

• 性医学 •

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.07.001

前列腺增大中老年男性对性生活事件态度及其相关因素调查

刘志中¹ 郭小亮² 蒋先镇² 吴萍辉² 谌安君² 汤育新^{2△}

1 中南大学湘雅医学院附属肿瘤医院(湖南省肿瘤医院)泌尿外科,长沙 410013

2 中南大学湘雅三医院泌尿外科,长沙 410013

【摘要】目的:了解长沙地区前列腺增大的50~69岁男性人群对性生活事件态度,同时分析相关影响因素。方法:筛选2007年1月至12月湘雅三医院健康管理中心发现前列腺增大的50~69岁男性989名,平均年龄(61.2±5.2)岁。对调查对象进行面对面调查,了解其对性生活事件态度,量化评分为0、1分(阴性、阳性)。分别对年龄、腰围、体重指数、受教育水平、每周运动次数、饮酒吸烟习惯、前列腺体积和对性生活事件态度进行统计学分析。结果:年龄、每周运动次数、前列腺体积和对性生活事件态度之间有统计学意义($P<0.05$),年龄、前列腺体积和每周运动次数与对性生活事件态度呈相关性。受教育水平、吸烟对性生活事件态度有一定影响。结论:随着年龄的增加人们更加关注自身健康问题,特别是对性生活事件关注明显增加。平时经常运动的人对性生活事件的关注也高,而前列腺体积增加导致的LUTS症状促使人们对性生活事件态度阳性率增加。

【关键词】 前列腺增大;流行病学调查;性生活事件态度

Attitude of medium - elderly men with BPE on sexual life and related factors investigation LIU Zhizhong¹, GUO Xiaoliang², JIANG Xianzhen², WU Pinghui², CHEN Anjun², TANG Yuxin^{2△}. 1. Department of Urology, Hunan Provincial Tumor Hospital / Affiliated Hospital of Xiangya Medial School of Central South University, Changsha 410013, China; 2. Department of Urology, Third Xiangya Hospital, Central South University, Changsha 410013, China

【Abstract】 **Objectives:** To investigate the attitude of men at 50 - 69 years old with benign prostatic enlargement (BPE) on sexual life, and to analyze related factors. **Methods:** A total of 989 males with BPE at 50 - 69 years old (mean age of 61.2±5.2), who had a health examination in Third Xiangya Hospital of Central South University between January and December 2007 were selected and investigated face to face to learn their attitude towards sex life with scale score of 0 or 1 (negative, positive). Statistical analysis about their age, waistline, body mass index (BMI), education, weekly sport, alcohol consumption, cigarette smoking, prostate volume and attitude on sexual life were conducted respectively. **Results:** There were statistical significance between age, weekly sport, prostate volume and attitude to sexual life ($P<0.05$); age, weekly sport and prostate volume was relevant to attitude towards sexual life; BMI, education and cigarette smoking exerted a certain influence on attitude towards sexual life. **Conclusion:** People become increasingly concerned about their health as they grow older, particularly more attention to sexual life. Man exercise often has higher attention towards sexual life, while the LUTS caused by BPH leads to an increased attention of positive to sexual life.

【Key words】 Benign prostatic enlargement; Epidemiological study; Attitude towards sexual life

【中图分类号】 R697.32

【文献标志码】 A

良性前列腺增大(BPE)是中老年男性常见体征^[1],常发生在50岁以上的男性。目前对前列腺增生症(BPH)和性功能障碍(SD)的研究成为医学界热点,但对BPE人群对其自身性生活事件态度的研究较少。为此,我们在湖南长沙地区针对有前

列腺增大的989例中老年人群对其性生活事件态度进行调查并分析相关影响因素,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象

2007年1月至12月在中南大学湘雅三医院健康管理中心体检发现前列腺增大且符合以下标准的男性989例。

入选标准:已婚男性,近半年有性生活,年龄在50~69岁,经肛彩超诊断前列腺增大^[2],无低回声结节,PSA正常。

剔除标准:有明确的生殖器解剖学畸形;脊髓损伤;心理异

【第一作者简介】刘志中(1976-),男,主治医师、硕士,主要从事泌尿肿瘤与男科研究。

△【通讯作者】汤育新(1970-),男,教授、博士生导师, E-mail: mmccct@126.com

常(抑郁症或精神分裂症),且经治疗不能很好的控制;前列腺尿道手术史。

1.2 研究方法

一般性资料:年龄、婚姻、受教育水平、腰围、身高、体重、体重指数等信息。我们将教育程度分为四组,分别为小学组、中学组、大专组、大学及以上组。

全面体检:目的在于发现与性功能有关的神经、生殖系统缺陷及异常。

病史询问:详细了解病人每周运动次数、吸烟和饮酒情况、既往病史、排尿症状和性功能情况。按每周运动次数将调查对象分为基本每日运动(每周运动次数大于或等于 5 次,每次运动时间超过 1h)组、经常运动(每周运动次数 2~5 次)组和很少运动(每周不超过 2 次)组;按每日吸烟支数分为常吸(每日 5 支或者 5 支以上)组、偶吸(每日 5 支以内)组、已戒(停止吸烟半年以上)组和不吸烟组;按饮酒习惯分为不饮或已戒,偶饮,常饮。评价患者对性生活事件态度采取面对面问卷形式,参考 Calais^[3] 和 Feldman^[4] 的研究,我们将有下列情况之一者被评为对性生活事件态度阳性:①认为中老年男性保持性欲并维持积极性生活有意义;②有过跟家人、朋友或医务人员公开讨论性功能等话题;③有过主动治疗的或愿意接受治疗的意愿。量化评分为 1 分,否则为阴性,量化评分为 0 分。

辅助检查:所有患者行经肛前列腺彩超检查。

1.3 数据处理

采用 SPSS13.0 软件建立数据库,计量资料采用两样本均数比较的 *t* 检验,计数资料采用 χ^2 检验进行率的比较, $P < 0.05$ 认为有统计学意义。

2 结果

2.1 人口学特征

符合条件的调查对象 989 例,平均年龄(61.2 ± 5.2)岁。诊断为对性生活事件态度阳性 350 例,占调查人群的 35.4%。在 50 至 64 岁之间,随年龄增加对性生活事件态度阳性率增加($\chi^2 = 8.466, P < 0.05$),但 55~59 岁组与 60~64 岁组之间无显著差异($P > 0.05$);而 65 岁以上的男性对性生活事件态度阳性率明显下降,水平基本与 50~54 岁组相当($P > 0.05$)。见表 1。

接受小学、中学教育的人群对性生活事件态度阳性率明显低于接受了高等教育的人群,之间有显著差异($\chi^2 = 29.72, P = 0.000$);而在小学组、中学组和大专组、大学组之间并无差异,表明教育程度对性生活事件态度的影响并非直线关系。见表 2。

表 1 调查对象在各年龄组分布情况及对性生活事件态度			
	例数	态度阳性(例数)	阳性率(%)
50~54	176	50	28.4
55~59	254	99	39.0
60~64	304	126	41.4
65~69	255	75	29.4
总计	989	350	35.4

表 2 受教育程度与对性生活事件态度			
	例数	态度阳性(例)	阳性率(%)
小学组	123	29	23.6
中学组	234	58	24.8
大专组	339	141	41.6
大学组	293	122	41.6
总计	989	350	35.4

2.2 对性生活事件态度与其他相关因素关系

对性生活事件态度阴性组和阳性组中,前列腺体积经 *t* 检验有显著差异($t = -3.329, P = 0.001 < 0.05$),表明前列腺大小对性生活事件态度有影响,随前列腺体积增加对性生活事件态度阳性率也将增加。而腰围和体重指数对性生活事件态度影响不明显。见表 3。

表 3 前列腺大小、腰围、体重指数与对性生活事件态度($\bar{x} \pm s$)			
	前列腺体积(mL)	腰围(cm)	体重指数(kg/m ²)
阴性	26.73 ± 10.53	86.59 ± 8.26	24.73 ± 2.76
阳性	29.17 ± 11.18	86.86 ± 8.05	24.86 ± 2.74
<i>P</i> 值	0.001	0.64	0.509

随着每周运动次数增加,对性生活事件态度阳性率亦增加,各组间比较有显著性差异($\chi^2 = 43.41, P = 0.000$)。见表 4。

表 4 运动情况与对性生活事件态度			
	例数	态度阳性(例)	阳性率(%)
很少运动组	272	61	22.4
经常运动组	280	88	35.4
基本每日运动组	437	201	46.0
总计	989	350	35.4

在不吸烟组、已戒烟组、偶吸烟组之间态度阳性率无明显差异,而在常吸烟组其态度阳性率明显高于其他组($\chi^2 = 9.05, P = 0.029$)。见表 5。

表 5 吸烟与对性生活事件态度			
	例数	态度阳性(例)	阳性率(%)
不吸烟组	446	141	31.6
已戒烟组	73	23	31.5
偶吸烟组	83	27	32.5
常吸烟组	387	159	41.1
总计	989	350	35.4

3 讨论

Vizzard 等^[5] 向成熟大鼠前列腺内注射病毒示踪剂后,在脑和脊髓中发现被标记的很多部位与向阴茎、膀胱或尿道注射示

踪剂时的部位相吻合,从而表明了前列腺及前列腺尿道的功能与膀胱、尿道和阴茎的功能密切相关。同时临床发现前列腺疾病,尤其是BPH患者,存在着全身或局部交感神经兴奋性增高^[6],主要表现为血压增高和膀胱出口梗阻以及LUTS等,该交感神经系统与阴茎勃起和ED的病理生理改变有密切关系^[7]。而本研究也发现在对性生活事件态度阴性组和阳性组中前列腺体积有显著差异($P < 0.05$),证实了前列腺体积对性生活有影响。

