologic/systemic conditions
骨盆及腹部以外部位的疼痛,肠易激综合症,慢性疲劳综合症,纤维肌痛
T:tenderness of skeletal muscles
腹部、骨盆底可触及的肌肉痉挛或扳机点

表2 UPOINT各表型的纳入标准与治疗方法

UPOINT表型	临床纳入标准	适宜治疗
U:泌尿道型	尿频,尿急和/或夜尿残余尿增多,排尿困难	饮食调节 α 受体阻滞剂苯基偶氮二氨基吡啶胆碱能受体阻滞剂
P:社会心理型	抑郁,不良应对,社交困难,压力,焦虑	行为认知疗法心理咨询抗抑郁药,抗焦虑药
O:器官特异型	前列腺触痛,EPS白细胞+,血尿,下尿道梗阻	舍尼通, α 受体阻滞剂,前列腺按摩,手术治疗
I:感染型	排除I类及II类前列腺炎,革兰氏阴性杆菌或肠球菌+,抗生素用药史	抗生素
N:神经/全身系统型	腹部及骨盆以外部位的疼痛及其相关的临床表现,如慢性疲劳综合症、肠易激综合症、纤维肌痛	加巴喷丁,阿米替林,神经调节疗法
T:骨骼肌型	局部触痛,腹部及骨盆部的痉挛及扳机点	肌松药物物理疗法,锻炼

UPOINT系统由一系列的临床参数所定义,并且同大量有循证基础的治疗方法相关^[37]。刘龙飞等据Shoskes提出的内容,指出U指患者表现刺激性或梗阻性排尿症状及/或夜尿;P指与症状严重程度相关的心理问题,包括抑郁、焦虑、应激及应对不良(如灾难化思维、缺乏家庭社会支持等);O指直肠指检时前列腺触痛以及有明确的前列腺炎症的证据(通过EPS或VB3镜检证实);I指有明确的下尿路感染,包括复发性尿路感染、前列腺特异性标本(EPS或VB₃)培养出了尿路致病菌;N

指可能与中枢性神经系统有关的一些病因不明的情形,包括肠易激综合症、纤维肌痛、慢性疲劳综合症以及偏头痛等;T指会阴部、盆底有明确的疼痛痉挛或在会阴及盆底检查时出现急性肌筋膜痛性扳机点。

3 UPOINT的应用研究

在UPOINT提出后不久,便陆续有学者将其应用于临床研究。Shoskes等^[38]通过一项回顾性研究发现,UPOINT诊疗系统的每个单独表型在CP中出现的概率不同,具体为O出现在

61%的患者中,T为53%,U为52%,N为37%,P为34%,I为16%。而且只有22%的患者表现为只存在单独一项表型,其余78%患者为复合型。尽管以45岁为界限,年纪并不影响表型的数目,但是随着病程的延长,尤其是病程>2年的CP患者,其表型的数目呈增加趋势,同CPSI也呈正相关。其中,同疼痛显著相关的表型是P、N、T,而生活质量则同P、N两种表型相关。Wagenlehner等^[39]研究发现,在总计1219例欧洲患者中,大部分患者为复合表型。其中,在937例意大利CP患者中,有O表现的患者为908例占96.91%,T为638例占68.09%,U为537例占57.31%,N为423例占45.14%,P为323例占34.47%,I为68例占7.26%。在290例德国CP患者中,U为260例占89.66%,T为120例占41.38%,O为112例占38.62%,P为98例占33.79%,N为79例占27.24%,I为53例占18.28%。Hedelin HH^[40]通过回顾性研究50例CP患者发现,患者以复合表型多见,其中U占52%,O、I均占38%,P、N均占36%,T占32%。Shoskes等^[41]将UPOINT系统用于CP患者研究,发现O占70%,T占64%,U占59%,N占39%,P占37%,I占16%。

4 UPOINT 诊疗系统的不足

UPOINT系统未完全概括CP的所有临床表现。例如,由于勃起功能障碍(erection dysfunction, ED)出现在40%~70%^[42,43]的CP患者中,德国学者Magri V将ED也纳入该系统中,称之为“UPOINTS”。根据Magri等的研究发现,UPOINT系统在意大利的CP患者中具有良好的相关性,而在德国的患者中,UPOINTS(S代表sexual dysfunction)则优于UPOINT系统。但Mary等^[44]通过分析,指出CP患者虽然可出现ED,但ED纳入UPOINT后即“UPOINTS”,并不能增加该诊疗系统的准确性,反而使之与CPSI的相关性降低。因此Mary等认为UPOINT诊疗系统同CP的相关性较强,可临床推广使用。此外Shoskes及其同事也正在制作、检测该系统的特殊问卷表,以期为CP的诊疗提供更好的指导。

目前UPOINT虽然已用于临床,但只局限于回顾性研究^[38-41],还缺乏大样本的前瞻性研究。而且,该系统尚处第1版本,实际使用时间较短,各个表型的诊断标准并不完全详尽。除此之外,UPOINT主要是将CP病人进行分层,依据不同的临床表现分类到相应的病因机制及治疗措施中。但是它所指出的病因机制并不是CP的“深层机制”(underlying mechanisms)^[45],根据Brandon等的观点,该系统只是笼统依据症状学来划分,难免会将不同病因引起的症状归结入同一表型,或将同一病因引起的症状划分到不同的表型里。这就是Brandon等人提出另一诊疗系统“DABBERC”的依据之一。

5 展望

CP病因复杂,治疗方法各异,针对不同患者需要辨别分析其个体特殊性,在了解患者疾病特征及疾病发展变化规律的基础上,给予其相应的治疗方法。UPOINT诊疗系统的提出为CP的个体化治疗提供了可行途径。我们期待MAPPD协作组能够

制定出合理的UPOINT诊疗系统问卷表,使CP患者得到规范、合理的诊治。

参 考 文 献

- [1] 郭应禄,李宏军. 前列腺炎. 北京:人民军医出版社,2007:68.
- [2] Krieger JN, Lee SW, Jeon J, et al. Epidemiology of prostatitis. *Int J Antimicrob Agents*, 2008, 31 (Suppl 1): S85-90.
- [3] Litwin MS, Mc Naughton-Collins M, Fowler FJ Jr, et al. The National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index: development and validation of a new outcome measure. *J Urol*, 1999, 162 (2): 369-375.
- [4] Mc Naughton Collins M, Pontari MA, O'Leary MP, et al. Quality of life is impaired in men with chronic prostatitis: the chronic prostatitis collaborative research network. *J Gen Intern Med*, 2001, 16 (10): 656-662.
- [5] <http://www.mappnetwork.org/>.
- [6] Krieger JN, Nyberg L Jr, Nickel JC. NIH consensus definition and classification of prostatitis. *JAMA*, 1999, 282 (3): 236-237.
- [7] Litwin MS, Mc Naughton Collins M, Fowler FJ Jr, et al. The National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index: development and validation of a new outcome measure. *J Urol*, 1999, 162 (2): 369-375.
- [8] Schaeffer AJ, Knauss JS, Landis JR, et al. Leukocyte and bacterial counts do not correlate with severity of symptoms in men with chronic prostatitis: the national institutes of health chronic prostatitis cohort study. *J Urol*, 2002, 168 (3): 1048-1053.
- [9] Nickel JC, Shoskes DA. Phenotypic approach to the management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Curr Urol Rep*, 2009, 10 (4): 307-312.
- [10] Zhou Z, Hong L, Shen X, et al. Detection of nano-bacteria infection in type III prostatitis. *Urology*, 2008, 71 (6): 1091-1095.
- [11] Rivero VE, Motrich RD, Maccioni M, et al. Autoimmune etiology in chronic prostatitis syndrome: An advance in the understanding of this pathology. *Crit Rev Immunol*, 2007, 27 (1): 33-46.
- [12] Yilmaz U, Liu YW, Berger RE, et al. Autonomic nervous system changes in men with chronic pelvic pain syndrome. *J Urol*, 2007, 177 (6): 2170-2174.
- [13] Anderson RU, Orenberg EK, Morey A, et al. Stress-induced hypothalamus-pituitary-adrenal axis responses and disturbances in psychological profiles in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *J Urol*, 2009, 182 (5): 2319-2324.
- [14] Dimitrakov J, Joffe HV, Soldin SJ, et al. Adrenocortical hormone abnormalities in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Urology*, 2008, 71 (2): 261-266.
- [15] Ceri H, Schmidt S, Olson ME, et al. Specific mucosal immunity in the pathophysiology of bacterial prostatitis in a rat model. *Can J Microbiol*, 1999, 45 (10): 849-855.
- [16] Yilmaz U, Liu YW, Rothman I, et al. Intravesical potassium chloride sensitivity test in men with chronic pelvic pain syndrome. *J Urol*,

- 2004,172(2):548-550.
- [17] Kirby RS, Lowe D, Bultitude MI, Shuttleworth KED. Intraprostatic urinary reflux; an aetiological factor in abacterial prostatitis. *Br J Urol*, 1982,54(6):729-731.
- [18] Hruz P, Danuser H, Studer UE, Hochreiter WW. Non inflammatory chronic pelvic pain syndrome can be caused by bladder neck hypertrophy. *Eur Urol*, 2003,4(1):106-110.
- [19] Shoskes DA, Berger R, Elmi A, et al. Muscle tenderness in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: the chronic prostatitis cohort study. *J Urol*, 2008,179(2):556-560.
- [20] Riley DE, Krieger JN. X Chromosomal short tandem repeat polymorphisms near the phosphoglycerate kinase gene in men with chronic prostatitis. *Biochim Biophys Acta*, 2002,1586(1):99-107.
- [21] Zaichick VY, Sviridova TV, Zaichick SV. Zinc concentration in human prostatic fluid: normal, chronic prostatitis, adenoma and cancer. *Int Urol Nephrol*, 1996,28(5):687-694.
- [22] Mehik A, Hellstrom P, Nickel JC, et al. Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome can be characterized by prostatic tissue pressure measurements. *J Urol*, 2002,167(1):137-140.
- [23] Ulrich PM, Turner JA, Ciol M, et al. Stress is associated with subsequent pain and disability among men with non-bacterial prostatitis/pelvic pain. *Ann Behav Med*, 2005,30(2):112-118.
- [24] Nickel JC. The three As of chronic prostatitis therapy: antibiotics, alpha-blockers and anti-inflammatories. What is the evidence *BJU Int*, 2004,94(9):1230-1233.
- [25] Nickel JC, Downey J, Clark J, et al. Levofloxacin for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome in men: a randomized placebo-controlled multicenter trial. *Urology*, 2003,62(4):614-617.
- [26] Alexander RB, Propert KJ, Schaeffer AJ, et al. Ciprofloxacin or tamsulosin in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a randomized double-blind trial. *Ann Intern Med*, 2004,141(8):581-589.
- [27] Nickel JC, Pontari M, Moon T, et al. A randomized, placebo-controlled, multicenter study to evaluate the safety and efficacy of rofecoxib in the treatment of chronic nonbacterial prostatitis. *J Urol*, 2003,169(4):1401-1405.
- [28] Nickel JC, Downey J, Pontari MA, et al. A randomized placebo-controlled, multicenter study to evaluate the safety and efficacy of finasteride for male chronic pelvic pain syndrome (category IIIA chronic nonbacterial prostatitis). *BJU Int*, 2004,93(7):991-995.
- [29] Nickel JC, Forrest JB, Tomera K, et al. Pentosan polysulfate sodium therapy for men with chronic pelvic pain syndrome: a multicenter, randomized, placebo-controlled study. *J Urol*, 2005,173(4):1252-1255.
- [30] Nickel JC, Downey J, Johnston B, et al. Canadian Prostatitis Research Group. Predictors of patient response to antibiotic therapy for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a prospective multicenter clinical trial. *J Urol*, 2001,165(5):1539-1544.
- [31] Cheah PY, Liong ML, Yuen KH, et al. Terazosin therapy for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a randomized, placebo controlled trial. *J Urol*, 2003,169(2):592-596.
- [32] Shoskes D, Hakim L, Ghoniem G, et al. Long-term results of multimodel therapy for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *J Urol*, 2003,169(4):1406-1410.
- [33] Nickel JC, Downey J, Arden D, et al. Failure of monotherapy strategy for difficult chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *J Urology*, 2004,172(2):551-554.
- [34] Shoskes DA, Nickel JC, Rackley RR, et al. Clinical phenotyping in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and interstitial cystitis: a management strategy for urologic chronic pelvic pain syndromes. *Prostate Cancer Prostatic Dis*, 2009,12(2):177-183.
- [35] Nickel JC, Shoskes DA. Phenotypic approach to the management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Curr Urol Rep*, 2009,10(4):307-312.
- [36] Alan J. Wein, et al. Campbell walsh urology, 10th edition. Philadelphia: Elsevier Health Sciences, 2011:353.
- [37] 刘龙飞, 王龙, 鲁特飞. UPOINT: 一种新的慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征表型分类系统. *中华男科学杂志*, 2012,18(5):441-445.
- [38] Shoskes DA, Nickel JC, Dolinga R, Prots D. Clinical phenotyping of chronic prostatitis/chronic pelvic pain patients and correlation with symptom severity. *Urology*, 2009,73(3):538-543.
- [39] Magri V, Wagenlehner F, Perletti G, et al. Use of the UPOINT chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome classification in European patient cohorts: sexual function domain improves correlations. *J Urol*, 2010,184(6):2339-2345.
- [40] Hedelin HH. Evaluation of a modification of the UPOINT clinical phenotype system for the chronic pelvic pain syndrome. *Scand J Urol Nephrol*, 2009,43(5):373-376.
- [41] Shoskes DA, Nickel JC, Kattan MW. Phenotypically directed multimodal therapy for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a prospective study using UPOINT. *Urology*, 2010,75(6):1249-1253.
- [42] Lee SW, Liong ML, Yuen KH, et al. Adverse impact of sexual dysfunction in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Urology*, 2008,71(1):79-84.
- [43] Trinchieri A, Magri V, Cariani L, et al. Prevalence of sexual dysfunction in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Arch Ital Urol Androl*, 2007,79(2):67-70.
- [44] Samplaski MK, Li J, Shoskes DA. Inclusion of erectile domain to UPOINT phenotype does not improve correlation with symptom severity in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Urology*, 2011,78(3):653-658.
- [45] Brandon A Mahal, Jeffrey M Cohen, Stephen A Allsop, et al. The role of phenotyping in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Curr Urol Rep*, 2011,12(4):297-303.

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.04.022

尿动力学检测在前列腺增生患者中的意义

贾利民¹ 张晨光¹ 王艳凤²

1 浙江省台州医院泌尿外科,浙江 台州 317000

2 台州市中心医院老年医学科,浙江 台州 318000

【摘要】目的:分析前列腺增生症患者的尿动力学参数,为个性化治疗前列腺增生症提供依据。**方法:**2011年1月至2013年1月我科收治800名前列腺增生症患者,经直肠指诊、泌尿系彩超、膀胱镜等初步诊断为前列腺增生,对所有患者进一步行尿动力学检查。**结果:**本组800例患者中,无梗阻8例;可疑梗阻89例,其中逼尿肌收缩无力23例,逼尿肌收缩乏力66例;膀胱出口明显梗阻(BOO)703例,患者中伴不稳定膀胱132例,低顺应性膀胱486例,不稳定膀胱合并低顺应性膀胱18例。平均最大尿流率(8.2 ± 1.5) mL/s,平均残余尿量(82.6 ± 75.6) mL,急迫尿意时膀胱容量(280.6 ± 171.3) mL,与同期体检中心健康者正常值比较有差异($P < 0.05$)。顺应性(24.4 ± 16.5) mL/cmH₂O,与同期体检中心健康者正常值比较无差异($P > 0.05$)。**结论:**尿流动力学检测对前列腺增生症患者具有重要意义。

【关键词】 尿动力学;前列腺增生症;膀胱出口梗阻

Urodynamic test in the detection of benign prostatic hyperplasia JIA Limin¹, ZHANG Chengguang¹, WANG Yanfeng². 1. Department of Urologic Surgery, Taizhou Hospital, Taizhou 317000, China; 2. Department of Geriatric Medicine, Taizhou Central Hospital, Taizhou 318000, China

【Abstract】 Objectives: To analyze urodynamic parameters of patients with benign prostatic hyperplasia (BPH) so as to provide the basis for individualized treatment of the disease. **Method:** 800 BPH patients who came to our hospital between January 2011 and January 2013 were selected. They were preliminarily diagnosed by rectal examination, urinary tract ultrasonography, and cystoscopy as BPH. Urodynamic test was conducted for further diagnosis. **Results:** Among the 800 patients, there were 8 cases without obstruction, 89 with suspicious obstruction of which 23 with detrusor contraction asthenia and 66 with detrusor contraction fatigue. There were 703 cases with bladder outlet obstruction (BOO), and among 703 cases, 132 were complicated with unstable bladder, 486 low compliance bladder, 18 unstable bladder combined low compliance bladder. The mean maximum urinary flow rate was (8.2 ± 1.5) mL/s, the average residual urine volume was (82.6 ± 75.6) mL, the urge urinary bladder capacity was (280.6 ± 171.3) mL, and these three parameters were of significant differences ($P < 0.05$) when compared with those of the people who came to our hospital for physical examination during the same time of period. The compliance was (24.4 ± 16.5) mL/cmH₂O, and there were no significant differences compared with the people who received physical examination ($P > 0.05$). **Conclusion:** Urodynamic test is effective in the detection of BPH.

【Key words】 Urodynamic; Benign prostatic hyperplasia; Bladder outlet obstruction

【中图分类号】 R167

【文献标志码】 A

前列腺增生症(benign prostatic hyperplasia, BPH)在老年男性患者中较常见,膀胱刺激症状及梗阻症状突出,给患者的正常生活带来严重的困扰。出现症状的原因包括:增大体积的前列腺导致尿管径发生变化,人体代偿引起的膀胱功能改变,年龄增长后,相关肌群的退行性变,神经损害等^[1]。后期出现尿潴留,患者非常痛苦^[2]。治疗原则要求明确病因,针对不同情况给予个性化治疗方案^[3]。因此寻找简单、有效、经济、患者依从性好的检查手段,是大势所趋^[4,5]。

1 材料与方法

1.1 一般资料

我院泌尿外科2011年1月至2013年1月共收治800例BPH患者(病例组),年龄(70.3 ± 17.6)岁,病史(4.5 ± 3.8)年。主诉:尿频、尿急、尿痛、夜尿多、伴有排尿困难,其中128例合并尿潴留。经直肠指诊、彩超、膀胱镜等初步诊断为前列腺增生症。直肠指检:前列腺增生I度68例,II度451例,III度281例;国际前列腺症状评分(IPSS)评分轻度49例,中度636例,重度115例。其中有254(31.75%)例合并有糖尿病。B超提示:前列腺增生,体积均有不同程度增大。另外,从同期1500例行常规体检的无前列腺疾病的体检者中,按检查日期的单双日,选取800例作为对照组,年龄(69.5 ± 20.5)岁,合并糖尿病280(35.00%)例。组间年龄情况无显著性差异($P > 0.05$)。

【第一作者简介】 贾利民(1981-),男,主管护师,主要从事临床尿流动力学检测。

1.2 方法

1.2.1 尿动力学检测方法 本组患者在治疗前1~3d用荷兰MMS公司尿动力学检测仪进行测定。先进行自由尿流率测定,后用导管法测残余尿量(PVR)。无菌状态下经尿道插入F8双腔测压导管,经肛门置入直肠测压管,肛门括约肌周围贴电极片与仪器相连,调试压力传感器、接好水泵,取站立位,以40mL/min恒定的速度注入0.02%呋喃西林溶液,测量充盈期膀胱内压力,记录不同排尿感觉时逼尿肌压。灌注至最大膀胱容量后,让患者自行排尿入集尿器,同时测定排尿期压力-流率,注意各个时期肌电图的表现。测得各参数由计算机系统自动处理并存档。

1.2.2 检查指标 最大尿流率(Qmax)、PVR、急迫尿意时膀胱容量(VMCC)、膀胱顺应性(BC)、最大尿流率时逼尿肌压(Pdet-Qmax)、压力-流率图(A-G图)、LinPURR图^[6]。A-G图只是一种定性的诊断,不能反应逼尿肌的收缩力和膀胱出口梗阻的严重程度;LinPURR图根据不同程度前列腺增生的分布情况,将梗阻分为7个等级,逼尿肌收缩强度也由弱到强分为7个等级,该压力流率分析不但考虑了梗阻的程度,而且也包括了逼尿肌收缩力,最适用于BPH患者的膀胱出口梗阻分析,可以据此进行明确判定。

1.2.3 统计方法 检查数据均以均数±标准差表示,与正常值采用单样本均数*t*检验。SPSS 13.0统计软件处理数据,*P*<0.05为差异有显著性意义。

2 结果

本组800例患者,全部进行尿流动力学检查。根据LinPURR图分析,Pdet-Qmax指标在LinPURR图中位置的定位,分为梗阻区、可疑梗阻区、无梗阻区,逼尿肌收缩强度也是根据Pdet-Qmax所在的区域来确定^[2]。结果显示:病例组最大尿流率显著低于对照组,PVR与VMCC均显著高于对照组(*P*<0.05),膀胱顺应性两组无显著差异。见表1。无梗阻8例;可疑梗阻89例,其中逼尿肌收缩无力23例,逼尿肌收缩乏力66例;膀胱出口明显梗阻(BOO)703例。患者中伴不稳定膀胱132例,低顺应性膀胱486例,不稳定膀胱合并低顺应性膀胱18例。

表1 800例患者尿流动力学参数与同期体检中心健康者正常参数比较

项目	Qmax(mL/s)	PVR(mL)	VMCC(mL)	BC(mL/cmH ₂ O)
对照组	15.6±5.4	12.3±8.5	620.2±136.5	25.2±3.8
病例组	8.2±1.5	82.6±75.6	280.6±171.3	24.4±16.5
<i>P</i> 值	0.000	0.000	0.000	0.217

3 讨论

BPH在老年男性患者中比较常见,膀胱刺激症状及梗阻症状突出。膀胱刺激症状包括尿急、尿频、夜尿增多、急迫性尿失禁;梗阻后会出现排尿踌躇、排尿费力、排尿时间延长、尿线变细、尿流无力、终末滴沥以及尿潴留等症,这可能与患者使用药物不当、受凉、饮酒、久坐、便秘等有关,肥胖、糖尿病、高血压等因素也越来越要重视^[7,8]。由于病因、发病机制复杂,涉及多学科,明确诊断,动态监测其进展,对于防止或减少并发症具有重要意义^[9,10]。早期,由于人体具有一定的代偿功能,临床表现

可不典型,随着病程的延长,失代偿后可出现膀胱逼尿肌结构的改变,导致膀胱逼尿肌不稳定和逼尿肌收缩乏力,最后膀胱功能发生相应的变化,此时,膀胱刺激症状及梗阻症状都会出现,患者非常痛苦。另外,在老年男性患者中,有很大一部分同时患有糖尿病,如果再并发外周神经损害^[11],也会出现部分与BPH相似的症状,会给治疗方案的选择带来一定的困扰。BPH的常用诊断方法有直肠指诊、彩超及膀胱镜检查。通过这些形态诊断的手段来明确前列腺的大小、估算PVR的多少以及观察膀胱内情况。在膀胱出口梗阻的问题上,由于神经源因素引起的膀胱问题、尿道功能改变、膀胱退行性变等存在,判断原因具有主观性。如果采取同样的治疗方案,治疗效果必然不同,在医疗环境如此复杂的今天,纠纷在所难免。尿动力学是依据流体力学和电生理学的基本原理和方法,检测尿路各部的压力、流率及生物电活动,从而了解尿路排送尿液的功能及机制,以及排尿功能障碍性疾病的病理生理学变化^[6]。压力-流率测定,能够显示膀胱出口梗阻的程度,膀胱顺应性及其稳定性可以从逼尿肌收缩情况体现出来。压力-流率图不但能确诊膀胱出口梗阻,而且能够显示梗阻的严重程度和逼尿肌收缩力的大小。可以明确尿流率降低的具体原因。肌电图可以显示逼尿肌和尿道括约肌的生物电活动,从而判断其协调性。本研究结果显示:虽具有相同的临床表现,但梗阻程度不同,考虑与病人对疾病本身引起的症状进行主观判断有关,常规的形态诊断手段也具有一定的主观性^[12]。

本组病例术前均经过彩超检查,结论为前列腺不同程度增大,外径大小明确,估测残余尿可以明确在一定程度上存在尿路梗阻。但是,彩超检查时为非排尿状态,尿道闭合,所以无法明确尿路梗阻的程度。同样是膀胱出口梗阻但还存在其他情况,如逼尿肌收缩乏力、不稳定膀胱、低顺应性和高顺应性膀胱等,这些结果都是形态诊断无法确定的。通过尿流动力学检查,我们明确有8例患者虽然超声提示前列腺有增生,但是没有梗阻,可保守治疗。23例高顺应性膀胱超声也提示前列腺有增生,但尿流动力学显示逼尿肌无力,行前列腺手术后没有实质性意义,需采取保守治疗或者行膀胱造瘘术^[13]。66例逼尿肌收缩乏力患者行手术治疗后短期内症状可无明显改善,随着时间的推移,不适症状才能减轻^[14-16],需要术前详细告知,并取得理解。其它患者可常规手术治疗。合并糖尿病患者手术治疗后,自行排尿的能力恢复较慢^[17],需要特别告知。通过此项检查,可以弥补形态学诊断的不足,我们可以根据实际情况,来选择手术方案,做到有的放矢。

尿流动力学检查可以明确BPH患者有无BOO及梗阻程度、了解膀胱功能、逼尿肌稳定性,为个性化的治疗方案提供依据,有助于提高手术疗效,减少不必要的医疗纠纷使患者受益。因此尿流动力学检查在前列腺增生患者中具有重要意义。

参 考 文 献

- [1] 吴阶平. 吴阶平泌尿外科学. 济南: 山东科学技术出版社, 2007: 1127-1235.
- [2] 韩振华, 舒辉. 前列腺增生症患者急性尿潴留的临床诊治及护理干预对策. 中国性科学, 2013, 22(6): 44-47.
- [3] 熊恩庆, 沈文浩, 宋波, 等. 良性前列腺增生患者手术前后尿流动力学检查的临床应用价值. 中华泌尿外科杂志, 2005, 26(6): 393-395.

- [4] Wadie BS, Badawi AM, Abdelwahed M, et al. Application of artificial neural network in prediction of bladder outlet obstruction: a model based on objective, noninvasive parameters. *Urology*, 2006, 68 (6): 1211 - 1214.
- [5] Nager CW, Fitzgerald M, Kraus SR, et al. Urodynamic measures do not predict stress continence outcomes after surgery for stress urinary incontinence in selected women. *Jurol*, 2008 (179): 1470 - 1474.
- [6] 金锡御, 宋波. 临床尿动力学. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 116 - 117.
- [7] 朱德胜, 吴海嘯, 吴汉. 相关临床指标对良性前列腺增生的诊疗价值. *中国性科学*, 2013, 22(9): 22 - 25.
- [8] 杨红, 许蓉, 许燕. 影响前列腺增生急性尿潴留患者前列腺梗塞发生的危险因素分析及干预对策. *中国性科学*, 2013, 22(6): 41 - 43, 47.
- [9] Van Mastrigt R, Griffiths DJ. ICS standard for digital exchange of urodynamic study data. *Neurourol Urodyn*, 2004, 23(3): 280 - 281.
- [10] Kuo HC. Videourodynamic analysis of pathophysiology of men with both storage and voiding lower urinary tract symptoms. *Urology*, 2007, 70(2): 272 - 276.
- [11] 王声兴, 欧善际, 梁培育, 等. 尿动力学检测在糖尿病患者良性前列腺增生手术评估中的意义. *中国现代医学杂志*, 2012, 22(17): 95 - 97.
- [12] 李晓刚, 金铁雄. 前列腺增生症 120 例患者的尿动力学检查. *中国临床研究*, 2013, 26(5): 458 - 459.
- [13] 闫亮, 赵兴华, 崔丹丹, 等. 神经源性膀胱尿动力学的临床分析. *中国实用神经疾病杂志*, 2011, 14(9): 24 - 25.
- [14] 孙腾达, 张勇, 张超. 老年良性前列腺增生患者前列腺切除术后排尿困难原因分析及治疗. *中国性科学*, 2013, 22(8): 17 - 20.
- [15] Kiemeny LA, Mochtar CA, Straatman H. Accurate prediction of need for invasive treatment in alpha-1-blocker treated patients with benign prostatic hyperplasia not possible: bootstrap validation analysis. *Urology*, 2006, 67(5): 984 - 989.
- [16] Tanaka Y, Masumori N, Itoh N. Is the short-term outcome of transurethral resection of the prostate affected by preoperative degree of bladder outlet obstruction, status of detrusor contractility or detrusor overactivity. *Int J Urol*, 2006, 13(11): 1398 - 1404.
- [17] 谢平, 钟伟, 陈亮. 良性前列腺增生 (BPH) 合并糖尿病 TUVF 术后并发症及病程的探讨. *中国性科学*, 2011, 20(6): 9 - 10, 13.

(收稿日期: 2013 - 12 - 05)

· 性传播疾病 ·

DOI: 10.3969/j.issn.1672-1993.2014.04.023

光动力治疗儿童尖锐湿疣疗效观察

李彦 张守民 李振鲁

河南省人民医院皮肤科, 郑州 450003

【摘要】目的:探讨 5-氨基酮戊酸光动力疗法 (ALA-PDT), 治疗儿童尖锐湿疣临床疗效, 为治疗儿童尖锐湿疣提供参考。**方法:**选取 2012 年 8 月至 2013 年 9 月期间在我院就诊治疗的尖锐湿疣患儿 90 例, 按随机数字表法分为观察组和对照组, 每组 45 例, 对照组采用传统物理疗法, 观察组采用 ALA-PDT 疗法治疗, 观察两组治疗效果和复发率。**结果:**观察组患儿经 1~4 次 ALA-PDT 治疗后, 完全缓解 44 例, 无反应 1 例, 完全缓解率为 97.78%, 其中 1 次治疗完全缓解 17 例 (37.78%); 对照组经 1 次治疗完全缓解 45 例, 完全缓解率为 100%, 两组完全缓解率比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 观察组 1 例治疗无反应退出研究, 对余下 89 例患者随访 3 个月, 观察组 44 例患者中复发 6 例, 复发率 13.33%; 对照组 45 例患者中复发 14 例, 复发率为 31.11%, 观察组复发率显著低于对照组, 两组比较差异具有统计学意义 ($\chi^2 = 4.354, P < 0.05$)。**结论:**镇静催眠下对儿童尖锐湿疣行 ALA-PDT 疗法治疗, 疗效显著, 与传统物理疗法在疗效方面无差异, 但 ALA-PDT 疗法能显著降低复发率, 体现出安全性强、有效性高、复发率低、不良反应少等特点, 值得临床推广。

【关键词】 光动力疗法; 尖锐湿疣; 临床疗效

Photodynamic therapy in the treatment of children's condyloma acuminatum Li Yan, ZHANG Shoumin, LI Zhenlu. Department of Dermatology, Henan People's Hospital, Zhengzhou 450003, China

【Abstract】 Objectives: To investigate the clinical efficacy of 5-aminolevulinic acid photodynamic therapy (ALA-PDT) in the treatment of children's condyloma acuminatum. **Method:** 90 children with condyloma acuminatum were randomly divided into the observation group and the control group. The control group was given traditional physical therapy, while the observation group was given ALA-PDT. Therapeutic effects and recurrence rate

【第一作者简介】 李彦 (1973 -), 男, 副主任医师, 主要从事皮肤性病科临床诊治与研究工作。

were observed. **Results:** After 2 groups were treated for one course, the complete remission rate of the observation group was 37.78% (17/45), the control group 100% (45/45), and the difference was of statistical significance ($P < 0.05$). After the observation group was treated for 4 times, the complete remission rate was 97.78% (44/45), and compared with the control group, the difference was of no statistical significance ($P > 0.05$). The one case who did not completely remit was drop, and the 89 cases left were followed up for three months. The recurrence rate of the observation group (13.33%, 6/44) was significantly lower than that of the control group (31.11%, 14/45) ($\chi^2 = 4.354, P < 0.05$). **Conclusion:** ALA - PDT is of significant clinical efficacy when used to treat condyloma acuminatum of children, which shows no difference from the efficacy of conventional physical therapy. However, ALA - PDT can significantly reduce the relapse rate and is worthy of clinical application.