对性生活事件态度影响因素相当复杂,包括年龄、宗教、种族和社会文化、生活方式、健康状况和LUTS等,年龄是性的一个独立影响因素。美国马萨诸塞州一项男性增龄研究^[4]表明随年龄增加性功能障碍发生率明显增加,其他研究也已经表明随年龄增加伴有体内游离睾酮和黄体生成素下降、催乳素的增高等因素均会导致性欲及勃起能力降低^[8],使对性生活事件关注增加,但同时因老年男性随着人体机能的衰退常合并多种慢性病,健康状况欠佳,且大部分男性患者认为性功能改变是年龄进程中自然出现的现象。本研究显示在50至64岁之间,随年龄增加对性生活事件态度阳性率增加,但55~59岁组与60~64岁组之间无显著差异($P > 0.05$);而65岁以上的男性对性生活事件态度阳性率明显下降,水平基本与50~54岁组相当($P > 0.05$)。

对性生活事件态度同时与社会环境、宗教文化因素有关,一项针对亚洲国家男性性行为和对性生活事件的研究^[9]表明,超过20%的男性主述至少出现过一次性功能障碍,其中东亚国家(中国、日本和韩国)患者最不愿意采取措施,而东南亚国家有更多的患者主动寻求过家庭、社会和其它形式的帮助。研究者认为这与宗教文化的影响有关,比如东亚国家(中国、日本和韩国)受儒家思想影响较多,而东南亚国家(马来西亚和印度尼西亚)信仰穆斯林,文化背景不相同,导致对待性生活事件的态度也不相同。同样,东西方文化差异对性生活事件的态度也有明显影响,对比欧洲和北美等西方国家,亚洲地区国家受访者对性生活事件的态度则更保守些^[10,11],而我们的调查发现,长沙地区50岁以上男性前列腺增大人群对性生活事件态度阳性率为35.4%。

积极的生活方式可以促进性健康,Huang等^[12]研究发现经常参与运动在增强身体素质、加强生理健康和提高性生活满意度等涉及生活质量方面的指标上有显著意义。我们的研究也表明随着每周运动次数的增加,对性生活事件态度亦更积极($P < 0.05$)。经常运动的人相比于不太运动的人来说,其对性生活事件态度阳性率更高,可能与其更关注自身的健康因素外,也与运动导致慢性病减少、性欲增加、性能力加强有关。

吸烟在一定程度上会导致勃起功能障碍^[13,14],本研究表明吸烟对性生活事件态度有一定影响,不吸烟组、已戒烟组和偶吸烟组之间对性生活事件态度阳性率并无明显差异,但与常吸烟组有显著差异($P = 0.029$),这说明吸烟影响前列腺增大人群对性生活事件态度需要足够时间和量的积累。

有研究表明受高等教育与经历性问题呈负相关,取得大学文凭的男性其出现早泄、性乐趣缺乏和性焦虑的机会是未取得高中文凭的男性2/3左右^[15]。我们的研究也表明了受教育程度对性生活事件态度有影响,接受了高等教育和未接受高等教

育的人群对性生活事件态度有显著差异。

参 考 文 献

- [1] Barry MJ, Fowler FJ Jr, O'Leary MP, et al. The American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia. The Measurement Committee of the American Urological Association. *J Urol*, 1992, 148(5): 1549-1557.
- [2] 周永昌, 郭万学主编. 3版. 北京: 科学技术文献出版社, 2002: 1075-1076.
- [3] Calais Da Silva F, Marquis P, Deschaseaux P, et al. Relative importance of sexuality and quality of life in patients with prostatic symptoms: Results of an international study. *Eur Urol*, 1997 (31): 272-280.
- [4] Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, et al. Impotence and its medical and psychosocial correlates: Results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol*, 1994, 151(1): 54-61.
- [5] Vizzard MA, Erickson VL, Card JP, et al. Transneuronal labeling of neurons in the adult rat brainstem and spinal cord after injection of pseudorabies virus into the urethra. *J Comp Neurol*, 1995, 355(4): 629-640.
- [6] McVary KT. The role of the autonomic nervous system tone in BPH symptomatology. *J Urol*, 2002, 167 (Suppl. 4): A863.
- [7] Wyllie MG, Andersson KE. Orally active agents. The potential of alpha-adrenoceptor antagonists. In Carson C, Kirby R, Goldstein I eds. *Textbook of Erectile Dysfunction*. Oxford: Isis Medical Media, 1999: 317-322.
- [8] Gray PB, Singh AB, et al. Dose-dependent effects of testosterone on sexual function, mood, and visuospatial cognition in older men. *J Clin Endocrinol Metab*, 2005, 90(7): 3838-3846.
- [9] Nicolosi A, Dale B, Glasser, et al. Sexual behaviour and dysfunction and help-seeking patterns in adults aged 40-80 years in the urban population of Asian countries. *BJU Int*, 2005, 95(4): 609-614.
- [10] Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, et al. For the GSSAB Investigators' Group. Sexual problems among women and men aged 40-80 years: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res*, 2005(17): 39-57.
- [11] Gardner MJ, Altman DG. Confidence intervals rather than P values; estimation rather than hypothesis testing. *BMJ*, 1986, 292 (6522): 746-750.
- [12] Huang C, Lee L, Chang M. The influences of personality and motivation on exercise participation and quality of life. *Social Behavior and Personality*, 2008, 35(9): 1189-1210.
- [13] Derby CA, Mohr BA, Goldstein I, et al. Modifiable risk factors and erectile dysfunction: can lifestyle changes modify risk? *Urology*, 2000, 56(2): 302-306.
- [14] Kupelian V, Link C, McKinlay J. Association between smoking, passive smoking, and erectile dysfunction: results from the Boston Area Community Health (BACH) Survey. *Eur Urol*, 2007, 52(2): 416-422.
- [15] Laumann EO, Paik A, Rosen RC, et al. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*, 1999, 281(13): 537-544.

(收稿日期: 2014-02-18)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.07.002

光选择性前列腺汽化术治疗良性前列腺增生短期疗效分析

杜金华 陈江平 杨春林 黄国华

岳池县人民医院外二科, 四川 广安 638300

【摘要】目的:分析光选择性前列腺汽化术治疗良性前列腺增生短期疗效,以供临床参考。方法:将我院泌尿外科 2011 年 9 月至 2013 年 8 月收治的良性前列腺增生患者 158 例纳入本研究,根据随机法分组。对照组患者接受经尿道前列腺电切术治疗,实验组接受光选择性前列腺汽化术治疗。对比两组在短期治疗效果方面的差异性。结果:与手术前对比,我们发现手术后两组患者 IPSS、PVR 等指标明显降低, Q_{max} 明显上升,其中实验组各指标改善幅度明显较好,组间差异经统计学分析后认为有意义 ($P < 0.05$)。手术后实验组并发症发生率明显低于对照组,组间差异经统计学分析后认为有意义 ($P < 0.05$)。结论:光选择性前列腺汽化术治疗良性前列腺增生具有短期疗效好、并发症少等优越性,今后可将其作为良性前列腺增生治疗的有效方案进行推广应用。

【关键词】光选择性;前列腺汽化术;良性前列腺增生;短期疗效

Short-term efficacy of photoselective vaporization of prostate in the treatment of benign prostatic hyperplasia DU Jinhua, CHEN Jiangping, YANG Chunlin, HUANG Guohua. No. 2 Surgery Department, Yuechi County People's Hospital, Guangan 638300, China

【Abstract】Objectives: To analyze the short-term efficacy of photoselective vaporization of prostate in the treatment of benign prostatic hyperplasia, for clinical reference. Methods: 158 patients with benign prostatic hyperplasia in our hospital from Sep. 2011 to Aug. 2013 were selected and randomly divided into two groups. Control group received transurethral resection of prostate treatment, while experimental group received photoselective vaporization of prostate treatment. Short-term efficacy of the two groups was compared. Results: Compared with those before operation, the postoperative IPSS, PVR of both groups was decreased and Q_{max} increased. Improvements in each index of the experimental group were significantly higher, with statistically significant differences between the two groups ($P < 0.05$). The complication incidence of experimental group was significantly lower than control group after operation, with statistically significance ($P < 0.05$). Conclusion: The photoselective vaporization of prostate is of good curative effect and less complications, which can be applied and promoted in treating benign prostatic hyperplasia in the future.