【Key words】 Photodynamic therapy; Condyloma acuminatum; Clinical efficacy

【中图分类号】 R752.5+3

【文献标志码】 A

尖锐湿疣 (Condyloma Acuminatum, CA) 为人乳头瘤病毒 (Human Papilloma Virus, HPV) 感染所致的传播性疾病, 临床较为常见, 患者临床表现主要有生殖器部位出现菜花状或乳头状增生生物, 该病传染性较强, 一旦感染, 对患者身心造成严重影响^[1]。由于儿童患者身心发展尚不成熟, 耐受性较低, 治疗配合度较差, 疾病对患者的损害更为突出, 而临床治疗多采用的物理疗法, 虽然疗效较好, 但复发率较高, 故而寻找一种疗效好、复发率低的治疗方法显得尤为必要^[2]。5-氨基酮戊酸光动力疗法 (5-Aminolevulinic acid - photodynamic therapy, ALA - PDT) 因其对肿瘤细胞具有选择性杀伤作用, 且对周围正常细胞影响较小, 近年来在治疗儿童尖锐湿疣中备受关注^[3]。本研究对 ALA - PDT 治疗儿童尖锐湿疣的临床疗效进行了探讨, 以期对 ALA - PDT 治疗儿童尖锐湿疣提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2011 年 8 月至 2013 年 9 月期间在我院就诊治疗的尖锐湿疣患儿 90 例, 所有患儿均经临床和组织病理确诊, 排除皮肤过敏症、有自身免疫性疾病者、严重内脏疾病者等, 其中男患儿 65 例, 女患儿 25 例; 年龄 1.5 ~ 11 岁, 平均年龄 (4.64 ± 1.25) 岁; 病程 2 ~ 8 个月, 平均病程 (3.43 ± 1.52) 月。病变部位: 肛周 46 例, 尿道口 32 例, 阴道口 8 例, 阴唇 4 例。皮损数目 1 ~ 7 个, 平均 (2.32 ± 1.76) 个; 皮损面积 0.4 ~ 2.5 cm², 平均 (1.96 ± 0.86) cm²。按随机数字分组法分为观察组和对照组, 每组 45 例, 两组患儿性别、年龄等一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

观察组: 采用 5-氨基酮戊酸光动力疗法 (ALA - PDT) 治疗, 外用盐酸氨酮戊酸散 (散剂, 118g/支, 上海复旦张江生物医药股份有限公司, 生产批号: 111013) 配置定量的 20% 盐酸氨酮戊酸散溶液, 光动力治疗仪选用 XD_635AB 型光动力激光治疗仪 (广西桂林市兴达光电医疗器械有限公司生产), 波长 (635 ± 3) nm, 终端输出功率为 0 ~ 300mW, 连续可调。对患儿皮损部位常规消毒、清洁, 于皮损处湿敷氨酮戊酸散溶液, 以塑料薄膜包封 3h, 去药膏, 2% 利多卡因全麻后, 用光动力治疗仪照射, 照射时间持续 25min, 1 次/周, 直至皮损消失后结束治疗。

对照组: 采用传统物理疗法, 疣体直径 > 0.5cm, 或疣体数

目 > 3 个, 用电刀治疗, 直至疣体全部电灼干净; 疣体较小, 则用冷冻治疗。观察比较两组疗效, 并对完全缓解患儿于治疗后随访, 1 次/周, 持续 3 个月。

1.3 疗效判定^[4]

完全缓解: 皮损消失, 黏膜恢复正常; 部分缓解: 皮损缩小范围 ≥ 50%; 无效: 皮损缩小范围 < 50%。

1.4 统计学处理

用 SPSS16.0 软件分析, 计数资料采用百分比表示, 数据对比采取 χ^2 校验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗效果

两组患儿经治疗, 观察组患儿经 1 ~ 4 次 ALA - PDT 治疗后, 完全缓解 44 例, 无反应 1 例, 完全缓解率为 97.78%, 其中 1 次治疗完全缓解 17 例, 一次完全缓解率为 37.78%。对照组经 1 次治疗完全缓解 45 例, 完全缓解率为 100%, 两组完全缓解率比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。详见表 1、表 2。

表 1 ALA - PDT 治疗效果 [n(%)]

ALA - PDT 次数	例数	完全缓解	部分缓解	无效
1	45	17(37.78)	27(60.00)	1(2.22)
2	27	19(70.37)	8(29.63)	0
3	8	5(62.50)	3(37.50)	0
4	3	3(8.89)	0	0

表 2 两组治疗效果比较 [n(%)]

组别	例数	完全缓解	一次完全缓解
观察组	45	44(97.78)	17(37.78)
对照组	45	45(100.00)	45(100.00)
χ^2 值	-	0.986	44.679
P 值	-	0.3621	0.0043

2.2 两组复发率比较及不良反应

观察组 1 例治疗无反应退出研究, 对余下 89 例患者随访 3 个月, 观察组 44 例患者中复发 6 例, 复发率 13.33%; 对照组 45

例患儿中复发 14 例, 复发率为 31.11%, 观察组复发率显著低于对照组, 两组比较差异具有统计学意义 ($\chi^2 = 4.354, P < 0.05$)。所有患儿治疗后均未出现系统的不良反应。

3 讨论

CA 为临床常见传播性疾病, 患者一般无自觉症状, 初期出现小而柔软的淡红色丘疹, 随着病情进展, 皮损数目和体积都会随之增加, 呈乳头瘤样、菜花样等, 可有糜烂、溃疡等症状^[5]。CA 主要由 HPV 感染所致, 人的机体作为 HPV 宿主, 其转归主要包括被人体自动清除掉、潜伏感染、亚临床感染、肉眼可见良性皮疹、癌变、肿瘤等。CA 临床主要表现为肉眼可见的疣体以及无症状亚临床感染, 易发生病变的部位包括外生殖器、肛门、会阴等, 其中尿道口 CA 占据的比例较大^[6]。CA 临床治疗方法较多, 但诸如电灼、冷冻等传统物理疗法往往只能消除肉眼所见到的疣体, 而对于无症状的亚临床感染则无能为力^[7]。由于 CA 其皮损周围 1cm 范围内的皮肤均有 HPV 感染, 甚至可于阴毛内见 HPV, 故而使得传统物理疗法治疗儿童 CA 出现较高的复发率, 使患者及其家庭经济负担和精神负担都显著增加^[8]。本研究对照组采用传统物理疗法治疗儿童, 随访 3 个月, 45 例患者中复发 14 例, 复发率高达 31.11%。

相关研究显示, HPV 感染与肿瘤发生具有显著相关性, 故而为了减小治疗儿童 CA 副作用, 降低复发率, 寻找一种新的治疗方法显得尤为必要^[9-11]。ALA - PDT 疗法是利用特定光源和光敏剂共同作用从而使肿瘤及增生活跃的细胞受损, 进而死亡, 从而达到治疗的目的。有研究表明, PDT 不仅可对疣体及肿瘤细胞直接杀伤, 而且可使疣体或肿瘤细胞微血管彻底封闭, 进而使肿瘤组织因氧气和营养枯竭而致死, 同时可诱导免疫系统发生作用, 从而使肿瘤细胞组织死亡^[12]。而外用 ALA, 能使疣体组织产生反应性氧自由基, 从而诱发脂类和蛋白质质变化, 进而使疣体组织细胞因细胞毒性反应死亡^[13]。通过 ALA - PDT 疗法治疗 CA 时, ALA 不仅聚集于疣体之中, 而且亚临床感染病毒也会将其吸收, 故而可使 CA 治疗后复发率大为降低, 体现出安全性和有效性的特点。相对于传统物理疗法而言, ALA - PDT 疗法能触及到亚临床感染, 体现出显著的优越性。本研究显示, 观察组患儿经 1~4 次 ALA - PDT 治疗后, 完全缓解 44 例, 无反应 1 例, 完全缓解率为 97.78%, 对照组经 1 次治疗完全缓解 45 例, 完全缓解率为 100%, 两组完全缓解率比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 观察组 44 例患儿中复发 6 例, 复发率 13.33%, 对照组 45 例患儿中复发 14 例, 复发率为 31.11%, 观察组复发率显著低于对照组, 两组比较差异具有统计学意义 ($\chi^2 = 4.354, P < 0.05$)。

值得注意的是, 既往对儿童 CA 治疗的过程中, 主要采用局麻下冷冻、激光等物理疗法, 患儿往往会对治疗器械、治疗方式等产生恐惧心理, 哭闹不止, 配合度较差, 不仅对操作治疗造成诸多不利影响, 而且对治疗效果也会有较大影响^[14, 15], 本研究中采用静脉全麻下光动力治疗儿童 CA, 取得满意效果, 随访 3

个月均无系统的不良反应发生。

综上所述, 镇静催眠下对儿童尖锐湿疣行 ALA - PDT 疗法治疗疗效显著, 与传统物理疗法在疗效方面无差异, 但 ALA - PDT 疗法能显著降低复发率, 体现出安全性强、有效率高、复发率低、不良反应少等特点, 值得临床推广。

参 考 文 献

- [1] 宗阳春, 陈玉新, 王国利, 等. 盐酸氨基酮戊酸光动力疗法治疗尖锐湿疣临床观察. 中国中西医结合皮肤性病学期刊, 2010, 9(4): 237 - 238.
- [2] 陈琴芳, 杨夕芳, 张小华, 等. 儿童尖锐湿疣光动力疗法的治疗及护理. 中国性科学, 2011, 20(12): 35 - 36.
- [3] Braaten KP, Laufer MR. Human papillomavirus (HPV), HPV - related disease, and the HPV vaccine. Rev Obstet Gynecol, 2008, 1(1): 2 - 10.
- [4] Fehr MK, Hornung R, Degen A, et al. Photodynamic therapy of vulvar and vaginal condyloma and intraepithelial neoplasia using topically applied 5 - aminolevulinic acid. Lasers Surg Med, 2009, 30(14): 273 - 279.
- [5] 施惠娟, 张小鸣, 段爱霞. 光动力疗法联合冷冻治疗尖锐湿疣的对照观察. 中国皮肤性病学期刊, 2011, 25(8): 621 - 622.
- [6] 明海霞, 陆富永, 刘懿, 等. 光动力治疗女性儿童阴道口尖锐湿疣疗效观察. 华夏医学, 2013, 26(4): 819 - 821.
- [7] 杨晶, 曾玲玲, 张京芳. 尖锐湿疣患者氨基酮戊酸光动力治疗依从性及其影响因素分析. 护理学杂志, 2012, 27(5): 52 - 54.
- [8] Ljubojevic S, Lipozencic J, Grgec DL, et al. Human papilloma virus associated with genital infection. Coll Antropol, 2008, 32(3): 989 - 997.
- [9] 尹锐, 郝飞, 邓军, 等. 高频电刀联合氨基酮戊酸 - 光动力疗法治疗复发性肛周尖锐湿疣. 中国激光医学杂志, 2010, 19(1): 13 - 16.
- [10] 宋海燕. 激光联合 5 - 氨基酮戊酸光动力疗法治疗妊娠合并外阴尖锐湿疣的护理体会. 求医问药 (学术版), 2011, 9(8): 110 - 111.
- [11] 胡燕, 倪菁菁, 韩燕燕, 等. 盐酸氨基酮戊酸光动力疗法联合 CO2 激光治疗尖锐湿疣疗效观察. 中国皮肤性病学期刊, 2009, 23(9): 581 - 582.
- [12] 陈琴芳, 杨夕芳, 张小华, 等. 儿童尖锐湿疣光动力疗法的治疗及护理. 中国性科学, 2011, 20(12): 35 - 36.
- [13] 陈琴芳, 鞠梅, 杨夕芳, 等. 5 - 氨基酮戊酸光动力疗法治疗 28 例儿童尖锐湿疣疗效观察. 中国校医, 2010, 24(6): 414, 417.
- [14] 邹先彪, 张云杰, 刘少卿, 等. 儿童尖锐湿疣的光动力治疗. 中国临床医生, 2012, 40(12): 49 - 50.
- [15] 葛红芬, 臧运书, 汤占利, 等. 5 - 氨基酮戊酸 - 光动力疗法治疗尖锐湿疣疗效分析. 中华实用诊断与治疗杂志, 2011, 25(1): 96 - 98.

(收稿日期: 2013 - 11 - 04)

· 性传播疾病 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.04.024

卡介菌多糖核酸联合泛昔洛韦治疗复发性生殖器疱疹的疗效及预防复发作用

朱海元¹ 姚伟华²

1 温州医科大学附属温岭医院(温岭市第一人民医院)皮肤科,浙江台州 317500

2 浙江省皮肤病防治研究所,浙江湖州 313200

【摘要】目的:探讨卡介菌多糖核酸联合泛昔洛韦治疗复发性生殖器疱疹的疗效及预防复发作用。**方法:**选择70例复发性生殖器疱疹随机分为两组(对照组与联合组)。两组均予以口服泛昔洛韦片0.25g, 2次/d, 连用10d;后改为0.125g, 2次/d, 整个疗程共3个月。联合组在此基础上予以卡介菌多糖核酸1mL肌注, 2次/周, 连用3个月。对照组患者仅予以口服泛昔洛韦, 剂量及疗程同联合组。观察两组患者治疗后临床效果及药物不良反应, 并随访治疗结束后半年及1年内的复发率。**结果:**联合组治疗后临床总有效率为77.14%, 明显高于对照组的42.86% ($\chi^2 = 8.57, P < 0.01$)。联合组和对对照组治疗期间出现药物不良反应6例和4例, 症状均较轻, 两组比较无统计学差异 ($\chi^2 = 0.47, P > 0.05$)。治疗结束后对治疗有效者均随访半年及1年内的复发率, 联合组的复发率均明显低于对照组 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。**结论:**卡介菌多糖核酸联合泛昔洛韦治疗复发性生殖器疱疹取得了较好效果, 不良反应轻, 并可降低其复发率, 具有治疗和预防复发双重作用。

【关键词】 复发性生殖器疱疹; 卡介菌多糖核酸; 泛昔洛韦; 复发

Application of BCG - PSN combined with Famciclovir in the treatment of RGH ZHU Haiyuan¹, YAO Weihua². 1. Department of Dermatology, Wenling Hospital Affiliated to Wenzhou Medical University (Wenling First People's Hospital), Taizhou 317500, China; 2. Zhejiang Dermatopathy Prevention and Treatment Center, Huzhou 313200, China

【Abstract】 Objectives: To discuss the curative effect and reoccurrence prevention of BCG - PSN combined with Famciclovir on the treatment of Recurrent Genital Herpes (RGH). **Method:** 70 cases of patients with RGH were selected and divided into the control group and the experiment group randomly. All the patients were given Famciclovir tablets for 0.25g twice a day for 10 days. For the next course of 3 months, the dosage was changed to 0.125g twice a day. The patients of the experiment group were additionally given 1mL of BCG - PSN by intramuscular injection twice a week for 3 months, while the patients in the control group only took Famciclovir with the same dosage orally. The clinical curative effect, drug adverse reaction, half - a - year reoccurrence rate and one - year reoccurrence rate of the patients in the 2 groups were observed and compared after the treatment. **Results:** The total clinical efficiency rate of patients in the combined group was 77.14%, which was much higher than that (42.86%) in control group ($\chi^2 = 8.57, P < 0.01$). There were 6 and 4 cases showing adverse reactions in experiment group and control group respectively, with no statistical differences ($\chi^2 = 0.47, P > 0.05$). The reoccurrence rate of patients in the experiment group was much lower than that in control group ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). **Conclusion:** BCG - PSN combined with Famciclovir has reliable curative effect on the treatment of recurrent Genital Herpes (RGH). It produces less adverse reactions and low reoccurrence rate.

【Key words】 Recurrent Genital Herpes (RGH); BCG - PSN; Famciclovir; Reoccurrence

【中图分类号】 R752.1

【文献标志码】 A

生殖器疱疹是皮肤科门诊常见的一种性传播疾病,好发于性活跃的人群,病情常反复发作,对患者的工作及生活影响较大^[1]。生殖器疱疹的潜伏和复发的免疫学发病机制较复杂,近年来研究认为其病情反复发作与免疫功能低下密切相关^[2]。泛昔洛韦是治疗生殖器疱疹常用的抗病毒药物,并取得了一定的效果,但其

仍容易复发^[3]。卡介菌多糖核酸是从卡介菌中提取的一种免疫功能调节剂,能增强机体抵抗功能和免疫功能等功效^[4]。近年来我院卡介菌多糖核酸联合泛昔洛韦治疗复发性生殖器疱疹取得了较好的效果,并发现其具有预防复发作用,现报道如下。

1 材料和方法

1.1 一般资料

采用分层抽样法选择复发性生殖器疱疹70例,均来自2009年6月至2012年6月我院皮肤科门诊就诊的患者。纳入标准:均符合《临床皮肤病学》第3版中生殖器疱疹的诊断标

【第一作者简介】 朱海元(1977-),男,主治医师,主要从事皮肤性病科临床诊治与研究工作。

准^[5],且取血清学检查 HSV-2 抗体呈阳性。排除标准:(1)排除自身免疫性疾病、结缔组织病及风湿性疾病;(2)治疗前4周使用过抗病毒药、糖皮质激素和免疫调节剂。根据随机数字表将70例复发性生殖器疱疹患者分为两组(对照组与联合组)。两组的性别、年龄、病程和复发频率等病例资料比较无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。见表1。

表1 两组患者的病例资料比较

组别	n	性别 (男/女)	年龄 (岁)	病程 (年)	复发频率 (次/年)
对照组	35	20/15	34.6±5.2	2.1±0.5	5.4±1.7
联合组	35	18/17	35.1±4.9	2.3±0.7	5.6±1.5

1.2 治疗方法

两组患者均予以口服泛昔洛韦片(山东罗欣药业股份有限公司,规格:0.125g×12片)0.25g,2次/d,连用10d;后改为0.125g,2次/d,整个疗程共3个月。联合组在此基础上予以卡介菌多糖核酸(陕西医药集团生物制品有限公司,规格:1mL×6支)1mL肌注,2次/周,连用3个月。对照组患者仅予以口服泛昔洛韦,剂量及疗程同联合组。观察两组患者治疗后临床效果及药物不良反应,并随访治疗结束后半年及1年内的复发率。

1.3 观察指标

1.3.1 效果评估标准^[6] 痊愈:治疗后1周内全身和局部症状消失,治疗后皮疹全部消失;显效:治疗后1周内全身和局部症状基本消失(>90%),皮疹部分消退(>50%);好转:治疗后10d皮疹消失及症状仍未完全消失(>10%);无效:治疗后15d皮疹及症状均未完全消失(>10%)。总有效率包括痊愈率和显效率。

1.3.2 复发评估标准^[7] 治疗后患者皮疹完全消失,随访期间症状再次出现或皮疹再现者为复发。

1.4 统计学分析

使用SPSS 18.0统计软件,数据以均值±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验。计数资料采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 两组治疗后疗效比较

联合组治疗后的临床总有效率为77.14%,明显高于对照组的42.86%($\chi^2=8.57, P<0.01$)。见表2。

表2 两组患者治疗后疗效比较

组别	n	痊愈	显效	好转	无效	总有效
联合组	35	15	12	5	3	27(77.14)**
对照组	35	7	8	9	11	15(42.86)

注:与对照组比较,** $P<0.01$

2.2 两组治疗期间不良反应比较

联合组治疗期间出现药物不良反应6例,其中头晕2例,恶心2例,臀部疼痛2例;对照组出现4例,其中恶心2例,皮疹1例,上腹部不适1例,症状均较轻,未予处理症状逐渐自行消失,不影响患者继续治疗。两组药物不良反应发生率比较无统计学差异($\chi^2=0.47, P>0.05$)。

2.3 两组治疗后复发率的比较

治疗结束后对治疗有效者(联合组27例和对照组15例)均随访半年及1年内的复发率,联合组的复发率均明显低于对

照组($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。见表3。

表3 两组治疗后随访半年及1年内复发率的比较

组别	n	半年内	1年内
联合组	27	5(18.52)*	8(29.63)**
对照组	15	8(53.33)	11(73.33)
χ^2		3.96	7.43

注:与对照组比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$

3 讨论

生殖器疱疹主要由单纯疱疹病毒II(HSV-2)感染引起的一种较难治愈的复发性传播疾病,由性交或口交感染,具有反复发作、迁延难愈的临床特点,对患者生理及心理产生严重影响^[8]。近年来研究发现复发性生殖器疱疹 HSV-2 感染不仅与女性宫颈癌和男性阴茎癌的发病过程密切相关,而且 HSV-2 感染还能激活 HIV 的进一步复制,增加了患者发生 HIV 感染的几率。因此,预防与控制 HSV-2 感染显得尤为重要^[9]。复发性生殖器疱疹的发病机制十分复杂,迄今国内外对其潜伏和复发的免疫学机制尚不完全研究清楚,但研究已证实机体的免疫功能异常在其复发中起及其重要的作用,其中机体免疫功能正常是维持 HSV-2 病毒潜伏感染的关键,而免疫功能低下可使潜伏的 HSV-2 病毒发生激活引起生殖器疱疹病情复发的主要原因。显然,采用免疫调节剂增强和促进机体的细胞免疫功能是治疗复发性生殖器疱疹的关键^[10,11]。

泛昔洛韦是治疗生殖器疱疹的首选抗病毒药物之一,主要通过醛类氧化酶催化迅速转为喷昔洛韦,选择性抑制 HSV-2 病毒 DNA 的合成和复制,其作用机制与阿昔洛韦相似,但作用持续时间较阿昔洛韦更长,口服利用度较高,不良反应较轻,患者耐受性较好^[12]。卡介菌多糖核酸是从卡介菌菌体中提取出的高效双向免疫功能调节剂,能调节机体的细胞和体液免疫功能,刺激机体的网状内皮系统,激活自然杀伤细胞、单核-巨噬细胞和补体系统,增强机体的抗病毒及免疫功能^[13]。由于泛昔洛韦和卡介菌多糖核酸的作用机制不同,两者连用具有协同作用^[14]。刘杏红等^[15]研究发现,泛昔洛韦联合卡介菌多糖核酸治疗复发性生殖器疱疹具有较好的效果及安全性,可有效降低其复发率,具有治疗和预防复发的双重功效。本研究结果发现,联合组治疗后的临床总有效率为77.14%,明显高于对照组的42.86%;联合组和对照组治疗期间出现药物不良反应6例和4例,症状均较轻,两组比较无统计学差异。提示卡介菌多糖核酸联合泛昔洛韦治疗复发性生殖器疱疹取得了较好的效果,疗效优于单纯的泛昔洛韦治疗,不良反应轻。同时研究还发现治疗结束后随访半年及1年内的复发率,联合组的复发率均明显低于对照组。提示卡介菌多糖核酸联合泛昔洛韦复发性生殖器疱疹可有效地降低其复发率,具有预防复发的作用。

总之,卡介菌多糖核酸联合泛昔洛韦治疗复发性生殖器疱疹取得了较好的效果,不良反应轻,并可有效地降低其复发率,具有治疗和预防复发的双重作用。

参考文献

- [1] 赖伟红. 生殖器疱疹临床研究的某些进展. 国外医学·皮肤性病学分册, 2000, 26(3): 162-166.
- [2] 易勤, 张谊芝, 张敏. 生殖器疱疹患者氧化应激与细胞免疫状态

- 的研究. 四川大学学报(医学版), 2006, 37(1): 150-151.
- [3] 贺冬云. 泛昔洛韦联合转移因子治疗复发性生殖器疱疹疗效观察. 中国性科学, 2012, 21(10): 7.
- [4] 黄伟涛. 卡介菌多糖核酸预防生殖器疱疹复发的效果观察. 吉林医学, 2008, 29(9): 721-722.
- [5] 赵辨. 临床皮肤病学. 3版. 南京: 江苏科学技术出版社, 2001: 541-546.
- [6] 金玉顺. 生殖器疱疹 108 例诊治体会. 中国当代医药, 2010, 17(35): 99-100.
- [7] 刘量. 伐昔洛韦长期抑制治疗复发性生殖器疱疹的临床研究. 中国现代医生, 2013, 51(4): 140-141.
- [8] Parr MB, Parr EL. Immunity to vaginal herpes simplex virus - 2 infection in B - cell knockout mice. Immunology, 2000, 10(1): 126-131.
- [9] 莫翔, 韦又铭. 复发性生殖器疱疹患者免疫细胞功能研究进展. 医学综述, 2012, 18(15): 2385-2387.
- [10] 刘玉杰, 徐然, 苏丽娟, 等. 联合治疗复发性生殖器疱疹疗效观察. 中国医药导报, 2010, 7(32): 162-163.
- [11] Posavad CM, Wald A, Hosken N, et al. T cell immunity to herpes simplex viruses in seronegative subjects: silent infection or acquired immunity? J Immunol, 2003, 170(8): 4380-4388.
- [12] 陈明, 龙莉, 李炬, 等. 甘露聚糖肽联合泛昔洛韦治疗复发性生殖器疱疹 34 例. 中国医药导报, 2012, 9(20): 163-164.
- [13] 宁云山, 姜德建, 刘珊珊, 等. 卡介苗及卡介菌多糖核酸提取物的免疫调节作用及临床应用. 中国生物制品学杂志, 2008, 21(1): 47-50.
- [14] 莫家亮, 聂金汉, 马福生, 等. 卡介菌多糖核酸联合泛昔洛韦治疗复发性生殖器疱疹疗效观察. 岭南皮肤性病科杂志, 2009, 16(3): 177-178.
- [15] 刘杏红. 泛昔洛韦联合卡介菌多糖核酸治疗复发性生殖器疱疹疗效观察. 中国当代医药, 2013, 20(14): 91-92.

(收稿日期: 2013-10-16)

· 性传播疾病 ·

DOI: 10.3969/j.issn.1672-1993.2014.04.025

母婴规范诊治对先天性梅毒患儿 RPR 转变影响的临床研究

夏兴海¹ 黄慧华²

1 开化县妇幼保健院儿科, 浙江 衢州 324300

2 浙江省中医院急诊科, 杭州 310006

【摘要】目的:研究母婴规范诊治对于先天性梅毒患儿 RPR 转变的影响。**方法:**对本院收治的 72 例梅毒孕妇及所产新生儿的临床资料进行分析, 按照孕妇梅毒诊治是否规范将新生儿分为 A 组(规范诊治组)和 B 组(非规范诊治组), 比较两组孕妇的妊娠结局及新生儿快速血浆反应素环状卡片试验(RPR)阳性率, 比较两组新生儿的临床表现, 观察两组患儿的 RPR 的转变情况。**结果:**A 组孕妇的足月分娩率(92.5%)、新生儿的 RPR 阳性率(55.0%)与 B 组相比, 差异有统计学意义($P < 0.05$); B 组新生儿, 出现皮肤损伤、病理性黄疸等临床症状的比率明显高于 A 组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 经治疗后 A 组患儿的转阴时间更短, 治疗到 12 个月, 两组患儿全部转阴。**结论:**梅毒孕妇进行规范化诊治后, 所产先天性梅毒患儿几率下降, 且先天性梅毒患儿 RPR 转阴更快。

【关键词】 先天性梅毒; 规范诊治; 新生儿

Influence of standardized maternal diagnosis and treatment on the changes of RPR results of newborns with congenital syphilis XIA Xinghai¹, HUANG Huihua². 1. Department of Pediatric, Kaihua County Maternal and Child Health Hospital, Quzhou 324300, China; 2. Department of Emergency, Zhejiang Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hangzhou 310006, China

【Abstract】 Objectives: To investigate the influence of standardized maternal diagnosis and treatment on the RPR results of newborns with congenital syphilis. **Method:** We studied the clinical information of 72 gravidae with syphilis and their newborn babies, and divided them into group A (the standardized group) and group B (the unstandardized group). Then we compared the pregnancy outcomes of gravidae, the rapid plasma reagin test (RPR) positive rates and clinical presentations of newborns, and observed the changes of RPR results. **Results:** The term delivery rate (92.5%) and neonatal RPR positive rate (55.0%) in group A were significantly higher than those

【第一作者简介】 夏兴海(1976-), 男, 主治医师, 主要从事儿科临床诊治与研究工作。

in group B ($P < 0.05$), while the incidence of skin damage, pathological jaundice and other clinical symptoms of group B were significantly higher than those in group A ($P < 0.05$). As for group A, shorter time was taken for the RPR results to turn from positive to negative after the treatment, and all RPR became negative after 12-month treatment. **Conclusion:** Standardized diagnosis and treatment for gravidae with syphilis was helpful to reduce the incidence of neonatal congenital syphilis and to decrease the time taken for the RPR results to turn negative.

【Key words】 Congenital syphilis; Standardized diagnosis and treatment; Newborn

【中图分类号】 R759.1

【文献标志码】 A

先天性梅毒是新生儿在母体内时,梅毒螺旋体经胎盘侵入胎儿血液循环,造成胎儿多系统感染,又名胎传梅毒^[1]。孕妇发现不及时或诊治不规范,可造成胎儿的流产、死胎、早产及分娩出先天性梅毒患儿等^[2],对母亲、患儿及家庭都是极大的伤害。据统计^[3],我国目前梅毒发病率逐年升高,先天性梅毒发病率也是随之连年增长,年均增长率达49.2%,所以对于梅毒的早诊断、早治疗很重要。为探讨母婴的规范诊治对于先天性梅毒患儿 RPR 转变的影响,本文对我院 2009 年 8 月~2013 年 8 月收治的 72 例梅毒孕妇所产新生儿的临床资料进行分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院在 2009 年 8 月至 2013 年 8 月收治的 72 例梅毒孕妇及所产的新生儿。入选标准:所有孕妇孕检时发现梅毒螺旋体明胶凝集试验(TPPA)及快速血浆反应素环状卡片试验(RPR)均为阳性均产下新生儿;所有参与者均充分认识到参与此项研究的利弊并愿意配合研究人员相关工作。排除标准:不愿意参与此项研究者,有生殖道炎症、器质性疾病、羊水过多、患有心脏病、糖尿病等合并症、孕妇有流产史、不良生活习惯者。按照孕妇梅毒诊治是否规范将新生儿分为 A 组和 B 组, A 组为规范诊治组,孕期检测梅毒阳性后进行了规范的抗梅毒治疗共 40 例,男 23 例,女 17 例;体重 <2500g 的 6 例, ≥2500g 的 34 例;胎龄 <37 周的 6 例, ≥37 周的 34 例。B 组为非规范诊治组,孕妇在孕检时发现 TPPA 和 RPR 阳性,但未进行治疗或者治疗不彻底共 32 例,男 18 例,女 14 例;体重 <2500g 的 5 例, ≥2500g 的 27 例;胎龄 <37 周的 5 例; ≥37 周的 27 例,两组患儿在一般资料比较中差异无统计学意义($P > 0.05$),有可比性。

1.2 方法:

1.2.1 检查方法、诊断标准 对 A、B 两组孕妇在孕检时给予常规 RPR 检查,若为阳性再进行 RPR 滴度和 TPPA 试验检查,在新生儿出生后给予体格检查和 RPR 和 TPPA 检查;对患儿的临床表现进行检查,如梅毒螺旋体对于皮肤黏膜损害、梅毒性疮疱、骨损害、病理性黄疸及鼻炎等;在患儿出院后进行随访,嘱咐其 2、4、6、9、12 个月到医院进行复查 RPR 等指标。诊断标准采用卫生部 2007 年制定的梅毒诊断标准(梅毒诊断标准, WS 273-2007)。

1.2.2 治疗方法 入选的两组孕妇及新生儿均无青霉素过敏者,对于 A 组给予规范抗梅毒治疗,包括病期在 I、II 期梅毒及潜伏梅毒、梅毒瘤树胶肿、心血管梅毒患者给予苄星青霉素(240 万 U)进行肌肉注射予以治疗;对于神经梅毒患者先给予青霉素静脉滴注,再给予苄星青霉素治疗。对照组未按照上述方案进行治疗或者治疗不彻底。对所有新生儿进行 RPR 和 TP-PA 检测,给予对症治疗及支持疗法, RPR 阳性者给予苄星青霉素(5 万 U)肌肉注射。

1.2.3 记录及观察指标 记录两组孕妇的妊娠结局及新生儿 RPR 阳性率,对新生儿的临床表现进行检查,包括皮肤黏膜损害、肝脾肿大、病理性黄疸、骨损伤等,观察随访患儿的 RPR 的转阴时间。

1.3 统计学处理

采用 SPSS13.0 软件统计包对本次研究所得数据进行统计学处理,统计方法采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组孕妇的妊娠结局及新生儿 RPR 阳性率比较

A 组孕妇经过规范诊治足月分娩率达到 92.5%,与未进行规范诊治的 B 组孕妇(53.1%)相比,差异具有统计学意义($P < 0.05$),A 组孕妇所产的新生儿的 RPR 阳性率(55.0%)明显低于 B 组(93.8%),两组差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组孕妇的妊娠结局及新生儿 RPR 阳性率比较[n(%)]

组别	足月	早产	RPR(+)
A 组(n=40)	37(92.5)	3(7.5)*	22(55.0)*
B 组(n=32)	17(53.1)	15(46.9)	30(93.8)

注:*表示与 B 组相比较, $P < 0.05$

2.2 两组新生儿中先天性梅毒患儿的临床表现的比较

未进行规范化治疗的 B 组孕妇所产新生儿,出现皮肤损伤、病理性黄疸、肝脾肿大、贫血、骨损伤、神经梅毒等临床症状的比率明显高于 A 组,二者相比具有显著性差异,具有统计学意义($P < 0.05$),且 B 组有同时出现两种及以下的临床症状的患儿,见表 2。

表 2 两组新生儿中先天性梅毒患儿的临床表现[n(%)]

组别	皮肤损害	病理性黄疸	肝脾肿大	梅毒性鼻炎	贫血	骨损伤	神经梅毒
A 组(n=40)	7(17.5)	6(15.0)	4(10.0)	2(5.0)	5(15.0)	3(7.5)	0
B 组(n=32)	13(40.6)	11(34.4)	9(28.1)	8(25.0)	12(37.5)	10(31.3)	12(37.5)

2.3 两组新生儿经治疗后 RPR 转变时间比较

经治疗 2 个月、4 个月的 A 组患儿的 RPR 转阴率远高于 B 组,两组相比均有显著性差异,具有统计学意义($P < 0.05$)。经治疗后 9 个月, A 组全部转阴, B 组有 1 例未转阴。治疗到 12 个月时,两组患儿全部转阴,见表 3。

表 3 两组新生儿经治疗后 RPR 转变时间比较[n(%)]

组别	2 个月	4 个月	6 个月	9 个月	12 个月
A 组(n=40)	9(22.5)*	4(10.0)*	2(5.0)*	0	0
B 组(n=32)	23(76.7)	15(46.9)	8(25.0)	1(3.1)	0

注: * 表示与 B 组比较, $P < 0.05$ 。

3 讨论

梅毒对于胎儿的感染多发生于妊娠 16 周后, I、II 期梅毒传染性较强,若未经治疗,传染胎儿的几率可达到 100%,晚期梅毒孕妇若未经治疗,传染胎儿的可能性可达 30%^[4]。有研究报道^[5]引起不良妊娠结局的主要原因,就是梅毒可能会引起早产、流产、死产及分娩先天性梅毒患儿等不良结局^[6]。但由于其早期症状不明显,妊娠各期均有可能感染梅毒,在妊娠孕妇中多为潜伏存在^[7],若不进行常规血清筛查,极易造成漏诊、误诊等情况发生,通常是在体检、孕检进行血清学检测时才发现。梅毒对于新生儿的危害与母婴的规范治疗密切相关,若能够在孕早期给予合适的抗梅毒治疗,会显著降低先天性梅毒患儿的发病率^[8]。本课题中经过规范诊治的 A 组孕妇足月分娩率达到 92.5%,而未进行规范诊治的 B 组孕妇的足月分娩率为 53.1%,二者相比具有显著性差异($P < 0.05$),说明规范诊治可以降低早产等不良妊娠结局发生的几率。

本实验对先天性梅毒患儿的临床表现进行了研究,发现先天性梅毒可累及全身多个器官,其中以皮肤损伤、病理性黄疸、肝脾肿大、梅毒性鼻炎、贫血、神经梅毒等为主要表现, B 组孕妇所产新生儿,出现皮肤损伤、病理性黄疸、肝脾肿大、骨损伤、贫血、神经梅毒等临床症状的比率明显高于 A 组,二者相比具有显著性差异,具有统计学意义($P < 0.05$),且 B 组有患儿同时出现两种及以上临床症状。

先天性梅毒现在已成为新生儿的常见传染性疾病之一,但大多基层医疗机构尚不能通过对病损部位、分泌物中梅毒螺旋体的直接检测来确诊,多是通过患儿的临床表现来诊断,但由于新生儿患者常缺乏典型症状等原因,导致诊断不准确,所以 RPR 和 TPPA 等血清学检查成为检查的主要手段^[9]。对于大多数梅毒患者来说,无论其病情如何,只要 TPPA 呈阳性,则一生都为阳性,在临床上应用有限, RPR 常被用作临床梅毒初筛的方法,且可作为判断疗效、是否复发等的指标^[10]。本实验中,将其用于筛选新生儿的先天性梅毒发病率及治疗后疗效判断。A 组孕妇所产的新生儿的 RPR 阳性率为 55.0%,而 B 组孕妇所产新生儿的 RPR 阳性率高达 93.8%,两组差异具有统计学意义($P < 0.05$),可能是由于经规范化治疗后,孕妇体内的梅毒螺旋体被清除,母体垂直感染新生儿的几率降低,经胎盘侵入胎儿的 RPR 减少,由此我们发现,经规范化驱梅治疗可以显著减少

先天性梅毒患儿的发病率,与文献报道^[11]一致。

在患儿出院后,我们进行了随访,对经过治疗后 RPR 转变时间进行了比较,发现 A 组患儿 RPR 转阴更快,经治疗 2 个月、4 个月新生儿的 RPR 转阴率远高于与 B 组,两组相比具有统计学意义($P < 0.05$),治疗到 12 个月时,两组患儿全部转阴。A 组患儿的 RPR 转阴更快,可能还是与 A 组孕妇进行了规范的驱梅治疗有关, A 组患儿虽然经过宫内感染、出生后 RPR 呈阳性,但其在母体内已经有过驱梅治疗,所以出生后体内不再产生 RPR,仅需较短时间即可转阴,但 B 组孕妇未经过规范治疗,持续感染,患儿自身可能产生 RPR,导致病程延长。

综上所述,对孕妇的早诊断、早治疗,制定规范的诊治方法是预防先天性梅毒的有效措施,要重视孕检、产检工作,与患者及时沟通^[12],对于未进行规范诊治的孕妇所产的新生儿更要注意检查、了解母亲诊治情况、及早给予规范治疗,以防延误病情发生并发症,因先天性梅毒经规范诊治后可能复发^[13],所以对患儿出院后进行随访,并进行相关健康教育,最大限度地降低梅毒发病率^[14]。

参 考 文 献

- [1] 庞琳. 先天梅毒的诊断与治疗. 中国新生儿科杂志, 2009, 24(2): 75-77.
- [2] 许卫东. 母婴规范诊治对先天性梅毒疑似患儿 RPR 转变的影响. 中国中西医结合儿科学, 2013, 5(3): 263-265.
- [3] 尹虹, 苏卫东. 梅毒孕妇的抗梅毒治疗对先天性梅毒患儿病情及预后的影响. 浙江医学, 2010, 32(6): 856-857.
- [4] 衣蕾, 刘凯, 葛文, 等. 早发型先天性梅毒患儿的影像表现与母体治疗情况的相关性分析. 中国优生优育, 2012, 18(5): 257-259.
- [5] 颜薇, 张玉峰, 侯银纹, 等. 母亲是否治疗对新生儿先天性梅毒发病情况的影响. 白求恩医学院学报, 2009, 7(1): 12-13.
- [6] 焦婷, 徐香, 韩长元, 等. 不同阶段驱梅治疗的妊娠结局分析. 中国皮肤性病杂志, 2010, 24(10): 934-936.
- [7] 韦海鹏, 钟永军. 妊娠梅毒患者的驱梅治疗及对围产结局的影响. 海南医学院学报, 2013, 19(3): 381-383, 386.
- [8] 闫妙娥, 王瑞莲, 张华, 等. 妊娠合并梅毒患者妊娠结局及围生儿梅毒感染情况分析. 广东医学, 2013, 34(9): 1415-1416.
- [9] 庞琳, 曾慧慧, 何明, 等. 妊娠合并梅毒孕期规范治疗后新生儿梅毒血清学的变化特点及转归. 中华围产医学杂志, 2010, 13(4): 282-285.
- [10] 李海英, 蔡晋, 吴尤佳, 等. 新生儿先天性梅毒 39 例预后与孕母诊治情况的关系. 交通医学, 2011, 25(3): 310-311, 313.
- [11] 崔玲. 妊娠合并梅毒治疗的临床意义分析. 临床合理用药杂志, 2013, 6(5): 85.
- [12] 汪雪玲, 李春梅, 刘雪净, 等. 妊娠梅毒母婴阻断治疗效果及护理. 中华现代护理杂志, 2012, 18(11): 1277-1279.
- [13] 莫海英, 周丽, 钟征明, 等. 新生儿先天性梅毒 47 例临床分析. 广西医科大学学报, 2011, 28(4): 621-622.
- [14] Denise Gonçalves Moura Pinheiro, Carlos Hermano da Justa Pinheiro, Maria de Jesus Ferreira Marinho etc. Growth and height development changes in children with cyanogenic congenital heart disease. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, 2008, 21(2): 98-102.

(收稿日期: 2013-11-04)

· 性传播疾病 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.04.026

5-氨基酮戊酸光动力疗法对尖锐湿疣疗效预后的影响因素分析

谭宇飞 李胜华 殷文浩 陈怵 严凤娟
嘉兴市第一医院皮肤科,浙江 嘉兴 314000

【摘要】目的:探讨5-氨基酮戊酸(5-Aminolevulinic acid, 5-ALA)光动力(Photodynamic therapy, PDT)疗法对尖锐湿疣(Condyloma acuminatum, CA)疗效预后的影响因素,为改善患者的预后提出指导建议。**方法:**选取我院2011年3月至2013年3月收治的97例CA患者,均采用5-ALA PDT疗法治疗,按照患者预后情况分为痊愈组及未痊愈组,对比两组患者一般资料,分析其影响因素。**结果:**经4周治疗后,CA患者痊愈66例,显效17例,进步11例,无效3例,痊愈率68.0%;97例患者均获得有效随访,其中痊愈组复发3例,复发率4.5%,未痊愈组复发6例,复发率19.4%,痊愈组复发率显著低于未痊愈组;多因素回归分析发现,非生殖器部位皮损、疣体面积 $\geq 1.5\text{cm}^2$ 、疣体高度 $\geq 0.5\text{mm}$ 、性伙伴个数 ≥ 3 及存在PDT照射停顿是影响CA患者痊愈率的独立危险因素($P < 0.05$)。**结论:**存在上述因素的CA患者多具有更差的治疗效果及更高的复发率,应采取心理干预、健康宣教等护理措施,并注重治疗的连续性,以保证治疗效果,改善患者预后。

【关键词】 5-氨基酮戊酸;光动力;尖锐湿疣;预后;影响

Factors influencing the effect of 5-aminolevulinic acid photodynamic therapy on the prognosis of patients with condyloma acuminatum TAN Yufei, LI Shenghua, YIN Wenhao, CHEN Yi, YAN Fengjuan. Department of Dermatology, First Hospital of Jiaxing, Jiaxing 314000, China

【Abstract】 Objectives: To investigate factors influencing the effect of 5-aminolevulinic acid (5-ALA) photodynamic therapy (PDT) on the prognosis of patients with condyloma acuminatum (CA) and provide implications for bettering patients' prognoses. **Method:** 97 patients with CA hospitalized from March 2011 to March 2013 were treated by 5-ALA PDT therapy. According to the prognosis, patients were divided into the cured group and the uncured group. Then we compared the basic information of all patients and analyzed the factors influencing patients' prognoses. **Results:** After 4-week treatment, the number of cured, markedly effective, improved and invalid cases were respectively 66, 17, 11, 3, and the cure rate was 68.0%. All patients were followed up. 3 cases recurred in the cured group, with its recurrence rate being 4.5%, which was significantly lower than that of the uncured group (19.4%). Multivariate regression analysis showed that the area of non-genital lesions, the area of verrucous body $\geq 1.5\text{cm}^2$, the height of verrucous body $\geq 0.5\text{mm}$, the number of sexual partners ≥ 3 and the presence of PDT irradiation pause were the independent risk factors influencing the rate of cured CA patients ($P < 0.05$). **Conclusion:** CA patients with the above-mentioned risk factors are more likely to show poorer treatment effect and higher recurrence rate. Measures like psychological intervention, health education should be taken and the continuity of treatment should be ensured to better the treatment effect and later prognosis.

【Key words】 5-aminolevulinic acid; Photodynamic therapy; Condyloma acuminatum; Prognosis; Influence

【中图分类号】 R752.5+3

【文献标志码】 A

尖锐湿疣(Condyloma acuminatum, CA)是一种性传播疾病,由人类乳头瘤病毒(Human papilloma virus, HPV)感染导致,可发生于男性尿道口、女性宫颈、肛门甚至口唇部位,表现为糜烂、溃疡及分泌物,对患者的生理及心理均造成了巨大影响^[1]。5-氨基酮戊酸(5-Aminolevulinic acid, 5-ALA)光动力(Photodynamic therapy, PDT)疗法特有的疣体“面清除”效果在治疗CA

的同时亦能够预防感染,近年来在CA的治疗中得到了广泛应用。目前该疗法治愈率维持在70%左右^[2],为进一步提高临床疗效及患者的预后,笔者选取我院2011年3月至2013年3月收治的97例CA患者进行了回顾性分析,现将研究过程与结论报道如下。

1 材料与方法

1.1 临床资料

采用随机抽样方法选取我院2011年3月至2013年3月收治的97例CA患者。选取标准:(1)参照卫生部编写的防疫手

【第一作者简介】 谭宇飞(1976-),男,主治医师、硕士,主要从事皮肤性病科临床诊治与研究工作。

册确诊为CA^[3]; (2)存在明显肉眼可见CA皮损; ③醋酸白试验(+)、HPV(+). 排除: (1)合并其他性传播疾病; (2)合并心、肝、肾等重要脏器官疾病; (3)治疗前3个月内服用精神活性药物; (4)妊娠或哺乳期妇女。

97例患者中,男64例,女33例,年龄19~63岁,平均(31.7±9.2)岁;病程19d~12个月,平均(2.7±1.5)个月。皮损部位:阴唇27例,冠状沟23例,龟头22例,尿道口19例,肛周6例。文化程度:小学及以下7例,初中24例,高中、中专41例,大专及以上25例。从事职业:服务业39例,商业20例,农业18例,工人7例,其他13例。

1.2 治疗方法

所有患者均接受5-ALA PDT治疗,5-ALA试剂购自上海复旦张江生物医药股份有限公司, XD 635AB型PDT治疗仪购自广西桂林市兴达光电医疗器械有限公司。设备参数:输出波长635nm,功率0~300mW,输出功率连续、可调。按照患者皮损面积准备5-ALA试剂,每cm²皮损准备118mg5-ALA,将其混入蒸馏水中,制成20%5-ALA溶液,湿润纱布后敷于皮损处。使用塑料膜包裹该处,3h后使用PDT照射,照射能量控制在100~150J/cm²。治疗1周后复查,若仍存在皮损,则再次进行5-ALA PDT治疗,复查4周。

1.3 疗效评价

治疗4周后,参照相关文献标准,按照患者皮损改善程度进行疗效评价^[4,5],痊愈:CA疣体完全消失;显效:CA疣体面积缩小60%以上;进步:CA疣体面积缩小20%~60%;无效:CA疣体面积缩小不足20%或增大。

1.4 随访

对患者进行6个月的随访,随访中观察其复发情况。

1.5 分析方法

按照患者疗效情况,将痊愈患者纳入痊愈组,其他患者纳入未痊愈组,对比两组患者一般资料,并将存在统计学差异的资料纳入Logistic多因素回归分析,探讨影响患者预后的危险因素。

1.6 统计学分析

对本临床研究的所有数据采用SPSS13.0进行分析,对计数资料采用卡方检验,对计量资料采用t检验,对CA患者医院感染的危险因素进行Logistic多因素回归分析,检验水准设定为 $\alpha=0.05$,当 $P<0.05$ 时,认为其有统计学差异性。

2 结果

2.1 疗效评价

经4周治疗后,CA患者痊愈66例,显效17例,进步11例,无效3例,痊愈率68.0%。

2.2 随访结果

97例患者均获得有效随访,其中痊愈组复发3例,复发率4.5%;未痊愈组复发6例,复发率19.4%。痊愈组复发率显著低于未痊愈组($\chi^2=5.108, P<0.05$)。

2.3 单因素分析

单因素回归分析发现,两组患者皮损部位、疣体面积、疣体高度、性伙伴个数、不良嗜好及PDT照射停顿情况存在显著统计学差异($P<0.05$)。见表1。

表1 两组患者一般资料对比

指标	痊愈组(n=66)		未痊愈组(n=31)		χ^2	P
	例数	构成比(%)	例数	构成比(%)		
年龄(岁)						
<20	6	9.1	2	6.5	0.882	>0.05
20~40	52	78.8	24	77.4		
>40	8	12.1	5	16.1		
性别(n)						
男	46	69.7	18	58.1	0.194	>0.05
女	20	30.3	13	41.9		
皮损部位(n)						
阴唇	16	24.2	11	35.5	7.350	<0.05
冠状沟	18	27.3	5	16.1		
龟头	18	27.3	4	12.9		
尿道口	10	15.2	9	29.0		
肛周	4	6.1	2	6.5		
疣体面积(cm ²)						
<1.5	17	25.8	19	61.3	5.269	<0.05
≥1.5	49	74.2	12	38.7		
疣体高度(mm)						
<0.5	37	56.1	4	12.9	9.081	<0.05
≥0.5	29	43.9	27	87.1		
文化水平(n)						
小学及以下	4	6.1	3	9.7	0.547	>0.05
初中	15	22.7	9	29.0		
高中、中专	32	48.5	9	29.0		
大专及以上	15	22.7	10	32.3		
性伙伴个数(n)						
<3	52	78.8	19	61.3	3.908	<0.05
≥3	14	21.2	12	38.7		
不良嗜好(n)						
饮酒	19	28.8	30	96.8	10.774	<0.05
抽烟	27	40.9	25	80.6		
吸毒	0	0.0	4	12.9		
PDT照射停顿(n)						
无停顿	50	75.8	9	29.0	2.745	<0.05
有停顿	16	24.2	22	71.0		

2.4 危险因素

多因素回归分析发现,非生殖器部位皮损、疣体面积≥1.5cm²、疣体高度≥0.5mm、性伙伴个数≥3及存在PDT照射停顿是影响CA患者痊愈率的独立危险因素($P<0.05$)。见表2。

表 2 影响 CA 患者痊愈率的多因素回归分析结果

因素	β	SE(β)	Wald χ^2 值	P	RR	95% CI
非生殖器部位皮损	1.520	1.567	5.568	0.001	2.113	0.082 ~ 2.108
疣体面积 $\geq 1.5 \text{ cm}^2$	0.769	0.544	7.230	0.000	2.628	1.417 ~ 5.147
疣体高度 $\geq 0.5 \text{ mm}$	1.806	0.769	4.228	0.003	3.563	2.442 ~ 4.660
性伙伴个数 ≥ 3	1.447	2.808	3.334	0.017	1.918	0.391 ~ 9.287
存在 PDT 照射停顿	2.106	0.439	6.910	0.004	1.308	1.650 ~ 3.321

3 讨论

CA 是常见的性传播疾病,其世界范围内发病率仅次于淋病,位列第二。近年来,我国 CA 的发病率呈逐年上升趋势,而由于亚临床感染灶的存在或疣体未完全清除导致的复发是影响患者预后的重要因素^[6]。因此,选取合理、有效的治疗方式是临床讨论的重点。目前,针对 CA 的治疗方法包括传统 CO₂ 激光、微波及免疫疗法等,对复发率及患者预后的控制较为一般;PDT 疗法以其良好的清除效果及感染的预防逐渐得到广泛应用,为探讨接受 5-ALA PDT 患者预后的影响因素,笔者特做了此次研究。

研究发现,经 4 周治疗后,CA 患者痊愈 66 例,显效 17 例,进步 11 例,无效 3 例,痊愈率 68.0%。其痊愈率较高,显示出 PDT 对病变组织选择性高、可直接破坏病变,通过促进细胞坏死和凋亡以达到直接清除肿瘤、增生区域细胞的优势。同时,严文杰等^[7,8]研究发现,PDT 在治疗中独特的“面清除”作用可在治疗的同时预防亚临床感染的发生,大大降低了患者 CA 的复发风险。在随访中,可以发现,痊愈组复发 3 例,复发率 4.5%,未痊愈组复发 6 例,复发率 19.4%,痊愈组复发率显著低于未痊愈组,经过多因素回归分析,我们认为,非生殖器部位皮损、疣体面积 $\geq 1.5 \text{ cm}^2$ 、疣体高度 $\geq 0.5 \text{ mm}$ 、性伙伴个数 ≥ 3 及存在 PDT 照射停顿是影响 CA 患者痊愈率的独立危险因素。其影响机制为:(1)生殖器黏膜对 PDT 敏感性较高,而皮肤部位易暴露、搔抓及感染^[9],影响了治疗效果;(2)疣体面积、高度较大提示患者症状较为严重,且周围 HPV 感染区域增加,PDT 疗法所需光斑面积较大,造成 PDT 反应能量不足,与 Donne AJ 等^[10,11]研究结果一致;(3)性伙伴过多的 CA 患者往往具有性生活次数过多、不洁性生活等特征,易导致皮损部位黏膜 2 次损伤,继发感染导致 CA 复发,影响预后;(4)在 PDT 治疗过程中的照射停顿为皮损局部分泌物的增多提供了时间,导致疣体可出现增殖或后期发生感染,且易导致创伤、溃疡形成^[12],影响预后。因此,针对上述影响因素,首先应保证对患者的心理宣教,增加其治疗配合度,使其注意对非生殖器部位皮损治疗后的保护;其次,对于疣体面积较大或疣体高度较高的 CA 患者,应选取多个照射单位,以确保良好的治疗效果^[13,14];同时,应对患者进行积极的性行为教育,嘱其尽量避免性生活并做好保护措施;最后,在 PDT 治疗过程中应保证激光照射的连续性,避免外界因素导致的照射停顿^[15]。

综上所述,非生殖器部位皮损、疣体面积 $\geq 1.5 \text{ cm}^2$ 、疣体高度 $\geq 0.5 \text{ mm}$ 、性伙伴个数 ≥ 3 及存在 PDT 照射停顿是影响 CA 患者痊愈率的独立危险因素。存在上述因素的 CA 患者多具有更差的治疗效果及更高的复发率,应采取心理干预、健康宣教

等护理措施,并注重治疗的连续性,以保证治疗效果,改善患者预后。

参 考 文 献

- [1] 王卿,王爱学,李玉平,等. 5-氨基酮戊酸光动力疗法治疗尖锐湿疣疗效的影响因素分析. 中国皮肤性病杂志, 2013, 27(5): 490-491.
- [2] Galbraith S. 231 Imaging in early drug development - the pharmacology audit trail. European Journal of Cancer Supplements, 2009, 7(2): 58-59.
- [3] Majid Shabbir M, Watkin NA, Muneer A. Premalignant lesions of the Penis//Textbook of Penile Cancer. Springer London, 2012: 103-124.
- [4] 李晓川,朱兰,顾宁. CO₂ 激光初治外阴尖锐湿疣的评价与单次疗效预测. 中华医学杂志, 2012, 92(25): 1759-1762.
- [5] 范国雄,陈伟梅. 尖锐湿疣合并其他性病感染的临床分析. 当代医学, 2011, 17(35): 51-52.
- [6] Hara Y. Tea catechins and their applications as supplements and pharmaceuticals. Pharmacological Research, 2011, 64(2): 100-104.
- [7] 严文杰,黄熙. 尖锐湿疣亚临床感染. 山东医药, 2011, 51(12): 113-114.
- [8] Hansel DE, Fergany A. Squamous cell carcinoma//The Urinary Tract. Springer New York, 2012: 183-193.
- [9] 赵敏,张万宏,董汉生,等. 尖锐湿疣复发危险因素分析. 中国皮肤性病杂志, 2010, 24(4): 337-339.
- [10] Donne AJ, Hampson L, Homer JJ, et al. The role of HPV type in recurrent respiratory papillomatosis. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 2010, 74(1): 7-14.
- [11] 张东兴,刘诗,刘雄,等. 影响尖锐湿疣复发的危险因素分析及干预对策. 中国性科学, 2013, 22(4): 41-44.
- [12] Shabbir M, Minhas S, Muneer A. Diagnosis and management of premalignant penile lesions. Therapeutic advances in urology, 2011, 3(3): 151-158.
- [13] 龙剑. 永冲 595 染料激光治疗生殖器尖锐湿疣的临床疗效分析. 中国现代医生, 2013, 51(9): 39-40.
- [14] Batista CS, Atallah AN, Saconato H, et al. 5-FU for genital warts in non-immunocompromised individuals. Cochrane database of systematic reviews (Online), 2010(4): CD006562.
- [15] Wagner G, Sachse MM. Extramammary paget disease clinical appearance, pathogenesis, management. JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, 2011, 9(6): 448-454.

(收稿日期:2013-11-07)

· 性传播疾病 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.04.027

专职人员对性病就诊者进行健康宣教效果的分析

郭玉清

北京中医医院顺义医院疾控科,北京 101300

【摘要】目的:探讨安排专职人员对性病就诊者健康宣教效果的影响。**方法:**性病就诊者 130 例随机分为两组,观察组和对照组各 65 例。对照组未设专职健康宣教人员,由接诊医生负责问卷调查;观察组由专人负责问卷调查工作,针对患者就诊时不同心理状态实施健康宣教和心理干预,采用北京市疾控中心下发的《性病就诊者调查问卷》来比较健康宣教效果。**结果:**观察组复诊率、性病与艾滋病相关知识及格率与自身相关知识需求率、回收调查问卷的有效性均显著高于对照组,而观察组焦虑指数明显低于对照组。**结论:**采用安排专职人员进行健康教育可以提高健康宣教效果。

【关键词】 VCT;STD;健康教育;性病;性病就诊者

Effect of professional personnel on health education for STD patients GUO Yuqing. Center of Disease Control, Shunyi District Hospital of TCM, Beijing 101300, China

【Abstract】 Objectives: To study the effects of professional personnel on health education for STD patients. **Method:** 130 cases of STD patients were randomly divided into 2 groups: with 65 cases in each group. The observation group had full-time professional staff who were responsible for the health education and psychological interventions; while the control group does not receive health education from professional personnel. Instead, they had a questionnaire to complete with the help of consultants. The results were compared and analysed by the "STD questionnaire" issued by Beijing CDC. **Results:** The rate of return visits, the qualified rate of STD knowledge, the needs for the STD knowledge and the questionnaire return rates of the observation group were all significantly higher than those of the control group, while the anxiety index of the observation group was significantly lower than that of the control group. **Conclusion:** Health education provided by professional personnel can have a good effect on STD patients and could better the education results.

【Key words】 VCT; STD; Health education; STD; STD patients

【中图分类号】 G479

【文献标志码】 A

性病门诊就诊者是 HIV 感染的高风险人群,社会的不理解,甚至偏见、鄙视等直接威胁着患者的身心健康,使之产生一些负性情绪如抑郁、焦虑、悲观等,甚至造成轻生的悲剧^[1]。性病已成为严重的公共卫生问题,有些不可治愈如艾滋病等,牵涉到众多人群家庭,易成为严重的社会问题^[2]。健康教育是影响性病就诊者求医行为的重要因素之一,也是一种有效的辅助治疗手段^[1]。广泛的健康教育活动使人们认识到了 STD 的危害,自我保护意识逐渐提高^[3]。我院在性病科、妇产科、皮肤科门诊开展了艾滋病哨点监测工作,建立了由专业性较强的主管护师担任健康宣教员的专人负责制,实施了有目标、有计划的健康宣教,大大提高患者对 STD 问卷监测效果,为哨点监测提供真实、可靠、有力的依据,为性病研究工作提供可靠的临床依据,从而更好地服务于临床工作,现将经验介绍如下。

1 资料与方法

1.1 监测对象

选自顺义区中医医院 2011 年 11 月 1 日至 2012 年 10 月 31 日的哨点监测的性病就诊者,且符合我市疾控中心所规定的调

查问卷的合格病例,从初诊到第 1 次复诊,无论是否诊断为性病,无论男女均纳入监测。

1.2 随机分组

按照患者就诊顺序给所有患者按 1-130 进行编号。按照患者的编号,用系统随机化法交替随机分配到观察组和对照组中。其中对照组未设专职健康宣教人员,由接诊医生负责问卷调查及宣教工作;观察组由专职健康宣教人员负责问卷调查工作,实施性病、艾滋病等相关知识的宣教。

1.3 监测与评价

1.3.1 常规监测 包括实验室监测和建立监测档案。问卷调查、静脉采血均在无人干扰的环境下,遵循知情同意、自愿监测的原则^[2],调查表及血标本由研究者现场收回并封存入档。①实验室监测:对每位监测对象采用 1 次性注射器采集静脉血 3~5mL 放入真空管内,于 4h 内送本单位检验科,凝固后离心取血清,在 -20℃ 下冷冻存放待检。在有效期内严格按照操作规程进行检测,通过 ELISA 进行抗-HIV 初筛检测,阳性标本送往北京市 CDC 进行蛋白印迹法(W. B.)确认实验;梅毒检测通过 ELISA、TRUST 方法进行检测^[2]。②建立监测档案:监测对象在初诊后建立监测档案,内容为中国疾控中心印制的《性病门诊就诊者监测信息表》,并注明初诊、复诊时间。对问卷进行统计分析,如对不完整问卷、逻辑问题问卷进行具体归纳、分析^[4]。

【作者简介】郭玉清(1973-),女,主管护师,主要从事临床护理与疾控研究工作。

1.3.2 观察指标 ①艾滋病、性病相关知识知晓率、及格率:中国疾控中心印制的性病门诊就诊者监测信息表中,对艾滋病、性病相关知识共提出8项问题^[4],自身相关知识6项题目。根据观察组、对照组的初诊时相关问题的问答情况,分别计算观察组、对照组的初诊答对率即知晓率、及格率。②性病就诊者对自身性病相关知识的需求率:调查问卷表格后均增加患者对自身性病相关知识的6项需求内容,按照需求人数的百分比构成,针对每1项相关知识分别计算观察组、对照组的自身相关知识需求率^[4]。③焦虑指数:根据观察组、对照组在初诊及复诊时在焦虑模拟尺上选择的点,分别计算观察组、对照组初诊及复诊时不同等级的焦虑指数。

1.3.3 评价方法 ①视觉模拟尺(VAS-A):有研究指出,模拟尺用于评估情绪状态时,将评分分为四个等级:0~20分为优,病人情绪良好、安静、应答自如;21~50分为良,情绪一般,面容淡漠,指令回答;51~80分为可,情绪焦虑或抑郁,勉强应答;大于80分为差,病人极度焦虑,无法应答^[5]。嘱被监测者在焦虑模拟尺上找出符合自己目前焦虑状态的点。②对艾滋病、性病等相关知识的掌握度的计分法:相关题目8题,每题1分,答对者得1分,答错、不答或不知道为0分即不计分,最后把原始分数换成百分制,得分大于4分者为及格^[4]。

1.4 统计学方法

调查问卷的资料均采用SPSS15.0软件进行统计分析,一般资料中计数资料用百分率表示,采用卡方检验进行分析;计量资料采用t检验进行分析,结果以P<0.05为有显著性差异。

3 结果

3.1 一般资料

两组患者的一般资料见表1。

表1 两组患者的一般资料(每组n=65)

项目	对照组		观察组	
	例数(n)	构成比%	例数(n)	构成比%
性别				
男	35	53.84	35	53.84
女	30	46.16	30	46.16
年龄				
15~29	13	20.00	8	12.31
30~39	26	40.00	37	56.92
40~49	18	27.69	16	24.62
50~59	8	12.31	4	6.15
婚姻				
未婚	33	50.77	30	46.15
在婚	16	24.62	20	30.77
同居	16	24.61	14	21.54
离异或丧偶	0	0	1	1.54
归属地				
本省	37	41.54	30	53.84
外省	28	58.46	35	46.16
学历				
文盲	2	3.08	1	1.54
小学	1	1.54	2	3.08
初中	29	44.61	38	58.46
高中或中专	19	29.23	14	21.54
大专及以上学历	14	21.54	10	15.38

基线检验:对照组与观察组在患者的性别、年龄、婚姻状况、户籍归属地和学历方面均无统计学差异(P>0.05),上述各计数资料符合随机分组的要求。见图1~图5。

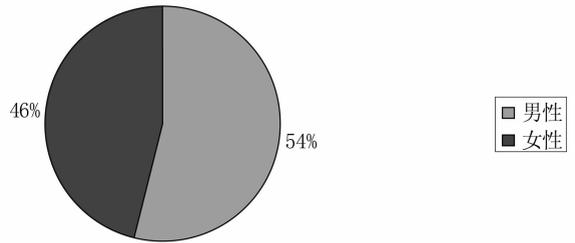


图1 患者性别分布状况

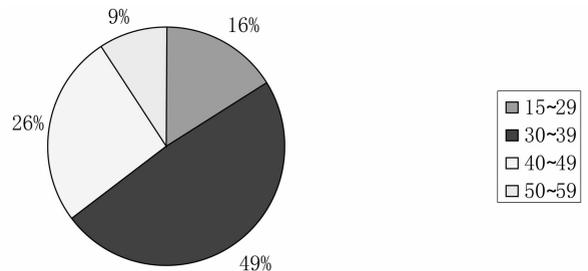


图2 患者年龄构成

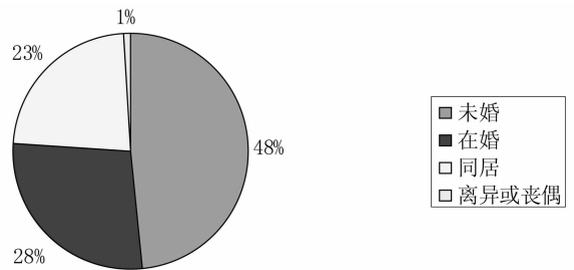


图3 患者婚姻状况

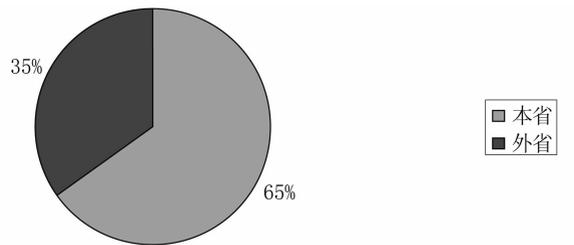


图4 患者户籍归属地

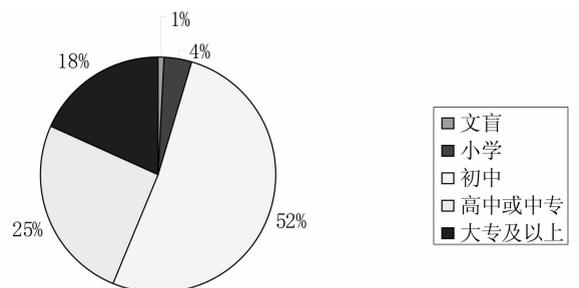


图5 患者学历构成

性病就诊者的性别比例中,男性大于女性;年龄主要集中在30~39岁的青壮年,40~49岁人群次之;婚姻状况中以未婚者居多;来院就诊者中本省患者比例明显大于外省患者;就诊患者的初中学历比例最大。

3.2 对照组与观察组初诊、复诊的艾滋病、性病相关知识知晓率

对照组和观察组的得分分值采用配对资料的 t 检验,结果:两组初诊得分 $P>0.05$,可认为两组患者初诊时知识评分不具

有统计学差异;而两组患者复诊时得分 $P<0.05$,可认为对照组和观察组患者的知识评分有显著性差异,观察组的分值明显高于对照组。见表2。

3.3 对照组和观察组的艾滋病、性病相关知识及格率

两组相关知识及格率分别为52.31%、90.77%,采用卡方检验, $P<0.05$ 。可认为对照组和观察组患者的相关知识及格率有显著性差异,观察组的及格率明显高于对照组。见表3。

3.4 性病就诊者对自身相关知识需求情况

表2 观察组与对照组患者的艾滋病与性病相关知识知晓率

知识题	对照组		观察组	
	初诊	复诊	初诊	复诊
1. 一个感染了艾滋病病毒的人,从外表能看出来吗?	32(49.23)	35(53.85)	37(56.92)	53(81.54)
2. 输入带有艾滋病病毒的血液会感染艾滋病吗?	61(93.85)	59(90.77)	59(90.77)	65(100.00)
3. 正确使用安全套可以减少艾滋病传播吗?	39(60.00)	38(58.46)	40(61.54)	65(100.00)
4. 与艾滋病感染者共用注射器有可能感染艾滋病吗?	29(44.62)	28(43.08)	28(43.08)	65(100.00)
5. 只与一个性伴发生性行为可以减少艾滋病感染机会吗?	43(66.15)	44(67.69)	39(60.00)	65(100.00)
6. 感染了艾滋病病毒的妇女生下的小孩有可能得艾滋病吗?	29(44.62)	30(46.15)	34(52.31)	64(98.46)
7. 与艾滋病病毒感染者或病人一起吃饭会得艾滋病吗?	21(32.31)	22(33.85)	24(36.92)	63(96.92)
8. 蚊虫叮咬会传播艾滋病吗?	28(43.08)	27(41.54)	31(47.69)	65(100.00)

表3 两组患者艾滋病、性病知识问卷得分情况

组别	初诊	复诊
对照组	35.25 ± 12.37	35.38 ± 12.34
观察组	36.50 ± 12.57	63.12 ± 20.94

表4 性病就诊者对自身相关知识需求率(%)

各种相关知识	对照组%		观察组%	
	初诊	复诊	初诊	复诊
病因、主要症状	100.00	100.00	98.46	5.00
传播途径、消毒隔离知识	100.00	100.00	100.00	10.00
辅助检查知识	100.00	100.00	100.00	21.67
药物治疗知识	100.00	100.00	100.00	23.33
疾病的预后知识	100.00	100.00	100.00	21.67
安全套使用知识	73.85	71.17	70.77	5.00

对照组和观察组的自身相关知识需求率采用配对资料的卡方检验,结果:两组初诊得分 $P>0.05$,可认为两组患者初诊时对自身相关知识需求不具有统计学差异;可认为对照组和观察组患者的知识需求率有显著性差异,对照组复诊时的知识需求率明显高于观察组。见表4。

3.6 焦虑指数

采用两组等级资料的秩和检验结果:两组初诊时比较结果 $P>0.05$,可认为对照组、观察组患者的焦虑指数无显著性差异;两组复诊时结果 $P<0.05$,可认为对照组和观察组患者的焦虑指数有显著性差异,对照组患者的焦虑指数明显高于观察组。见表5。

表5 焦虑指数

焦虑指数	对照组(n)		观察组(n)	
	初诊	复诊	初诊	复诊
0~20(优)	3	3	4	60
21~50(良)	8	9	8	2
51~80(可)	53	52	52	3
81~100(差)	1	1	1	0

4 讨论

随着我国经济的发展,人们对相关疾病知识及自我护理、保健知识有强烈的要求^[5]。护理健康教育是针对患者或健康人群所开展的具有护理特色的健康教育活动,是实现整体护理的重要措施,其主要实施者是护士^[5]。积极开展性病门诊患者这一特殊群体进行性病艾滋病健康教育工作,有着相当的紧迫性和必要性^[6]。

4.1 2011年至2012年性病就诊人群分布

2011年至2012年性病就诊的人群分布显示,就诊者中男性比例大于女性;年龄主要集中在30~39岁,40~49岁的次之;初中学历、未婚、本省户口患者所占比例最高。分析原因与其文化程度低^[7],婚前性行为较普遍^[8],接受性病防治知识的普及教育较少,预防保健知识缺乏,防护意识薄弱,自我约束能力差^[8]以及与该年龄段人群处于性活跃期、精力旺盛、社会活动较多有关。患者由于有症状而就诊,而在性病感染者中,特别是女性,有相当比例是隐性感染^[9],因此应加强性知识教育,抵制婚前性行为,同时不能忽视对女性的健康宣教工作。

4.2 观察组与对照组各项指标的比较

表2、表3和结果3.3可以得出,观察组患者对艾滋病、性

病相关知识知晓率、及格率明显高于对照组。与本市门头沟区2005年至2009年艾滋病监测状况原因相似^[2]。何平、张安琴、占蒙等^[10]研究基本揭示了临床科室医护人员普遍存在性健康指导知识缺乏、忽视患者性健康问题、对患者的性健康教育能力低下等性健康教育的问题。此次研究中对对照组未设专职人员,而门诊医师忙于应对疾病的检查与治疗,无暇顾及艾滋病自愿咨询工作,不能按照VCT(艾滋病自愿咨询工作)程序进行,丧失了对该人群进行艾滋病等性病宣传教育的最好时机,甚至对部分本该接受监测的人员未进行监测^[2],正如何平等有关医务人员对患者性健康指导行为的主要影响因素的研究中显示:忙于治疗性操作,没有时间的原因占14.59%,使得此项工作失去其原有价值。本研究还显示对照组复诊患者在表2中“知识题”部分的第2、3、4题的回答正确率较此组初诊时稍有降低,分析原因可能由于患者缺乏专职人员进行健康宣教,相关问题概念模糊,表现两次答题答案不同,因此出现部分问题正确率降低,表明此次研究安排专人进行健康宣教是有必要的,此次研究说明我区对性病相关知识的宣传力度不够,在性病门诊开展性病健康教育和咨询效果明显^[11]。患者对于相关健康教育内容的掌握直接影响疾病的康复和预后^[12],同时还提示艾滋病、性病的健康宣教时应以相关知识为主^[5]。

4.3 就诊者需要健康教育指导

表4调查发现,绝大多数在性病门诊就诊者需要健康教育指导,对照组患者对自身性病相关知识需求率明显高于观察组,主因其初诊时对相关了解相对贫乏,迫切寻求有关疾病的病因、症状、检查、治疗、预后等相关知识。而观察组安排了专职人员,他们定期参加艾滋病、性病的专业培训及考核,获取资格证才能上岗这些专职人员专业知识较强,对艾滋病、性病相关知识掌握牢靠,能够为患者提供大量、正确的知识信息。现代循证医学提示不但要掌握临床流行病学知识,还要有很好的与人沟通能力,耐心帮助病人做出多种选择所必须的各种知识^[14],这些专职人员也具备如上素质。两组患者对相关需求的比例可以看出,观察组对6项知识需求比例明显低于对照组。观察组患者对疾病的辅助检查、药物治疗、预后等相关知识的需求率仍高于对疾病的病因、症状、传播途径、安全套使用知识的需求率,主因性病门诊者较多,医护人员工作量较大,而患者在门诊就诊的时间相对较短,且辅助检查、治疗等相关知识专业性强,理解难度大,短时间指导难以达到患者所需的效果^[9]。因此在性病门诊改变健康教育方式,开展电话主动和被动咨询业务,可以使患者方便、快捷地接受健康宣教指导,减少患者直面性病咨询的尴尬局面,从而大大提高健康宣教的效果。

4.4 健康教育可降低患者焦虑状态

表5得出,观察组复诊患者焦虑指数明显低于对照组,与报道健康宣教可降低患者的焦虑状态相一致^[15]。有研究表明医护人员能力和患者健康促进行为存在正相关^[10]。传统的医学模式,为人类健康作出了贡献,随着社会的发展,单纯的生物医学模式也在发展,现已递进到向生物-心理-社会医学模式转变,逐步从以疾病为中心向以病人为中心转变,建立“以人为本,以健康为中心”的防治模式^[14]。主因安排专职人员的选择上,要求职称在主管护师以上;再次护理人员本身为女性,在与人交流时具有更好亲和力;护理人员具有丰富的临床护理经验,其专业特点具有丰富的心理、性病相关专业知识和护理专业赋予护士极高的专业素质,使护士在临床工作中具有更多的爱心、细心、耐心,使

专职人员健康宣教后患者的焦虑指数明显降低。与胡海霞、罗丹等^[5,12]研究结果相同。性病就诊者是HIV感染的高风险人群^[1],多数STD感染与婚外性行为或商业性行为有关,患者在担心遭受社会歧视、害怕个人隐私被发现等心理因素影响下更易造成就诊延误^[5],社会的不理解、甚至偏见、鄙视等直接威胁着患者的身心健康,易产生一些负性情绪如焦虑、悲观等,甚至轻生^[1],安排固定人员可以减少患者不良心理因素及负性情绪^[5]。社会歧视在一定程度上阻碍此类患者正确的求医行为^[7],门诊护士使性病就诊者敞开心扉,与患者建立良好的护患关系,对消除不良情绪、心理因素方面提供了有力的保障^[1]。

通过对调查问卷的统计结果分析表明,安排专人负责VCT监测工作可以提高问卷的有效性,同时可以更好地诠释监测的目的及意义,为STD患者的临床用药及医学观察提供有力的科学依据^[5],进而缩短病程、提高治疗效果及预后。

5 结论

结合本次研究结果及影响因素,提示在性病门诊安排专人(主管护师职称以上)负责STD监测工作,对性病就诊者进行适时、有效的健康宣教是非常有效、必要的,不仅可以丰富自身健康知识和技能,形成相应的健康行为,而且还可以将卫生知识带到家庭和社会,使得社会更加和谐、健康。

参 考 文 献

- [1] 王惠贤. 健康教育是建立新型护患关系的重要环节. 中国实用护理杂志, 2011, 17(3): 54-55.
- [2] 闫玉香, 张延吉. 性病门诊就诊者艾滋病监测结果分析. 首都公共卫生, 2010, 4(2): 75-76.
- [3] 王洪涛, 郑祺. 2002~2006年日照市性病门诊就诊者资料分析. 中国艾滋病性病, 2008, 14(2): 154-155.
- [4] 王萍, 郑延芳, 尹平. 中学生性病、艾滋病知识态度调查. 医学与社会杂志, 2006, 19(3): 12-15.
- [5] 罗丹, 肖水源. 门诊性病者就诊延误及影响因素. 中国现代医学杂志, 2009, 19(13): 2059-2062.
- [6] 张宏宇, 陈晓芬. 多媒体课件对性病门诊患者进行性病艾滋病健康教育的应用. 2013, 22(8): 46-48.
- [7] 徐莉立, 石锋. STD门诊536例性病病例流行病学分析. 现代预防医学, 2009, 36(5): 961.
- [8] 李慧平, 王小万. 国际医疗废物分类及特点. 中国医院管理杂志, 2004, 24(3): 18.
- [9] 周彦云. 性病门诊患者的感染源和求医行为特征分析. 中华现代护理学杂志, 2007, 4(18).
- [10] 何平, 张安琴, 张蒙, 等. 临床医护人员对患者性健康指导现状的调查. 中国性科学, 2012, 21(11): 51-52, 61.
- [11] 张莉, 李志远, 等. 在性病门诊就诊者中进行艾滋病健康教育及行为干预的效果评价. 卫生职业教育, 2006(24): 118-119.
- [12] 胡海霞, 卫平民, 陈斌. 女性性传播疾病高危人群抑郁情绪及心理干预研究. 中国现代医学杂志, 2007, 17(13): 1617-1621.
- [13] 曾雪玲. 规范化性病门诊开展健康教育的效果分析. 医院管理, 2010, 31(2): 276-277.
- [14] 薛大奇, 薛立纬, 薛少真, 等. 梅毒预防控制问题的思考. 中国性科学, 2013, 22(3): 40-45.
- [15] 邱成文, 朱慧兰, 林嵩, 等. 聚合酶链反应和培养法在女性淋病诊断及随访中的对比研究. 中国性科学, 2000, 9(4): 11-13.
- [16] 李小妹, 周凯娜, 谷利斌. 健康教育对贫困地区农村流动人口等艾滋病知识、态度及行为干预效果的研究. 护理研究, 2010, 24(9A): 2275-2280. (收稿日期: 2013-09-10)

· 中医性学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.04.028

提壶揭盖法治疗前列腺增生症的理论探讨

赵冰 李海松[△] 王彬 莫旭威 马凰富

北京中医药大学东直门医院男科,北京 100700

【摘要】 良性前列腺增生症是老年男性的常见病之一,其基本病机以年老肾虚为本,而兼见血瘀、气闭等表现。提壶揭盖法归结起来就是宣肺气的一种方法,适用于肺气郁闭导致的小便不通。肺的宣发肃降功能失去正常,则津液不能按照正常的水道运行,或发为水肿,或发为癃闭,使很多男士受到排尿困难的困扰。我们在临床中运用提壶揭盖法治疗前列腺增生症,效果颇佳,故对提壶揭盖法的治疗理论进行探讨,以期治疗前列腺增生提供理论支持。

【关键词】 提壶揭盖法;前列腺增生症;理论探讨

Lift pot of peel method in treatment of prostate hyperplasia ZHAO Bing, LI Haisong, WANG Bin, MO Xuwei, MA Huangfu. Department of Andrology, Beijing University of Chinese Medicine, DongZhiMen Hospital, Beijing, 100700 China

【Abstract】 Benign prostatic hyperplasia is one of the common diseases in older men. The basic pathogenesis is kidney deficiency, blood stasis and gas-tight sign. Lift pot of peel method is a method of releasing gas in lungs, which is suitable for urine impassability. The lung's dysfunction may cause the fluid off the normal channels, or edema, or even urine retention or dysuria. Lift pot of peel method shows great efficacy in the treatment of prostate hyperplasia. The article explores the treatment theory of lift pot of peel therapy to provide theoretical basis for the treatment of prostatic hyperplasia.