【Key words】Photoselective vaporization of prostate; Benign prostatic hyperplasia; Short-term efficacy

【中图分类号】R697.32

【文献标志码】A

良性前列腺增生是泌尿外科临床常见的良性疾病之一,多发生于中老年男性,是引起排尿障碍的常见原因。经尿道前列腺电切术经过数十年的临床验证,公认具有可靠的临床疗效。但经尿道前列腺电切术存在手术创伤大、术后并发症多等问题。中老年患者多合并基础性疾病,经尿道前列腺电切术风险较大,部分患者不能耐受^[1]。光选择性前列腺汽化术是近年来新兴的一种微创手术技术,具有手术风险小、术后并发症少等优点^[2]。我院对比了经尿道前列腺电切术和光选择性前列腺汽化术两种手术方式治疗良性前列腺增生的短期疗效,本文将结果报道如下,以供临床参考。

1 资料和方法

【第一作者简介】杜金华(1978-),男,主治医师,主要从事泌尿外科临床诊治与研究工作。

1.1 一般资料

将我院泌尿外科 2011 年 9 月至 2013 年 8 月收治的良性前列腺增生患者 158 例纳入本研究,均有下尿路梗阻症状,并经直肠指检、超声、血清前列腺特异性抗原等检查确诊。研究对象剔除合并严重心肺功能不全、肝肾功能障碍、凝血机能异常、控制不良的高血压、糖尿病、精神疾病、神经源性膀胱尿道障碍、前列腺癌、尿道狭窄等患者^[3]。

根据就诊顺序对入选资料进行编号,奇数者归为对照组,共计 79 例,年龄 48~75 岁,平均年龄 (60.46 ± 5.85) 岁;体重 58~82 kg,平均体重 (65.38 ± 4.36) kg;病程 0.5~5 年,平均病程 (2.32 ± 0.75) 年;前列腺重量 37.8~70.5 g,平均 (57.82 ± 6.73) g。偶数者归为实验组,共计 79 例,年龄 45~76 岁,平均年龄 (61.54 ± 5.68) 岁;体重 59~84 kg,平均体重 (65.22 ± 4.42) kg;病程 0.5~6 年,平均病程 (2.56 ± 0.81) 年;前列腺重量 38.4~71.8 g,平均 (58.03 ± 6.44) g。对比两组患者的一般

资料,发现其在年龄、体重、病程、前列腺增生程度等方面,组间差异无统计学意义($P > 0.05$),两组具有可比性。

1.2 治疗方法

术前合并高血压、糖尿病者进行降压、降糖等治疗,将血压、血糖控制于正常范围内。合并尿路感染者进行抗感染治疗^[4]。

对照组患者接受经尿道前列腺电切术治疗,采用连续硬膜外麻醉,取膀胱截石位,在双极等离子内镜系统下手术。设定电切功率 160W,电凝功率 80W。术中仔细确认输尿管口、膀胱颈部、精阜等解剖标志,在膀胱颈部和精阜之间首先切除前列腺中叶,达到外科包膜后再切除两侧叶^[5]。

实验组接受光选择性前列腺汽化术治疗,采用骶管麻醉,取膀胱截石位,直视下置入内镜,观察尿道、输尿管口、精阜、膀胱颈部、前列腺等情况,确定膀胱颈部与精阜的距离。将光纤伸出膀胱镜,见到标志物和瞄准光后进行汽化。在直视状态下发射激光,首先对前列腺中叶组织进行短暂接触式汽化,再分别汽化前列腺两侧叶至尖部,均匀汽化前列腺组织至包膜。根据前列腺大小调整绿激光功率。起始功率为 60W,术中逐渐增加功率至 80W。操作时光纤避免接触前列腺组织,一般距离组织约 2mm 为宜。汽化术后检查有无活动性出血,确认无出血后退镜,留置导尿管并进行膀胱冲洗^[6]。

对比两组患者手术前后前列腺症状评分(IPSS)、最大尿流率(Qmax)、残余尿量(PVR)等指标的变化。记录两组患者术后并发症的发生情况。

1.3 数据处理

本次研究中所涉及的有关数据均录入 SPSS17.0 统计软件,数据处理时计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验。计数资料以率(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 时认为组间差异结果在统计学上有意义。

2 结果

2.1 短期疗效比较

与手术前对比,我们发现手术后两组患者 IPSS、PVR 等指标明显降低,Qmax 明显上升,其中实验组各指标改善幅度明显较好,组间差异经统计学分析后认为有意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 对照组和实验组手术前后 IPSS、PVR、Qmax 比较

组别	IPSS(分)	PVR(mL)	Qmax(mL/s)
对照组($n = 79$)			
手术前	27.83 $\pm$ 4.58	112.36 $\pm$ 31.02	6.35 $\pm$ 2.33
手术后	9.12 $\pm$ 3.75 [#]	35.67 $\pm$ 9.36 [#]	14.84 $\pm$ 2.62 [#]
实验组($n = 79$)			
手术前	27.69 $\pm$ 4.69	110.54 $\pm$ 30.51	6.41 $\pm$ 2.18
手术后	5.82 $\pm$ 3.20 ^{#*}	20.15 $\pm$ 8.75 ^{#*}	18.63 $\pm$ 2.70 ^{#*}

注:与手术前比较, #代表 $P < 0.05$; 与对照组比较, *代表 $P < 0.05$

2.2 手术并发症比较

手术后实验组患者并发症发生率明显低于对照组,组间差异经统计学分析后认为有意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 对照组和实验组手术并发症发生率比较

组别	尿路刺激	尿道狭窄	继发出血	尿潴留	并发症发生率
对照组($n = 79$)	8(10.13)	1(1.26)	2(2.53)	3(3.80)	14(17.72)
实验组($n = 79$)	3(3.80)	0(0.00)	0(0.00)	1(1.26)	4(5.06)*

注:与对照组比较, *代表 $P < 0.05$

3 讨论

近年来随着社会经济的发展和医疗水平的提高,人均寿命延长,我国已经进入人口老龄化社会,良性前列腺增生的发病率也逐年递增。下尿路梗阻症状给广大良性前列腺增生患者的生活质量造成了严重影响。在保守治疗无法达到满意的效果、患者身体条件可以耐受的情况下,临床一般采用手术治疗切除增生的前列腺组织^[7-9]。

经尿道前列腺电切除术作为治疗良性前列腺增生的金标准,在临床的应用已近 50 年。但经尿道前列腺电切术后并发症发生率较高以尿路刺激症状、继发性出血、尿道狭窄等较多见,严重者可发生电切综合征、永久性尿失禁,增加了患者的身心痛苦。因此临床一直在探索一种安全、有效、微创的手术治疗方案,既能解除良性前列腺增生患者的下尿路梗阻症状,又不会产生严重的术后并发症^[10-12]。

光选择性前列腺汽化术是利用半导体激光抽运掺钕钇铝石榴石激光棒,产生波长为 1064nm 的近红外激光,再通过 LBO 晶体倍频产生波长为 532nm、功率为 100 ~ 120W 的准连续绿激光。目前该项技术已广泛应用于尿道狭窄、尿道闭锁等疾病的治疗中,并获得了满意的效果^[13,14]。

绿激光的光学穿透深度约为 0.8mm,在组织浅表层面上能量聚集高,单位体积组织内积聚的功率密度高,因此汽化作用较强。激光束在组织表面形成一条宽度约为 1.5mm 的凝固带,可起到良好的止血作用。由于 LBO 晶体倍频产生的激光不被水吸收,因此在近距离接触模式的汽化过程中,能量不会被消耗,不形成气泡,手术视野清晰。绿激光光束发散度小,在 3 ~ 5mm 的距离以内可保持有限发散,汽化效果保持一致,因此手术操作时光纤距离前列腺组织 2mm 时可获得最佳的汽化效果。光选择性前列腺汽化术可有效切除增生的前列腺组织,明显缓解下尿路梗阻症状。激光束在组织表面形成的凝固带具有良好的止血作用,因此术中出血少,术后不会引起继发性血尿。术中采用无菌生理盐水进行连续膀胱冲洗,冲洗液几乎不被吸收,不会引起水中毒。术后患者可很快恢复,尤其对高龄、高危良性前列腺增生患者较为适用^[15]。

本研究所有患者经手术治疗后 IPSS、PVR、Qmax 等指标均较手术前明显改善,提示两种手术方法均可达到一定的治疗效果。其中采用光选择性前列腺汽化术者各项指标的改善程度明显优于采用经尿道前列腺电切除术治疗者,提示光选择性前列腺汽化术对良性前列腺增生具有更好的短期疗效。采用光选择性前列腺汽化术者术后并发症发生率明显低于采用经尿道前列腺电切除术治疗者,提示光选择性前列腺汽化术具有更大的安全性。

本次研究结果表明:光选择性前列腺汽化术治疗良性前列腺增生具有短期疗效好、并发症少等优越性,今后可将其作为

良性前列腺增生治疗的有效方案进行推广应用。

参 考 文 献

- [1] 孙邕, 罗光恒, 孙兆林, 等. 2 μ m 激光汽化切除术与等离子双极电切术治疗良性前列腺增生的疗效比较. 中国内镜杂志, 2011, 17(7): 687-691.
- [2] 臧亚晨, 单玉喜, 薛波新, 等. 80W 和 120W 绿激光汽化治疗高危良性前列腺增生的疗效及安全性分析. 中华男科学杂志, 2012, 18(5): 436-440.
- [3] 戴奇山, 钟惟德, 毕学成, 等. 大功率绿激光光选择汽化术治疗前列腺增生症(附 72 例报告). 中国内镜杂志, 2010, 16(2): 187-189.
- [4] 孙杰, 李东, 薛蔚, 等. 光选择性前列腺汽化术治疗良性前列腺增生短期疗效评价. 中国激光, 2009, 36(10): 2687-2690.
- [5] 陈宇东, 韩刚, 刘伟英, 等. 经尿道 2 μ m 激光汽化切除术治疗高龄高危良性前列腺增生疗效观察. 现代中西医结合杂志, 2013, 22(26): 2886-2888.
- [6] Szlauer R, Gotschl R, Razmaria A, et al. Endoscopic vaporessection of the prostate using the continuous wave 2 micron thulium laser; outcome and demonstration of the surgical technique. Eur Urol, 2009, 55(2): 368-375.
- [7] 钟浩, 李博, 王金, 等. 直光束绿激光前列腺汽化术治疗良性前列腺增生的疗效分析. 山东大学学报(医学版), 2012, 50(11): 88-91, 95.
- [8] Thangasamy IA, Chalasani V, Bachmann A, et al. Photoselective vapourisation of the prostate using 80W and 120W laser versus transurethral resection of the prostate for benign prostatic hyperplasia: a systematic review with meta analysis from 2002 to 2012. Eur Urol, 2012, 62(2): 315-323.
- [9] 杨全成, 王彤, 贾东升, 等. 经尿道绿激光前列腺电汽化术治疗高龄高危良性前列腺增生 42 例疗效分析. 中华男科学杂志, 2010, 16(10): 940-942.
- [10] 徐桂彬, 李逊, 何永忠, 等. 经尿道选择性绿激光前列腺汽化术与前列腺电切术治疗重度良性前列腺增生的对比研究. 中国男科学杂志, 2010, 24(8): 23-25.
- [11] 刘振. 经尿道汽化电切术治疗前列腺增生的疗效及安全性. 中国老年学杂志, 2012, 32(14): 17-19.
- [12] 曾照兵. 经尿道汽化电切术治疗前列腺增生的临床优势分析. 吉林医学, 2011, 32(9): 211-212.
- [13] 贺金标. 前列腺增生症合并膀胱肿瘤经尿道汽化电切术治疗 12 例. 中外健康文摘, 2011, 8(48): 51.
- [14] 陈春延. 经尿道双极等离子体汽化电切术治疗高龄高危前列腺增生症. 中国现代医学杂志, 2010, 20(20): 32-34.
- [15] 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.