【Key words】 Lift pot of peel method; Prostate hyperplasia; Theoretical discussion

【中图分类号】 R277.33

【文献标志码】 A

前列腺增生症是老年男性常见疾病之一,是一种发生在男子的前列腺异常增生的疾病,大多数发生在50岁以上年龄,又称之为前列腺肥大,发病率随年龄增长而逐渐增加。其临床特点是以尿频、夜尿次数增多、排尿困难为主,严重者可发生尿潴留或尿失禁,甚至出现肾功能受损。本病在祖国医学中因前列腺称为精室,将其归于“精癃”的范畴,当并发急、慢性尿潴留时则表现为“癃闭”。“提壶揭盖”作为中医传统治法之一,治疗肺气郁闭型的前列腺增生症具有不可磨灭的临床意义。

1 提壶揭盖法溯源

提壶揭盖法是治疗癃闭常用的一种方法,取其欲降先升之意^[1]。在祖国医学中,针对不同疾病的发病病机有不同的治法,而其中提壶揭盖法是在治疗水液代谢疾病中极具特色的治法之一。提壶揭盖原指盛满水的茶壶要想使水顺利地倒出来,就必须在壶盖上凿个洞或把壶盖揭开,水才能顺利地流出来。中医理论认为提壶揭盖法为通过开宣肺气而通利水道的一种治疗方法。提壶揭盖法最早可追溯为金元名医朱丹溪在《九灵山房集》卷十《丹溪翁传》中的论述:“一人小便不通……此积痰在肺,肺为上焦,膀胱为下焦,上焦闭则下焦塞。如滴水之器必上窍通而后下窍之水出焉。以药大吐之,病如失。”同时也在《丹溪心法》中也具体阐述了该法:“气虚,用参、芪、升麻等,先服后吐,或参芪药中探吐之;血虚,四物汤,先服后吐,或芎归汤

中探吐亦可;痰多,二陈汤,先服后吐,以上皆用探吐。若痰气闭塞,二陈汤加木通、香附探吐之。”可见朱丹溪初意是专为探吐法而设,将之比作滴水之器,闭其上窍则下窍不通,开其上窍则下窍必利,用一种十分形象的比喻深入浅出的表达出来,方便我们后人理解提壶揭盖这一重要治法。同时历代医家很多观点也体现了提壶揭盖法,如《证治汇补·癃闭》篇中说:“癃闭有肺中伏热,不能生水……肺浊则气壅。故小便不通,由肺气不能宣布者居多,宜清金降气为主,并参他症治之”^[7]。《医述》卷九中曰:“热在上焦气分,便闭而渴,乃肺中伏热不能生水,膀胱绝其化源,宜用淡渗之药,泻火清金,滋水之化源。”《血证论》曰:“小便虽出于膀胱,而实则肺为水之上源,上源清,则下源自清。反之,若下焦气化不利,肾与膀胱气化失职,则水液停滞,发为水肿。治疗上可“开上源以利下流”^[8]。均论述了开宣肺气这一提壶揭盖法的临床意义。

2 肺气在水液代谢中的作用

肺气在水液代谢中的作用主要体现在两方面:一是气的固摄作用,二为肺气的宣发肃降作用。《素问·六节藏象论》说:“肺者,气之本。”气具有固摄作用,即对体内血、津液、精等液态物质的顾护、统摄和控制作用,进而防止这些物质无故流失,防止其过多排出。《素问·经脉别论》将水液代谢描述为:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱,水精四布,五经并行。”说明水液代谢主要受肺、脾、三焦、肾、膀胱的调节^[2]。祖国医学认为肺处高位,为“华盖”,为水之上源,主行水,具有宣发肃降、通调水道的功能。水液的升降出入,与肺的宣发肃降关系密切。上归于肺的水液,通过肺

【第一作者简介】 赵冰(1987-),男,硕士研究生在读,主要从事中医男科疾病方向的研究。

[△]**【通讯作者】** 李海松, E-mail:1028bj@sina.com

的宣发功能,将脾气转输至肺的水液和水谷精微向上、向外输布,布散全身,外达皮毛,濡养鼻窍、皮毛,并将部分浊气通过口鼻、玄府排出。肺的肃降功能表现为水液向下、向内输布,清中之清者,若雾露之溉,濡养体内脏腑;清中之浊者,通过三焦水道,源源不断地输送到膀胱。藏于膀胱的津液,在肾的气化作用下,清者复上至肺,浊者化为尿液排出体外^[3]。故《素问·灵兰秘典论》曰:“膀胱者,州都之官,津液藏焉,气化则能出矣”。同时《黄帝内经》云:肺为华盖,宗气藏于其中,主宰一身之气,通调水道,下输膀胱。可见人体水液由脾及肺,下输肾与膀胱,经三焦布散全身,蒸腾气化后下注膀胱排出体外,体现出肺对肾与膀胱水液代谢功用的调控作用。

3 肺气郁闭在水液代谢中的意义

前列腺增生属于中医“癃闭”的范畴,癃闭的发病机理早在战国时期就有比较透彻的研究。《内经》云:“膀胱不利为癃……”。同时清代医家李用粹在《证治汇补·癃闭》篇中说:“癃闭有肺中伏热,不能生水,而气化不施者……一身之气关于肺,肺清则气行,肺浊则气壅。故小便不通。”可见“癃闭”的病位在膀胱,与肺的宣发肃降功能有关。肺气郁闭型前列腺增生主要临床表现为小便不畅或点滴不通,伴有咽干口渴,烦渴引饮,胸中烦闷,或咳嗽时作。前列腺增生多因前列腺组织充血肿胀,使血液循环受阻、代偿性的增生,久而久之发生增生硬化,压迫尿道,尿流受阻,出现排尿困难。中医认为,脾肺肾虚衰是本病基本病因。肺处上焦,为水之上源;肾、膀胱处下焦,司开阖。上窍开,下窍自通,脾虚中气下陷则上窍肺不宣降,下窍开阖失职则小便不利。^[4]唐容川在《血证论》卷七中说:“肺主治节,下调水道,肺病则津液不流,气不得下而制节不达于州都,是以小便不利。”肺主气,具有宣发肃降的功能,若肺气化不利,宣降失司、浊流下注,肾与膀胱气化不利而发为淋证。肺失宣降,则膀胱开阖失度,就会引起尿液的储存和排泄出现异常,如尿少、尿频、遗尿,更甚者癃闭不通。祖国医学认为肺属金,肾属水,金能生水,肺为肾之母,金水互生,则肺肾阴阳上下通调、互为滋生。而肺主通调水道功能的正常,有赖于肾阳的蒸腾气化;肾主水功能亦有赖于肺的宣发肃降通调水道之职,两者共同治理调节人体水液代谢^[5]。肺居高位,属于上焦,汪昂在《医方集解·清暑之剂》中对清暑益气汤注文:肺为水上之源。肺气虚则无力鼓动水液,从而不能通调水道,下输膀胱,以至膀胱气化不足而发为癃闭。所以,尿液的排出与否是建立在于膀胱气化动力的强弱基础之上,从上可知膀胱的气化又和肺气的宣发密切相关^[6]。所以肺气的宣发肃降对水液代谢具有重要的意义。可见,肺气郁闭是导致“癃闭”出现排尿困难的常见病因之一。

4 提壶揭盖治癃闭

提壶揭盖法归结起来就是宣肺气的一种方法,适用于肺气郁闭导致的小便不通。小便的排泄虽然主要依靠肾阳的气化作用,但又赖肺通调水道,下输膀胱及脾气对水液的输布。如果肺的宣发肃降功能失调,宣降失司则不能通调水道,故必须从肺论治,重在开宣肺气,以恢复宣降之功。提壶揭盖法正是运用升降相因之法,通过开宣肺气,达到通调水道以利小便的目的。在临床中赵绍琴教授^[9]治疗一尿闭患者,用苏叶、杏、枇杷叶各10g水煎,服药后小便即通。王玉玲教授^[10]用此法治疗新生儿癃闭患者,病因为肺失宣肃,通调水道失职而致小便不利。临床应用以开宣肺气为主,配伍升清降浊之品,助气机之升降。在清《侣山堂类辨》也记述了名医张志聪治疗一个患水

肿伴有小便排不出的医案,该病患已尿闭数日,张志聪用防风、苏叶、杏仁各药等分为剂,水煎后温服,病人遂汗出,同时小便即通,水肿也全消。其所用方中防风、苏叶、杏仁均为宣通肺气的药,用它来治疗水肿伴小便不通的疾病,也正是运用提壶揭盖法在临床中的具体体现。李海松教授认为前列腺增生症本虚标实是其病机特点^[11],其在治疗肺气郁闭型前列腺增生症患者时运用补中益气汤加减:王某,男,63岁,初诊诉排尿困难半年,小便频数,尤其夜尿5~6次,点滴而出,胸中烦闷,咽干,眠差,舌红,苔薄黄,脉滑数。李老师以黄芪30g、党参20g、白术15g为君补益脾肺之气,使肺气得以宣降助水液运行;柴胡10g、升麻6g为臣以升阳化气,增强气的固摄作用改善尿频,佐以桂枝9g、黄芩10g温通经脉,清肺中郁火,达到提壶揭盖之用,最后以甘草3g调和诸药,以防气燥伤阴。二诊时病人诉排尿比较通畅,尿频改善,夜尿3~4次,咽干,舌淡红,苔薄白,脉滑。在前方的基础上加桑白皮15g、桔梗6g、杏仁6g、麦冬15g,增强宣肺养阴的功用,使水液能够外达四肢百骸,进而减少水从小便出,改善尿频。三诊时患者已排尿顺畅,夜尿1~2次,咽干等均已消失。可见,提壶揭盖法在治疗肺气郁闭型“癃闭”作用明显。

5 小结

总之,良性前列腺增生是常见的老年疾病,中医学在治疗良性前列腺增生症方面积累了丰富的临床经验,研究出许多行之有效的方法^[12]。提壶揭盖法是治疗前列腺增生症诸多治法中不可或缺重要治则之一。该法不仅可以治疗肺气郁闭型的前列腺增生症,而且还可以运用在以肺气宣发肃降功能失司的各类水液代谢疾病中。今以前列腺增生为例,运用此法阐述在水液代谢中的作用,以期为临床治疗相关疾病提供理论支持。

参 考 文 献

- [1] 谭宏祜,赵晓珍. 提壶揭盖法在癃闭中的具体运用. 山东中医杂志, 2001, 20(3): 131-132.
- [2] 黄衍强,王永瑞. 提壶揭盖法的临床应用. 甘肃中医, 2009, 22(3): 41-42.
- [3] 翟春涛,杨鹏斐. 提壶揭盖法理论依据与临床应用. 山西中医学院学报, 2010, 11(4): 5-7.
- [4] 郝朴. 祖国医学水液代谢的理论与临床治疗. 徐州医学院学报, 1980, 1: 36-39.
- [5] 甘海球,简卓欢. 论肺在水液代谢过程中的作用及其临床意义. 江西中医学院学报, 2005, 17(4): 15-17.
- [6] 武广法,王善. 提壶揭盖法治疗前列腺增生症82例. 实用中医药杂志, 2005, 21(8): 475.
- [7] 刘鸿雁,杨慧艳. 提壶揭盖法治疗女性泌尿系感染临床体会. 中国当代医药, 2009, 16(20): 75-76.
- [8] 郝光,王振国. 提壶揭盖治癃闭. 中兽医学杂志, 2007, 6: 37-39.
- [9] 姜润林,王玉玲. 治疗新生儿癃闭的经验. 浙江中医杂志, 1988(3): 113.
- [10] 赵绍琴. 赵绍琴临床经验辑要. 北京: 中国医药科技出版社, 2001: 126.
- [11] 李海松. 中医男科疾病研究述评. 中医杂志, 2005, 16(11): 809-811.
- [12] 张春和,李曰庆. 中医药治疗良性前列腺增生的实验研究进展. 中华男科学杂志, 2004, 10(12): 949-951.

(收稿日期: 2013-12-03)

· 中医性学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.04.029

二至茜草汤联合左氧氟沙星治疗阴虚血热型血精症患者的临床观察

王志勇¹ 韩玉芬¹ 王瑜¹ 金冠羽² 卢太坤^{2△}

1 濮阳市妇幼保健院生殖中心,河南 濮阳 457000

2 福建中医药大学附属厦门市中医院男科,福建 厦门 361009

【摘要】目的:探讨及评价二至茜草汤联合乳酸左氧氟沙星分散片治疗阴虚血热型血精症的有效性。**方法:**收集阴虚血热型血精症患者 180 例,随机分为两组,治疗组 90 例给予二至茜草汤联合乳酸左氧氟沙星分散片治疗;对照组 90 例给予乳酸左氧氟沙星分散片和肾上腺色棕片治疗,1 周为 1 个疗程,共 4 个疗程。**结果:**4 个疗程后治疗组有效率 93.33%,对照组有效率 74.44%,经统计分析,两组疗效有非常显著性差异($P < 0.01$)。**结论:**二至茜草汤联合乳酸左氧氟沙星分散片是治疗阴虚血热型血精症的有效方案,且无明显不良反应。

【关键词】 血精症;滋阴凉血法;二至茜草汤;中西医结合;临床研究

Ziyinliangxue therapy combined with levofloxacin in the treatment of yin - deficiency and blood - heat Hemospermia WANG Zhiyong¹, HAN Yufen¹, WANG Yu¹, JIN Guanyu², LU Taikun^{2△}. 1. Reproductive Medicine Center, Puyang Maternity and Child Care Centers, Puyang 457000, China; 2. Department of Andrology, Xiamen Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Xiamen 361009, China

【Abstract】 Objectives: To investigate and evaluate the effect of Erzhi Radix Rubiae decoction combined with levofloxacin tablets in the treatment of yin - deficiency and blood - heat hemospermia. **Method:** 180 patients with yin - deficiency and blood - heat hemospermia were randomly divided into 2 groups. 90 patients in the treatment group were provided with Erzhi Radix Rubiae decoction combined with levofloxacin tablets, and another 90 in the control group were treated by levofloxacin tablets and carbazochrome tablets for 4 courses, each of which lasts for 1 week. **Results:** The total effective rate of the treatment group was 93.33%, which was significantly higher than that of the control group (74.44%) ($P < 0.01$). **Conclusion:** The Erzhi Radix Rubiae decoction combined with levofloxacin tablets provided an effective therapy in the treatment of yin - deficiency and blood - heat hemospermia. In addition, the combined therapy produces no adverse effects.

【Key words】 Hemospermia; Ziyinliangxue therapy; Erzhi Radix Rubiae decoction; Integrative traditional Chinese medicine and western medicine; Clinical study

【中图分类号】 R697

【文献标志码】 A

血精症是指精液中含有血液,根据病变性质不同,含血量多少,可表现为肉眼血精或仅在显微镜下有红细胞^[1]。其病因复杂,且反复发作,给患者造成紧张、焦虑甚至恐惧的极大心理压力。由于血精症的病因病机仍不完全明确,目前尚无非常有效的治疗药物和方法。笔者采用中西医结合的治疗方法取得了良好疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

收集 2008 年 9 月至 2012 年 9 月濮阳市妇幼保健院男科和厦门市中医院男科 180 例门诊患者,采用随机数字表法将患者分为两组:治疗组 90 例,年龄 20 ~ 58 岁,平均年龄(27.50 ± 5.82)岁;病史 2 ~ 120 周,平均病史(7.97 ± 17.64)周;对照组 90 例,年龄 18 ~ 55 岁,平均年龄(28.23 ± 5.69)岁;病史 2 ~ 144 周,平均病史(7.70 ± 16.99)周。两组患者在年龄、病程经秩和

检验,无显著性差异,具有可比性($P > 0.1$)。

1.2 西医诊断标准

参照《中医病症诊断疗效标准》^[2]和《男科病特色专科使用手册》^[3]制定血精症诊断标准:(1)射精时精液带血,可伴有射精痛或尿频、尿急或血尿;(2)精液常规检查红细胞 $> 5/HP$;(3)肛门指诊前列腺有触痛,精囊肿大;(4)直肠彩超精囊肿大或囊壁毛糙,回声不均;(5)精液药敏试验病原体阳性。凡具备(1)、(2)中至少 1 项加(3)、(4)、(5)中至少 1 项及以上即可确诊。

1.3 中医证候诊断标准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]制定。

阴虚血热证(具备主症 1 项及次症 2 项及 2 项以上即辨证成立)主症:腰膝酸软,五心烦热,潮热盗汗。次症:口燥咽干,头晕耳鸣,性欲旺盛,遗精,早泄,小便短黄,大便干结,或咳血、衄血、斑疹,舌红苔黄少津,脉细数。

1.4 排除标准

(1)精囊囊肿,射精管囊肿,前列腺囊肿;(2)精囊结石,前列腺结石;(3)前列腺癌,精囊癌;(4)全身性疾病包括恶性淋巴瘤、肝硬化门脉高压、紫癜、血友病等;(5)有精神疾患、神经障碍,无法合作的患者;(6)服药依从性差的患者。

【第一作者简介】 王志勇(1978 -),男,主治医师、硕士研究生,主要从事男科临床诊治与研究工作。

△【通讯作者】 卢太坤,主任医师、教授,博士生导师。E-mail: ltk1234@163.com

2 研究方法

2.1 检查方法

(1)所有患者均行尿常规检查;(2)所有患者均行直肠指诊前列腺和精囊,并按取前列腺液;(3)所有患者均行直肠彩超检查,以测精囊的大小及精囊和前列腺内是否有囊肿和结石;(4)年龄大于40岁的患者加测血清甲胎蛋白、癌胚抗原和前列腺特异抗原以排除恶性肿瘤;(5)怀疑全身性疾病引起的患者做相应检查。

2.2 治疗方法

治疗组用二至茜草汤联合乳酸左氧氟沙星分散片治疗。二至茜草汤药物组成:早莲草 20g、女贞子 12g、茜草 15g、蒲黄炭 10g、紫珠 15g、大小蓟 15g、白茅根 20g、仙鹤草 20g、藕节 20g、蒲公英 20g、黄柏 10g、生地黄 15g,以上中药采用全自动中药煎药机水煎,袋装,每剂两袋,每袋 200mL,每次 1 袋,早晚餐后 0.5h 温服;乳酸左氧氟沙星分散片(四川升和药业股份有限公司,国药准字:H20080278):0.2g, bid, po。对照组用乳酸左氧氟沙星分散片和肾上腺色棕片治疗,肾上腺色棕片(江苏亚邦爱普森药业有限公司,国药准字:H32023285), 5mg, tid, po。治疗组和对照组均 1 周为 1 疗程,共治疗 4 个疗程。治疗期间忌饮酒,忌食辛辣刺激性食物,禁止服用其他治疗血精症的药物。向患者讲解血精发生的病因病机,减轻其心理压力。无血精者于治疗第 3 疗程和第 4 疗程结束后各同房,观察后 1 次同房时精液的颜色;镜下血精者于第 3 疗程结束同房 1 次,于第 4 疗程结束后检查精液中红细胞的数量。

2.3 疗效判定标准

参照《男科病特色专科使用手册》^[3]制定临床疗效判定标准:自觉射精带血症状消失,精液常规检查未见红细胞;有效:自觉症状减轻,精液常规检查 $1 < \text{红细胞} \leq 5/\text{HP}$;无效:治疗前后症状无明显改善,精液常规检查红细胞 $> 5/\text{HP}$ 。总有效率 = 显效率 + 有效率。

2.4 统计方法

本研究采用 SPSS12.0 统计软件对研究数据进行统计学处理。计数资料用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 认为差异有统计学意义。

3 结果

4 个疗程结束后治疗组的临床疗效明显优于对照组,疗效差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表 1。

表 1 两组疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	90	41	26	23	74.44
治疗组	90	71	13	6	93.33*

注:与对照组比较, * $P < 0.01$

4 讨论

血精症临床上分为功能性、病理性和特发性 3 类^[1]。有学者提出,以 40 岁为界分析其病因:40 岁以下依次是炎症,精囊和前列腺良性病变,尿道良性病变,肿瘤;40 岁以上依次是肿瘤,良性前列腺和精囊病变,良性尿道病变,炎症,高血压;罕见原因有尿路结石,出血素质,创伤等^[5]。血精的病因和部位仍存有不同观点,主要与精囊疾病有关^[6]。精囊与前列腺、泌尿道、直肠等器官相邻,当这些器官有炎症时,很容易波及精囊,引起精囊炎,使精囊壁层内的微小血管网层受到损害而引起出血^[7];且由于精囊是一对高度蠕曲的盲管状腺体,其管腔内黏膜皱襞的基部围成很多迂曲的憩室,当精囊出现炎症时,因其本身的结构特点而引流不畅^[8],导致精囊反复出血。左氧氟沙星为第 3 代喹诺酮类抗菌药,主要作用部位在细菌的 DNA 促旋酶,使细菌 DNA 螺旋开裂,迅速抑制细菌的生长

和繁殖,杀灭细菌,且对细胞壁有很强的渗透作用,因而其杀菌作用更强,对大肠埃希菌、克雷伯菌属、变形杆菌属、沙门菌属等革兰氏阴性菌有较强的抗菌活性,对金黄色葡萄球菌、肺炎链球菌等革兰氏阳性菌和支原体、衣原体也有良好抗菌作用,因此,治疗方案中选用乳酸左氧氟沙星分散片。

血精症最早见于隋代巢元方的《诸病源候论·虚劳精血出候》中记载“此劳伤肾气故也。肾藏精,精者血之所成也。虚劳则生七伤六极,气血俱损,肾家偏虚,不能藏精,故精血俱出也。”但古代中医对其论述较少。卢太坤教授认为,血精症病变部位在下焦精室,阴虚火旺是其本,湿热下注是其标,房劳过度是其主要病因,肾虚是其主要病机,房事不节,伤及于肾,肾阴不足,虚火内炽,房事之时,欲火更旺,扰及精室,迫血妄行,血溢脉外,乃成血精。故阴虚血热证是临床常见证型。卢教授据此自拟“二至茜草汤”以治疗阴虚血热型血精症,方中二至丸和茜草为主药,女贞子、早莲草共奏补益肝肾、滋阴止血之效,茜草化瘀止血兼以凉血;大小蓟、小蓟、白茅根均有凉血止血之功;藕节、紫珠、仙鹤草收敛止血;蒲黄炭化瘀止血,以助诸药化瘀生新;蒲公英、黄柏清热解毒以利下窍;生地黄引药入血分,兼有凉血养阴之效。诸药合用达补益肝肾以扶正、清热解毒利精室、化瘀止血不留瘀之功效。现代药理研究证实:女贞子^[9]、早莲草^[10]有提高机体免疫力、抗衰老、升高白细胞和抗炎抑菌等作用;茜草、大小蓟、白茅根、藕节、紫珠等止血药有降低血管通透性、抑制纤溶系统和升高血小板的作用,可缩短出血时间、凝血酶原时间和血浆的复钙时间;蒲公英^[11]、黄柏^[12]具有抑菌、抗炎的功效,对革兰氏阳性菌、革兰氏阴性菌、真菌等多种病原微生物均有不同程度的抑制作用;生地黄^[13]有抗炎、促进免疫、调节机体机能以及止血等作用。

综上所述,二至茜草汤联合乳酸左氧氟沙星分散片治疗可显著提高血精症的有效率,减轻患者心理压力,中西医结合,标本同治,无明显不良反应,是治疗血精症的有效方案之一。

参考文献

- [1] 张峰,李云英,韩树华,等.实用症状与体征鉴别诊断学.长春:吉林人民出版社,2009:420.
- [2] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准.南京:南京大学出版社,1994:49.
- [3] 秦国政.男科病特色专科使用手册.北京:中国中医药出版社,2007:250.
- [4] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则.北京:中国医药科技出版社,2002:388.
- [5] 邢俊平.现代精囊疾病诊断和治疗.西安:世界图书出版公司,1999:137-138.
- [6] Furuya S, Ogura H, Saitoh N, et al. Hematospermia: an investigation of the bleeding site and underlying lesions. Int J Urol, 1999, 6(11): 539-574.
- [7] 薄隽杰.血精症的病因及诊断.中国男科学杂志,1998,12(3):187.
- [8] Coppens L. Diagnosis and treatment of obstructive seminal vesicle pathology. Acta Urol Belg, 1997, 65(2): 11-19.
- [9] 黄新苹,王武朝.中药女贞子的化学成分研究进展.国际药学研究杂志,2011,38(1):47.
- [10] 李娟,王玉香.墨旱莲化学成分及药理作用研究概况.中国药师,2010,13(8):1193-1194.
- [11] 林云,江林,蒋健,等.蒲公英的药理作用研究进展.中国现代中药,2011,13(8):42-43.
- [12] 吴嘉瑞,张冰,张光敏.黄柏药理作用研究进展.亚太传统医药,2009,5(11):160-162.
- [13] 彭秀英.地黄加工、药理与临床应用.中国医学杂志,2007,5(1):62-63.

(收稿日期:2013-10-16)

· 性健康 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.04.030

自慰与性权利的关系研究

王志伟 王进鑫

成都工业学院四川性社会学与性教育研究中心, 成都 611730

【摘要】 本文论述自慰问题的起源, 并从自慰实现了性与生殖的分离、自慰体现的个体与社会的互动、自慰与和谐婚姻生活、自慰与性审美的关系等方面, 比较全面地揭示和总结了自慰与性快乐权、性自主权、性平等权、全面的性教育权、性保健权等相关的问题。

【关键词】 自慰; 性权利

Masturbation and sexual right WANG Zhiwei, WANG Jinxin. *Sichuan Sexual Sociology and Sex Education Research Center, Chengdu University of Technology, Chengdu 611730, China*

【Abstract】 This article discussed the origin of masturbation, and comprehensively summarized the issues related to masturbation, the right to sexual pleasure, sexual autonomy, sexual equity, sexual education and sexual health care. The paper also revealed the interaction between individual and society, masturbation and harmonious marriage, as well as the relationship between masturbation and sexual aesthetics.

【Key words】 Masturbation; Sexual right

【中图分类号】 G479

【文献标志码】 A

近日, 中山大学的一个视频《关于紫薇的一切》在网上火爆流传, 据他们的调查分析, 男生自慰的比例为 96%, 女生的这一比例为 70%^[1]。关于自慰, 我们应该采取一个更新的角度来审视和打量。对自慰的看法可以说是浓缩了人们对性的看法, 对自慰的认知也随着性观念的变化而不断变化。

从性开放时期到性压抑时期, 自慰不断的被污名化。如此隐私的性行为被置于社会的监督之下, 需要我们深思和理解。自慰, 贬义的说法是手淫。英语手淫一词来自拉丁文 *masturbation*, 这个词的前一半 *manus* 在拉丁文中意为“手”, 后半是拉丁语 *turbare*, 意为拨弄。最早把手淫视为罪的是基督徒, 他们把这个称为“俄南之罪”, 根据《旧约》的记载, 俄南为了不让他的寡嫂怀孕, 把精液遗在地上, “使主不悦, 主就把他杀掉”。但是在 18 世纪以前的西方没有任何医学著作曾对自慰表示担忧, 也没有迹象显示社会对此感到不安, 没有任何迹象显示自慰曾经引起恐惧^[2]。1712 年人们因为当时在西方匿名出版的一个题目冗长的小册子——我们简称为《手淫》^[3]——中的粗制滥造的关于手淫的理论的广为流传, 使得大众对手淫产生了强烈的恐惧。1860 年有个法国医生说, 在世界上, 被自慰这种恶习害死的人要多过历次战争死亡的人, 多过死于各种瘟疫的人。自慰被看作是各种急性、慢性病的根源, 必然以死亡告终。1875 年到 1881 年才有了第一批真正反对这个观点的学者^[1]。《金赛性学报告》否认了手淫是百病之源这个观点, 随后 20 世纪 60 年代的医学也摒弃了这个说法。弗洛伊德在《性三论》中证实儿童就是有手淫的。不仅人类, 许多动物也是如此。英国的性

心理学家霭理士指出: “广义的手淫是人与动物世界里散布极广的一种现象……遇到性功能受了外界的限制而不能自然行使时, 它就不免应运而生……凡属较高等的动物, 当长久的处于无异性的环境中, 都会发生各种方式的自动兴奋的性行为, 雌雄同样”^[4]。《金赛性学报告》中指出: “关于自慰最重要的一点是: 绝大多数人都有过自慰……写信到金赛研究所询问有关自慰的主要问题, 都是心理方面的”^[5]。这一爆炸性的披露使得人们因为这个行为的普遍、正常和一般, 很自然的认为自慰是正常的行为。自慰的叙述史“始于‘俄南之罪’和蒂索, 终于金赛”^[1]。

西风东渐以后, 中国人对自慰的态度越来越像性革命前的西方, 对自慰的态度也日趋严厉。当然随着改革开放人们对自慰的态度也不断在变化, 目前国内对自慰的研究尚没有站在理论的高度, 大部分做的都是现状的研究。潘绥铭先生说过: “自慰的人很多, 并不能想当然地证明它就是正常的; 反过来, 即使自慰的人很少, 也并不意味着它就一定不正常。自慰之所以是正常的, 其中的道理要比发生率的多少, 更加深刻”^[7]。我们认为这个道理就是自慰是实现性权利的第一步。

从字面意思来看, 自是自我, 是个体, 慰是缓解, 是快乐。自慰就是个体对快乐的追求和对自身权利的主张。

1 自慰实现了性与生殖的分离, 张扬了性愉悦的功能

要想实现性权利首先就要知道性权利是什么? 自慰轻而易举的就做到了这一点。从名称上来看自慰就是自我安慰, 是自我快乐的实现。性禁欲主义一直通过提倡性的生殖功能来压制人们对性的自由追求。也就是说在性的三个功能: 生殖、快乐、健康中, 后面的两个功能是不被提倡的, 是被压制和忽略的。中国古代说“为后也, 非为色也”。女子“七出”的最重要的一个原因就是“无所出”, 如果“无所出”还不主动替丈夫纳妾,

【第一作者简介】 王志伟 (1983 -), 男, 讲师、硕士, 主要从事性社会学方向的研究。

那恐怕就是对七出之条的嫉妒了。在西方基督教确立统治地位以后,认为人最好不进行性行为,为了延续后代而不得已进行性交的时候,需要采用传教士体位,并强调此时不能有快感的享受。但是自慰天然就实现了性和生殖的分离。自慰只是为了快乐,和生殖毫无关系。性的功能此时被强调为愉悦,这就实现了性快乐权和性自主权,实现了人对自己身体的控制和享受。海蒂性学报告显示大多数有性高潮的女性都有自慰行为,或者说自慰是女性获得性高潮的主要方式:“自慰,本书最重要的主题之一,因为对大多数女人来说,自慰是她们赖以达到性高潮的捷径,理应大书特书。在这份性问卷的调查中发现……82%的女人坦言她们有自慰行为,其中95%的女人说只要她们喜欢,可以随时随地达到高潮,而且经常如此。对他们来说自慰和性高潮两者几乎是同义词——只要开始自慰,性高潮随之而来”^[6]。

自慰是缓解性压抑的手段,是正确对待自身性欲望和主张自己性权利的第一步。历次性革命的第一个标志就是受访者对自慰的态度的转变,以及更多的人实施自慰行为——1937年美国82%的大一新生认为自慰有危险,而1975年84%的学生认为自慰不会引起心理或情绪上的不稳定状态。潘绥铭、黄盈盈在《21世纪以来中国人的自慰》一文中指出:“18~61岁的男性报告自己有自慰的比例,从2000年的56.8%上升到2006年的64.6%和2010年的62.7%。这说明在21世纪短短的10年之中,‘手淫有害论’的影响在迅速减少”^[7]。

2011年有报道说日本公益团体替身障碍者自慰引发争议,该公益团体秉持“身障者当然也有性需求,却常被一般护理机构忽略”的理念,为脑性麻痹、瘫痪病人提供“辅助射精”的性服务。任何人的性需要都该被满足,这是对性权利的肯定。

2 自慰是个体与社会的互动,在这种互相建构中实现对自己的准确定位

自慰虽然是个体的性行为,但是这种行为不是不受社会影响的。自慰是个体实现性权利而不与他人发生关系的最佳手段,因为不涉及第三者所以自慰本该是和社会无关的,但是社会不因为这是个人的行为而对此不加干涉,所以对自慰的看法是个体与社会的互动。这正好印证了性社会学的基本假设:再隐秘的性活动也不仅仅是单纯的生理现象,而是受社会文化现象影响的。当今信息渠道的发达、青少年青春期的提前以及结婚年龄的推后等原因都对青少年自慰比例升高有影响,而且,越后出生的人的自慰比例会越高。对自慰的观点也在一定程度上折射了社会的宽容性。在不损害他人的前提下,人应该享有最大程度的自由,这种自由包括对自己身体的使用权。只有承认和主张了自己的权力,并且把自己的感受扩大,才有可能理解女性独立、同性恋运动等等。甚至海蒂还在自己的书中记述贝蒂·唐森在《解放自慰》中的话:“自慰是人类性生活的原型,也是人类性欲的基础所在。其他非自慰的各种性行为,不过是人类为求社会关系的拓展而进行的姻亲联结罢了”^[6]。对自慰的承认和尊重是性革命的第一块多米诺骨牌,比如《金赛性学报告》对自慰的态度和随后而来的美国性革命。现在社会网络发达,特别是近几年屌丝群体的出现和走入公众视野,让

“撸”这个词日益被人接受和提及。比较著名的话有“屌丝不哭,站起来撸”、“小撸怡情、大撸伤身、强撸灰飞烟灭”。而且在形容屌丝性生活的时候“撸”这个词因为形象而再次火了起来,成了网络热词,而loser也被谐音为“撸自个”。同时又说男屌丝有三宝:“撸管、备胎、腕力好(腕力好是在自嘲经常进行自慰活动)”。这些都在另一种层次上不断的在重构社会对自慰的态度,甚至已经形成了亚文化。而对自慰的认同对于缓解性压力、重塑男女社会性别认同、消解男性中心霸权都有着积极的意义,与性交有着同等重要的地位。在这一点上,我们可以说自慰帮助人们实现了性平等权。过去对自慰往往是很局限的讲的是男性的自慰,近日还有西班牙组织称“自慰是流产的一种形式,是杀人,剥夺了精子被赋予灵魂的机会”^[8],作为对自慰最严重的指控,我们不知道该组织是怎么看待女性自慰的,因为男性自慰往往排出精子,可是女性自慰不会影响卵子的排出周期。

3 自慰实现了性知情权

自慰是对性愉悦和性快感的追求,在这种追求的鼓励下,尝试些新鲜花样会是理所当然的事情,而且自慰有助于女性了解自身敏感带的分布,所以自慰从来不与和谐的婚姻生活冲突。以下是潘绥铭在《21世纪以来中国人的自慰》^[7]一文中得到的结论:“首先,婚内自慰反而增加了夫妻性生活的频率。其次,婚内自慰也增加了夫妻性生活的丰富程度。我们一共调查了10种具体的性生活方式,那些没有自慰过的夫妻平均使用过5.8种,可是自慰过的夫妻却使用过7.2种。第三,妻子自慰促使她更爱丈夫,达到22.1%,而不自慰的妻子中却只占14.7%。第四,婚内自慰有助于双方的爱情表达。最后,总结式的情况就是:自慰提高了性生活的质量。经常很兴奋的在自慰者中是33%,在不自慰的人中只有26.7%。自慰的人有63.7%是每次都达到性高潮或者经常达到,而不自慰的却只有55.3%。”自慰是增加自身了解的重要手段。自慰就是要碰触自身的敏感地带,在对自己的触摸中,可以增加对自身的了解。尤其是女性的敏感带,有隐蔽和分散的特点。如果一个女性对自己的身体都不了解,那么她会希望自己的丈夫触碰哪里呢?重要的性知识对于性福与否有很大的影响,例如对阴蒂的了解与认知是和女性高潮息息相关的。夸张的说这是性知情权的实现,我们以往的社会文化允许我们探索宇宙,不允许我们碰触自身。但是自慰恰恰反对了这一点,形成了越是碰触自身,越了解自己;越了解自己,越会碰触自身的良性循环。

4 自慰要求全面的性教育权

我们的教育可能一直在纠结于自慰是否有害。邓明显博士指出:“对自慰活动的错误认识是性教育的主要误区之一,在一些民间传言和科普读物中,过分渲染了自慰行为的危害性,大学生接受了这种不科学的性知识,会加重其自慰活动的心理危害”^[14]。所以说现在大部分性教育还停留在“适度自慰是无害”的阶段。且不管这个说法正确与否,问题是即使是自慰无害,不恰当的自慰也会给人造成极大的伤害。比如2013年4月8日网易新闻:“网曝男子用黄鳝自慰造成肠穿孔疑模仿电影情节”^[9]。也有性自慰导致直肠异物嵌顿的案例

不时见诸文章。那么在承认自慰无害的情况下,是不是应该教会人们怎么自慰呢?虽然说自慰作为性治疗的一个手段,在女子性高潮缺乏和男性早泄的治疗中已经应用很久了,但是在国内正式的性教育中还不存在。说自慰无害只是性教育的第一步,接下来的事情才更深刻。人们应该享受贯穿一生始终的、全面的、立体的性教育,而不是简单生理知识的传授。我国目前的性教育很多时候被当做是“灭火器”,这本身就是对性教育的一个片面理解。

总之自慰作为最隐秘乃至最普遍的性行为,需要我们深入研究的还有很多,但是目前的一些研究只停留在表面层次。自慰作为一个个体的实践活动,广泛反应了社会、文化对人的影响。可以说自慰实现了对过去观念的解构;同时这种愉悦也使个体加深了对自己存在的体验和对自身权利的主张,在某种意义上实现了对人乃至社会的重构。对自慰,我们需要有更深层次的思考。

参 考 文 献

- [1] http://henan.163.com/13/0619/09/91NL64KL0227025K_2.html.
[2] 让·斯丹热. 自慰:一种巨大的历史恐惧. 湖南文艺出版社,2009.