(收稿日期: 2014-01-02)

· 性医学 ·

DOI: 10.3969/j.issn.1672-1993.2014.07.003

他达拉非治疗骨盆骨折尿道损伤后勃起功能障碍的临床观察

翟连锁¹ 陈东² 杨怀亮³ 梁明^{3△}

1 济南市第七人民医院骨一科, 济南 251400

2 泰山护理职业学院, 山东 泰安 271000

3 山东中医药大学第二附属医院生殖医学科, 济南 250001

【摘要】目的:观察他达拉非对骨盆骨折尿道损伤后勃起功能障碍患者勃起功能的疗效, 对其有效性进行临床观察。**方法:**对患者进行病史询问、泌尿生殖系统查体、激素内分泌检查、勃起功能障碍国际指数-5 评分(IIEF-5 评分)、阴茎夜间勃起试验(NPT)、阴茎血流多普勒超声检查等方法, 对骨盆骨折合并尿道损伤引起的勃起功能障碍患者 28 例进行诊断、分类, 随机分为实验组和对照组, 对照组(14 例)在常规治疗基础上加用安慰剂, 实验组(14 例)在常规治疗基础上加用他达拉非, 治疗前均进行心理辅导, 共观察 12 周。比较治疗前后 IIEF-5 评分, 以评价其临床疗效。**结果:**实验组患者 IIEF-5 评分明显优于对照组。**结论:**他达拉非对男性骨盆骨折尿道损伤后勃起功能有良好的恢复和治疗作用, 临床治疗中可以积极应用。

【关键词】 他达拉非; 骨盆骨折; 尿道损伤; 勃起功能障碍; 疗效

【基金项目】 国家中医药管理局“十二五”中医药重点学科建设项目。

【第一作者简介】 翟连锁(1973-), 男, 主治医师, 主要从事骨折骨病及其并发症的研究。

△【通讯作者】 梁明, Email: liangjerry@163.com

Efficacy of Tadalafil in treating erectile dysfunction induced by pelvic fracture urethral injury ZHAI Lian-suo¹, CHEN Dong², YANG Huailiang³, LIANG Ming^{3△}. 1. First Department of Orthopaedics, Seventh People's Hospital of Jinan, Jinan 251400, China; 2. Taishan Vocational College of Nursing, Taian 251000, China; 3. Department of Reproductive Medicine, Second Affiliated Hospital to Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250001, China

【Abstract】 Objectives: To observe the curative effect of Tadalafil on patients with erectile dysfunction (ED) induced by pelvic fracture urethral injury (PFUI) to evaluate the efficacy. **Methods:** Twenty – eight patients with PFUI – induced ED were diagnosed, classified and randomly divided into experimental group and control group through history taking, physical examination on urogenital system, hormone incretion examination, International Index of Erectile Function – 5 (IIEF – 5) scoring, nocturnal erection of penis test (NPT), penile hemodynamics with Doppler ultrasonography and etc. The control group received conventional treatment and placebos while experimental group were given conventional treatment and Tadalafil. Both groups were given psychological rehabilitation before the treatment. IIEF – 5 scores were compared before and after the treatment to evaluate the clinical curative effect after 12 weeks' observation. **Results:** The IIEF – 5 scores in experimental group were significantly higher than those in control group. **Conclusion:** Tadalafil can effectively improve the erectile function of PFUI – induced ED patients, which could be widely used in clinic.

【Key words】 Tadalafil; Pelvic fracture; Urethral injury; Erectile dysfunction; Efficacy

【中图分类号】 R698

【文献标志码】 A

随着社会的发展和现代交通工具的普及,骨盆骨折造成后尿道损伤的发生率逐渐增高,事故直接损伤导致的骨盆骨折和尿道损伤及术中医源性损伤都很容易导致勃起功能障碍(Erectile dysfunction, ED)^[1]。统计2011年6月至2013年6月山东中医药大学第二附属医院生殖医学科、济南市第七人民医院骨一科、泰山护理职业学院收治的骨盆骨折尿道损伤后ED患者,将治疗情况报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

入组标准:(1)骨盆骨折合并尿道损伤史的发生ED的患者,受损年限<10年,患者年龄≤40岁;(2)泌尿生殖系统查体,外生殖器无发育畸形及瘢痕挛缩,双侧睾丸大小质地未见明显异常者;(3)激素内分泌检查睾酮(T)、促卵泡生成素(FSH)、黄体生成素(LH)、泌乳素(PRL)均在正常值范围内者。

剔除标准:(1)治疗期间睾丸损伤者;(2)患有高血压、高血糖病史者;(3)冠心病患者;(4)具有前列腺手术史的患者;(5)未按照医嘱服用药物或者使用方法不当者。

1.2 一般情况

共收集符合以上入组标准和剔除标准的ED患者28例,骨折年限2~8年,平均(4.3±1.6)年;年龄在23~40岁,平均(30±5.7)岁;均已婚。所有患者损伤前阴茎勃起功能均正常,在损伤后或手术后出现ED。骨折类型:耻骨联合分离14例,单侧耻骨骨折6例,双侧耻骨骨折4例,耻骨骨折伴坐骨骨折3例,未记录骨折类型1例。尿道损伤类型:部分断裂10例,完全断裂18例。当时处理情况:膀胱造瘘术20例,急诊尿道吻合术8例。勃起功能障碍分型:通过至少2次阴茎夜间勃起试验(NPT)和阴茎血流多普勒超声检查对入组患者进行分型,其中

神经血管源性ED 18例,血管源性ED 10例。

1.3 分组与治疗方法

将入组患者编号,按照随机化分组表随机分为实验组与对照组,两组的年龄、损伤时间、骨折类型、手术类型、ED类型、心理状况无明显差异,治疗前均进行心理辅导改善其焦虑、沮丧情绪,帮助其恢复信心。实验组14例在心理辅导治疗基础上,与性唤起前5h加用他达拉非(批号:A946990,药物产商:Eli Lilly and Company Ltd,规格:20mg);对照组14例在心理辅导治疗基础上加用安慰剂进行治疗,共治疗12周。

1.4 检测指标

勃起功能障碍国际指数-5(IIEF-5)评分对患者治疗前后分别进行性生活后IIEF-5评分。

1.5 统计学处理

本组实验数据均应用SPSS 13.0软件进行分析,两组间定量资料比较应用 t 检验,组间定性资料比较应用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为有统计学差异。

2 结果

评估标准:提前5h服用他达拉非片20mg,充分性刺激条件下,引发阴茎勃起,完成性生活,然后采用IIEF-5问卷对两组患者进行勃起功能和性满意度评估,评分>21分为显效;评分较治疗前升高>10分且达到15~21分为有效;评分无改变或仍<15分视为无效。总有效率=(显效+有效)/例数×100%。随访12周,进行疗效判断。

检查结果IIEF-5评分:详细询问患者损伤前后阴茎勃起功能情况,确定入组骨盆骨折尿道损伤后ED患者是由于损伤发生或手术造成的ED。

治疗前实验组IIEF-5评分(8.1±3.3)分与对照组IIEF-5评分(7.4±2.9)分无统计学差异($P > 0.05$)。见表1、表2。

表 1 实验组与对照组治疗前后 IIEF-5 评分比较

组别	治疗前	治疗后	P
实验组	8.1 ± 3.3	14.2 ± 3.2	0.000
对照组	7.4 ± 2.9	7.7 ± 2.9	0.773

表 2 实验组与对照组疗效比较

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
实验组	14	4	8	2	85.71
对照组	14	2	5	7	50.00

注: * 表示与对照组比较 $P < 0.05$

3 讨论

海绵体勃起的过程极其复杂,是神经系统和血流动力系统密切配合完成的,其所属神经主要分布在中枢神经和盆腔神经丛,血流动力循环主要来源于髂内动静脉。海绵窦内平滑肌充分舒张,海绵体充盈膨胀,白膜下小血管及导静脉关闭,则阴茎勃起^[2]。动脉流入血量和静脉流出血之间的平衡决定了勃起的硬度。

骨盆骨折合并尿道断裂的患者发生率为 54% ~ 62%^[3]。骨盆骨折破坏髂内血管系统导致大量失血,海绵体内小血管因缺氧而发生变异退化,导致静脉痿性阳痿^[4],此为器质性的 ED。ED 患者的生活质量明显下降,常伴有自身焦虑、抑郁和自尊心的下降^[5,6]。目前尚缺乏特异性的检查来区分骨盆骨折尿道损伤后 ED 属于神经源性还是血管源性。Shenfeld 等^[7]认为在 Doppler 检查中阴茎注射药物能够达到正常勃起是神经源性的,但阴茎勃起相关的神经和血管同时受损则出现海绵体内注射(intracaver-nosus injection, ICI)药物失败。Mark 等^[8]则通过对海绵体注射药物检验患者阴茎敏感性来间接证明骨盆骨折尿道损伤后 ED 大多属于神经源性 ED。早期的勃起神经的损伤就会使阴茎海绵体缺血、缺氧,随着阴茎持续萎缩时间的增加,平滑肌细胞的凋亡导致阴茎胶原/平滑肌增加,最终导致不可恢复 ED^[9]。Morita 等^[10]认为骨盆骨折导致的血管损伤和失血等是发生 ED 的主要原因,损伤使海绵窦内的平滑肌细胞、支持纤维、缝隙连接介质等组织结构因缺氧发生退化,具体表现为平滑肌细胞数量和舒张功能下降、支持纤维变形和随之而导致的海绵窦松弛。笔者认为骨盆骨折对髂内血管和神经都造成不可逆性损伤,其导致的 ED 是勃起相关的多方面因素退化或者单一因素受损引起的。此外,针对血管源性 ED,其损伤发生时间与 ED 的病情进展有一定的关系:随着时间的推移,部分 ED 患者性功能得到一定程度的恢复,除心理因素淡化外,还与伤后侧枝循环的建立有关^[11]。

他达拉非通过多方面的因素来改善患者的勃起功能。在患者得到充分性刺激的前提下,他达拉非使阴茎海绵体和血管平滑肌细胞保持较高的 cGMP 水平,改善海绵窦的扩张功能,从而实现有效勃起完成性生活^[12]。他达拉非可以帮助患者恢复

勃起功能的同时,恢复 ED 发生后丧失的性生理反应,降低心理因素对其勃起功能的影响,可以有效的提高患者的生活质量^[13]。Blanker 等^[14]发现每天给 ED 患者服用他达拉非 5mg,连续服用 12 周,实验组和对照组比较,患者与性伴侣的关系、性自信、性自尊以及总体关系均有显著改善。

他达拉非有效率高,口服方便而在临床治疗 ED 过程中得到广泛应用,是治疗 ED 的安全有效的一线药物,可改善骨盆骨折尿道损伤后 ED 患者的勃起功能。

参 考 文 献

- [1] Bernie KM. The causes and management of oral malodor. Dent Today, 2002, 21(2): 92-97.
- [2] 徐泽,陈敖忠. 骨盆骨折伴后尿道断裂的早期治疗. 中国骨与关节损伤杂志, 2007, 22(5): 422.
- [3] D habuwals CB, Hamid S, Kataikas DM, et al. Impotence following delayed repair of prostatomembranous urethral disruption. J Urol, 1990(144): 677-8.
- [4] 简百录,张晓霞,王文涛. 经耻骨上膀胱穿刺微创施行尿道会师术 15 例. 第四军医大学学报, 2008, 29(6): 497.
- [5] Cheng E. Real-life safety and efficacy of Vardenafil in the treatment of erectile dysfunction - results from 30010 U. S. Patients. J Sex Med, 2007, 4(2): 432-439.
- [6] 徐伟东,刘智勇,盛夏. 长期小剂量服用他达拉非治疗男性勃起功能障碍的疗效及不良反应. 中华男科学杂志, 2011, 17(6): 531-534.
- [7] Shenfeld OZ, Kiselgorf D, Gofrit ON, et al. The incidence and causes of erectile dysfunction after pelvic fractures associated with posterior urethral disruption. J Urol, 2003, 169(6): 2173-2176.
- [8] Mark SD, Keane TE, Vandemark RM. et al. Impotence following pelvic fracture urethral injury: incidence, etiology and management. Br J Urol, 1995, 75(1): 62-64.
- [9] Kimura M, Rabbani ZN, Zodda AR, et al. Role of oxidative stress in a rat model of radiation induced erectile dysfunction. J Sex Med, 2012, 9(6): 1535-1549.
- [10] 白安胜,宋江虹,郭巍. 骨盆骨折引起后尿道损伤的早期处理. 临床泌尿外科杂志, 2008, 23(9): 696.
- [11] Aboseif SR, Breza J, Orvis BR, et al. Erectil rersponse to acute and chronic occluaion of the internal pudendal and penile arteries. J Urol, 1989(141): 398.
- [12] 任明亮,江军,兰卫华. 他达那非治疗勃起功能障碍的有效性与安全性评价. 循证医学, 2006, 6(2): 101-104.
- [13] 张贤生,梁朝朝,蒋云仙,等. 他达那非治疗勃起功能障碍伴早泄患者的临床研究. 生殖与避孕, 2007, 27(5): 351-352.
- [14] Blanker MH. Re: Erectile dysfunction - an observable marker of diabetes mellitus A large national epidemiological study; P. Sun, A. Cameron, A. seftel, R. Shabsigh, C. Niederberger and A. Guay. J Urol. 2006, 176(3): 1081-1085. J Urol, 2007, 177(14): 1588.

(收稿日期: 2014-02-17)

• 性医学 •

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.07.004

双侧腹股沟淋巴结内指突状树突细胞肉瘤 1 例报道并文献复习

樊胜海¹ 李学德^{1△} 农振良² 江志勇¹ 何庆鑫¹ 汪中兴¹ 贵晶华¹ 唐易姿¹

1 中国人民解放军第一八一医院男科中心, 广西 桂林 541002

2 广西医科大学第一附属医院泌尿外科, 南宁 530021

【摘要】目的:探讨以阴囊肿大为主要表现就诊的双侧腹股沟淋巴结内指突状树突细胞肉瘤(IDCS)的病理特征、临床诊断及鉴别诊断。方法:对 1 例以阴囊肿大为主要表现的双侧腹股沟淋巴结内 IDCS 进行病理学检查和免疫组化染色观察,结合文献进行讨论。结果:临床表现为阴囊肿大及双侧腹股沟无痛性肿物。光镜下癌细胞位于淋巴结内,呈边界不清的束状排列,细胞呈卵圆形、梭形弥散分布,核异型性较明显,可见核分裂像。免疫组化瘤细胞 S-100 蛋白、CD68 和 CD3 表达阳性。结论:IDCS 是一种极为罕见的恶性肿瘤,其临床表现各不相同,临床及病理早期均有误诊可能。其诊断依靠病理检查和免疫组化,必要时辅助电镜。应与滤泡状树突细胞肉瘤、恶性黑色素瘤、恶性纤维组织细胞肉瘤、朗格汉斯细胞组织细胞增生症及未分化癌相鉴别。S-100、CD68 蛋白是其特异性的标志物。

【关键词】腹股沟;指突状树突细胞肉瘤;诊断;鉴别

Scrotal swelling as the main manifestation of IDCS in the bilateral inguinal lymph nodes FAN Shenghai¹, LI Xuede^{1△}, NONG Zhenliang², JIANG Zhiyong¹, HE Qingxin¹, WANG Zhongxing¹, BEN Jinghua¹, TANG Yizi¹. 1. Andrology Center of PLA 181st Central Hospital, Guilin, 541002, China; 2. Department of Urology, First Affiliated Hospital of Guangxi Medical University, Nanning, 530021, China

【Abstract】Objectives: To study the clinicopathologic features, diagnosis and differential diagnosis of interdigitating dendritic cell sarcoma (IDCS) in the patients with the main manifestation of scrotal swelling. Methods: A case with scrotal swelling as the main manifestation of IDCS in the bilateral inguinal lymph nodes was evaluated by pathological examination and immunohistochemistry. Results: Clinical manifestation was scrotal swelling and bilateral inguinal painless mass. Microscopically, the cancer cells in lymph nodes were arranged in fasciculus with unclear boundary. The tumor cells displayed a characteristic biphasic pattern of oval and spindle-shaped. Immunohistochemical tumor cells protein S-100, CD86 and CD3 was positive. Conclusion: IDCS is a rare malignant tumor with various clinical manifestations, which may be misdiagnosed in early stage. The diagnosis relies on pathological examination and immunohistochemistry, as well as secondary electron microscope when necessary, and differential diagnosis from follicular dendritic cell sarcoma, malignant melanoma, malignant fibrous tissue cell sarcoma, langerhans cell tissue cell hyperplasia and anaplastic carcinoma shall be conducted. S-100 and CD68 protein are the markers of its specificity.