- [3] 托马斯·拉科. 孤独的性:手淫文化史. 杨俊峰,译. 上海:上海人民出版社,2007.
[4] 霁理士. 性心理学. 北京商务印书馆,1999.
[5] 琼·瑞妮丝. 金赛性学报告. 济南:明天出版社,1993.
[6] 雪儿·海蒂. 海蒂性学报告·女人篇. 海口:海南出版社,2002.
[7] 潘绥铭. 21世纪中国人的自慰. http://blog.sina.com.cn/s/blog_4dd47e5a0100qauh.html.
[8] <http://news.163.com/13/0722/14/94D5E3FF00014JB6.html> 西班牙一组织称自慰是杀人 将推动全球禁止 网易新闻.
[9] 网易新闻 <http://news.163.com/13/0408/08/8RU4NM6300014AED.html>.
[10] 赵和俊. 性权与人权——从《性权宣言》说起. 环球法律评论, 2012(1):97-103.
[11] 弗洛伊德. 性学三论. 西安:太白文艺出版社,2004.
[12] 薛翠华,巴巴拉·戴安娜,鲍玉珩. 新性学研究:正确对待自慰. 中国性科学,2012,21(10):75-79.
[13] 易苹. 撩开“性独舞”的神秘面纱. 中国性科学,2012,21(1):61,64.
[14] 邓明显. 美国华人新移民大学生性心理和性行为的调查研究. 中国性科学,2010,19(5):3-7.

(收稿日期:2013-06-24)

· 性健康 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.04.031

康复期精神分裂症患者性生活状况及相关因素研究

叶有清¹ 钱惠忠²

1 建德市第四人民医院门诊部,杭州 311612

2 杭州市第七人民医院专家门诊,杭州 310013

【摘要】 目的:探讨康复期精神分裂症患者性生活状况及相关因素,旨在提高精神分裂症患者生活质量。方法:选择2011年1月至2013年6月来我院门诊治疗的精神分裂症患者136例作为研究对象,同时选取136例正常人作为对照组。分别调查对比两组的性生活质量,并应用多因素回归分析探讨影响性生活质量的危险因素。结果:精神分裂症患者在性满意度、性交流、性反应、性体态、性形象和总分等因子间得分均低于对照组($P < 0.05$)。多因素分析显示,婚姻满意度、子女和是否使用非典型类精神药物等3因素是影响性生活质量的危险因素,具有统计学意义($P < 0.05$)。即婚姻满意度高、具有子女和使用典型精神药物者,生活质量更高。结论:婚姻满意度、子女和是否使用非典型类精神药物等3因素是影响性生活质量的危险因素。在临床实践中应针对其危险因素进行干预,以期提高患者性生活质量。

【关键词】 精神分裂症;性生活质量;影响因素

Sexual life quality and related factors for women schizophrenia patients in rehabilitation phase YE You-qing¹, QIAN Huizhong². 1. Department of Outpatient, Fourth People's Hospital of Jiande, Hangzhou 311612, China; 2. Department of Outpatient, Seventh People's Hospital of Hangzhou, Hangzhou 310013, China

【Abstract】 Objectives: To explore the ways of improving the quality of sexual life of female schizophrenia

【第一作者简介】 叶有清(1955-),男,主治医师,主要从事精神科临床诊治与研究。

patients in rehabilitation phase by investigating their sexual quality of lives and related factors. **Method:** 136 female patients with schizophrenia treated between January 2011 and June 2013 in our hospital were enrolled as the treatment group, and 136 healthy people were selected as the control group. The quality of sexual life of two groups were investigated, and the multivariate regression analysis was used to explore the related factors. **Results:** The scores of sexual satisfaction, sexual communication, sexual response, sexual posture, body image, and total score of patients with schizophrenia were significantly lower than those of the control group ($P < 0.05$). Multivariate regression analysis showed that marital satisfaction, children, and the use of atypical psychotropic drugs were related factors with statistical significance ($P < 0.05$). The patients with higher marital satisfaction, with children and taking typical psychotropic drugs had a higher quality of life. **Conclusion:** Marital satisfaction, children, and the use of atypical psychotropic drugs were related factors of sexual quality in female rehabilitation patients with schizophrenia. In clinical practice, more measures should be taken to deal with the related factors in order to improve the quality of sexual life.

【Key words】 Schizophrenia; Quality of sexual life; Related factors

【中图分类号】 G479 **【文献标志码】** A

精神分裂症是一种病因不明的精神疾病,具有治愈率低、复发率高等特点,严重影响了患者的社会能力,甚至有些患者在精神症状的支持下发生自杀或他杀,对社会、家庭及自身存在潜在的危害^[1]。随着医疗水平的不断提高,精神分裂症的治愈率明显提高,但长期服用抗精神药物及患者心理因素的影响,易导致患者发生性功能障碍,严重降低了患者的生活质量。因此,探索康复期精神分裂症患者性生活状况及影响因素,对改善患者的生活质量和心理状况具有重要的临床意义。国内外对康复期精神分裂症患者性生活的影响因素研究较少^[2],我们采用病例-对照研究的方法探讨康复期精神分裂症患者性生活的影响因素,为提高其性生活质量提供科学依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取所有2011年1月至2013年6月来我院住院治疗的精神分裂症患者136例作为研究对象,跟踪调查结果有55例患者再次入院,非再次入院患者81例,所有患者均符合第3版《中国精神障碍分类与诊断标准》(CCMD-3)精神分裂症诊断标准^[3]。其中男96例,女40例;年龄18~60岁,平均(35.58 ±

3.62)岁。同时选取同时期内在本院体检中心进行体检的健康人136例作为对照组,其中男91例,女45例;平均年龄(36.05 ± 4.12)岁。两组在年龄、性别等因素差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 方法

根据患者住院病历的资料填写自行设计的调查表,内容包括年龄、服药情况、家庭支持、经济水平、家族史、病情分类等指标。

1.3 统计学方法

采用Excel建立数据库,为保证录入质量,本研究采取双录入的方式。所有数据的统计处理均采用SPSS 16.0统计软件,单因素分析两组间定量资料的比较采用 t 检验,定性资料的比较采用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 性生活质量现状分析

精神分裂症患者在性满意度、性交流、性反应、性体态、性体象和总分等因子间得分均低于对照组,两组间的差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。即精神分裂症患者的生活质量低于正常人群。见表1。

表1 两组性生活质量现状分析

组别	例数	性满意度	性交流	性焦虑	性反应	性态度	性体象	总分
精神分裂症	136	20.7 ± 4.6	15.9 ± 4.6	27.2 ± 4.1	14.6 ± 3.5	11.4 ± 3.1	9.6 ± 1.9	99.3 ± 12.8
正常人	136	24.9 ± 4.7	18.5 ± 4.7	27.6 ± 4.1	16.7 ± 3.6	12.7 ± 3.0	10.5 ± 2.1	112.0 ± 15.3

2.2 单因素分析

单因素分析显示,不同年龄、病程、婚姻满意度、子女状况以及是否使用非典型精神病药物等组内性生活质量差异均具

有统计学意义($P < 0.05$),是影响性生活质量的重要因素。见表2。

表2 影响性生活质量的单因素分析结果

组别	分组	性满意度	性交流	性焦虑	性反应	性态度	性体象	总分
年龄								
	<40岁(77)	22.6±4.9	16.5±4.8	27.5±4.0	15.2±3.7	12.1±3.3	10.2±2.2	107.5±13.6
	≥40岁(59)	19.2±4.3	15.3±4.5	26.9±4.3	14.0±3.3	11.0±2.9	9.0±1.7	97.2±12.4
病程								
	<3年(53)	22.4±4.8	16.7±4.7	27.4±4.2	15.3±3.8	12.2±3.2	10.4±2.1	106.9±13.4
	≥3年(83)	19.0±4.4	15.2±4.6	26.8±4.3	13.9±3.4	10.9±2.8	9.1±1.8	96.8±12.2
婚姻满意度								
	满意(62)	22.1±4.8	16.6±4.7	27.7±4.1	15.4±3.6	12.2±3.4	10.1±2.3	107.3±13.4
	不满意(74)	19.0±4.2	15.1±4.3	26.6±4.4	14.1±3.2	11.1±2.8	8.9±1.7	97.0±12.1
子女								
	有子女(99)	22.7±4.7	16.9±4.8	27.8±4.2	15.4±3.9	12.3±3.3	10.4±2.0	108.1±13.4
	无子女(37)	18.9±4.1	15.0±4.5	26.6±4.0	14.1±3.3	11.0±2.9	9.0±1.8	97.5±12.8
非典型精神病药物								
	使用(66)	23.1±4.8	16.9±4.7	27.8±4.3	15.4±3.5	12.3±3.5	10.5±2.6	108.0±13.2
	未使用(70)	19.5±4.4	15.0±4.2	26.2±4.2	14.0±3.1	11.0±3.0	9.2±1.8	97.1±12.3

2.3 多因素分析

以性生活质量总分为因变量,以单因素分析作为自变量做多元线性回归。多因素分析显示,婚姻满意度、子女和是否使用非典型类精神药物等3因素是影响性生活质量的危险因素,具有统计学意义($P < 0.05$)。即婚姻满意度高、具有子女和使用典型精神药物者,生活质量更高。见表3。

表3 影响性生活质量的多因素分析

变量	B	SD	t	P值
年龄	0.132	0.009	0.357	0.406
病程	0.318	0.114	0.813	0.203
婚姻满意度	0.95	0.472	6.863	<0.001
子女	4.904	0.362	4.023	<0.001
是否使用非典型精神病药物	6.173	0.235	3.867	<0.001

3 讨论

针对目前康复期精神分裂症患者性生活质量较差的状况,必须首先了解影响其性生活质量的因素,才能进行针对性的防范。目前,影响康复期精神分裂症患者性生活质的因素很多,包括:年龄、文化程度、心理状态、思想观念、外界舆论的压力等^[3-5]。有研究认为,精神分裂症患者性生活质量较低的原因是相关知识的欠缺,还有对疾病的恐惧、隐私问题、缺乏意识和传统观念等,对其进行宣传教育是改善患者性生活质量最值得推荐的方法^[6-8]。促进康复期精神分裂症患者的健康工作重点应放在规律服药,避免发作等相关知识,提高患者自觉参加健康筛查^[9]。精神分裂症患者在性满意度、性交流、性反应、性体象、性体象和总分等因子间得分均低于对照组,两组间的差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。由此可见,精神分裂症患者的性生活质量较差,对疾病相关知识的知晓度偏低,应加大相关知识的宣传和普及,弥补患者对疾病认识的误区,讲解疾病的注意事项,避免情绪波动。

本研究结果表明,多因素分析显示婚姻满意度、子女和是否使用非典型类精神药物等3因素是影响性生活质量的危险因素,因此在临床实践中应根据患者的实际状况进行干预。总之,婚姻满意度、子女和是否使用非典型类精神药物是精神分裂症患者性生活的危险因素,因此应针对其危险因素进行干预,提高精神分裂症患者性生活质量。

参 考 文 献

- [1] 胡蕾,胡佩诚,唐茂芹,等.女性性生活质量问卷在精神分裂症患者中的信度和效度.精神医学杂志,2010,23(4):241-243.
- [2] 胡蕾,胡佩诚,唐茂芹,等.女性精神分裂症患者的性生活质量及相关因素.临床精神病学,2010,24(6):430-434.
- [3] 詹兆能,龙复青,李萍,等.阿立哌唑治疗女性精神分裂症临床观察.江西医药,2009,16(1):557.
- [4] 张莉.康复训练对精神分裂症患者生活质量的影响.河南省精神科护理风险管理培训班及学术交流会议资料汇编,2011.
- [5] 郭俊花,蔡露,黄青,等.精神分裂症患者的认知功能及与临床特征相关性研究.中华医学会精神病学分会第九次全国学术会议论文集,2011.
- [6] 王文菊.心理干预对康复期精神分裂症患者焦虑抑郁情绪及自尊水平的影响.郑州:河南省精神科康复护理培训班及学术研讨会论文集,2009.
- [7] 方美华,王谋顺.住院精神病患者家属心理健康状况调查.杭州:全国第九届危机干预及自杀预防学术年会论文集(一),2011.
- [8] Haijiang Lin, Na He, Sujuan Zhou, et al. Behavioral and molecular tracing of risky sexual contacts in a sample of chinese HIV-infected men who have sex with men. Wong American Journal of Epidemiology, 2013, 177(4):343-350.
- [9] Wang Bin, Zhou Fang Jian, Han Hui, et al. Total cystectomy and neobladder for women patients with invasive bladder cancer: a report of eight cases. Aizheng, 2005, 44(2):229-230.

(收稿日期:2013-12-03)

· 性心理学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.04.032

摩梭初中生性别角色取向与心理素质的相关研究

何木叶 李昌庆

丽江师范高等专科学校教育科学系, 云南 丽江 674100

【摘要】目的:考察摩梭初中生性别角色和心理素质之间的关系。**方法:**采用性别角色量表和中国中学生心理素质量表对128名摩梭初中生施测,采用SPSS13.0进行信效度分析、描述统计、卡方检验和方差分析。**结果:**摩梭初中生四种性别角色差异显著,未分化比例占多数。女生女性化比例高于男生,男生男性化比例高于女生,差异显著。不同性别的心理素质差异不显著。四种性别角色类型在心理素质总分、学习能力、社会能力和个性因子、应付挫折能力、进取心、人际沟通、责任感、自信、乐观、注意力、思维要素上差异显著。在心理素质总分、学习能力因子、思维要素上,双性化>男性化>女性化>未分化;在社会能力和个性因子上,在应付挫折能力、进取心、人际沟通、责任感、乐观和注意力要素上,双性化>女性化>男性化>未分化;在自信要素上,女性化>双性化>男性化>未分化。**结论:**对于摩梭初中生而言,双性化为最优性别角色,未分化为差性别角色,在心理素质的多数因子和要素上,女性化优于男性化。

【关键词】 摩梭;初中生;性别角色;心理素质

Correlation between gender role and psychological quality of MoSuo junior middle school students HE Muye, LI Changqing. Department of Education, Lijiang Normal College, Yunnan 674100, China

【Abstract】 Objectives: To investigate the relationship between gender role and psychological quality of MoSuo junior middle school students. **Method:** 128 MoSuo junior middle school students were assessed by Sex Role Inventory (CSRI-50) and Psychological Quality Inventory of Chinese Middle School Students. All data had been analyzed for reliability, validity, chi-square test and variance analysis using SPSS 13.0. **Results:** There were significant differences between four gender roles among MoSuo junior middle school students. Un-differentiation type accounted for the majority in the surveyed subjects. The ratio of femininity of girls was significantly higher than that of boys. The ratio of masculinity of boys was significantly higher than that of girls. There was no obvious difference between boys and girls. There were significant differences in the total score of psychological quality, the factors of learning ability, social ability, personality among four gender roles. In the total score of psychological quality, learning ability and thinking capability, the sequence is androgynous > masculine > feminine > undifferentiated. In the factors of social ability, including the elements of enduring frustration, enterprise, interpersonal communication, responsibility, optimism and attention, the sequence is androgenous > feminine > masculine > undifferentiated. In the factors of confidence, the sequence is feminine > androgenous > masculine > undifferentiated. **Conclusion:** Androgenous was the best gender role, while undifferentiated type was the poorest gender role in MoSuo junior middle school students. Feminine was superior to masculine in most factors of the psychological quality.

【Key words】 Mosuo; Junior middle School students; Gender role; Psychological quality

【中图分类号】 R167

【文献标志码】 A

性别角色的获得与分化是个体社会化的重要过程。初中生的性别角色得当与否影响着他们的心理健康状况。目前,国内关于汉族大学生与心理健康关系已有大量的探讨,但对于少数民族初中生和心理素质相关调查非常有限。居住在中国川滇边境的摩梭人至今仍遗留着母系社会的形态,在新的时代背景和摩梭传统文化影响下,摩梭初中生性别角色是什么取向?摩梭初中生心理素质具有什么特点?摩梭初中生的性别角色

和心理素质是什么关系?哪种性别角色是摩梭初中生最佳的性别角色?是本研究拟探究的问题。

1 方法

1.1 研究工具

1.1.1 性别角色量表 中国大学生性别角色量表(CSRI-50)由刘电芝编制,共有50道题。该量表由三个分量表组成:男性量表(16个项目)、女性量表(16个项目)和中性量表(18个项目),中性量表不计分,起干扰作用。施测时,被试在“1完全不符合”到“7完全符合”7个等级上评定量表中形容词符合自己的程度,依次计1分至7分^[1]。在本研究中,男性正性量表与女性正性量表的同质性信度系数分别为0.782和0.807。男性正性量表和女性正性量表的相关为0.282,呈低相关。

【基金项目】 云南省十一五教育科学规划课题成果之一(GG09054)。

【第一作者简介】 何木叶(1982-),女,讲师,主要从事民族心理学、教育心理学等研究工作。

1.1.2 素质量表 中学生素质量表由郑希付编制。共有 98 道题,其中 51 道为反向题。该量表包含耐挫能力(2 个要素,14 个项目)、社会能力及其倾向(3 个要素,18 个项目)、个性(6 个要素,45 个项目)、学习能力(2 个要素,21 个项目)四个分量表。每个项目采用 4 级评分制,被试在“ A 不同意、B 较不同意、C 较同意、D 同意”上选择最适合自己的答案。在本研究中总量表的同质性信度为 0.944;分半信度为 0.897。分量表内四个量表的同质性信度在 0.710 至 0.911 之间。四个分量表的相关在 0.256 至 0.768 之间。四个分量表与总量表的相关在 0.639 至 0.882 之间。分量表与总量表的相关大于分量表之间的相关。

1.2 研究对象

在云南省摩梭人居住较多的宁蒗县的永宁乡和大兴镇两所中学采用班级整群抽样方式,向摩梭学生发放问卷 128 份,回收率 100%。有效摩梭学生问卷 112 份。其中男生 47 人,女生 65 人;初一 39 人,初二 35 人,初三 38 人;独生子女 20 人,非独生子女 79 人;缺失值 13 人;农村 102 人,城市 9 人,缺失值 1 人。

1.3 测验程序

主试由课题组成员及摩梭教师担任。施测前,主试已明确测验目的和指导语。施测时,主试发放问卷,说明指导语并回

答被试的疑问,被试完成后统一回收问卷,性别角色测验过程约 15 分钟,中学生素质量表测验过程约 30 分钟。

1.4 数据分析

使用 SPSS13.0 for windows 软件包对收集的有效数据进行 χ^2 检验、描述性统计、方差分析, $P \leq 0.05$ 表示具有统计学差异。

2 结果

2.1 摩梭初中生性别角色类型的分布

四种性别角色类型从高到低分别为未分化 46(41.1%)、男性化 25(22.3%)、双性化 22(19.6%)和女性化 19(17.0%)。四种性别角色类型之间具有非常显著的差异, $\chi^2(3, n = 112) = 16.07, P < 0.01$ 。

男性中,四种性别角色类型从高到低依次为未分化、男性化、双性化、女性化。女性中四种性别角色类型依次为未分化、女性化、双性化、男性化。女生女性化(24.6%)比例高于男生女性化(6.4%),差异显著($P < 0.05$);男生男性化(34.0%)比例高于女生女性化(13.8%),差异显著($P < 0.05$)。男女生在双性化和未分化上差异不显著。

总体而言,四种性别角色类型在不同年级上差异不显著($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 摩梭初中生性别角色类型分布 人数[χ (%)]

性别角色类型	总体	性别		χ^2	年级			χ^2
		男	女		初一	初二	初三	
男性化	25	16(34.0)	9(13.8)	4.98*	11(28.2)	9(25.7)	5(13.2)	2.22
女性化	19	3(6.4)	16(24.6)	5.35*	5(12.8)	8(22.9)	6(15.8)	1.14
双性化	22	7(14.9)	15(23.1)	0.93	7(17.9)	6(17.1)	9(23.7)	0.48
未分化	46	21(44.7)	25(38.5)	0.26	16(41.0)	12(34.3)	18(47.4)	0.76

注: * 表示 $P < 0.05$

2.2 摩梭初中生心理素质情况

摩梭初中生心理素质总分平均分在 3 分以上,各因子均分在 2.92 分以上,各要素均分在 2.86 分以上。不同性别在心理素质各因子和要素上差异不显著($P > 0.05$)。不同年级在进取

心要素上差异显著($P < 0.05$),进取心平均分初一 > 初三 > 大于初二。心理素质其它因子和要素在年级上差异不显著($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 摩梭初中生心理素质状况(M \pm SD)

心理素质	总体	性别		<i>t</i>	年级			<i>F</i>
		男	女		初一	初二	初三	
耐挫能力分量表	3.31 \pm 1.45	3.48 \pm 2.20	3.20 \pm 0.38	1.03	3.54 \pm 2.41	3.18 \pm 0.38	3.20 \pm 0.36	0.74
耐挫能力要素								
合作能力	3.13 \pm 0.45	3.12 \pm 0.49	3.13 \pm 0.43	-0.06	3.10 \pm 0.49	3.12 \pm 0.44	3.16 \pm 0.43	0.17
应付挫折能力	3.23 \pm 0.46	3.23 \pm 0.43	3.25 \pm 0.46	-0.23	3.23 \pm 0.54	3.22 \pm 0.43	3.23 \pm 0.40	0.27
社会能力与倾向分量表	3.29 \pm 0.34	3.29 \pm 0.38	3.29 \pm 0.32	0.67	3.32 \pm 0.39	3.29 \pm 0.30	3.25 \pm 0.33	0.40
社会能力与倾向要素								
人际沟通能力	3.35 \pm 0.46	3.34 \pm 0.49	3.36 \pm 0.44	-0.25	3.41 \pm 0.48	3.34 \pm 0.40	3.28 \pm 0.48	0.89
责任感	3.46 \pm 0.41	3.41 \pm 0.48	3.50 \pm 0.36	-1.11	3.51 \pm 0.44	3.39 \pm 0.39	3.46 \pm 0.41	0.87
适应能力	3.01 \pm 0.55	3.10 \pm 0.54	2.94 \pm 0.56	1.48	2.97 \pm 0.61	3.09 \pm 0.45	2.97 \pm 0.58	0.51
个性分量表	3.03 \pm 0.41	3.03 \pm 0.44	3.06 \pm 0.36	-0.40	3.09 \pm 0.48	2.95 \pm 0.35	3.05 \pm 0.38	1.10

续表

心理素质	总体	性别		<i>t</i>	年级			<i>F</i>
		男	女		初一	初二	初三	
个性要素								
自信	2.89 ± 0.41	2.93 ± 0.40	2.88 ± 0.41	0.61	2.97 ± 0.42	2.80 ± 0.35	2.90 ± 0.45	1.46
自尊	3.08 ± 0.50	3.08 ± 0.50	3.10 ± 0.44	-1.19	3.02 ± 0.57	3.08 ± 0.44	3.14 ± 0.48	0.52
意志	2.86 ± 0.58	2.87 ± 0.61	2.87 ± 0.54	0.01	3.00 ± 0.66	2.73 ± 0.53	2.82 ± 0.51	2.25
进取心	3.29 ± 0.51	3.22 ± 0.55	3.36 ± 0.46	-1.46	3.45 ± 0.47	3.14 ± 0.55	3.27 ± 0.48	3.58 *
调节情绪	3.04 ± 0.52	2.99 ± 0.60	3.99 ± 0.45	-0.10	3.04 ± 0.65	2.96 ± 0.42	3.11 ± 0.46	0.79
乐观	3.08 ± 0.48	3.10 ± 0.53	3.10 ± 0.42	0.02	3.12 ± 0.60	3.03 ± 0.38	3.10 ± 0.45	0.31
学习能力分量表	2.92 ± 0.37	2.95 ± 0.38	2.91 ± 0.36	0.53	3.02 ± 0.40	2.87 ± 0.35	2.88 ± 0.33	1.19
学习能力要素								
注意力	2.92 ± 0.48	2.93 ± 0.53	2.92 ± 0.43	0.07	2.97 ± 0.53	2.86 ± 0.46	2.62 ± 0.44	0.45
思维	2.92 ± 0.40	2.96 ± 0.36	2.91 ± 0.41	0.70	3.04 ± 0.41	2.87 ± 0.36	2.86 ± 0.38	2.75
心理素质总分	3.14 ± 0.51	3.19 ± 0.70	3.11 ± 0.30	0.77	3.24 ± 0.75	3.07 ± 0.29	3.10 ± 0.11	1.28

注: * 表示 $P < 0.05$

2.3 摩梭初中生性别角色与心理素质的相关

四种性别角色类型在心理素质总分上差异显著 ($P < 0.05$), 最优为双性化, 其次是男性化、女性化, 最差是未分化。

四种性别角色类型在学习能力因子上差异极其显著 ($P < 0.001$), 平均分高低排列为双性化 > 男性化 > 女性化 > 未分化; 在社会能力与倾向因子上差异非常显著 ($P < 0.01$), 双性化 > 女性化 > 男性化 > 未分化; 在个性因子上差异显著 ($P < 0.05$), 双性化 > 女性化 > 男性化 > 未分化; 在耐挫能力因子上差异不显著 ($P > 0.05$)。

在心理素质各要素中, 四种性别角色类型在思维要素上差异极其显著 ($P < 0.001$), 双性化 > 男性化 > 女性化 > 未分化; 在应付挫折能力、进取心要素上差异非常显著 ($P < 0.01$), 二者均分高低排列均为双性化 > 女性化 > 男性化 > 未分化; 在人际沟通、责任感、自信、乐观、注意力等要素上差异显著 ($P < 0.05$), 人际沟通、责任感、乐观和注意力等要素均分高低排列皆为双性化 > 女性化 > 男性化 > 未分化, 自信均分高低排列为女性化 > 双性化 > 男性化 > 未分化。四种性别角色类型在合作能力、适应能力、自尊、意志、调节情绪能力等要素上差异不显著 ($P > 0.05$)。见表3。

表3 不同性别角色摩梭初中生的心理素质状况 ($M \pm SD$)

心理素质	性别角色				<i>F</i>
	男性化	女性化	双性化	未分化	
耐挫能力分量表	3.78 ± 2.99	3.37 ± 0.35	3.29 ± 0.31	3.04 ± 0.37	1.46
耐挫能力要素					
合作	3.15 ± 0.55	3.32 ± 0.38	3.14 ± 0.44	3.04 ± 0.42	1.77
应付挫折	3.27 ± 0.44	3.41 ± 0.41	3.42 ± 0.36	3.04 ± 0.47	5.64 **
社会能力与倾向分量表	3.26 ± 0.38	3.39 ± 0.34	3.45 ± 0.32	3.18 ± 0.31	4.24 **
社会能力与倾向要素					
人际沟通	3.37 ± 0.44	3.49 ± 0.41	3.49 ± 0.36	3.21 ± 0.49	3.01 *
责任感	3.35 ± 0.49	3.53 ± 0.35	3.64 ± 0.26	3.39 ± 0.43	2.78 *
适应	3.00 ± 0.63	3.07 ± 0.55	3.18 ± 0.56	2.90 ± 0.49	1.47
个性分量表	3.00 ± 0.49	3.14 ± 0.33	3.22 ± 0.32	2.92 ± 0.40	3.40 *
个性要素					
自信	2.94 ± 0.39	3.02 ± 0.26	3.00 ± 0.37	2.76 ± 0.76	2.97 *
自尊	2.95 ± 0.53	3.20 ± 0.40	3.27 ± 0.36	3.00 ± 0.54	2.56
意志	2.83 ± 0.70	3.00 ± 0.53	3.02 ± 0.53	2.73 ± 0.53	1.78
进取心	3.26 ± 0.53	3.44 ± 0.39	3.53 ± 0.39	3.12 ± 0.54	4.22 **
调节情绪	3.07 ± 0.65	2.99 ± 0.41	3.21 ± 0.43	2.96 ± 0.51	1.31
乐观	3.01 ± 0.60	3.23 ± 0.46	3.31 ± 0.40	2.96 ± 0.43	3.39 *
学习能力分量表	3.01 ± 0.37	2.94 ± 0.35	3.14 ± 0.29	2.75 ± 0.34	7.36 ***
学习能力要素					
注意力	2.88 ± 0.51	2.99 ± 0.46	3.16 ± 0.28	2.79 ± 0.50	3.28 *
思维	3.07 ± 0.37	2.92 ± 0.36	3.14 ± 0.34	2.74 ± 0.36	8.13 ***
心理素质总分	3.27 ± 0.90	3.21 ± 0.29	3.28 ± 0.25	2.97 ± 0.31	2.98 *

注: * 表示 $P < 0.05$, ** 表示 $P < 0.01$, *** 表示 $P < 0.001$

3 讨论

3.1 摩梭初中生未分化性别角色占较高比例

摩梭初中生性别角色中未分化占有较大的比例。原因主要有二:其一,初中生处于生理和心理急剧发展阶段,其求新、求异、求变的需要特别强烈,追求、崇尚新的性别角色致使改变性别角色成为青少年的普遍心理需求。在个体面对矛盾冲突最多时期,容易发生性别角色的偏移。其二,伴随着旅游业的发展和媒体的推波助澜,摩梭初中生受到传统摩梭性别角色与现代多元文化的强烈冲击,摩梭初中生面临性别角色选择的不确定性、动荡性更强,困惑、迷茫更多,这在一定程度上可能加大了摩梭初中生未分化比例。摩梭初中生性别角色未分化占较高比例的现状应引起人们的重视。

3.2 摩梭初中生男女性别角色仍带有摩梭传统性别角色特点

摩梭初中生男性化男性占多数,女性化女性占多数,表明摩梭传统性别角色的影响仍然存在。《云南图经》中描述“麽些蛮,境内居民惟麽些盛,蓬头批毡,男子性强悍,善战喜猎,……稍不如意,辄相攻杀,两家妇人和解乃罢。”拉木·嘎土萨指出摩梭女人温柔善良、含蓄内秀、彬彬有礼、勤劳能干^[2]。传统摩梭男女性具有不同性别角色特点。摩梭人的母系社会形态决定了女性为家庭的根,女性是母系文化的本源。但摩梭传统性别角色观念并非倡导女上男下,而是依从女性为中心兼男女互补互助,各施其长的模式。“女性是家屋的中心,男人离家出门是常事。”,遵从“女主内,男主外”的性别角色分工^[3]。舅舅带领侄儿劳作,阿咪(成年女性)带领女孩劳作。初中阶段的成人礼对男女两性也有着不同的要求。在传统摩梭文化影响下,摩梭初中生男性化男性占多数,女性化女性占多数不足为奇。

3.3 摩梭初中生心理素质状况较为理想

摩梭初中生总体心理素质均值在3分以上,心理素质各因子均值在2.9以上,大于中位数2.5,说明摩梭初中生心理素质较为理想。本研究发现,除进取心要素外,心理素质总体及各因子上不存在性别和年级差异,这与王极盛等^[4]、冯正直等^[5]、郑琰^[6]、杨海珍^[7]等对汉族学生的调查结果不一致,这有可能是由于量表差异或被试差异所导致的。在进取心要素上,初一>初三>初二,主要原因可能在于初一学生刚由小学升到初中,对未来充满憧憬和期盼,进取心较强。初三面临升学的压力也表现出较强的进取心。初一升入初二之后,学生的学习成绩等出现了两级分化现象,学生在初二容易表现出迷茫、徘徊的状态,进取心低于初一和初三年级。

3.4 摩梭初中生性别角色比性别对心理素质影响更为深刻

人生来不仅有生理上的男女性别(sex)不同,更有后天形成的社会性别——性别角色(gender role)之差异。本研究发现,男女生在心理素质上无显著差异,但不同性别角色类型在心理素质总体、多数因子、要素上有显著的差异。这一现象印证了李静^[8]指出的性别角色是在生理性别特征基础上形成的一种社会变量,它与生理意义上的性别差异所不同的是,它是社会文化所造成或赋予个体的一套行为规范和性别认同,是社会文化、社会环境对个体意识、个体行为的要求。因而性别角色对人类心理活动的影响更为深刻、更为深远。

3.5 双性化是摩梭初中生的理想性别角色、未分化是摩梭初中生最差的性别角色

从摩梭初中生性别角色和心理素质描述统计和F检验可

知,双性化者心理素质总体和绝大多数因子均分皆高于其它三种性别角色类型,而未分化者在心理素质总体、各因子和要素上得分均较低。本研究支持了双性化为理想的性别角色,未分化为最差的性别角色这一观点。双性化对于摩梭初中生来说是理想的性别角色,但其未分化比例较高,需要对摩梭初中生的性别角色加以引导。

3.6 摩梭初中生性别角色与心理素质关系体现出传统母系家庭的痕迹

本研究发现,男性化的心理素质总体和学习能力因子、思维要素高于女性化。这与袁立新等^[9]、余小芳^[10]等关于性别角色与心理健康的研究结果近似。即从不同性别角色类型看,男性化者心理健康状态要优于未分化和女性化者。但在本研究中摩梭人在社会能力与倾向因子、个性因子、应付挫折能力、进取心、人际沟通、责任感、乐观、注意力和自信等要素上女性化要优于男性化。这与摩梭人的母系社会形态有重要的关系。摩梭女性创造了自己深厚的文化传统。为了建构自己一片天地,她们在长期的实践中,不仅创造了物质财富,也创造了自己的女性文化意识。从创世的始祖开始,一系列女性成为有口皆碑的英雄^[2]。在母系家庭中,家庭成员都是一个外祖母和母亲的后代,财产按母系继承、血缘按母系计算,整个家庭中,母亲处于支配的地位,享有崇高的威望。男子们佩服地赞叹女子“劳动干得起,生意做得开,人前敢说话,屋里能当家。”在“女性王国”中,拥有女性化个体往往具有更乐观、自信等心理素质。摩梭人重视家屋和谐而非公众成就,重视家庭和睦、尊老爱幼、文明礼貌。和平、融洽、亲切是家屋的主旋律。这很大程度上取决于表达性特质的女性特征。摩梭母系社会形态中在一定程度上导致女性化的特质的个体在心理素质的多数因子和要素上要高于男性化的现象。

(致谢:感谢丽江师范高等专科学校科技处的资助!)

参 考 文 献

- [1] 刘电芝,徐振华,刘金光,等.当代大学生性别角色发展现状调查分析.教育研究,2009(12):41-46.
- [2] 拉木·嘎土萨.走进女儿国——摩梭母系文化实录.昆明:云南美术出版社,1998:18-34.
- [3] 周华山.无父无夫的国度?.北京:光明日报出版社,2001:25-46.
- [4] 王极盛,赫尔实,李焰.9970名中学生心理素质的研究.心理科学,1998(5):404-406,479.
- [5] 冯正直,张大均,范华泉.中学生心理素质特点的初步研究.心理科学,2004(4):890-895.
- [6] 郑琰.广东省中学生心理素质状况调查报告.中小学心理健康教育,2007(3):18-19.
- [7] 杨海珍,江文,李先锋,等.东莞市初中生心理素质调查研究.东莞理工学院学报,2010(2):115-118.
- [8] 李静.民族心理研究.北京:民族出版社,2005:210.
- [9] 袁立新,卢声达.性别角色与心理健康的相关研究.中国健康心理学杂志,2002(6):470-471.
- [10] 余小芳,邓小农,王立皓.性别角色与焦虑及抑郁的相关研究.中国学校心理卫生,2004(1):39-40.

(收稿日期:2013-09-16)

· 性心理学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.04.033

心理干预对阴道成形术患者性功能影响的临床研究

郦益华 徐花女 张蓉梅

长兴县妇幼保健院妇科门诊,浙江 湖州 313100

【摘要】目的:探讨阴道成形术患者接受心理干预后对其性功能的影响。**方法:**选取先天性无阴道患者30例,随机分为两组,使其有可比性。对照组患者实施常规治疗;观察组患者在对照组基础上实施心理干预。对两组患者不同时间的性生活质量进行评价;对患者术后6个月性生活不同方面的质量进行评价;并对术后6个月两组患者生活质量进行评价。**结果:**经过治疗和干预,两组患者术后6个月、12个月性生活质量均在不断提高,且在术后12个月时,观察组患者性生活质量明显优于对照组;术后6个月观察组患者性生活各方面均明显优于对照组,生活质量明显优于对照组,上述比较差异明显,具有可比性($P < 0.05$)。**结论:**对阴道成形术患者实施心理干预,有利于提高患者的性功能,改善患者的生活质量,是对先天性无阴道患者进行治疗的重要的环节和内容。

【关键词】 心理干预;阴道成形;性功能;生活质量

Effect of psychological intervention on the sexual function of patients after vaginoplasty LI Yihua, XU Huannv, ZHANG Rongmei. Gynecology clinic, Changxing County Maternal and Child Health Hospital, Huzhou 313100, China

【Abstract】 Objectives: To investigate the effect of psychological intervention on the sexual function of patients after vaginoplasty. **Method:** 30 patients with congenital vaginal agenesis were randomly divided into 2 groups. The control group were provided conventional therapy, while the observation group were given conventional therapy combined with psychological intervention. Then we evaluated the sexual life quality from different aspects and their quality of life 6 months after the operation. **Results:** The sexual life quality of all patients was improved 6 months and 12 months after the treatment and intervention, and the sexual life quality in the observation group was obviously better than that in the control group 12 months after the operation. All aspects of the sexual life and life quality in the observation group were better than those in the control group. The differences were statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion:** Psychological intervention for patients after vaginoplasty was conducive to improve their sexual function, quality of life. Therefore, it contributes an important part to the treatment of patients with congenital vaginal agenesis.