【Key words】Inguinal; IDCS; Diagnosis; Differential diagnosis

【中图分类号】R697

【文献标志码】B

2012 年 12 月我科收治了一例以双侧阴囊肿大为主要临床特征的患者,曾在当地医院按炎症治疗 1 周,效果较差,转我院后行双侧腹股沟淋巴结活检证实为指突状树突细胞肉瘤(interdigitating dendritic cell sarcoma, IDCS)。IDCS 极其罕见,目前全世界报道不足 60 例,临床表现不一,易误诊,结合资料并复习文献报道如下。

1 资料与方法

1 临床资料

患者男性,48 岁,体型肥胖,于 2012 年 12 月无明显诱因出

现双侧阴囊无痛性增大,约 10cm × 10cm 大小,表面轻度水肿,无疼痛及发热,随病程进展,阴囊表面及双大腿内侧皮肤轻度红肿,2013 年 1 月在当地医院 B 超示双侧睾丸鞘膜轻度积液,双腹股沟及阴囊壁水肿,双侧腹股沟多发淋巴结肿大,最大约 2.0cm × 1.0cm,抗炎治疗 1 周效果差,遂转我院。查体:体温正常,轻度贫血貌,双侧阴囊肿大,约 20cm × 15cm 大小,双侧阴囊及大腿内侧、腹股沟皮肤肿胀增厚,表面轻度变红,不能触及睾丸,透光试验可疑,双侧腹股沟可扪及多个黄豆至蚕豆大小不等的肿大淋巴结,活动度较差,其他部位未触及浅表肿大淋巴结。查血常规 WBC 15.8 × 10⁹/L, Neu 87.6%, Hb 80g/L。骨髓涂片:粒系增生活跃,淋系偏低,红系增生活跃,形态均大致正常,网织红细胞比例明显增多(占 0.080),巨核细胞数量正常偏低,中小簇血小板易见。细胞免疫表型正常。CT 示双侧腹股沟

【第一作者简介】樊胜海(1974-),男,主治医师、硕士,主要从事泌尿男科临床诊治与研究工作。

△【通讯作者】李学德,男,主任医师、硕士生导师, E-mail: lxd1818lxd@sohu.com

多发淋巴结肿大,腹膜后可见细小结大淋巴结。予以取右腹股沟肿大淋巴结 3 个送病检,我院及广西医科大学附属第一医院病理科均确认为 IDCs。

1.2 方法

标本用 4% 甲醛固定,石蜡包埋,常规切片 HE 染色。用 SP 法行免疫组化染色,检测 S-100 蛋白、CD1a、CD3、CD15、CD20、CD21、CD30、CD35、CD68、上皮细胞膜抗原(EMA)、CK、HMB45、Ki-67 等抗体,试剂均购于上海长岛抗体试剂有限公司。

2 结果

2.1 病理情况

肉眼观,标记右腹股沟淋巴结 3 枚,最大直径 2 cm,最小 1 cm。镜检:切面呈鱼肉状,淋巴结构破坏,实质呈旋涡状排列、席纹状排列,主要由梭形细胞、大核异型细胞和少量淋巴细胞组成,边界不清,瘤细胞呈梭形或卵圆形,少数核大深染,可见核分裂像。免疫表型:S-100 蛋白(+)、CD68(+)、CD20(-)、CD30、CD15(-)、CD1a(-)、EMA(-)、CK(-)、HMB45(-)、CD35(-)、CD21(-)、CD3 背景 T 淋巴细胞(+)、Ki-67 阳性细胞数约为 30%。病理诊断:符合 ICDS。

2.2 治疗情况

2013 年 1 月 31 日转肿瘤科予以全身化疗,用阿霉素 60 mg(生产厂家:浙江海正药业股份有限公司,生产批号:121104)、异环磷酰胺 2 g(生产厂家:江苏恒瑞医药股份有限公司,生产批号:12112415)、顺铂 30 mg(生产厂家:德州德药制药有限公司,生产批号:130901)、DXM50 mg 进行化疗,化疗 3 个周期后阴囊肿大稍有缩小,淋巴结稍缩小,血网织红比例明显提高。后因经济原因放弃继续治疗。

3 讨论

本例以阴囊肿大为最初及主要临床表现,阴囊皮肤轻度发红,且患者体型肥胖,阴囊及大腿内侧、腹股沟皮肤肿胀后睾丸及腹股沟淋巴结指体检困难,虽结合 B 超,亦造成初步误诊。指突状树突细胞肉瘤极其罕见,临床表现不一,临床及病理亦易误诊。甘梅富等^[1]报道多位于颈部淋巴结,还偶见于皮肤、鼻咽、扁桃体、胸腺、腮腺、脾、肺等,腹股沟淋巴结致阴囊水肿未见报道。

指突状树突细胞(interdigitating dendritic cell)属树突细胞中的亚类,存在于胸腺、脾、淋巴结等淋巴器官中,其主要功能是抗原捕获、提呈及参与免疫应答调节的作用^[2]。IDCS 又称交指突细胞肉瘤或并指突细胞肉瘤或指突状网状细胞肉瘤,是一类起源于淋巴结或淋巴组织内的指突状树突细胞的恶性肿瘤^[3]。

WHO(2001 年)造血和淋巴组织肿瘤分类中,将组织/树突细胞来源的恶性肿瘤大致分为朗格汉斯细胞增多症(LCH)、滤泡树突细胞肉瘤(FDCS)、组织细胞肉瘤(HS)、朗格汉斯细胞肉瘤(LCS)和 IDCs。

IDCS 是起源于正常淋巴结副皮质区指突状树突细胞的恶性肿瘤,又称交指突细胞肉瘤或并指突细胞肉瘤或指突状网状细胞肉瘤。Feltkamp 在 1991 年首先报道该病例,多为个案,目前全世界报道不足 60 例,临床表现不一,治疗效果差,目前只有 2 例化疗完全缓解报道^[4,5]。

3.1 临床特点

IDCS 临床表现不一,多以淋巴结肿大压迫临近组织为主要表现,深部淋巴结肿大则不易发现,可伴有贫血,偶有乏力、消瘦、发热等肿瘤特征。主要发生在淋巴结内,颈部多见,单发或多发,也可发生在淋巴结外,如肺、鼻咽、宫颈、卵巢、睾丸^[6]、腮

腺、胸膜、膀胱、十二指肠、纵隔、皮肤等部位^[7-11],近年有宫颈 IDCs 侵犯小肠^[12]及 IDCs 合并慢性粒细胞白血病报道^[13]。该肿瘤好发生于成年人,年龄 2~68 岁(平均 48 岁),男女皆可发病。发生于淋巴结内的主要以淋巴结肿大为主要表现,发生于淋巴结外的则以相关的压迫症状及肿块就诊。本例因双侧腹股沟淋巴结肿大致阴囊水肿就诊,且伴血红蛋白升高,在外以炎症治疗效果差,易误诊。

3.2 病理特点

肿瘤大小不一,取决于病变的部位及疾病发现的早晚。一般头、颈、腹股沟、腋下等浅表肿瘤发现较早,体积较小,纵隔、腹腔等深部者发现较晚,肿瘤亦相对较大,可伴有出血、坏死。瘤细胞形态表现出一种谱系^[14],即从圆形、卵圆形、梭形细胞、不规则形、组织细胞样细胞到怪异形的瘤细胞。而梭形细胞主要呈索状、旋涡状结构,瘤细胞胞质较少。其他类型瘤细胞多以杂乱无章排列,瘤细胞胞质较丰富,嗜酸性,有些呈颗粒状;瘤细胞核圆形、卵圆形或不规则形,核仁常较清楚,异型性明显,核分裂象不等(4~10 个/10HPF)。免疫表型以 S-100 蛋白、CD68、波形蛋白阳性表达,CD3 阳性表达处为肿瘤背景小淋巴细胞,CD20、CD30、CD15、CD1a、EMA、CK、HMB45、CD35、CD21 均呈阴性。本例 S-100 蛋白(+)、CD68(+)、CD3 背景 T 淋巴细胞(+)。电镜下肿瘤细胞表面较多的相互交错长指突状突起,呈镶嵌状^[15],细胞之间无连接。胞质内含复杂的高尔基体和管状复合体以及数量不等的溶酶体,无桥粒连接及 Birbeck 颗粒。

3.3 鉴别诊断

因 IDCs 较罕见,临床表现多样,易误诊。病理易混淆的疾病有:(1)滤泡状树突状细胞肉瘤:两者细胞形态上相似,HE 染色鉴别困难,但滤泡状树突状细胞肉瘤无核沟,瘤细胞呈合体状,卷窝状排列明显,而 IDCs 无此现象。免疫组化 CD21 和 CD35 在滤泡状树突状细胞肉瘤特异性表达。(2)恶性黑色素瘤:肿瘤细胞呈梭形、上皮样,嗜酸性核仁明显,部分胞质内可见黑色素颗粒,免疫组化特征性表达 HMB45 及 MelanA。超微结构黑色素小体。(3)恶性纤维组织细胞肉瘤(MFH):多发生于深层软组织,由可分化为组织细胞和成纤维细胞的细胞形成,常有典型的席纹样结构。组织细胞呈圆形或近圆形,核为圆形或肾状,有明显的异形性,富于胞浆,并有吞噬现象。免疫组化 CD68 及 MAC387 始终表达。电镜下见不同形态组织细胞和成纤维细胞,并可见溶酶体。(4)朗格汉斯细胞组织细胞增生症(LCS):肿瘤细胞形态相似,但 LCS 细胞异型性明显,核分裂象>50 个/HPF。免疫组化 S-100 蛋白、CD1a 阳性表达。电镜下有 Birbeck 颗粒。(5)未分化癌:细胞异型性明显,核分型像多,胞界及巢团周边清楚,免疫标记 CK 等上皮性标记阳性。

3.4 临床治疗

目前尚无统一治疗方案。因 IDCs 呈侵袭性生长,预后差,目前报道的多以局部手术治疗辅以化疗、放疗。大多数常局部复发及全身转移,恶性程度高,总的平均生存时间 10 个月,多数预后不良,在 2 年内死亡,最可靠的预后因素及最有效的治疗措施仍不清楚。文献报道中多采用非霍奇金淋巴瘤化疗方案进行治疗,但效果都差。目前只有 2 例化疗完全缓解报道^[4,5]。本例用 ABVD 化疗 3 个周期,效果一般。