【Key words】 Psychological intervention; Vaginoplasty; Sexual function; Quality of life

【中图分类号】 R167

【文献标志码】 A

女性先天性生殖道畸形会给患者带来极大的心理困扰和生活困扰,严重影响患者的生活质量^[1]。患者就诊原因多为进入青春期后一直无月经来潮,或者是婚后性交困难,行妇科检查外阴和第二性征均有正常发育,但是没有阴道口,或者是在阴道口的位置仅可见到一条浅凹陷,也有部分患者可以看到由尿生殖窦内陷而形成一条短且浅的阴道盲端^[2]。手术是其唯一有效的治疗方法,可以在生理和外观上基本恢复女性特征,但是大多患者在心理上仍然无法摆脱手术的阴影。本研究通过对30例阴道成形术患者进行心理干预取得不错效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取2010年1月至2012年7月期间我院收治的先天性无阴

道手术后女性患者30例,所有患者均于我院手术。所有患者均行染色体检查,核型均为46XX;均经B超检查确定卵巢正常,且排除其他有可能影响性生活质量的疾病以及并发症。根据患者入院顺序随机分为两组,其中对照组14例,年龄22~31岁,平均(24.20 ± 1.55)岁;文化程度初中及以下3例,高中及中专9例,大专及以上2例;职业农民6例,企业职工4例,其他4例;手术方式乙状结肠代阴道5例,腹膜代阴道7例,生物补片代阴道2例;家庭年收入 < 5万3例,5万~10万8例, > 10万3例;采用《女性性生活质量问卷》评价对患者术前性生活质量进行评价,得分为(58.48 ± 11.22)分。观察组16例,年龄22~32岁,平均(24.31 ± 1.49)岁;文化程度初中及以下4例,高中及中专10例,大专及以上2例;职业农民7例,企业职工4例,其他5例;手术方式乙状结肠代阴道6例,腹膜代阴道8例,生物补片代阴道2例;家庭年收入 < 5万4例,5万~10万9例, > 10万3例;术前性生活质量评分为(57.93 ± 11.38)分。两组患者在年龄、文化程度、职业、手术方式、经济条件、术前性生活质量等方面无明显差异,具有可比性($P > 0.05$)。

【第一作者简介】 郦益华(1972-),女,主治医师,主要从事妇产科临床诊治与研究。

1.2 方法

对照组患者实施常规治疗,指导患者如何进行自我护理,保持外阴清洁,正确使用阴道模具,规律性生活。观察组患者在对照组基础上给予一对一心理干预。内容包括为患者安排独立病房,保证治疗的隐秘性^[3]。向患者及家属讲解该病的发病原因,鼓励患者以积极的心态面对疾病,以乐观的心态面对生活和现实,给予自己正确的评价,首先要接纳自我,然后才能得到别人的接纳,消除患者的悲观情绪;告诉患者该病的治疗方法,着重讲解治疗的配合要点,增强患者的治疗信心^[4]。教给患者正确的外阴清洁、性生活方法,要求患者按时复查。

1.3 观察指标

术后3个月开始有性生活,并采用《女性性生活质量问卷》于术后3个月、6个月和12个月对两组患者性生活质量进行评价,包括32个条目,每个条目分为5级,分别记为1~5分,分数越高,说明性生活质量越高。此外我们参考BISF-W量表(国际女性性功能评估量表)和马晓年教授所设计制定的女性性功

能障碍问卷,于术后半年从性欲、性唤起、性高潮、性心理以及性行为中异常症状5个方面对女性性功能进行评价,每一方面包括10个问题,采取5级评分法,得分越高,性生活质量越高。采用总体生活质量量表^[5]于术后半年对两组患者生活质量进行评价,该量表包括4个维度,26个条目,涉及生理、心理、社会关系以及环境领域。此外还包括总生活质量及总健康状况两个独立问题条目,同样采用5级评分的方法,得分越高,说明生活质量越高。

1.4 统计学处理

采用SPSS13.0软件进行分析,计量资料采用 t 检验,且以 $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 不同时间性生活质量

经过治疗和干预,两组患者术后6个月、12个月性生活质量均在不断提高,且在术后3、6、12个月时,观察组患者性生活质量明显优于对照组,差异具有统计学意义。见表1。

表1 两组患者不同时间性生活质量比较(分)

组别	n	治疗前	3个月	6个月	12个月
对照组	14	58.48 ± 11.22	65.93 ± 4.82 ^a	71.54 ± 5.33 ^{bc}	92.51 ± 8.26 ^{bed}
观察组	16	57.93 ± 11.38	70.02 ± 4.55 ^{bc}	76.83 ± 5.18 ^{bce}	122.64 ± 12.57 ^{bedf}

注:与同组治疗前比较^a $P < 0.05$,^b $P < 0.01$;与同组3个月比较^c $P < 0.01$;与同组6个月比较^d $P < 0.01$;与对照组同期比较^e $P < 0.05$,^f $P < 0.01$

2.2 性生活质量不同方面比较

经过治疗和干预,观察组患者在性欲、性唤起、性高潮、性

心理以及性行为中异常症状方面均明显优于对照组,两组比较差异明显($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组患者性生活质量不同方面比较(分)

组别	n	性欲方面	性唤起方面	性高潮方面	性心理方面	性行为中异常症状
对照组	14	29.37 ± 5.81	29.42 ± 2.54	25.31 ± 4.08	30.19 ± 5.17	27.35 ± 4.16
观察组	16	44.68 ± 3.29	42.17 ± 2.84	45.64 ± 4.19	42.62 ± 4.08	43.35 ± 3.77

2.3 生活质量比较

经过治疗和干预,观察组患者生活质量量表各因子得分均

明显高于对照组,两组比较差异明显,具有统计学意义($P < 0.05$)。见表3。

表3 两组患者生活质量评分比较(分)

组别	n	生理	心理	社会关系	环境	总生活质量	总健康质量
对照组	14	26.28 ± 2.74	24.76 ± 2.93	23.78 ± 3.05	25.71 ± 2.64	78.05 ± 4.06	75.98 ± 5.11
观察组	16	35.10 ± 3.22	34.57 ± 3.07	35.29 ± 2.96	36.46 ± 2.77	93.48 ± 3.89	96.73 ± 4.18

3 讨论

阴道是女性所特有的器官,也是性别确认的重要特征,但是少数女性会在胚胎发育的过程中出现阴道发育异常,成为严重的生理缺陷,而且由于疾病的特殊性和隐私性,患者往往承受着巨大的心理压力。也有部分患者,特别是农村患者,在结婚之后才发现该病的存在,影响到夫妻和睦^[6]。阴道成形术是从生理方面治疗该病的唯一方法,但是手术的成功仅仅是治疗的一部分,如何通过干预措施,消除患者的思想包袱,改善患者的性生活,提高其生活质量才是治疗的真正目的和重点^[7]。

在常规的医疗服务中,心理干预及健康教育多由护理人员承担,而先天性无阴道与其他疾病相比具有一定的特殊性,集中表现在患者的心理压力巨大,个体化差异明显,隐私性强;加上一般情况下,患者往往认为医生较护理人员更为专业,权威性更强,与护理人员的指导相比,患者更愿意遵从医生的建议和指导^[8]。针对这些特点,我们在临床工作中,在护理干预的基础上,由医生给予部分患者心理干预。

医生要通过专业知识的积累,以患者可以接受和理解的方式,借助图片、动画等形式向患者讲解该病形成的原因,告诉患

者与其他疾病一样,无需自卑,而且手术很简单,通过术后的积极配合,完全可以恢复正常的生活,从而坚定患者治疗的信心,更好地配合治疗^[9,10]。阴道成形术后合理的性生活和正确的自我护理是保证手术效果的前提,医生细致而耐心的讲解,可以缓解患者的紧张情绪,使其更容易坚持配合治疗^[11]。术后3个月和6个月两组患者性生活质量均有提高,但是差别不大,这与术后早期创口尚未完全愈合,对性生活质量造成不良影响有关;而在术后12个月,创口已经基本愈合,性生活质量较少受到创口的影响。配偶的尊重和理解往往是患者治疗和康复的最大支持,因此我们在对患者实施心理和行为干预的同时,注重配偶的作用,在了解患者配偶真实想法之前,避开患者,与其配偶进行一次单独的见面和交流,以免配偶不正确的观念给予患者更多的压力,反而影响到治疗^[12,13]。无论如何,都要尽量争取到配偶对患者的支持,使其对妻子的疾病有所了解和包容^[14],真正发自内心的给予患者以关心和体贴,督促患者执行治疗的各个环节和计划,主动的与患者尝试性生活,在这期间出现任何问题,都能够以良好的心态与患者进行沟通,对患者表现出足够的耐心和包容,消除患者自身的消极情绪。由于女性性高潮的快感更多的是一种精神和意念中的产物,而这种体验是在长期的性生活中不断的探索和积累获得的,这就提示对患者的干预是一项长期的工作^[15]。

在本次研究中经过治疗,两组患者在术后6个月和12个月时性生活质量均有明显提高,而观察组患者由于实施了必要的心理干预,在术后12个月时性生活质量明显高于对照组,而且在术后6个月观察组患者在性生活5个方面得分均明显高于对照组,生活质量各维度得分亦明显高于对照组。因此我们认为对阴道成形术患者实施心理干预,有利于提高患者的性功能,改善患者的生活质量,是对先天性无阴道患者进行治疗的重要的环节和内容。

参 考 文 献

- [1] Ding JX, Zhang XY, Chen LM, et al. Vaginoplasty using acellular porcine small intestinal submucosa graft in two patients with Meyer-von-Rokitansky-Küster-Hausner syndrome: A prospective new

technique for vaginal reconstruction. *Gynecologic and obstetric investigation*, 2013, 75(2): 93-96.

- [2] 周慧梅,朱兰,郎景和,等.乙状结肠代阴道成形术后人工阴道脱垂一例报告及文献复习. *中华妇产科杂志*, 2010, 45(7): 534-535.
- [3] 李雅钗,黄向华,张琳,等.乙状结肠代阴道成形术后阴道黏膜中蛋白基因产物9.5、血管活性肠肽和神经肽Y的表达. *中华妇产科杂志*, 2011, 46(2): 109-112.
- [4] 余桂莲,陈辉.灭菌木制模具在腹膜代阴道成形术中的应用. *实用医学杂志*, 2011, 27(22): 4156-4157.
- [5] 王亚朋,庞英,唐雨丽,等.团体心理治疗对胃癌患者生活质量及情绪状况的效果. *中国心理卫生杂志*, 2013, 27(7): 490-495.
- [6] 瞿璞,姚红霞.阴道成形围手术期患者的护理. *中国实用护理杂志*, 2013, 29(1): 65.
- [7] 张丽,刘淑芹,宋义菊,等.阴道成形术后阴道模具固定专用腹带的制作与应用. *护士进修杂志*, 2010, 25(21): 2013.
- [8] 刘晓,吴蓉,张晓玲,等.腹膜代阴道成形术后性生活质量调查及干预效果的研究. *中国妇幼保健*, 2012, 27(35): 5767-5770.
- [9] 董丽霞.自制模型在腹腔镜下腹膜阴道成形术中的应用. *中国内镜杂志*, 2011, 17(9): 909-912.
- [10] 黄芳,李琼珍,李玲,等.改良模具在乙状结肠代阴道成形术中的临床应用. *中华妇幼临床医学杂志(电子版)*, 2013, 9(2): 148-150.
- [11] 陈良平,胡锋莉,姚红霞,等.腹腔镜乙状结肠代阴道成形术治疗MRKH综合征患者的手术护理. *吉林医学*, 2012, 33(19): 4246-4248.
- [12] 伍春兰,邹清,罗仕琴,等.心理护理对腹腔镜腹膜阴道成形术后患者生活质量的影响. *海南医学*, 2010, 21(15): 148-150.
- [13] 董丽霞,陈娜,李娜,等.腹腔镜下腹膜阴道成形术后使用苯甲酸雌二醇涂抹阴道的临床疗效. *中国妇产科临床杂志*, 2012, 13(3): 214-215.
- [14] 董丽霞,豆艳艳,马雨鸿,等.苯甲酸雌二醇对腹腔镜下腹膜阴道成形术后阴道上皮的影响. *中国计划生育和妇产科*, 2011, 3(6): 51-53.
- [15] 罗正莲,吕燕玲,容俊,等.腹腔镜下腹膜代阴道治疗MRKH综合征的研究. *中国妇幼保健*, 2012, 27(12): 1892-1893.

(收稿日期:2013-09-13)

· 性社会学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.04.034

桂西山区女性性服务者性病艾滋病感染的潜在危险因素分析

简华慧¹ 林明环¹ 梁旭²

1 百色市人民医院皮肤性病科,广西 百色 533000

2 百色市疾病预防控制中心,广西 百色 533000

【摘要】目的:分析影响女性性服务者(FSW)性病艾滋病感染的潜在危险因素,为相关干预行为提

【基金项目】广西壮族自治区卫生厅计划项目(z2009287)。

【第一作者简介】简华慧(1969-),女,副主任医师,主要从事皮肤性病临床诊治与研究。

供依据。**方法**:对前来性病门诊就诊的FSW进行统计调查,在获得其同意的情况下,进行问卷调查和一对一的访谈,了解其与性病艾滋病感染相关的行为情况。**结果**:HIV感染率为0.73%,性病艾滋病综合感染率为46.83%。**结论**:不能坚持使用安全套依然是感染的高危因素,而顾客不愿意使用安全套、年龄、收入状况、对疾病知识的了解和人生态度都对其能否采取预防措施、积极治疗等产生影响。

【关键词】 FSW;艾滋病;性病;危险因素

Potential risk factors of STD and AIDS in female sex workers JIAN Huahui¹, LIN Minghuan¹, LIANG Xu².
1. Dermatology Department, Baise People's Hospital, Guangxi 533000, China; 2. Baise Diseases Prevention and Control Centre, Guangxi 533000, China

【Abstract】 **Objectives**: To analyze the potential risk factors of STD and AIDS in female sex workers (FSW) in order to provide the basis for relevant intervention. **Method**: A survey was made on FSW who came for STD clinical visits. After obtaining the consent, we conducted one-to-one interview to understand the behaviors related to STD infection. **Results**: HIV infection rate was 0.73%, and the rate of STD combined with AIDS infection was 46.83%. **Conclusion**: Discontinuous usage of condoms remain a high risk factor for infection. The customers' unwillingness of condom use, FSW's age, income, their awareness on disease and their attitudes are all important factors in influencing prevention and treatment of STD.

【Key words】 FSW; AIDS; STD; Risk Factor

【中图分类号】 C913.14

【文献标志码】 A

目前,在我国通过性接触感染HIV的比例每年以7%的速度上升,一旦艾滋病在女性性服务者(female sex worker, FSW)中流行将加速艾滋病由高危人群向普通人群的蔓延,因此对FSW性病艾滋病感染的潜在危险因素进行分析,制定有针对性的干预措施和防治策略显得至关重要。

1 对象与方法

1.1 调查对象

桂西某山区从事性服务活动的工作人员。

1.2 调查方法

对2007年至2009年间,经百色市疾病预防控制中心(CDC)统一编号登记后持免费卡到我院性病门诊或在现场采样检测的百色市城区部分中低档娱乐场所、宾馆、小客栈、路边店等从事性服务活动的女性进行了艾滋病/性病感染情况统计调查,在获得FSW同意的情况下,对410名FSW进行了问卷调查和一对一的访谈,以了解其性病艾滋病感染情况以及生活现状、健康知识、性行为等^[1]。

1.3 数据处理

将采集来的所有数据输入电脑,采用SPSS17.0软件处理,计量资料比较采用 t 检验,等级资料比较采用秩和检验,以 $P < 0.01$ 为有显著差异。

将采集来的数据输入电脑,采用SPSS进行统计分析。

2 结果

2.1 基本情况

在接受调查的410名FSW中,年龄最大的55岁,最小的只有17岁;91.46%(375例)的FSW文化程度在初中及初中以下;从事性工作最长的为23年,最短的为2个月。见表1。

表1 FSW年龄分布情况

年龄(岁)	≤20	21~30	31~40	41~50	≥51
人数	81	131	111	64	23

2.2 性病/艾滋病感染情况

在前来门诊的410名FSW的采血HIV检测中,有3人HIV感染阳性,感染率为0.73%;性病感染中梅毒患者最多,为40人,感染率为9.5%;有多人感染两种及两种以上性病,性病/艾滋病综合感染率为46.83%,见表2。白带异常(清洁度在II°以上)170人,占41.67%;在调查中还发现有6例FSW携带有乙肝病毒。

表2 FSW性病/艾滋病感染情况

感染类型	艾滋病	梅毒	传染性软疣	尖锐湿疣	淋病	滴虫性阴道炎	细菌性阴道炎	生殖器疱疹	阴虱
人数(n)	3	40	31	31	4	9	37	28	9
感染率(%)	0.73	9.50	7.56	7.56	0.97	2.20	8.80	6.83	2.20

2.3 影响FSW性病/艾滋病感染的潜在危险因素

2.3.1 性病/艾滋病相关知识知晓情况 在本次调查中,410名FSW均表示听说过性病,但只有37人(9.02%)能准确说出性病的主要症状。在结合患者年龄进行对比分析中我们发现,在对性病/艾滋病的常识问答题考核中,年龄在40岁以上的

FSW及格人数为10人(11.49%),而20~30岁FSW及格人数为63人(48.09%),年龄差距较为明显。还有部分年龄较大的FSW在常识考核问答中认为“性行为后使用立即冲洗可以预防AIDS”,反映FSW在性病/艾滋病相关知识认知上的缺陷^[2,3]。

2.3.2 对性病/艾滋病保护措施 在本次调查的410例FSW

当中,140人(34.15%)在发生性行为时能坚持使用安全套,96人(23.41%)经常使用安全套,90人(21.95%)患者偶然使用,84人(20.48%)不用甚至不知道使用安全套。410人中有376

人(91.70%)承认发生性行为后行阴道冲洗、有阴道置药习惯,见表3^[4]。

表3 对性病/艾滋病保护措施

选项	坚持使用安全套	经常使用安全套	偶然使用安全套	不用安全套	性行为后清水冲洗阴道	性行为后药物冲洗阴道	性行为后有阴道置药习惯	性行为后不采取冲洗措施
人数(n)	140	96	90	84	180	193	41	34
比例(%)	34.15	23.41	21.95	20.49	43.90	47.07	10.00	8.30

2.3.3 就医及性病/艾滋病感染后行为分析 当出现有可疑症状时,有9人(2.20%)表示会立即就医;有255人(62.20%)表示会观察一段时间,如果情况严重就会就医;有68人(16.58%)表示会自行服药或采取其他方式;还有78人(19.0%)表示会置之不理。在410名FSW对感染严重的性传播疾病后是否继续工作还是接受治疗的调查中,只有110人(26.83%)表示会接受治疗,等完全康复后再工作或康复前不

再从事性工作;而有217名FSW表示会一边治疗一边工作,或等病情有一定好转后再继续从事性工作(52.93%);有83名(20.24%)FSW表示其不会治疗而选择继续工作。该类FSW由于文化水平低、处于社会底层、性交易低廉、家庭负担重,对前来医院就医缺乏自信,觉得门槛高、支出大,一般选择自行用药或者到小诊所简单冲洗后便宜放药。

表4 感染严重的性传播疾病后治疗及工作情况

选项	不治疗继续工作	边治疗边工作	病情有一定好转后工作	完全康复后工作	感染后不再从事性工作
人数(n)	83	130	87	84	26
比例(%)	20.24	31.71	21.22	20.49	6.34

2.3.4 其他因素分析 在对FSW的访谈中得知,其中8人(1.95%)有静脉吸毒行为,他们卖淫的目的就是为了获得吸毒资金。在410名FSW中,她们均表示行动自由,从事性工作均为自愿行为。其工作地点一般流动性比较强,年龄较大的FSW一般集中公园、江边、大桥下、山脚下等地方,或者定居于城中村环境杂乱的搭建简陋的房子,也有在家从事卖淫活动。年轻的大多集中在城内的小旅馆。总体来说,FSW工作地点流动性都比较强,很多人表示,为保持顾客对其的新鲜感一般不会在一个地方工作超过1年,接待的顾客类型也比较复杂,有附近工人、农民、丧偶老人、学生、知识分子等。

3 讨论

本文的调查对象是桂西某山区的FSW。桂西山区是少数民族聚居地,也是边境山区、贫困地区和老区,与毒品较多的越南接壤,与艾滋病病毒感染者较多的云南相邻,是吸毒贩毒重灾区。据报道,1996年在吸毒人群当中首次发现艾滋病病毒感染者,1997年吸毒人群血清HIV抗体检测阳性率为73.81%,至2008年3月31日,作为百色市府所在地的右江区问卷调查共累计报告HIV感染者992例,其中已发病死亡50人^[5-7,9]。

通过本次调查发现,当地的中低档FSW多是来自周边县城的贫困乡镇的少数民族妇女,以已婚的壮族为主。该部分人群文化程度低,都是初中或初中以下的文化程度,绝大部分为小学,少部分为文盲(我们现场采集资料的时候只会很困难的签写自己的名字,甚至有十几个只能按手印确认),性交易廉价,缺乏谋生技能,家庭负担重,居住地多为大石山区,农闲的时候出来当暗娼,农忙还要回家收谷子。因而接受性病、艾滋病、健康教育等相关知识宣传教育较为困难^[10,11]。

调查中发现,在FSW中安全套使用率不高是我们要十分注意的一个性病艾滋病感染危险因素^[8]。通过对FSW的访谈了解发现,其实她们大多表示自己是愿意使用安全套的,但是很多顾客不愿意使用安全套,加上同行之间竞争压力较大,很多FSW只有接受在不带安全带的情况下进行性交易^[12-14]。

本地经济水平不高有些FSW年龄较大,工作收入较少且缺乏医学知识,对性病艾滋病防护意识差。由于不工作就失去经济来源,而她们大多对生活缺乏规划,没有存款,一旦染病,不得不继续工作,给自身健康带来风险的同时,也使性病艾滋病因而得以传播^[15]。

同时,不及时就医和消极的人生态度也是性病艾滋病感染的潜在危险因素,很多FSW在性病的就医问题上不积极,除经济因素外,消极的人生态度也增加了其感染风险。在访谈中,有少数FSW表示:“染病也无所谓,活一天工作一天”,比起就医她们更愿意把钱花在别的地方。而对于有吸毒行为的FSW来说,进行性交易时采取保护措施就更少,在此次调查中,艾滋病感染者也有吸毒行为,因为这样的患者想到的是毒资,而不轻易把钱花费在就医上。

针对调查反映的问题,我们建议要加强对FSW的教育工作,开展专题讲座活动,使她们学习卫生知识,学会劝导嫖客使用安全套,同时帮其树立正确的人生观^[16],用积极的态度对待自己的人生。

参 考 文 献

- [1] 朱靖,朵林. 越南籍跨境失足妇女性病艾滋病感染的潜在危险因素分析. 昆明医科大学学报, 2012(10):10-14.

- [2] 陈怡. 广西边境县性服务小姐艾滋病相关知识、行为及 HIV 感染现状调查分析. 中华疾病控制杂志, 2010, 14(7): 619 - 622.
- [3] 翁乃群. 艾滋病传播的社会文化动力. 社会学研究, 2003(5): 84 - 94.
- [4] 李林. 泸州地区细菌性阴道病的调查研究. 中国妇幼保健杂志, 2011(32): 11 - 14.
- [5] 卫生部, 联合国艾滋病规划署和世界卫生组织. 2011 年中国艾滋病疫情估计. 北京, 2012: 4 - 5.
- [6] 联合国艾滋病规划署. 2011 中国艾滋病调查报告. 2011: 2 - 3.
- [7] 侯运高. 加强民族地区艾滋病防治和关怀刻不容缓. 中国民族大学, 2005(11): 26.
- [8] 汪武新, 刘学宇, 刘宗干, 等. 高危人群安全套使用相关原因分析. 中国性病艾滋病防治, 2002, 8(4): 234 - 236.
- [9] 吴尊友. AIDS 流行与控制. 北京: 科学出版社, 1999: 1 - 3.
- [10] 张群, 王艳. 中国当前艾滋病健康教育存在的问题及对策探讨. 中国性病艾滋病防治, 2002, 8(5): 303 - 306.
- [11] Sal ehMA, a - 1 Ghamdi YS, a - 1 Yahia OA, et al. Impact of health education program on knowledge about AIDS and HIV transmission in students of secondary schools in Buraidah city, Saudi Arabia; an exploratory study. East Mediterr Health J, 2000, 5(5): 1068 - 1075.
- [12] 蔡文德, 段立华, 李良成, 等. 艾滋病预防性干预影响因素. 中国性病艾滋病防治. 2001, 7(3): 184 - 185.
- [13] 徐刚. 同伴教育在艾滋病预防工作中的运用. 中国性病艾滋病防治, 2002, 8(3): 183 - 186.
- [14] 王红方. 外展服务方式对公共娱乐场所性服务小姐行为转变之效果评价, 中国武汉——世界卫生组织 100% 使用安全套试点项目. 中国艾滋病性病, 2004, 8(10): 286 - 289.
- [15] 刘刚, 王敦志, 秦光明. 四川省 HIV/AIDS 流行现状及趋势分析. 中国艾滋病性病, 2003, 9(2): 79 - 80.
- [16] 刘燕飞, 林荣, 陈筱华, 等. 温州市无偿献血者血液艾滋病、梅毒、丙肝、乙肝感染情况调查. 中国现代医生, 2013(10): 8 - 10.

(收稿日期: 2013 - 11 - 07)

· 性社会学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.04.035

建筑工地男性农民工艾滋病防治知识及性行为调查

李娟 周健 袁飞 李劲 谢芳

贵阳市疾病预防控制中心, 贵阳, 550003

【摘要】 目的: 了解贵阳市 2011 年至 2013 年建筑工地男性农民工艾滋病防治知识、性行为情况及 HIV、HCV 和梅毒感染率。方法: 采用整群随机抽样的方法对建筑工地 1203 名男性农民工进行问卷调查及 HIV、HCV 和梅毒检测。结果: 2011 年至 2013 年艾滋病知晓率分别为 29.1%、42.1%、52.5%。年龄 20 ~ 39 岁、未婚、高文化程度者知晓率较高。感染 HIV 高危行为发生普遍, 最近 1 年与暗娼每次都带安全套的分别为 22.2%、16.7%、64.0%; 最近 1 年与临时性伴每次用安全套的分别为 27.3%、22.2%、17.9%; 梅毒感染率 2.5%、0.7%、1.0%; HCV 感染率 0.2%、0.5%、0.3%, 2011 年发现 1 例 HIV 阳性。结论: 贵阳市建筑工地男性农民工知晓率和安全套使用率较低, 今后要加强该人群宣传、干预及监测力度。

【关键词】 建筑工地农民工; 艾滋病; 知识; 性行为

A survey on knowledge and behaviors related to AIDS among male construction workers LI Juan, ZHOU Jian, YUAN Fei, LI Jing, XIE Fang. Guiyang Center for Disease Control and Prevention, Guiyang 550003, China

【Abstract】 Objectives: To investigate the knowledge of male construction workers about AIDS and to survey on their sex behavior and prevalence of HIV, HCV and syphilis in Guiyang between 2011 and 2013. **Method:** 1,203 respondents selected by cluster random sampling were investigated by questionnaire and tested for HIV, HCV and syphilis. **Results:** From 2011 to 2013, the awareness rate of AIDS were 29.1%, 42.1%, 52.5% respectively. Those who were 20 to 39 years old, unmarried, and with high education had higher awareness. HIV high risk behaviors were common. During the recent years, the rates of using condom each time were 22.2%, 16.7%, 64.0% with sex worker, and 27.3%, 22.2%, 17.9% with temporary sex partner. Syphilis positive rate were 2.5%, 0.7%, 1.0%. HCV positive rate were 0.2%, 0.5%, 0.3%. One case of HIV positive was found in 2011. **Conclusion:** The knowledge about AIDS and the rates of using condom are low among male construction workers in Guiyang. Health education, intervention and monitoring should be strengthened.

【Key words】 Male construction workers; HIV/AIDS; Knowledge and behavior

【中图分类号】 C913.14

【文献标志码】 A

目前,我国的艾滋病疫情处于总体低流行、特定人群和局部地区高流行的态势^[1]。随着社会的发展,越来越多的农民工涌入城市,他们多数是男性青壮年,处于性活跃年龄,由于配偶长期不在身边,容易发生高危性行为,是艾滋病的主要易感人群之一^[2-4]。他们对艾滋病的认知水平和行为特征,将影响整个社会艾滋病防控效果^[5-7]。本次对2011年~2013年贵阳市建筑工地农民工艾滋病知识知晓率、性行为特征及HIV、梅毒、丙肝感染情况进行分析,为艾滋病防治提供一定科学依据。

1 对象和方法

1.1 对象

贵阳市2011年至2013年哨点监测1203名建筑工地农民工。其中2011年402人,2012年401人,2013年400人。

1.2 方法

2011年至2013年对不同建筑工地农民工,采用整群随机抽样的方法抽取调查对象。由经过培训的调查员对所有调查对象进行面对面问卷调查。采用国家哨点流动人口调查问卷,内容包括调查对象人口学特征,艾滋病防治知识,性行为及安

全套使用情况,HIV和梅毒、丙肝检测情况。督导员核对所有问卷完整性、签字并保存问卷。

1.3 统计分析

使用Excel软件建立数据库,应用SPSS11.7软件进行数据分析,率的比较采用 χ^2 检验。艾滋病知识知晓率=(调查对象正确回答8个基本知识问题中的6题及以上的人数/调查对象数) $\times 100\%$ 。检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 社会人口学特征

2011年至2013年所调查1203名男性建筑农民工一般特征以本省户籍、初中以下文化程度、在本地居住时间大于6个月者为主。不同特征知晓率分析:年龄在20~39岁段知晓率较高, $P = 0.000$;婚姻状况以未婚人群知晓率较高, $P = 0.008$;外省户籍者知晓率48.7%,高于本省户籍者知晓率37.3%, $P = 0.000$;居住时间大于6个月者知晓率43.8%高于居住时间小于6个月者知晓率36.3%, $P = 0.013$;初中以上文化程度知晓率70.0%,高于初中以下文化知晓率34.5%, $P = 0.000$ 。见表1。

表1 2011年至2013年男性建筑农民工社会人口学特征分析[n(%)]

人口学特征	2011年(n=402人)	2012年(n=401人)	2013年(n=400人)	χ^2	P
户籍					
本省	230(57.2)	281(70.1)	275(68.8)	17.744	0.000
外省	172(42.8)	120(29.9)	125(31.3)		
年龄					
<19	25(6.2)	17(4.2)	14(3.5)		
20~39	194(48.3)	195(48.6)	206(51.5)	8.480	0.205
40~59	176(43.8)	181(45.1)	165(41.3)		
>60	7(1.7)	8(2.0)	15(3.8)		
婚姻状况					
未婚	93(23.1)	74(18.5)	77(19.3)		
已婚	304(75.6)	322(80.3)	318(79.5)	3.124	0.537
离异	5(1.2)	5(1.2)	5(1.3)		
文化程度					
初中及以下	348(86.6)	333(83.0)	295(73.8)	22.952	0.000
初中以上	54(13.4)	68(17.0)	105(26.3)		
本地居住时间					
≤6个月	176(43.8)	118(29.4)	116(29.0)	25.300	0.000
>6个月	226(56.2)	283(70.6)	284(71.0)		

2.2 艾滋病知识知晓率分析

2011年至2013年间,男性建筑农民工艾滋病8个基本知

识问题正确率及知晓率均有提高。见表2。

表2 2011年至2013年男性建筑农民工艾滋病知识知晓率分析

知识条目	2011年		2012年		2013年		χ^2	P
	人数	知晓率(%)	人数	知晓率(%)	人数	知晓率(%)		
一个感染了艾滋病病毒的人能从外表看出来吗	193	48.0	233	58.1	262	65.5	25.257	<0.05
蚊虫叮咬会传播艾滋病吗	93	23.1	171	42.6	134	33.5	34.560	<0.05
与艾滋病病毒感染者或病人一起吃饭会感染艾滋病吗	103	25.6	182	45.4	189	47.3	48.304	<0.05
输入带有艾滋病病毒的血液会感染艾滋病吗	210	52.2	237	59.1	267	66.8	17.516	<0.05
与艾滋病病毒感染者共用注射器有可能得艾滋病吗	205	51.0	236	58.9	270	67.5	22.612	<0.05
感染艾滋病病毒的妇女生下的小孩有可能得艾滋病吗	176	43.8	220	54.9	257	64.3	33.932	<0.05
正确使用安全套可以减少艾滋病的传播吗	173	43.0	194	48.4	229	57.3	16.533	<0.05
只与一个性伴发生性行为可以减少艾滋病的传播吗	157	39.1	193	48.1	227	56.8	25.161	<0.05
上面8题答对6题以上	117	29.1	169	42.1	210	52.5	45.498	<0.05

2.3 性行为史及安全套使用情况

2011年至2013年,调查者中有过性行为史的分别为364人(90.5%)、358人(89.3%)、376人(94.0%)。HIV有关高危行为及安全套使用情况见表3。

2011年至2013年,最近一年与配偶/固定性伴发生性行为分别为305人(83.7%)、327人(91.3%)、327人(86.9%),最近一年与暗娼有过性行为的分别为9人(2.5%)、6人(1.7%)、25人(6.6%),最近一年与临时性伴有过性行为分别为33人(9.1%)、9人(2.5%)、28人(7.4%)。从最近一年安全套使用

频率来看,与配偶/固定性伴大部分人从未使用安全套, $P=0.000$,与暗娼安全套使用频率分析无显著性差异,可扩大样本量再做进一步分析。与临时性伴安全套使用频率分析较多人是“有时候用”, $P=0.016$ 。从最近一次安全套使用频率来看,与配偶/固定性伴安全套使用比例不断升高, $P=0.031$,与暗娼使用比例2013年高于2011年和2012年, $P=0.008$,与临时性伴使用比例分析无显著性差异。以上数据显示,2013年调查对象与不同类型人群安全套使用率有所提高,说明我们的干预起到一定效果,人们开始有自我保护意识。

表3 2011年至2013年男性建筑农民工 HIV 高危行为及安全套使用情况 [n(%)]

HIV 有关高危性行为	安全套使用情况	2011年	2012年	2013年	χ^2	P
最近一年与配偶/同居者发生性行为时使用安全套频率	从未使用	252(82.6)	215(65.7)	233(71.3)	41.305	0.000
	有时使用	36(11.8)	105(32.1)	85(26.0)		
	每次都带	17(5.6)	7(2.1)	9(2.8)		
最近一次与配偶/同居者发生性行为时使用安全套了吗	是	23(7.5)	31(9.5)	45(13.8)	6.977	0.031
	否	282(92.5)	296(90.5)	282(86.2)		
最近一年你与小姐(暗娼)发生过性行为吗	是	9(2.5)	6(1.7)	25(6.6)	15.045	0.001
	否	355(97.5)	352(98.3)	351(93.4)		
最近一年与小姐(暗娼)发生性行为时使用安全套频率	从未使用	3(33.3)	3(50.0)	3(12.0)	8.504	0.075
	有时使用	4(44.4)	2(33.3)	6(24.0)		
	每次都带	2(22.2)	1(16.7)	16(64.0)		
最近一次与小姐(暗娼)发生性行为时使用安全套了吗	是	3(33.3)	1(16.7)	19(76.0)	9.746	0.008
	否	6(66.7)	5(83.3)	6(24.0)		
最近一年你与临时性伴发生过性行为吗	是	33(9.1)	9(2.5)	28(7.4)	14.081	0.001
	否	331(90.9)	349(97.5)	348(92.6)		
最近一年与临时性伴发生性行为时使用安全套频率	从未使用	18(54.5)	3(33.3)	6(21.4)	12.166	0.016
	有时使用	6(18.2)	4(44.4)	17(60.7)		
	每次都带	9(27.3)	2(22.2)	5(17.9)		
最近一次与临时性伴发生性行为时使用安全套了吗	是	10(30.3)	4(44.4)	9(32.1)	0.652	0.722
	否	23(69.7)	5(55.6)	19(67.9)		

2.4 HIV、梅毒、HCV 感染情况

所有调查对象均采血进行 HIV、梅毒、HCV 检测。2011 年 402 名调查对象有 1 人 HIV 抗体阳性(0.2%), 10 人梅毒阳性(2.5%), 1 人 HCV 阳性(0.2%)。2012 年 401 名调查对象无 HIV 阳性, 3 人梅毒阳性(0.7%), 2 人 HCV 阳性(0.5%)。2013 年 400 名调查对象无 HIV 阳性, 4 人梅毒阳性(1.0%), 1 人 HCV 阳性(0.3%)。

3 讨论

本次调查结果显示,贵阳市 2011 年至 2013 年建筑工地男性农民工主要以本省户籍、青壮年、已婚者为主;文化程度不高,大多数在本地居住时间大于 6 个月;3 年间艾滋病知晓率分别为 29.1%、42.1%、52.5%,虽然知晓率逐年升高, $P < 0.05$,但均低于全国 13 个省农民工艾滋病知晓率^[8],与《中国遏制与防治艾滋病行动计划(2006-2010)》的目标(到 2010 年底:全国 15~49 岁人口中,流动人口对艾滋病防治知识知晓率达到 80% 以上)也有一定距离^[9]。艾滋病 8 个基本知识,每个知识点的正确率也逐年提高,可见我市 3 年来对建筑工地农民工宣传干预有一定成效,越来越多人开始理解艾滋病防治知识。从不同户籍、年龄、婚姻、文化、居住时间分析,年龄在 20~39 岁、未婚、初中以上文化程度知晓率较高,这与其它地区报道一致^[10-12],外省户籍知晓率高于本省、居住时间大于 6 个月知晓率高于小于 6 个月。由于农民工流动性大,在某个地方居住时间不定,有的甚至没有接受过相关知识宣传,因此要加强当地农民工宣传范围及力度,特别是刚来本地居住小于 6 个月者,结合当地农民工工作情况采取有效干预方式,确保每个农民工至少都接受过艾滋病宣传,这对提高知晓率至关重要。

数据显示调查对象与暗娼及临时性伴的性行为较为活跃,2013 年与暗娼及临时性伴发生性行为比例高于 2011 年和 2012 年。随着社会开放,这些商业性性服务可及性提高了,农民工性观念也发生变化,对婚外性行为也不忌讳,而且调查对象大多处于性活跃年龄,为了满足生理需要容易发生高危性行为。安全套使用方面,调查对象与暗娼及临时性伴最近一年安全套使用频率和最近一次使用情况在 2013 年都较 2011 年和 2012 年有所提高,但总体使用比例较低。调查中得知农民工经常光顾的是一些低档场所暗娼及站街暗娼,这些暗娼性病艾滋病知识知晓率偏低、感染率较高^[13,14],加上安全套使用率较低,容易造成疾病传播。表 3 显示调查对象与配偶/固定性伴发生性行为时大部分人从不使用安全套,认为与自己配偶/固定性伴没必要使用安全套。当问及如果在外面找小姐不用安全套可能会把疾病传染给配偶时,他们大多数回答“没想这么多”、“不知道”,因此艾滋病知晓率高低直接影响安全套使用情况,对知识了解越多安全套使用率越高,努力提高我市农民工知晓率是今后工作重点。本次调查对象中有过男男同性性行为的 2011 年 1 例、2013 年 1 例,发生率较低,但 2 例均从未使用安全套。目前男男同性感染率较高,呈上升趋势,在男性建筑农民工中要引起重视,加强该方面宣传教育。

2011 年至 2013 年调查对象梅毒感染率 10 人(2.5%)、3 人(0.7%)、4 人(1.0%), HCV 感染率 1 人(0.2%)、2 人(0.5%)、1 人(0.3%),两者统计学分析无显著性差异。HIV 只有 2011 年发现 1 人阳性,本省户籍、汉族、48 岁,本地居住时间小于 6 个月,初中文化,最近 1 年及最近 1 次与配偶/固定性伴发生性行为时从不使用安全套,最近 1 年与暗娼有性行为史,也从不使用安全套,无临时性伴性行为史及男男同性史。总体上我市建筑工地男性农民工梅毒及 HIV 感染率比其它地区高^[15],由于他们流动性大,性行为活跃,安全套使用率和艾滋病知晓率不高,容易造成疾病传播及家庭内感染,因此要加强对男性建筑农民工的宣传、干预及监测力度,这对控制艾滋病传播具有一定意义。

参 考 文 献

- [1] 农全兴,林新勤. 南宁市外来建筑农民工艾滋病认知情况调查. 中国性科学, 2013, 22(6): 58-60.
- [2] 陆焯平,朱作金. 流动人口 AIDS 知识与态度现状调查. 中国艾滋病性病, 2004, 10(2): 99-101.
- [3] 汤后林,吕繁. 桥梁人群在艾滋病性病病毒传播中的作用. 中华流行病学杂志, 2007, 28(2): 192-194.
- [4] 吴俊青,王端平,周颖,等. 流动人口艾滋病传播与流行危险因素文献分析综述. 人口与发展, 2008, 14(5): 105-108.
- [5] 胡乃宝,隋虹. 建筑工地农民工艾滋病知识与态度现状研究. 现代预防医学, 2013, 40(2): 282-284.
- [6] 陈刚,吕军. 关于我国流动人口公共卫生管理的思考. 医学与哲学, 2005, 26(8): 14-19.
- [7] Sheng L, Cao WK. HIV/AIDS epidemiology and prevention in China. China Med J, 2008, 121(13): 1230-1236.
- [8] 吕柯,胡翼飞,熊燃,等. 我国 13 个省农民工艾滋病基本知识知晓率的调查与分析. 中国艾滋病性病, 2010, 16(2): 157-159.
- [9] 国务院办公厅. 中国遏制与防治艾滋病行动计划(2006-2010 年)[EB/OL]. (2006-02-27)[2012-04-20]. <http://www.sdpe.gov.vn/fzgh/ghwb/115zxgh/p020070924566987209246.pdf>.
- [10] 吴纪民,王伟,白广义,等. 建筑工地农民工艾滋病知识知晓率情况调查分析. 中国艾滋病性病, 2013, 19(4): 283-285.
- [11] 田翠翠,王华东,李辉,等. 安徽省艾滋病防治重点地区流动人口艾滋病防治知识调查分析. 中华疾病控制杂志, 2013, 17(1): 35-38.
- [12] 刘洁,张阳,何钦成. 建筑工地农民工艾滋病知识、态度及行为调查. 中国公共卫生, 2013, 29(7): 1019-1021.
- [13] 李东民,袁飞,胡绍源,等. 不同场所暗娼高危行为和 HIV/STI 感染状况调查. 中国艾滋病性病, 2007, 13(3): 210-213.
- [14] 宋红,汪洋,王宏,等. 街头暗娼艾滋病知识、行为、态度现状调查. 现代预防医学, 2010, 37(10): 1897-1899.
- [15] 黄竹林,单飞,张锡兴,等. 长沙市农民工艾滋病、梅毒感染率及相关因素研究. 实验预防医学, 2013, 20(1): 9-12.

(收稿日期:2013-10-18)

· 性社会学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.04.036

婚前保健与人工流产相关问题浅析

温巧萍¹ 刘伟莲² 朱丹玲³ 曾颖⁴

1 深圳市福田区福田街道计生服务站, 广东 深圳 518000

2 深圳市宝安区沙井人民医院妇产科, 广东 深圳 518000

3 深圳市福田区妇幼保健院, 广东 深圳 518000

4 深圳市妇幼保健院, 广东 深圳 518000

【摘要】目的:探讨婚前保健与人工流产的关系,有效指导未婚女青年的自我保护意识,做好婚前保健工作。**方法:**从医院2010年末婚人工流产总数中随机抽取200例。从年龄结构、文化程度、人流次数以及并发症发生统计情况进行分析。**结果:**人工流产最小手术年龄为17岁,最大为31岁,大部分在21~26岁之间。文化程度的差异也有影响,中学文化程度以下人工流产占62.0%,大学文化程度以上人工流产占38.0%,可见文化程度高人工流产率低。人工流产次数,初次人工流产占79.0%,2次手术占18.0%,3次手术以上占3.0%。人工流产近期及远期并发症以生殖器炎症居首位占46.6%,其次为月经失调占26.6%,失血性贫血占24%,继发不孕占2.6%。**结论:**人流对未婚女青年的影响是明显的,特别是身、心上的创伤。并发症的出现,会给患者带来痛苦,甚至影响婚后性生活,影响夫妻感情,对巩固家庭关系也有影响,给生儿育女带来困难。因此,对未婚女青年增加避孕知识和自我保护意识的宣传教育,使人们意识到婚前人工流产的危害与代价,对提高妇女身体健康素质有重要意义。

【关键词】 婚前保健;人工流产;生殖健康;健康教育;并发症

Analysis on premarital healthcare and artificial abortion WEN Qiaoping¹, LIU Weilian², ZHU Danling³, ZENG Ying⁴. 1. Futian Family Planning Service Station, Shenzhen 518000, China; 2. Department of Obstetrics and Gynecology, Shajing People's Hospital, Shenzhen 518000, China; 3. Futian Maternity and Child Care Hospital, Shenzhen 518000, China; 4. Shenzhen Maternity and Child Care Hospital, Shenzhen 518000, China

【Abstract】 Objectives: To explore the relationship between premarital health and artificial abortion, in order to effectively foster the self-protection awareness of the unmarried young women and to carry out effective premarital healthcare. **Method:** 200 cases were randomly selected from unmarried women who conducted artificial abortion in 2010. The data was analyzed statistically from the age structure, cultural level, number of times of abortion and its complications. **Results:** The minimum age receiving artificial abortion was 17 years old while the maximum was 31 years old, mostly between 21 to 26. The educational level has a great effect on artificial abortion. 62% of them had middle school or lower diploma; 38% had university degree or equivalent, which implied that the higher educational level people had, the less likely they would receive artificial abortion. 79.0% of them conducted artificial abortion once; 18.0% of them had it twice and 3.0% of them had it for three or more times. 46.6% of them had the complication of genital inflammation; 26.6% had menstrual disorder; 24% had hemorrhagic anemia and 2.6% had secondary infertility. **Conclusion:** The impact of artificial abortion is physically and psychologically significant for unmarried women. The occurrence of complications can bring pain to patients, influence their sexual life and their family relationships. It may also cause difficulty in bearing children. As a result, the growth of unmarried young women's contraceptive knowledge and self-protect awareness can reduce the risk and costs of premarital abortion.

【Key words】 Premarital healthcare; Artificial abortion; Reproductive health; Health education; Complication

【中图分类号】 C913.13

【文献标志码】 A

婚前保健既是妇女保健中生殖保健的重要组成部分,又涉及到男女公民及下一代的健康。做好婚前保健工作,不仅可以帮助结婚男女掌握必要的保健、生育知识,建立幸福家庭,而且

是促进社会文明进步,落实我国计划生育国策,提高人口素质的重要保障^[1]。近年来,青春期或婚前性行为的人群逐渐增多,非意愿妊娠数增多,要求流产的数量及重复流产的数量与日俱增^[2]。而人工流产术过去常见于已婚生育期妇女,是实行计划生育的一种补救措施。由于人们对婚前保健缺乏认识,忽视自身的保健,而使婚前性行为变得普遍,因此导致未婚人群的人工流产发生率上升,同时也伴随诸多的人工流产后并发症的

【第一作者简介】 温巧萍(1962-),女,主治医师,主要从事计划生育技术服务及妇产科临床诊治与研究工作。

发生。因此,研究婚前保健与人工流产的关系,对有效指导未婚女青年的自我保健意识和能力,加强对她们的性教育和生殖健康教育,做好婚前保健,提高妇女身体健康素质有非常大的意义^[3]。

1 资料来源

1.1 来自深圳市福田区妇幼保健院、深圳市宝安区沙井人民医院、深圳市妇幼保健院 2010 年未婚人工流产近 350 例中采用简单随机抽样的方法抽取 200 例。原始资料记载包括:术前、术时、术后记录,术后随诊记录,获得分析资料。

1.2 术后并发症的诊断、治疗、记录(包括院内外确诊),B 超诊断。

2 结果

2.1 患者年龄等分布情况

人工流产手术年龄低于 20 岁的有 13 例,其中最少年龄为

17 岁,而最大流产手术年龄为 31 岁,大部分在 21~26 岁之间。文化程度的差异也有影响,中学文化程度以下 124 人,人工流产占 62.0%;大学文化程度以上 76 人,占 38.0%,可见文化程度高人工流产率低。据文献报道深圳地区大学文化以上的女性中未婚人流的比例 32.3%,中学文化以下女性中未婚人流的比例 67.3%^[10],这与本次调查相符。人工流产次数,初次有 158 例占 79.0%,2 次手术有 36 例占 18.0%,3 次手术以上 6 人,占 3.0%。见表 1。

2.2 并发症发生情况

通过跟踪调查,对收集的信息进行分析得知,人工流产的并发症包括近期并发症和远期并发症两种,共计 75 例,其中以生殖器炎症居首位 35 人占 46.6%,其次为月经失调 20 人占 26.6%。失血性贫血 18 人占 24%,远期并发症中严重者为继发不孕症,有 2 人占 2.6%。见表 2。

表 1 年龄、文化程度、人流次数分布情况

	年龄分布			文化程度		人流次数		
	<20	20~30	>30	大学以上	中学以下	1次	2次	3次以上
例数	13	161	26	76	124	158	36	6

表 2 并发症发生情况(例)

并发症	生殖器炎症	月经失调	失血性贫血	继发不孕
75	35	20	18	2

3 讨论

在婚前流产的调查对象中年龄最小为 17 岁,最大为 31 岁,以生育期年龄为最多。因此,生育期年龄是重点宣传对象,抓住这一关键,对婚前教育很有意义。生育前期行人工流产,将对女青年的身心留下创伤。另外 30 岁以上未婚人流也应慎重,因为对婚后生育可能产生高危因素^[4]。

文化程度对婚前人工流产发生率也有显著影响,文化程度高人工流产率较低,文化程度低流产率高,说明了接受文化教育,健康保健教育是有必要的。在众多的经济繁荣地区,尽管工厂,大型商业酒店,公共娱乐场所,某方面的技术先进,但中学以下文化程度的人群占据大部分,而这些人中,恰恰是人工流产高发人群^[5]。缺乏保健知识、缺乏计划生育知识,因此,这些行业的女青年,应列为重点宣传对象^[6]。前几年计生协会开展的青春健康教育讲座,就是针对工厂、大型商业酒店、公共娱乐场所的未婚青年男女开展的一系列活动,通过这些讲座,对降低人工流产发生率收到一定的效果^[7]。

从人流次数来看,初次人工流产为普遍,2~3 次仍有发生,其原因之一可能是经初次手术后,接受了医务人员宣传,懂得了避孕措施,意识到人工流产的危害。而少数人由于仍未意识到人工流产的危害与代价,故接二连三地饱尝痛苦。因此,计生工作必须继续关注青年女工们的性教育和生殖健康教育,提高她们的自我保健意识和能力,避免不安全性行为所带来的身心伤害。

尽管手术消毒技术和无菌操作标准都很高,仍有原因不明的手术后并发症发生,尤以生殖器炎症为首位占 46.6%,月经

失调占 26.6%,贫血占 24.0%,继发不孕占 2.6%,说明在未婚人流中生殖道感染最常见,如果治疗不及时会影响到今后的不孕。因此我们要控制生殖道感染,除要求医疗技术人员规范手术操作外,还要对未婚女青年进行生殖健康保健的宣传教育,注意术后休息,避免过早性生活,减少造成生殖道感染的机会。同时,要使她们充分认识到流产及其并发症对妇女生殖健康带来的危害,采取有效措施,控制生殖道感染。对于远期并发症的发生,除医疗方面的因素外主要原因有:术后不接受医生建议,怕隐私公开,故术后不休息,继续上班,营养补充欠佳,术后过早性生活,因而造成生殖器炎症、感染^[8]。由于身心的创伤,情绪的影响,亦可造成内分泌失调,失血过多导致贫血。并发症没有及时医治,遗留下永久性病变,最后可能导致妇女不孕。因此,术前、术后,宣传保健知识是非常重要的。要使她们充分认识流产及其并发症对妇女生殖健康带来的危害,采取有效措施,控制生殖道感染。

综上所述,人流对未婚女青年的身心伤害都是很明显的,尤其是并发症的发生,如果不及时医治,会影响到今后的不孕。因此,应加强对未婚女青年的生理健康知识及避孕知识的宣传教育,利用医院、药店及计生协会、健教中心等单位发放一些有关生理健康知识、避孕知识、人工流产知识的简单易懂的小册子或传单,并广泛地向她们提供免费的生殖健康咨询服务,使她们充分认识到婚前人工流产的危害与代价,从而减少婚前不安全性行为,减少非意愿妊娠,提高妇女身体健康素质。

参 考 文 献

- [1] 李玉英. 婚前人工流产对生殖健康的影响与预防. 社区医疗杂志 2010 (22):16-17.
- [2] 陈敏. 泌尿生殖道支原体感染及药敏实验分析. 现代预防医学, 2006, 33(7):1112-1114.
- [3] 冯鹏, 阎丽娟. 我大学生性教育现状调查研究. 中国高等医学

教育, 2010(6):14-15.

- [4] Centers for Disease control and Prevention . Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006. Morbidity and Mortality Weekly Report, 2006, 55(RR-11):26-31.
- [5] 吕秋兰, 丁红. 1220例未婚妊娠结局及生殖健康状况调查. 中国妇幼保健, 2002(17):31-32.
- [6] 叶凤梅, 叶苑琼. 未婚女青少年怀孕的现状调查与分析. 中国中医药现代远程教育, 2008(12):1469-1470.
- [7] Higgins J, Green S. Cochrane handbook for systematic reviews of in-

terventions version 5.0.0[updated February 2008]. <http://www.eo-chrane.org>.

- [8] 陈一筠, 李扁, 刘文利. 解读青春密码. 北京: 北京教育出版社, 2012:36-37.
- [9] 王菊芳. 当前我国性教育中存在的问题与对策. 科技信息, 2006(3):96-97.
- [10] 张玲华, 孟光辉. 深圳市流动育龄妇女对计划生育服务利用现状调查. 中华现代妇产科学, 2006, 3(1):13-15.

(收稿日期: 2013-08-22)

· 性法学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.04.037

在刑法中构建双性人的社会性别

胡莎

中国人民大学法学院, 北京 100872

【摘要】 运用社会性别分析的方法, 从性别与刑法的角度, 通过分析三个有关双性人的刑事案件, 提出双性人在刑法中地位缺失的问题。之后详细论述双性人的定义、判断标准、在人口中所占的比例和性别身份等问题, 最后得出应该构建双性人的社会性别, 法律构建手段之一就是在刑法中确实双性人的身份地位, 从而做到运用刑法更好地应对具有紧迫性、严重社会危害性的双性人案件, 保护双性人的合法权益, 真正实现适用刑法人人平等。

【关键词】 双性人; 社会性别; 刑法保护

Construction of intersex gender in criminal law HU Sha. Law School, Renming University of China, Beijing 100872, China

【Abstract】 Using the approach of social gender analysis, this paper analyses three criminal cases of intersex people from the perspective of gender and criminal law, and proposes that definitions regarding intersex people are absent from China's current criminal law. By elaborating the definition, criteria and gender identity of intersex, and the proportion of intersex people, this paper argues that the gender of intersex should be identified both socially and lawfully. Criminal law should be adjust to handle criminal cases of intersex so as to protect the legitimate rights and interests, and thus do achieve the goal of "everyone is equal under the criminal law".

【Key words】 Intersex people; Gender; Criminal protection

【中图分类号】 DF02

【文献标志码】 A

我们对双性人话题并不会感到陌生, 即使刑事司法实践中已经存在双性人的案例, 但在刑法中研究双性人问题则属生僻陌生。双性人议题属于性别人类学研究的主要课题, 多元性别论属于前瞻性的理论呼声, 而在刑法教义学占主导地位的我国当代刑法学研究中, 笔者响应相关该学术潮流, 开展法律工程的思维研究, 以社会性别研究方法为切入点, 运用一种叙事的方式, 通过分析三个涉双性人刑事案件, 顺势勾勒出双性人作为一个少数群体在我国的基本情况。最后基于刑法应该保护个体基本人权角度, 倡导构建双性人的社会性别。而刑法作为构建社会性别的主力军之一, 也应该接受和认定双性人在刑法

中的独立身份和地位。

1 与双性人有关的刑事案件

双性人是一个极易引发人们好奇心的群体。但总体上来讲, 双性人话题仍然属于社会禁忌, 对此人群更多的是负面评价, 甚至在医学越来越进步的形势下, 绝大部分的人, 包括双性人本人, 都想将双性人转化为男性或者女性。正是由于存在从西方引进的病理化医学观念, 使得双性人的研究范围一直都很小。事实上古今中外, 关于双性人的案例很多, 新闻报道也很多。本文从刑法案例分析角度入手, 同时运用社会性别分析方法, 对三个涉及到双性人的刑事案件进行分析, 提出社会对双性人的整体认识和处遇、双性人在我国不属于合法正当的性别身份、双性人在刑法上的地位缺失等问题。

【作者简介】 胡莎(1988-), 女, 博士, 主要从事性别与刑法方向的研究。

1.1 性别模糊者被性侵害^[1]

2011年5月4日,犯罪嫌疑人张某(男)从背后抱住、拖拉、用石头砸晕17岁的被害人小燕(外形生理特征为女),之后褪下被害人裤子,发现被害人无女性生殖器,遂逃走。事后当地居民报警。当天被害人被送至医院进行检查,发现被害人体内同时存在子宫和卵巢,染色体显示为女性,但被害人先天性无阴道和外生殖器变性等。需要进行多次手术才能康复。通过本案我们可以看出:(1)普遍社会大众不知道什么是双性人。本案的新闻标题为“‘双性人’遭强暴”等语,同时某律师发表见解认为,只有强奸妇女才可能强奸罪,强奸男性或双性人都不构成犯罪,但实际上本案的被害人在性人类学上属于性别模糊者,并不属于双性人。本案中,如果被害人为双性人的话,需要具有染色体、性腺、激素、生理特征等一项具有典型男性特征才属于双性人;(2)在我们的观念中,性别是女是男,这是个首要的问题。本案中,人民群众包括公安机关,接触到这个案件时,马上将关注点和办案重点放在被害人的性别上,第一时间就将被害人送去医院去检测被害人的性别,检查她到底是男是女,其次再考虑本案下一步如何处理,而不是从保障基本人权的角度出发。笔者认为无论被害人性别是男是女,从形式要件来看,只要确实存在“女性”被性侵害的事实,就得去展开立案侦查工作。所以从切实维护被害人的各方面权利,特别是刑法权益的角度来说,本案中公安机关的做法虽然是社会大众的通常做法,但本质上看是搞错了重点;(3)即使承认双性人作为一个性别在社会上独立存在,其性别的分类也是以男性和女性区分为标准,因为同时具有男女两性特征,所以才叫双性人。根据性别区分以男女两性为标准,本案被害人没有男性特征,有部分女性特征,但天生缺少阴道等,所以医院从整体上认定其属于女性;(4)在我国双性人、性别模糊者始终要向男性或者女性靠拢,这是权力谱系的结果,主要是通过“两性畸形矫正手术”和荷尔蒙治疗法。本案中的被害人最终要进行很多种手术才能恢复真正的女儿身。如果生殖器畸形真的影响生活质量,损害身体健康,那这是逼不得已要畸形手术,但如果同时拥有男女两性的部分或完全生殖器或特征,并且除了因自己身体异于常人而产生被隔离感、被社会边缘化、被抛弃感等心理活动外,对身体不会造成什么病痛,那么笔者认为没有必要采取手术手段进行所谓的矫正。对于双性人,我们要做的就是营造一个宽容、理性和文明的法律、政治、文化环境,让其敢于容纳、接受上天赐予它的身体并自由地生活。所以本案中,即使没有认定被害人是否为妇女,都应该能够得到刑法的保护,应成立强奸罪(未遂)。

1.2 拐卖双性人案^[2]

犯罪嫌疑人张世林以外出旅游为由,将被害人(双性人)骗至安徽利辛县并将其拐卖给当地一名男性谭某,谭某在行夫妻之事时发现被害人为双性人,遂将其退回,其后被害人报案。1990年公安依据刑法第141条的规定以涉嫌拐卖人口罪立案,但犯罪嫌疑人在被检察院批准逮捕之后逃脱,直到1999年6月30日才被抓获。1999年11月13日,芦山县人民法院开庭审理张世林拐卖妇女案。犯罪嫌疑人辩称:被害人外形看上去就是女性,但拥有男性外生殖器官,其为双性人,1997年新刑法240条只规定了拐卖妇女罪,没有规定拐卖双性人也构成犯罪,所

以拐卖双性人无罪。最终法院认为本案犯罪嫌疑人不知道被害人为双性人,但以拐卖妇女的主观目的和客观行为实施了拐卖行为,属于对象认识错误,所以以拐卖妇女罪判处张世林有期徒刑1年6个月。通过本案我们可以看出:(1)法院的裁判理由是刑法上对象认识错误理论,从表现上看法院好像认为双性人既不属于女性,也不属于男性,认可双性人属于一个独立的对象。但实际上法院的根本出发点并不是接受、认可和保护双性人。从法院最终认定的拐卖妇女罪和对象认识错误来看,一般认定对象认识错误理论中最典型的例子是甲想杀乙,但认错人,将丙杀死,因为甲最终都是杀害了他人,只是发生了对象认识错误,再根据刑法第232条规定的“故意杀人的”的规定,所以仍然可以成立故意杀人罪。但本案最终认定为拐卖妇女罪,从本质上说,法院还是认为刑法对双性人的保护仍然必须依附在妇女的身份之上。同时法院还认为,如果明知被害人为两性人,没有发生对象认识错误,仍将其出卖,则可以构成诈骗罪。此时法院直接表示双性人不是人,在明知情况下,并不能构成拐卖人口的犯罪;(2)即使按照法院的思路,本案属于对象认识错误,可以成立拐卖妇女罪,那么很明显本案适用法律错误,应适用行为当时的法律。因为根据1979年刑法第141条规定:“拐卖人口的处5年以下有期徒刑”,1997年刑法第240条规定:“拐卖妇女、儿童的,处5年以上10年以下有期徒刑”,根据从旧兼从轻原则,也应该适用前法,定拐卖人口罪;(3)双性人、变性人、性别模糊者等在刑法上地位缺失。在我国只有等到真正出现了疑难案件,被新闻媒体曝光,中央予以重视时,对双性人的话题才慢慢多起来,但最终还是归结到一个日常道理:无论是男性、女性、双性人、变性人都受到刑法的平等保护适用,但实际上刑法上处处以父权制为根本出发点,刑法的性别为男性,男女两性的平等工作都还没有得到很好的完成,更遑论保护双性人的正当法律利益呢?但真正实现男女两性平等,应该首先要攻克最难点,而双性人社会性别的构建就是其最难点。

1.3 古代双性人诱奸妇女案^[3-5]

宋咸淳间,浙人寓江西。召一尼教其女刺绣,女忽有娠。父母究问,曰:“尼也。”父母怪之,曰:“尼与同寝,常言夫妇咸恒事。时偶动心”,尼曰:“妾有二形,逢阳则女,逢阴则男。揣之则俨然男子也,遂数与合”。父母闻官,尼不服,艳之无状。至于宪司,时翁丹山会作究,亦莫能明。某官曰:“昔端平丙申年,广州尼董师秀有姿色,偶有欲滥之者,揣其阴,男子也。事闻于官,验之,女也”。一坐婆曰:“令仰卧,以盐肉水渍其阴,令犬欲之。已而阴中果露男形”。如其说验,果然,遂处死。历代都有此类双性人骗奸诱奸事件。这只是其中的一个例子。从这个案件中我们可以看出以下几个问题:(1)在中国传统文化中,现代仍然如此:同性之间是没有身体禁忌的,特别是女性之间是可以同睡一张床的。这就为双性人对无知少女诱奸行为提供了肥沃的文化土壤。本案中的双性人最终被处死,笔者认为为了预防我们社会今后发生这种诱奸案件,应在社会上普及双性人的知识,让社会大众对双性人有一个更加宽容客观的了解;(2)双性人的心理不同于其他性别的人,我国并没有去专门研究双性人群体的心理。从民主法治、个人权利的角度来看,法律保护应该惠及到每一个个体,这样才能真正确保让人

民活得有尊严;(3)本案因为触犯了封建父权制的伦理秩序,使未嫁女怀孕,所以最终被处死是可以理解的。但我们排除它触犯王法这一点,仅从查验双性人的性别,然后预想之后对其双性状况的处理,我们可以知道,由于当时医疗技术没有如今这么发达,也没有矫正两性畸形外科手术,所以很少出现当今我们盛行的主动且“自愿”地去实施“两性畸形矫正手术”、“切除生殖器官”、“切除乳房”等残酷且不人道的肢体摧残。

2 双性人概述

针对第一部分刑事案例的分析,笔者进一步阐述双性人的定义、判断标准、性别问题、在人口中的比例等问题,最后呼吁构建双性人的社会性别,主张运用酷儿刑法理论,首先在刑法上切实地做到更好地应对具有紧迫性、严重社会危害性的双性人案件,保护双性人的合法权益,真正实现适用刑法人人平等。

2.1 双性人的定义

双性人(Intersex),又叫阴阳人(Androgyne)、雌雄同体(hermaphrodite)、两性人、间性人、半雌雄、雌不雄、人妖、两性畸形等等。我国古代叫做“二形”、“人屙”和“天阉”等。对于此类概念学理上并没有一个统一而清晰的界定。但一般是指生理结构和生殖系统不符合典型的男性或女性^[6],比如某人外形看上去像女性,但是体内有男性生殖器官,或者外形看上去像男性,体内有女性生殖器官,又或者某人外生殖器官既不像典型的男性或女性那样完整,或者同时显示具有两性部分外生殖器官等等。本文不用阴阳人(androgyne)一词,虽然台湾用该词指代这类人群,笔者也通过浏览调查新浪微博关键词发现,在论及双性人话题时,“双性人”和“阴阳人”这两个词的适用频率最高,但本文还是使用“双性人”一词。在笔者看来,“阴阳人”一词主要是指单性别的人集中了两种性别的特征,其对阳性和阴性特征都表示认同,这是一种积极且超越性格角色刻板印象的性格配置。简单来说,在日常生活用语中就是指“中性风”,具体反映在工作作风、人物性格和服饰装扮等方面,主要是属于社会心理学的概念。“阴阳”也会让人联想到我国古代传统文化中的太极图,太极图上阴阳之间的曲线表现阴阳之间不是截然分开的,而是黑中有白,白中有黑,界限模糊,难以确定^[7]。这个词在我国传统文化上内涵及其丰富,而西方心理社会学语境下,其蕴涵相对比较单调。因此这个词没有“双性人”的这一称呼来得直观简明。同时阴阳人在我国日常会话中属于脏话,为贬义词,而双性人这一称呼属于中性词。有学者说阴阳人这一称呼通俗易懂,但如果我们看看如今特别盛行的年轻时尚的耽美文学,就会知道双性人已经成为了一种独特的耽美文学类型。“间性人”一词过于学究气,且社会普及度低,不予采用。雌雄同体一词属于动物学术语,因为其令人产生误导、迷茫和感觉迟钝,认为被称呼为此的这类人群具有性别发展障碍,所以被大多数专家、病人或者家庭所弃用。而“两性人”中“两性”一般是指男性和女性,二者是泾渭分明的独立个体,所以“两性人”这一称谓没有道出双性人的独有地位。至于其他的称呼普及率不高,本文也不予采用。

2.2 双性人的判断标准

双性人成因复杂,在医学界,即使通过现代诊断科技也无法得出明确的结论。双性人的形成主要由性别决定和性别分

化过程中的基因突变所导致,性别决定包含了细胞镶嵌型、染色体层次破坏型、基因易移位造成的破坏型和基因序列突变型等情形。而基因序列突变型中有至少五种类别。同时,每种类型的成因都不甚相同,同时各个成因仍然都还有争议^[8]。我国如今认定双性人的标准是染色体,根据染色体(XX为女性,XY为男性,其他染色体组成为双性人)^[9],一般将双性人分为:(1)真两性畸形,体内同时具有卵巢和睾丸两种性腺组织;(2)女性假两性畸形,主要先天性肾上腺皮质增生,孕期服用人工合成的孕激素,出现喉结,阴蒂增长如阴茎状,尿道开口于阴蒂,大阴唇部门融合如阴囊状;(3)男性假两性畸形,性腺为睾丸,性染色体为XY,外生殖器紊乱。事实上,判断个体的生理性别是个十分复杂的问题,主要需要考虑染色体、性腺、激素、外生殖器、外形发育、心理性别和体貌特征等性别因素。以染色体为根据将双性人“鉴定”为男性或者女性,是为了应对成为社会异类的个体焦虑,从而寻求染色体标准,使“患者”融入到主流二元性别两分制之中,从而取得合法的社会性别身份,因为成为男性或女性属于拥有公民权的必要条件,双性人在我们法律上没有正当地位和合法身份^[10],其只能改造肉身寄生于男性或女性身份之中,这样才能得到法律认可和社会肯定。这种分类的标准但把原本也属双性人类型的睾丸女性化综合征(Testicular Feminization syndrome, XX)、单纯性腺发育不良(Simple Hypogonadism, XX)、男性综合征(46, XX male syndrome)和47 XX综合征(47 XX Syndrome)排除在外,认为此类人都属于女性。例如,某人外形生理特征为女性,但成年后不来例假,25岁时发现自己身体的染色体核体为46XY,即为男性。笔者认为,此时即使染色体表明他为男性,也无法让其将自己归属于男性,因为从外形特征、心理性别上看其为女性,所以此人实际上为双性人。所以单独的染色体标准不可取。有句拉丁文说:阴阳人依其显现之性别优势确定男生,即依据明显的外在特征判断性别,但双性人在不同的年龄段会呈现不同的外形特征,有些会一直呈现某种性别特征,这种方法完全否定了双性人群体的存在,在医学技术越来越发达的今天,这种判断方式也不足取。仅仅依据单个性别要素判断性别都难以成立。上述所列的性别要素复合交叉对性别判断起作用的,各个要素不统一,就会形成双性状态^[11],不存在检测某人是男还是是女的唯一标准^[12]。从不同的角度会得出不同的观点。我们应以人文关怀为出发点客观地判断和承认“人生具两形者,古即有之”^[13]的双性人。

2.3 双性人的性别

人的性别很复杂,分为生理性别、心理性别和社会性别等。很多双性恋者拥有双性人心理性别,但并不是双性人。比如著名的“德国新电影学派四杰”之一法斯宾德就觉有明显的双性人心理,但生理性别为男性。生理结构(如染色体等)和生理机能(如性征发育等)在认定个体性别时作用有限,但属于识别个体性别的前提。双性人对自身性别身份的探寻过程充满了嘲笑、谩骂和痛苦。在医疗技术不发达的改革开放初期,只能通过先给患者“打麻药”,再进行活体解剖才能最终确定“是男还是女”。现在有腹腔镜检查,比以前更人道。如今对于生物性别难以定为男性或女性时,通行做法是在满足一定条件后,基于当事人的意愿进行性别分配手术,从而改变生物性别。笔者认

为对于双性特征危及生命安全时,可以实行性别矫正手术,例如混合性腺发育不全者需要切除性腺,因为会转化为恶性肿瘤。双性人在进行性别外科手术时,会出现两种情况:(1)在孩子很小时,父母为了孩子“最大的利益”,对孩子进行性别“矫正”手术,从而能抚养“正常”孩子;(2)基于孩子成年后施行知情同意权,再进行手术。我们应该平衡父母抚养“正常”孩子和当事人知情同意权之间的利益冲突。我们应关注儿童术后长期损害后果,在父母对“两性畸形”整形手术的知情同意权与宪法规定儿童人身完整权和人权尊严权相冲突时,法律应优先保护儿童宪法基本权利^[14]。事实上,性别只有经历了时间的考验才能被诊断出来^[15]。在青春期发育完全、生理上的身体已经定型后再根据当事人知情同意后手术,更有利于当事人的利益。同时如果在幼年施加手术的话,因儿时不知那是所谓的“医疗行为”,成年后往往将其认为是童年时遭受的性侵害,从而产生严重的童年阴影。同时我们也知道即使是做手术,通常都要进行多次手术,并且要结合其他后续疗法,比如注射荷尔蒙、长期扩充阴道等。国外有个人甚至进行了16次手术^[16]。基于具有双性身体构造的人的请求,2004年5月27日美国旧金山市人权委员会举行听证会,探讨对双性婴儿和小孩实施的医疗干预手术使其“正常化”的议题。2005年4月28日,该部门基于前述听证会,做出正式报告。该报告中的各种资料,证词和信息由具有双性身体构造的小孩家长、成年人、医疗服务提供者、学者、法律专家、倡议组织、城市代理机构部门和公众等提供。该报告认为除了真正的治病需要,任何使双性人“正常化”的医疗程序必须延期至双性人有能力行使知情同意权之后^[17]。据此,这种观点也得到了国外大多数新近学者的赞同。澳大利亚首都领土政府正在考虑修改《出生、死亡和婚姻法》,即将在出生证上承认跨性别者和双性人,与此同时,也在考虑单列“性别未定”这一类别^[18]。

同时,如今很多双性人,特别是经济发达的地方,很多双性人放弃采取荷尔蒙干预外科手术“治疗”,直接表示:不做男子,不做女子,要做自己。所以,双性人只是一个称谓,需要有个概念指称这类人群,双性人为一个独立的性别,以保障基本人权为出发点,应避免公权力,特别是作为公权力的典型代表——刑法,强迫将其规训为男性或者女性。

2.4 双性人的比例

我国目前还没有专门针对双性人在人口所占比例的调查研究。关于双性人在人口中的比例,国外有很多不同的研究成果,一般认为性别模糊者的出生率在人口中的比例是1.7%~4%。据说在美国,每年有1500~2000个孩子出生时外生殖器模糊^[19]。在我国当今文化背景下,人们的传统观念是,双性人患有必须要治愈的疾病——两性畸形症,在发现其生殖器官性别模糊,两性生理特征非男非女,或者当事人及其亲属发掘自己身体易于常人时,就会陷入焦急苦闷,紧张不安的“病患状态”之中,渴求其恢复男儿或者女儿“真身”,长途漫漫、遥遥无期的求医之路就此铺展开来,外加高昂的医药手术费,使得许多家庭变得重负难释、苦不堪言,渴求媒体关注和社会捐款。他们主要是要寻求医疗手段,进行性别选择和矫正手术,将对其进行外科手术,使其外生殖器变成单一性别,或者切除部分