综上所述:IDCS 极罕见,临床表现不一,病理及临床均易误诊,是一种恶性程度高的肿瘤,疗效差,预后差。

参 考 文 献

- [1] 甘梅富, 卢胜洪, 张建伟, 等. 指突状树突细胞肉瘤/肿瘤的临床病理观察. 中华病理学杂志, 2008, 37(10): 676-679.
- [2] 曹雪涛. 树突状细胞的基础和临床研究进展. 中国免疫学杂志, 1998, 14(3): 161-167.
- [3] Kanaan H, Al-Maghrabi J, Linjawi A, et al. Interdigitating dendritic cell sarcoma of the duodenum with rapidly fatal course: a case report and review of the literature. Arch Pathol Lab Med, 2006, 130(2): 205-208.
- [4] Lee SY, Lee SR, Chang WJ, et al. Successful treatment of disseminated interdigitating dendritic cell sarcoma with adriamycin, bleomycin, vinblastine, and dacarbazine chemotherapy. The Korean journal of hematology, 2012, 47(2): 150-153.
- [5] Olmes MJ, Nicol T, Duncan M, et al. Interdigitating dendritic cell sarcoma: a rare malignancy responsive to ABVD chemotherapy. Leuk Lymphoma, 2002, 43(4): 817-821.
- [6] Liu SM, Huang PH, Liu JM. Interdigitating reticulum cell tumor of lymph node: a case report and literature review. Pathol Int, 1998, 48(12): 974-980.
- [7] 胡吉波, 胡红杰, 龚向阳, 等. 纵隔滤泡树突细胞肉瘤 CT 表现二例. 中华医学杂志, 2013, 93(3): 239-240.
- [8] 徐昊平, 车锦凤, 曹卫国, 等. 纵隔淋巴结指突状树突细胞肉瘤报道一例. 诊断学理论与实践, 2006, 5(6): 535-536.
- [9] 邱堃, 毛永荣, 邹积骏, 等. 指突状树突细胞肉瘤/肿瘤 1 例及文献复习. 临床与实验病理学杂志, 2010(4): 497-498.
- [10] 高明太, 刘斌, 李乐, 等. 婴儿左腋窝淋巴结指突状树突细胞肉瘤一例报道. 中华小儿外科杂志, 2008, 28(12): 672.
- [11] 高文瑾, 张日, 仇红霞, 等. 一例并指树突细胞肉瘤—附文献复习. 中华血液学杂志, 2005, 26(4): 232-234.
- [12] Mahamid A, Alfici R, Troitsa A, et al. Small intestine perforation due to metastatic uterine cervix interdigitating dendritic cell sarcoma: a rare manifestation of a rare disease. Rare tumors, 2011, 3(4): e46.
- [13] Jiang YZ, Dong NZ, Wu DP, et al. Interdigitating dendritic cell sarcoma presenting simultaneously with acute myelomonocytic leukemia: report of a rare case and literature review. International journal of hematology, 2013, 97(5): 657-666.
- [14] Pillay K, Solomon R, Daubenton ID, et al. Interdigitating dendritic cell sarcoma: a report of four paediatric cases and review of the literature. Histopathology, 2004, 44(3): 283-291.
- [15] 张哉根, 叶明福, 刁鑫伟, 等. 淋巴结指突状树突细胞肉瘤临床病理观察. 诊断病理学杂志, 2005, 12(6): 426-428.

(收稿日期: 2013-12-24)

• 性医学 •

DOI: 10.3969/j.issn.1672-1993.2014.07.005

性自慰导致特殊膀胱异物 4 例报道

吴意光 刘萃龙 关维民 徐衍盛 高雪松 赵豫波

中国人民解放军海军总医院泌尿外科, 北京 100008

【摘要】目的: 探讨性自慰导致特殊膀胱异物的个性化治疗。方法: 2011 年 4 月至 2013 年 1 月, 我院共收治了 4 例特殊性自慰膀胱异物, 根据膀胱异物的种类进行个性化治疗, 1 例男性患者自行将直径约 6mm、33 粒磁性钢珠从尿道口塞进尿道后, 钢珠坠入膀胱后自觉下腹坠胀, 轻微尿痛, 无尿频、尿急、排尿中断, 我们自行设计前端镶嵌一磁珠的长塑料导管, 将其经膀胱镜探入膀胱, 吸引出全部钢珠; 3 例女性自行插入体温计、塑料管、毛笔杆, 插入体温计者行膀胱镜下异物取出, 余 2 例形成巨大膀胱结石, 均由开放手术取出, 其中 1 例患者病程长达 12 年, 入院时诊断为双侧肾盂、输尿管重度积水, 双侧输尿管下段狭窄, 膀胱结石, 膀胱周围脓肿, 急性肾盂肾炎, 给予双侧肾盂穿刺造瘘术, 控制感染后行膀胱切开取石术, 后将结石电锯开后见其核心为毛笔杆。结果: 4 例患者均将膀胱异物全部取出, 无明显膀胱功能障碍。结论: 应仔细询问病史、分析病史, 以免患者隐瞒病史而贻误治疗, 根据膀胱异物的种类进行个性化治疗, 最大限度减少患者的创伤, 可自行设计特殊器械; 尽量争取经膀胱镜下取出异物。

【关键词】性自慰; 膀胱异物; 治疗

Personalized treatment of special bladder foreign body caused by masturbation WU Yiguang, LIU Cuilong, GUANG Weiming, XU Yansheng, GAO Xuesong, ZHAO Yubo. Urology Department, Chinese People's Liberation Army Navy General Hospital, Beijing 100048, China

【Abstract】Objectives: To investigate the personalized treatment of special bladder foreign body caused by masturbation. Methods: Four patients with special bladder foreign body caused by masturbation in our hospital from

【第一作者简介】吴意光 (1973-), 男, 博士后, 主要研究方向为泌尿外科的腔镜治疗及会阴畸形的矫治。

April 2011 to January 2013 received personalized treatment according to the type of bladder foreign body. As regards to the male patient that had 33 magnetic steel balls fallen into the bladder, a long plastic catheter beads via cystoscopy was used to take out all the steel balls. For the three female patients with self-inserted thermometer, plastic tube and pen, the thermometer was removed by bladder endoscope, while huge bladder stones caused by plastic tube and pen of the other two cases were removed by open surgery. **Results:** The bladder foreign bodies caused by masturbation of the four patients were all removed, without significant bladder dysfunction. **Conclusions:** History taking should be conducted in detail to avoid delaying treatment, and personalized treatment should be conducted according to the type of bladder foreign body to reduce maximum trauma.

【Key words】 Masturbation; Bladder foreign body; Treatment

【中图分类号】 R694⁺.7

【文献标志码】 B

膀胱异物在临床上并非罕见,其种类繁多,有塑料管、铅笔、毛笔杆、磁珠、电线、体温计等等;病因多与精神、心理因素,特别是性心理异常有关^[1-4]。我院自 2011 年 4 月至 2013 年 1 月诊治因性自慰导致膀胱异物 4 例,其中 2 例经膀胱镜取出,2 例开放性手术,4 例患者均获治愈。

1 资料和方法

1.1 一般资料

本组男性 1 例,女性 3 例;年龄最大 42 岁,最小 32 岁,平均 36.5 岁。异物中有塑料管、毛笔杆、磁珠等。

1.2 方法

1 例男性患者于 2012 年 11 月 23 日自行将直径约 6mm 的 33 粒磁性钢珠从尿道口塞进尿道,钢珠坠入膀胱后自觉下腹坠胀,轻微尿痛,无尿频、尿急、排尿中断,于 2012 年 11 月 25 日至北京宣武医院门诊就医,行腹部平片可见约 30 粒大小约 6mm 的圆珠状物体,成串状排列。11 月 28 日日下午于我院行膀胱镜检查,试用异物钳不能取出后将电切镜鞘置入膀胱,拔除内芯,将前端镶嵌一磁珠的长塑料导管探入膀胱,吸引出钢珠共 33 颗,再次膀胱镜检查,未见膀胱内残留钢珠。

3 例女性患者自行插入体温计、塑料管、毛笔杆,插入体温计者行膀胱镜下异物取出,余 2 例形成巨大膀胱结石,均由开放手术取出。其中 1 例患者病程长达 12 年,于 2011 年 4 月在我院诊断双侧肾盂、输尿管重度积水、双侧输尿管下段狭窄、膀胱结石、膀胱周围脓肿、急性肾盂肾炎,给予双侧肾盂穿刺造瘘术,控制感染后,于 2011 年 5 月 13 日行膀胱切开取石术。

2 结果

上述 4 例患者均将膀胱内异物及结石全部取出,无膀胱挛缩、阴道瘘或肠管损伤等术后并发症发生。

3 讨论

膀胱异物的诊断并不困难,其临床表现主要为尿频、尿痛、血尿等膀胱刺激征,排尿不畅、排尿中断或下腹疼痛等。膀胱异物的慢性刺激亦是膀胱肿瘤、特别是鳞癌的诱因之一^[4,5]。据报道膀胱异物女性多于男性,如膀胱异物较细、柔软,一般可于膀胱镜下顺利取出,如经尿道膀胱镜下未能取出异物者必须行开放性手术。

膀胱异物的患者常常隐瞒自慰史,进一步行膀胱镜检查、腹部平片等有助于明确诊断,必要时可行 CT 或核磁检查鉴别血尿原因;膀胱异物应及早治疗以预防膀胱穿孔、膀胱周围脓肿;严重时甚至可发生肾盂肾炎、膀胱阴道瘘、腹膜炎、败血症等等危及生命。本组 1 例女性患者病程长达 12 年,因膀胱异物