内生殖器等,然后再辅以激素等治疗方式。这种做法是来源于西方医疗技术的引起。美国从1930年开始“治疗”双性人,认为荷尔蒙和整形术可以使患者回归正常的男性或女性^[20]。我们的世界,包括中国,并没有真正认可双性人的正当合法的独特身份和地位,绝大部分人都恐跨性别,双性人仍然是一个禁忌话题,社会上对其报道也不够充分,同性恋群体比双性人群体的媒体曝光更充分一些,导致很多人认为近年来同性恋增多了,实际上同性恋人群在人口中的比例从来没有突然增多或锐减,只是由于社会的逐渐开明使人们接触或听到更多的同性恋话题,这种社会现状让人产生幻觉,以为同性恋人数增多。就好像风险社会理论,早在上个世纪初期就已经发生了很多体现风险社会已经到来的人为事故,但那时的国情无法让我们去探寻、研究和发展风险社会理论。风云变化的如今,我国人民生活水平、经济实力和国际地位大幅度提升,而风险社会的风险不是“技术风险”、“健康风险”、“贫困风险”,而是“生态和高科技风险”,危及到这个地球上所有的生物^[21],所以导致国民的风险意识大幅度提升,从而使得风险社会理论成为我国刑法学理论前沿热门话题。可事实上,我国21世纪初期的社会风险并没有显著增加,自然界还是一如既往地遵循着上个世纪的发展轨迹,朝着它应有的方向前进,而随着人类主观能动性大幅度提升,越来越多的人会关注那些属于风险社会的风险。双性人在社会议题中相对不受重视的原因还有:双性身体具有个人私密性,身体特征也很隐蔽,一般来说,从外形上是无法看出对方的真实性别状况,双性人及其家人也不愿意将此类“丑事”诉与外人听。同时大陆也缺乏相应的非政府志愿者组织机构,加上政府不予过问,在此方面的研究相对来说就比较少了。笔者认为双性人不是“有病”,应对其去病理化。双性人只是生物性别生成过程中的一种变异现象,就好像头发颜色的变异,身高体型的变异,习惯用左手等情形一样,实属正常。所以如果双性身体状况不是危及生命健康,尽量不要在身上动刀子。对身体健康的双性人实施性别“矫正手术”,侵犯了双性人身体完整权、人格尊严权、性愉悦权、生育权和性别身份权等等。

2.5 构建双性人的社会性别

我不可能将每个人清晰地分为女性或者男性,但并不是说查找出对方是男还是女很难,而是即使我们从生物性别角度将其变为男性或者女性,并在社会性别构建中将其以男性或女性来对待,但实际上他们始终不会变成公认的男性或者女性的类型,只有双性人个体才能感受到自身的细微生理差异,在他们的心目中,一直都是知道自己异于常人,并且渴望社会能够真正地接受他们,而不是非得要换上其他性别的“画皮”。对两性的研究,科学界一直存着这样一种规律:坚持或否定传统伦理文化和社会结构的人文社科学者总是需要生物学家给出相应理念的生物学支持。但科学家得出的结论没有考虑社会、环境和个体心理等综合因素^[22]。所以在判断个体性别是应以心理性别为参考,生物性别为基础,社会性别占主导。因为人属于社会中的人,在拥有生物肉体的前提下,其性别的培养、形成、固化和定型等都属于社会性别的范畴。社会学中立法和司法意义上的性别是社会性别,而不是生物性别^[23]。从社会性别分析视角来看,性别在后天社会中形成的,受政治环境、传统习俗

和社会文化等各种外在因素的影响,性别造成了分化,在我们的社会上,一朝为男性或者女性,将终生为男性或女性,其判断的标准就是出生时外生殖器的情况。但实际上1.7%~4%的新生儿出生时,既不能判断为男性,也不能判断为女性,但基于社会性别两分法的现状,特别是同性恋恐惧症、跨性别恐惧症和异性恋主义强大的社会影响,导致在分配双性小孩心理性别和社会性别的决策过程中使生殖手术和性激素治疗“正常化”。我国根据不同家庭经济承受能力和新闻媒体呼吁关注和捐款报道等情况会在小孩出生不久对其进行“两性畸形性别矫正”手术。这种简化性别分类的做法,符合社会通常的状况,易于管理、掌控和理解,但是掩盖了真正的社会问题,否定了双性人在社会中的正当性地位,抹杀了双性人性别身份、人格独立、性高潮、性角色等基本人权。同时总体上来说,法律置科学前沿的性人类学研究成果于不顾,没有看到性别具有流动性,即可以予以改变,而仅仅根据差异平等理论,从保护弱势群体、关怀伦理的角度出发,采用女权主义激进派的做法,对弱势群体予以特殊保护,这种做法强化了性别差异,体现了集体主义和国家干预主义^[24]。而刑法,最早、也最容易发现社会的巨大漏洞,其理应具有先锋性,应充分利用社会分析方法,从认可双性人身份为突破口,逐渐形成酷儿刑法理论^[25]。酷儿刑法理论主要是指从改变刑法立法和司法实施环境为出发点,确立双性人在刑法中的正当地位,促使自由、人权、人格尊严等权利惠及社会各个性边缘人群,如同性恋、双性恋、变性人、性受虐者、性施虐者、连体人和双性人等等。而之所以以双性人为突破口,是因为双性人“非男非女”,最直接、正面且明显地冲击了男女两性二元的性别身份体制。同时自远古以来,女性与男性之间争取权力地位的斗争一直都很激烈,正所谓“阴阳交争,降扶风,杂冻雨,扶摇而登之,感动天地,声震海内”(《淮南子·览冥训》)。本文跳出男性与女性(两性)之争,直接上升到双性人正当法律地位之争,切实地为急需法律保护的少数酷儿群体争取权益。有学者主张,为了实现实质平等,双性人作为社会的弱智群体,和妇女、儿童、残疾人一样,都属于生理性弱势群体,需要受到刑法的特殊保护^[26]。笔者认为双性人与妇女、儿童、残疾人在刑法的保护上不可等量齐观,毕竟双性人在社会上属于不正常的人,而妇女、儿童、残疾人属于正常的人。所以我们首先要做的是从体系上对男性刑法做一个完整的性别清理。刑法应客观地承认双性人的合法身份和地位,形成性别中立的刑法。

参 考 文 献

- [1] 17岁漂亮“双性人”遭男子施暴 来成都鉴定后确认是女孩. 四川新闻网: http://scnews.newssc.org/system/2011/06/14/013200252_01.shtml, 2013年5月12日访问。
- [2] 最高人民法院刑事审判第一庭、第二庭. 刑事审判参考. 北京: 法律出版社, 2000(6): 13.
- [3] 张杰. 中国古代的两性人(一). 中国性科学, 2004, 12(6): 33-37.
- [4] 张杰. 中国古代的两性人(二). 中国性科学, 2004, 12(7): 31-33, 43.

- [5] 张杰. 中国古代的两性人(三). 中国性科学, 2004, 12(8): 31-33.
- [6] What is intersexo. Intersex Society of North America[EB/OL]. available at http://www.isna.org/faq/whati_sintersex, 2014-01-9.
- [7] 潘绥铭. 中国性革命纵论. 台北: 台湾万有出版社, 2006: 52-55.
- [8] L Chau, Jonathan Herring, Defining, Assigning, Designing Sex. International journal of law. Policy and the Family, 2002(16): 329-331.
- [9] 樊名胜. 性学辞典. 上海: 上海辞书出版社, 1998: 288-290.
- [10] See Jo Bird, Outside The Law. Intersex medicine and the discourse of rights. Cardozo Journal of Law & Gender, 2005(12): 60-80.
- [11] 林红. 人类视野下的性别思考——以双性人的境况为例. 厦门大学学报(哲学社会科学版), 2012(3): 57-62.
- [12] Alice Dreger, Is anatomy destiny? [EB/OL], Dec 2010 · Posted Jun 2011 · TEDxNorthwesternU, available at http://www.ted.com/talks/alice_dreger_is_anatomy_destiny.html, Filmed.
- [13] 沈德福. 万里野获编. 北京: 中华书局, 1959: 929.
- [14] 李燕. 双性儿童性别确定的法律问题探究. 青少年犯罪问题, 2009(2): 28-32.
- [15] 朱迪斯·巴特勒. 消解性别. 郭吉力译. 上海: 上海三联书店, 2009: 83.
- [16] Sara R, Benson, Hacking. The gender binary myth: recognizing fundamental rights for the intersexed. Cardozo Journal of Law & Gender, 2005(12): 47.
- [17] The Human Rights Commission of The City & County of San Francisco. A Human Rights Investigation Into The Medical “Normalization” of Intersex People - A Report of A Public Hearing. available at <http://www.sf-hrc.org/modules/showdocument.aspx?documentid=1798>. 2005, (4).
- [18] See Noel Towell, Intersex pondered as gender category[EB/OL], available at <http://www.canberratimes.com.au/act-news/intersex-pondered-as-gender-category-20130217-2elmr.html>. 2014-01-09.
- [19] Erin Lloyd, From The Hospital To The Courtroom: A Statutory Proposal For Recognizing And Protecting The Legal Rights of Intersex Children, Cardozo Journal of Law & Gender, Vol. 12, 2005, 157.
- [20] Anne Fausto-Sterling, Sexing the Body: Gender Politics and the construction of Sexuality, Basic Books, 2000. 转引自[13], 40-45.
- [21] See Ulrich Beck, Risk Society: Towards a New Modernity, SAGE Publication London · Thousand Oak · New Delhi, 1992. 22.
- [22] 王维刚. 情感爆炸: 颠覆两性秩序. 河北: 河北科学技术出版社, 2002: 22-23.
- [23] 周丹. 中国现代性中同性欲望的法理想象: 爱悦与规训. 广西: 广西师范大学出版社, 2009: 162.
- [24] 周安平. 性别与法律: 性别平等中的法律进路. 北京: 法律出版社, 2007: 82.
- [25] Adele M. Morrison, queering domestic violence to “straighten out” criminal law: what might happen when queer theory and practice meet criminal law’s conventional responses to domestic violence. Review of Law And Women’s Studies, 2003(13): 101, 134-135.
- [26] 孙旭, 张永红. 两性人作为弱势群体的刑法保护问题. 求索, 2007(7): 105-107.

· 性文化 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.04.038

认知视域下小说中性爱隐喻英译

颜琪琳 李丽华

江西师范大学外国语学院,南昌 330022

【摘要】 中国著名小说中不乏描写性爱的场景,然而多囿于社会传统规约,诉诸于隐喻的表达方式,其中含蓄的隐喻凝聚了作者独特的想象力与洞察力,也为读者提供了一座颇为享受的美学天堂。隐喻是一种基本认知模式,是图式或概念的相互作用。本文在认知视域下将意象图式纳入 Carrell 三大图式中的内容图式,构建了隐喻翻译模式。这一模式主要体现在:译者翻译时的认知努力是为了实现译入语读者与原语读者所构建的形式图式、内容图式和语言图式的对等。本文将隐喻进行了分类,然后逐一从各隐喻出发,对英译读者与原语读者所构建的图式是否对等进行了认知阐释,并印证了隐喻翻译中实现图式对等的重要性。

【关键词】 性爱;隐喻英译;意象图式;认知视域

A Cognitive – based Translation of Sex Metaphors in Chinese Novels YAN Qilin, LI Lihua. School of Foreign Languages, Jiangxi Normal University, Nanchang 330022, China

【Abstract】 Although some famous Chinese novels have depicted scenes of sexual love, they always resort to metaphorical expressions due to the social confinement. These implicit metaphors are the writer's individual flash of imaginative insight, offering readers an aesthetic paradise. Additionally, metaphor is a basic cognitive mode, that is, an interaction of schema or concepts. In this paper, content schema, one of the three major schemata proposed by Carrell, is joined with image schema in a unified cognitive – based model to account for the translation of metaphor. According to this model, the cognitive endeavor of translator is to realize the equivalence of formal, content and linguistic schemata in the mental representations of ST reader and TT readers. This article categorized metaphor and then accordingly gave a cognitive account for whether TT readers can construct the same effective schemata as ST readers. Also, the importance of achieving schema equivalents has been verified.

【Key words】 Sex; Translating Metaphor; Image Schema; Cognitive – based

【中图分类号】 H085.3

【文献标志码】 A

1 引言

恩格斯在《家庭、私有制与国家的起源》中认为性爱是性的冲动最高形式,夫妇之爱是性爱的最高形式。并将现代性爱分为两种:第一,性爱是以所爱者的对应的爱为前提的(男女平等);第二,性爱常常达到这样强烈和持久的程度,如果不能结合和彼此分离,对双方来说即使不是一个最大的不幸也是一个大不幸。因此在文学中的性爱叙事可以表现人物命运的悲剧或喜剧性,在人物塑造、情节推动、主旨表达中也都有一定的作用。

中国著名小说中不乏描写性爱的场景,然而多囿于社会传统规约,诉诸于隐喻的表达方式。从明清小说的《红楼梦》、《金瓶梅》到当代性爱诉求型的《废都》等^[2],无论文学中性爱描写如何演变,都能找到隐喻表达的踪迹。“说话者(作者)使用空间上其他具体实物来作喻体是为了描述自己/人物自身的心理感受,以求得读者与其更大的共鸣”^[3]。隐喻的表达可以引起

较大的读者语境联想,以此拉近与作者的距离。就连在西方性文学界直白描写性爱的劳伦斯也需要隐喻的表达方式来刻画人物性格,为男女主人公的命运变化铺陈,将女女性身体比作火、黑暗、电等。尤其是中国小说中含蓄抑或新奇的性爱隐喻虽然有时是规约下作者的无奈之举,但也造就了一部部经典之作,具有不凡的诗学意义。他们所言之物还又“从心之所欲而又不逾矩”,犹如在创作一幅水墨画:他们静静地泼墨点点,书写在二尺宣纸上,其间的留白,其间墨色的浓淡,虚实相生,意境是那样耐人寻味,给人无限联想。

而隐喻是“想象力和洞察力的独特闪现”^[4],无论作者选择此隐喻的最初动机是逃避严格的审查制度,抑或是单纯地营造其美学效果,抑或是刻意烘托人物心理等,作者的想象力与洞察力的独特魅力都不应该被译者轻易抹杀掉。因此研究小说中的性爱描写里隐喻的翻译,对保留作品的创作性以及诗学价值具有重要意义。

Jang 认为,因为 TT 读者(译入语读者)的图式实质上不同于 ST 读者(原语读者),一个形式对等的翻译,可能会造成 TT 读者的反应完全不同于 ST 读者;然而相反的是,认知层面的翻译将会考量 TT 读者的多个图式,也就产生了与 ST 读者较高的

【第一作者简介】 颜琪琳(1989-),女,硕士在读,主要从事认知语言学、模糊语言学与翻译方向的研究。

相似性的反应^[5]。因此本文对翻译过程进行认知层面上考察,以求 TT 读者与 ST 读者反应相似性。

丁国旗^[6]从认知视角对庞德诗歌的意象翻译进行过深入探讨,还有的学者就意象图式在翻译诗歌中意象的阐释力度作了一定的分析^[7]。但文中所指的意象都扩大为认知诗学的意象概念,并非都由隐喻带来的。另外 Rumelhart 以及 Carrell 的图式理论都被多维度地应用在阅读理解中,如今有渐渐向翻译中转向的趋势,例如图式翻译漫谈^[8]。然而少有清楚地阐释出意象图式与 Carrell^[4]的图式理论的关系。

本文依旧植根于认知语言学中的意象图式概念,并尝试着将其融入于 Carrell^[5]的图式理论框架,用于阐释性爱隐喻的翻译。

2 西方隐喻及其分类

从把隐喻看作修辞手法的,到而后以 Lakoff、Johnson 等人把隐喻视为概念的一种相互作用,这种相互作用渗透于我们的思维之中,而不只是存在于语言中,标志着人类用心理与认知的方法把隐喻理解为一种基本的认知过程或者结构,不再是局限于修辞与文学的探讨范围里。隐喻是一种认知现象,是源域的内部结构与以目标域的内部结构相一致的方式投射到目标域。

关于隐喻的分类有许多种方法。但按照其活性和强度分类是隐喻分类最常见的方式,也是最有助于理解和翻译隐喻的。在这一维度,以 Newmark 的分类最为突出。Dickins^[9]还有丁国旗^[6]都认为其中三类最易辨别的,在翻译分析方面仍为较实用和较全面的描述。它们的定义可归纳如下^[10]:

死隐喻:该隐喻的意象已不为人们所察觉,通常与表示空间和时间、人体主要部分、一般生态特征和主要人类活动等等的普世词语相关:space, field, line, arm 等。

库存隐喻:在日常语境下作为一种指称上或语用上表达生理和/或心理情景的方法,此表达有效且精炼。库存隐喻给人一定的亲切感,但又未因过度使用而导致隐喻僵化。

创新隐喻:多为原语作者创造或修改的。

其中,死隐喻和库存隐喻均被词汇化。因为它们是可以识别出是隐喻,但其意义在某语言中已经比较明确固定下来了的语言使用^[9]。文化烙印较深,需要译者多费工夫将隐喻“和谐”,使 TT 读者更为接受。相较而言,创新隐喻则非词汇化隐喻,因为其中“隐喻意义没有明确固定下来,而是随语境变化的,且通常需要读者在特定的场合下对它进行理解”。

3 基于图式理论的隐喻翻译模式

3.1 图式理论

追溯到 Kant Immanuel、格式塔心理学家 Frederic Barlet,再到 20 世纪 70 年代的图式理论学家 Rumelhart,根据图式理论,人们在理解过程时也就是我们在关联过去的经验或将新的体验构建于现存的知识图式中^[11]。Rumelhart^[12]指出“图式就是表征存储在记忆中概念的固有形象”。记忆里表征的知识的各要素间相互联系、作用,形成了具有一定理解作用的抽象知识结构的图式。每一理解行为方式都需要我们外界的知识,而图

式理论正是基于这一观点^[13]。

3.1.1 意象图式 意象图式一般定义为感知互动及感觉运动活动中的不断再现的动态结构,这种结构给我们的经验以连贯和结构^[14]。意象图式也被定义为空间关系和空间中运动的动态模拟表征^[15]。意象图式是一种基本认知模式,而隐喻可以是源语到目标域之间的意象图式认知模式的映射。也就是说意象图式也可用于识解隐喻^[16]。

Johnson 与 Lakoff & Turner 都对意象图式进行了阐释以及划分,经 Clauser & Croft 对其归纳整理得出以下几种意象图式:空间图式、路径图式、容器图式、力量图式、复合图式、存在图式以及身份图式^[5]。

但通过这些图式,还是只能给予我们空间关系与空间运动的基本动态关系,不足以形成文本隐喻内容全局的景象。

3.1.2 Carrell 的图式理论 Carrell^[4]基于 Rumelhart 的图式理论,主张图式的构建某种意义上,表征着各成分间相互作用,将其广泛用于 ESL 阅读理解上,而后国内也运用于阅读理解、听力、翻译等。他先后将图式划分为三类:形式图式、内容图式、语言图式。形式图式指的是有关读者如何理解文章的体裁、逻辑结构与修辞手法^[17];而内容图式是指读者对文本主题或背景的相关知识,包括相关的文化背景、习俗与地理、宗教、话题熟悉度^[13];语言图式指的是有关读者对文本语言的掌握,包括语法、词汇。其中,内容图式是这三者中最重要的部分,它直接反应读者是否很好的理解了原文本。该图式理论不但可便于我们理解分析语篇、词汇,也可用于识解隐喻。据上述隐喻分类,隐喻可有词汇上的规约化,也有语篇上的创新性,我们借此可较为宏观地把握文本中隐喻。若辅以最基本的隐喻认知模式——意象图式,则会如虎添翼,为隐喻翻译“保驾护航”。我们接下来将对它们进行整合,以重构出隐喻翻译的认知阐释模式。

3.2 修补与重构——隐喻翻译模式

Carrell 的三大图式则是基于文本的结构知识表征(结合文化语境与文本语境分析)。隐喻中十分重要的内容图式便是意象。构建出了意象图式,则完成了内容图式构建的一大半。但在意象图式无法在较短词汇中体现,便需要依照能引导我们理解所处文化与事物中基本相互关系来构建内容图式。所以我们把意象图式纳入三大图式的内容图式中,二者相辅相成。

另外,参照“识解隐喻时认知参照的背景——意象图式,文化依存评价,事件和动作的基本相互关系(如运动与行为,原因与结果相关联)”^[18]。我们可以得出:译者考虑 ST 读者与 TT 读者的认知语境时,需参照的文化依存评价,或是受文化依存评价影响(我们为便于说明翻译认知模式,下文称其为文化语境规约),才能构建出符合语境的图式。

基于上述分析结果,笔者在谭业升^[5]的隐喻翻译认知图解与张森^[19]的翻译认知模式基础上加以些许修改,这一修改主要体现在对翻译的认知先后顺序以及其认知网络结构进一步梳理。这一认知阐释模式旨在解释文学中隐喻翻译现象。简化如下,见图 1。

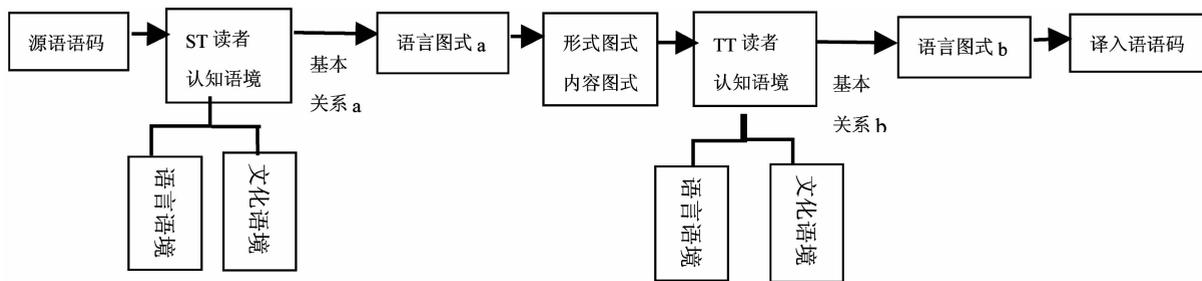


图1 认知识解模式网络结构

源语语码在经过原语的认知语境(语言语境与文化规约的语境)以及基本相互关系 a 的作用提取出语言图式 a,接着构建了初步的认知网络结构,其中包括文本的形式图式以及内容图式(意象图式也包含在内)。译者需要将这些从 ST 读者角度构建的内容、形式图式在 TT 中找到与此相匹配的内容、形式图式,而这一输出过程,还需要考虑译入语语境与基本相互关系 b,此时语言图式可能会有差异,因而在输出原语语义的符号表征之时,需要依据译入语语境作必要的调整构建形成语言图式 b,也就是译入语语码。如此,做到形式、内容、语言图式的对应和等效后,才能确保双方隐喻的认知匹配。

4 性爱隐喻英译

根据上述模式,我们将阐释中国小说中性爱隐喻的英译,即按照隐喻的各个分类举例并主要对 TT 读者对这些英译隐喻的认知反应进行解读,通过形式图式对等、包含意象图式的内容图式对等与语言图式对等分析三步走,以考察 TT 读者是否与 ST 读者等效。

4.1 死隐喻英译

例 1、蓝解放做爱办公室 黄合作簸豆东厢房
——莫言,《生死疲劳》第 42 章^[20]。

葛浩文译:Lan Jiefang Makes Love in His Office
Huang Hezuo Winnows Beans at Home^[21]。

“做爱”这一隐喻为人们长期使用,逐渐规约化了,失去了活性。进而使用时很少意识到它是在把爱比作物品,如同生产制作物品一般可以“做出来”,因该隐喻具有物体(object)这一存在图式的特点,可归属于意象图式中的存在图式。TT 读者见到“make love”后所构建的形式、内容、语言图式基本等效了 ST 读者的。汉语中这一词语原本便是借用了英语中的“make love”来简明地表达性爱,而后被汉语词典收纳,进而也在长期使用中成为了死隐喻。译者可以不费吹灰之力使 TT 读者的反应与 ST 读者的反应相同,便得益于英语这一相关的语言、文化语境长期在汉语中的渗透。

4.2 库存隐喻英译

例 2、然后说至警幻所授云雨之情,羞的袭人掩面伏身而笑。宝玉亦素喜袭人柔媚娇俏,遂强袭人同领警幻所训云雨之事。

——曹雪芹 & 高鹗,《红楼梦》第 6 回^[22]。

杨译:concluding with his initiation by disenchantment into the “sport of cloud and rain”...^[23]。

霍译:Every act of love, every carnal congress of the

sexes...^[24]。

杨宪益 & 戴乃迭的译文直接异化,保留了原语的云雨喻体,然而对 TT 读者而言是相当陌生,较难理解这背后含沙射影的实体。而 David Hawkes 又直接明示其为性爱,不留余味,毫无悬念。二者均损失了原文隐喻的诗学效果,未能引起 TT 读者与 ST 读者在隐喻认知效果上的相近。

原文的隐喻映射关系表示为:(源域 SD)云雨之情→(目标域 TD)男女房事。

关于“云雨之情”这一库存隐喻,其背后有丰富的文化语境(也就是文化规约限制)且看如下两种阐释:

(1)腾云驾雾如神仙!所以房事期间会有一种飘飘欲仙的感觉,让人觉得快活似神仙,所以古人房事也称“云雨”。

(2)至于“巫山云雨”成为了男女缠绵情爱之事的说法,最早见于春秋战国时期的楚辞《高唐赋》、《神女赋》等古文。这些古文写的是楚襄王和宋玉在游览云梦台时,楚王遇见了巫山之女,美丽动人,便立即宠幸她。她临别之时告诉楚怀王,她早晨为“朝云”,晚上为“行雨”会等待楚王的再次到来。

人们认为用“云雨”一词形容男欢女爱既生动形象,又文雅贴切,久而久之,“云雨”便成为了古代小说中描写男女房事的常用词语。

如前文所言隐喻是一种认知机制,应寻求译入语与原语的读者的隐喻认知一体化。基于这一观点,笔者建议译为“the sport of Zeus and Goddesses”。笔者也将此译文于英语为母语的美国、英国而来的外教检验,他们确实也能领会文中所指的性爱之事。

原文与译文的形式均是名词短语的形式,故 TT 读者对此形成的形式图式与 ST 读者的无偏差。

意象图式虽为基本的隐喻认知模式,但此处短短四个字,已无法让原文读者与译文读者构建动态表征的意象图式。此时 ST 读者参照其中的基本关系(运动与行为/变化相互关系),并根据依存的文化语境对此隐喻进行评价推理得出内容图式——性爱中的仙境之乐与巫山女子对楚怀王爱的缠绵回应。而 TT 读者同样追本溯源,唤起的是希腊神话中宙斯爱恋美色,与天上女神们有许多的风流韵事之说。两个内容图式共同隶属于一个更大范围的内容图式——神仙眷侣般的恋爱以及国王与天上人间般的女子之爱恋,同时隐喻中目标域——性爱——又不变。

谭业升认为特殊场景概念化过程,隐喻翻译构建机制可以是基于语境的一个创新型唤起这一场景的体验。译者可以将

其拓展为更大范围的内容图式,创造一个新隐喻以使得译入语文化得以相容^[5]。因此,我们可以“宽容”地说ST与TT读者所构建的内容图式大体等效。

语言上,TT读者倘若见到“love”,则不如见“sport”那样更易激起对宙斯风流与放荡不羁之性情的联想。如此,更易激活TT读者对目标域性爱的认知。

4.3 创新隐喻英译

例3、屋内灭了灯。天空很黑。不时有一两个星刺入银河,或滑进黑暗中,带着发红或发白的光尾,轻飘的或硬挺的,直坠或横扫着,有时也点动着,颤抖着,给天上一些光热的动荡。给黑暗一些闪烁的爆裂。

The light was turned off inside. The sky was deep black. Once in a while, stars stabbed into the Milky Way or streaked across the blackness with gleaming reddish or whitish tails trailing behind. They hovered lightly or fell swiftly; they fell straight down or swept across the sky. Sometimes they moved just a little, trembling and lending bright excitement to the sky above, lending brilliant flashes to the sky.

有时一两个星,有时好几个星,同时飞落,使寂静的秋空微颤,使万星迷乱起来。有时一个单独的巨星横刺入天角,光尾极长,放射着星花;红,渐黄;在最后的挺进,忽然狂悦式的把天角照白了一条,好像刺开万重的黑暗,透进并逗留一些乳白的光。

Sometimes only one star, sometimes many, flew down causing the commotion in the silent sky and confusing all the stars. Sometimes one great star stabbed into a corner of the sky, its gleaming tail long and shooting out star flowers of red and pale yellow. At the last entrance of all, one made an entire corner of the sky white with a sudden burst of joy as if it had cut the impenetrable darkness open, piercing it and leaving a milk - white glow behind.

余光散尽,黑暗似晃动了几下,又包含起来,静静懒懒的群星又复了原位,在秋风上微笑。地上飞着寻求情侣的秋萤,也作着星样的游戏。

The remaining light dispersed and the darkness moved down and enclosed everything like a curtain, while silently and slowly the cluster stars resumed their original positions and smiled gently above the breeze. Some lovelorn fireflies fluttered above the ground making their own meteor shower.

——老舍,《骆驼祥子》第6章^[25]。

译文来自 Jean M. James^[26]。

正如老子所云,天地相合,以降甘露。万物皆相似,男女交媾也同天地交媾之理。男女相合之时泄甘露。而老舍将男女性爱过程隐喻成了自然之星空景象。星“好像刺开万重的黑暗,透进并逗留一些乳白的光”将男女交合传神地表现出来了。这在自然中寻求喻体也正符合了老子所说的“人法地,地法天,天法道,道法自然”的思想。

4.3.1 形式、语言图式的对等 James 译文大多是直译,从语篇、句法结构上来看,译文读者所构建形式图式上基本与原语读者的相对等。

原文中主语较少,部分主语、宾语省略。译文则增添了“they”、“it”、“one”等指示词以及适当地补充了原本省略的宾语“the sky”等,如原文“轻飘的或硬挺的,直坠或横扫着”,译文“they fell straight down or swept across the sky”则使语句的主、谓、宾分明,句义清晰。这一主宾语明示的增添也绝非偶然,因为英语读者构建语言图式时,需要较为明显的逻辑关系。如此,才能保证TT读者所构建的与ST读者的都是语义逻辑分明的语言图式。

4.3.2 内容图式的对等 原文通过将银河、秋空、天角映射女性,而星映射着男性,成功地将星空变化这一源域系统地映射到目标域性爱中,女性卵巢、男性精子在其交合的情形下与星空变化这一自然之景在空间上、来源及路径和目标各自的相似之处也使ST读者重构了空间图式、力量图式、融合图式、路径图式,正因为隐喻具有连贯性、系统性,才理解了性爱似星空变化这一完整的创新型隐喻,同时,派生出了如下相关的隐喻映射:

源域	目标域
Make a Meteor Shower 星空变化 (流星雨)	Make Love 性爱
Milky Way 银河	Ovary 卵巢
Silent Sky 寂静的秋空	Inside Ovary 卵巢内部卵细胞周围
Corner of Sky 天角(夜空中某一特定位置)	Oocyte 卵细胞
Star 星(发红、发白的光尾)	Sperm 精子
[Force] [Unity] star stab/streak across/stab sky/corner	sperm stab/merge into oocyte
星 刺入/滑落/挺进 天空/天角	精子 刺入/融合 卵子
[Space] the spatial relation between stars and sky	sperm and ovary
星与夜空的空间关系	精子与卵巢的空间关系

[Scale] 路径图式:星空——流星点动着颤抖着刺入天角,带着发红或发白的光尾。

性爱——拖着尾巴的精子滑入卵巢,在其钙离子的浓度等作用下寻找卵细胞,并与之结合。

上述所有有关星空变化的意象图式几乎都可以在译文中再现,丰富了我们关于性爱的内容图式。

但仔细观察源域中的寂静的秋空在译文中只是对应 the silent sky。秋未译出来。而秋的出现并非偶然,还有三处有重复出现:秋空、秋风、秋萤。营造了秋的独特意境。首先我们需判断秋这一意境究竟是表示美好还是孤寂。

(i) 中方:萤因在夏季末出现,所以常与秋天结合起来。虽后期也不乏歌咏秋为收获之季,赞美秋之美景,如刘禹锡《秋词》中的“自古逢秋悲寂寥,我言秋日胜春朝”。秋天在古诗中多表示孤寂,清冷,如下:

“孤灯如秋萤,清夜自开阖”(陆游,《宿仁寺》),“废馆秋萤出,空城寒雨来”(贾岛,《泥阳宫》),“秋萤一点雨中飞,独立

黄昏思所知”(李咸用,《秋夕书怀寄所知》)。

(ii)西方:一般指收获的季节,也有落叶之寂寥的意思。且看“autumn”(英式)vs“fall”(美式)“fall”(the fall of leaves)这一词源就有体现秋叶飘零之萧瑟景象。

秋空前又有“寂静”这一词修饰。最初的秋之孤寂意象可见一斑了。前文中描述虎妞不同往日,竟诡异地涂脂抹粉地打扮自己,也是那夜遇见祥子前心理孤寂的体现。ST读者借助这基本的因果关系与文化语境,可构建出颇有寂寥之意的内容图式。具体为:黑暗的天空指女性的身体,“秋空”、“秋风”指原本孤寂的女性经历男女交合后也得到了愉悦。之后“群星”(祥子)在“秋风上微笑”表示虎妞与祥子在身体的相会之后都从孤寂到了愉悦的精神状态变化。

ST读者通过原文的星空与秋两大意境,形成了性爱的丰富意象图式以及另一内容图式——女性身体孤寂。而译文的秋这一概念的缺损,整个内容图式不对等,隐喻认知相继受损,TT读者构建的关于虎妞与祥子这段性爱的内容图式也就不完整了。因而秋之意境需在译文中有所体现。鉴于上述秋之词源的分析,笔者认为秋的孤寂可适当通过“in the fall”的增添,使其一定程度上在TT的读者认知中再现。

5 结语

意象图式多停留在空间上运动的基本动态表征,往往不能诠释出所有的内容图式。此时只有借助对基本相关关系、文化语境的关照才能体现完整的内容图式。但我们也要看到在隐喻翻译中,意象图式能为识解隐喻所反应的主题或内容提供一条明线,因此有必要将它纳入内容图式。

本文整合了Carrell的图式理论与Clauser & Croft归纳的意象图式理论,以TT读者与ST读者反应等效为目的的隐喻翻译活动进行阐释并使之模式化。而后本文就TT读者与ST读者对不同活性性爱隐喻的译文具体反应,即所构建的形式、内容(包含意象)、语言图式分别作了认知阐释。分析结果表明:不论性爱的隐喻活性、强度有多大差异,不同语言文化中都有类可聚;虽然在翻译的过程中,隐喻活性不免会被削弱或增强,但译者通过分别考量ST与TT读者构建相关的具体图式,可以更为直观地深层地聚合两个文化系统网络中的语言符号,以读者图式等效为目的,将译文隐喻的可接受性与充分性最大化。同时,再一次验证了先前笔者在认知视域下所拟构的隐喻翻译认知模式具有实际的阐释力和指导意义。

本文仅在隐喻翻译上做了初步描写与探索,希望此文能为后续研究者在认知层面上分析翻译活动和评价方法上带来一定的启示。

参 考 文 献

- [1] 弗里德里希·恩格斯. 家庭、私有制与国家的起源. 北京:人民出版社,2003:34-39.
- [2] 杨经建. 性爱叙事:文学史意义上的价值建构——论中国文学史上三次性爱文学创作浪潮. 学术界,2007(6):67-76.
- [3] 约翰·泰勒. 应用认知语言学十讲. 北京:外语教学与研究出版社,2007:189.
- [4] Dagut, M. B. Can “metaphor” be translated? Babel, 1976(1):21

-23.

- [5] 谭业升. 跨越语言的识解——翻译的认知语言学探索. 上海:上海外语教育出版社,2009:21-98.
- [6] 丁国旗. 认知语法视角下的意象分析与翻译. 杭州:浙江大学出版社,2010:139-151.
- [7] 杨俊峰. 从古典诗歌中意象翻译看意象图式理论的阐释空间. 外语与外语教学,2011(4):66-70.
- [8] 刘明东,刘宽平. 图式翻译漫谈. 外语教学,2004(4):50-52.
- [9] Dickins J. Two Models for Metaphor Translation. Target,2005(2):227-273.
- [10] Newmark P. A Textbook of Translation. London: Prentice Hall,1988:102-106.
- [11] Carrell P. L. Some Issues in Studying the Role of Schemata, or Background Knowledge in Second Language Comprehension. Reading in a Foreign Language,1983(1):81-92.
- [12] Rumelhart D. E. The Schemata: the building blocks of cognition. In R. J. Spiro, B. C. Bruce & W. F. Brewer. (eds.). Theoretical Issues in Reading Comprehension: Perspectives from Cognitive Psychology, Linguistics, Artificial Intelligence, and Education. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates,1980.
- [13] Carrell P. L., J. C. Eisterhold. Schema Theory and ESL Reading Pedagogy. TESOL Quarterly,1983(19):81-92
- [14] Johnson, M. The Body in the Mind: The Bodily Basis of Meaning, Imagination and Reason. Chicago: The University of Chicago Press,1987.
- [15] Gibbs R. W. Jr, H. J. Colston. The Cognitive Psychological Reality of Image Schemas and Their Transformation. Cognitive Linguistics, 1995(6):347-378.
- [16] Lakoff G. Women, Fire and Dangerous Things: What Categories Reveal about the Mind. Chicago: The University of Chicago Press, 1987:113-114.
- [17] Carrell P. L. Evidence of a Formal Schema in Second Language Comprehension. Language Learning,1984(2):87-112.
- [18] Ungerer F, H. J. Schmid. An Introduction to Cognitive Linguistics. Beijing: Foreign Language Teaching and Research Press,2011:119-120.
- [19] 张森. 认知视域下翻译距离的构建策略研究. 天津外国语学院学报,2013(2):31-36.
- [20] 莫言. 生死疲劳. 上海:上海文艺出版社,2012:401.
- [21] Mo Yan. Life and Death Are Wearing Me Out. Translated by Howard Goldblatt. New York: Arcade Publishing,2011.
- [22] 曹雪芹,高鹗. 红楼梦. 长沙:岳麓书社,2004:37.
- [23] Cao Xueqin, Gao E. A Dream of Red Mansions. Translated by Yang Xianyi & Gladys Yang. Beijing: Foreign Languages Press,1978:88.
- [24] Cao Xueqin, Gao E. The Story of the Stone. Translated by Hawkes, D. London: Penguin Group,1973.
- [25] 老舍. 骆驼祥子. 北京:人民文学出版社,2000:50.
- [26] Lao She. Rickshaw: the novel of Lo-t'o Hsiang Tzu. Translated by James, J. M. Honolulu: The University Press of Hawaii,1979:52-53.

(收稿日期:2013-11-12)