形成结石导致双侧输尿管下段狭窄;双侧肾盂、输尿管重度积水,临床实为罕见。Grumet^[6]报道一例患者膀胱异物未在意,7 年后导致阴囊囊肿,需紧急处理及行尿道再造。而 Methfessel^[7]报道的一位女性患者,35 岁时应用子宫托插入尿道自慰,导致膀胱异物,66 岁时因发生阴道瘘后才予以取出。

3.1 性自慰异物进入膀胱的途径

多数为未婚青少年或有手淫习惯者,男性居多,为寻求性快感或解除尿道内、外阴部痒感而自行插入。自行经尿道插入异物最常见的原因倾向于性心理的异常^[1-3],大多数病人文化水平低下,本组病人高中及中专学历者 2 人,青春期性知识缺乏;其中 1 例男性患者为国内科研单位重要负责人,两地分居,不除外心理或性格改变。

3.2 膀胱异物的并发症

最常见的并发症是膀胱炎和形成结石;异物刺激膀胱壁,日久可穿出膀胱壁或直接导致膀胱穿孔,常可造成膀胱阴道瘘、膀胱周围炎、腹膜炎等。本组中形成明显块状结石者 2 例,另有报道引起膀胱慢性穿孔或并发破伤风者,本组未发生。

3.3 诊断

膀胱异物的诊断较易,对可疑患者应仔细询问病史,以免患者隐瞒病史而贻误治疗。对久治不愈、反复发作的泌尿系统感染,尤其是青壮年患者,应高度警惕膀胱异物的可能。

经腹部膀胱 B 超及 X 线检查手段均能确诊,行膀胱镜检查后证实。延误诊断的原因:患者因羞耻感隐瞒、伪造病史;接诊医师临床经验不足,考虑问题不全面,对尿频、尿急、血尿、排尿困难的患者满足于泌尿系感染的诊断,未能详细询问病史及进行必要的检查;本组中 1 例患者延误诊治后出现双侧肾盂、输尿管重度积水、膀胱周围脓肿、急性肾盂肾炎,教训深刻。

3.4 治疗

膀胱异物的治疗方法比较简单,多数膀胱异物可经尿道膀胱镜取出,仅少数病例需行膀胱切开术^[8]。术前做好充分准备,仔细询问病史,根据膀胱异物的性质、种类、位置、形状及是否合并有其他并发症、患者的全身状况决定治疗措施。膀胱尿道异物应首先考虑非手术治疗,行膀胱镜检时,宜动作轻柔,钳取异物时要轻、快、准、稳,尽可能减少异物对膀胱黏膜及尿道的损伤。

对金属类较大异物,强行取出时对膀胱及尿道损伤较大,膀胱镜不能成功取出异物时,应考虑椎管内麻醉下膀胱切开取出异物,术后常规留置三腔导尿管、膀胱造瘘管。

具体情况应具体分析,有的异物可应用其他工具取出,如本组 1 例男性患者应用我们自行设计的前端镶嵌磁珠的长塑料导

管,将其经膀胱镜探入膀胱,吸引出全部钢珠,避免了开放手术。

3.5 性自慰膀胱异物的预防措施

要加强对青少年的文化教育及性教育;培养人们正常的性心理及性格;加强自我保护意识。另外,医护人员需提高自身的技术水平,加强责任心,详细了解患者心理及病史,根据膀胱异物的种类进行个体化治疗非常重要。

参 考 文 献

- [1] Trehan RK, Haroon A, Memon S, et al. Successful removal of a telephone cable, a foreign body through the urethra into the bladder: a case report. *J Med Case Rep*. 2007(1):153.
- [2] 陆敬义. 膀胱异物的诊断和治疗. *中国误诊学杂志*, 2006, 6(4): 687-688.
- [3] Bantis A, Sountoulides P, Kalaitzis C, et al. Perforation of the urinary

bladder caused by transurethral insertion of a pencil for the purpose of masturbation in a 29-year-old female. *Case Rep Med*, 2010. pii: 460385.

- [4] 张振声, 许传亮, 杨庆, 等. 五例膀胱异物的处理. *中华腔镜泌尿外科杂志(电子版)*, 2008, 2(2): 180-181.
- [5] 耿杰, 许景东, 项华, 等. 泌尿系统异物 26 例分析. *中国误诊学杂志*, 2012, 12(3): 679.
- [6] Grumet GW. Pathologic masturbation with drastic consequences: case report. *J Clin Psychiatry*. 1985, 46(12): 537-539.
- [7] Methfessel HD. Rare foreign body fistulas of the female bladder. *Z Urol Nephrol*. 1987, 80(9): 545-549.
- [8] 李强, 李留法. 膀胱异物 64 例治疗分析. *现代医药卫生*, 2002, 18(8): 683-684.

(收稿日期: 2013-12-12)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.07.006

首次剖宫产术式对高龄孕妇再次剖宫产手术的影响分析

池鸿斐¹ 赵小峰²

1 瑞安市妇幼保健院妇产科, 浙江 温州 325200

2 浙江省人民医院妇科, 杭州 310014

【摘要】目的:分析首次剖宫产术式对高龄孕妇再次剖宫产手术的影响,指导远期安全性更佳的首次剖宫产术式的选择。**方法:**选取我院 2010 年 9 月至 2013 年 9 月收治的再次行剖宫产高龄产妇 277 例,按照其首次剖宫产术式分为传统腹壁纵切口 A 组($n=151$)及新式腹壁横切口 B 组($n=126$),比较两组孕妇再次剖宫产的妊娠结局。**结果:**A 组手术时间、术中出血量、肛门排气时间及住院时间均低于 B 组,两组数据比较存在统计学差异($P<0.05$);A 组孕妇共发生 78 例腹腔粘连,发生率 51.7%,B 组发生 100 例,发生率 79.4%,A 组腹腔粘连发生率显著低于 B 组($P<0.05$),且其粘连分度亦显著低于后者;A 组产后出血 5 例,发生率 3.3%,B 组产后出血 9 例,发生率 7.1%,两组新生儿均未发生窒息,两组孕妇产后出血发生率无明显统计学差异($P>0.05$)。**结论:**首次剖宫产术式的选择可影响孕妇再次剖宫产并发症的发生率,新式剖宫产术对有再次剖宫产意愿的孕妇风险更高,可导致其手术时间增加、出血量上升、并发症风险增高,而传统剖宫产术可有效规避上述风险。

【关键词】 剖宫产;术式;高龄孕妇;影响

Effect of primary caesarean section on re-caesarean operation of advanced pregnant women CHI Hong-fei¹, ZHAO Xiaofeng². 1. Department of Obstetrics and Gynecology, Ruian Maternal and Child Care Hospital, Wenzhou 325200, China; 2. Department of Gynecology, Zhejiang Province People's Hospital, Hangzhou 310014, China

【Abstract】Objectives: To analyze the effect of primary cesarean section on re-caesarean operation of advanced pregnant women, guiding the choice of primary cesarean section with better and long-term safety. **Methods:** 277 advanced pregnant women admitted to our hospital from September 2012 ~ September 2013 for re-caesarean operation were divided into group A ($n=151$) and group B ($n=126$) according to the primary cesarean

【基金项目】浙江省医药卫生科技计划项目(2011KYB125)。

【第一作者简介】池鸿斐(1973-),女,副主任医师,主要从事妇产科临床诊治与研究工作。

section, i. e. those adopted the traditional abdominal vertical incision and new transverse abdominal incision were group A and B respectively. The pregnancy outcome of the two groups was compared after re – cesarean operation. **Results:** The operation time, intraoperative blood loss anal exhaust time and hospital stays of group A were lower than those of group B, with statistically significant difference ($P < 0.05$); the incidence rate of peritoneal adhesion was 51.7% (78/151) and 79.4% (100/126) respectively, with significantly difference ($P < 0.05$); 5 patients in group A (3.3%) and 9 patients in group B (7.1%) experienced postpartum hemorrhage, with no statistically significant difference ($P > 0.05$); no neonatal asphyxia occurred in the two groups. **Conclusion:** The primary cesarean section may affect the incidence rate of complications after re – cesarean operation. Compared with traditional cesarean section, new cesarean section is of higher risks for re – cesarean operation, with increased operation time, intraoperative blood loss and risk of complications.

【Key words】 Cesarean section; Operation; Advanced pregnant women; Effect

【中图分类号】 714.4 【文献标志码】 A

随着社会生活压力的增加,目前女性的结婚、生育年龄呈逐年上升趋势,这导致了年龄超过 35 岁的高龄孕妇不断增加^[1]。女性 35 岁后会出现骨盆、韧带功能退化等机体状态下降现象,对妊娠结局存在不良影响。而多数高龄产妇会选择剖宫产,有报道指出,首次剖宫产术式的选择对孕妇再次剖宫产结局会带来影响,不合理的首次剖宫产术式选择可导致孕妇并发症风险上升^[2]。为探讨安全性较高的首次剖宫产的选择,笔者选取我院 2012 年 9 月至 2013 年 9 月收治的再次行剖宫产的 277 例高龄产妇进行了临床分析,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

选取我院 2010 年 9 月至 2013 年 9 月收治的再次行剖宫产高龄产妇 277 例,纳入标准:(1)首次分娩采取剖宫产,且接受腹壁纵切口或腹壁横切口术式;(2)年龄 ≥ 35 岁;(3)要求接受剖宫产术终止妊娠。排除标准:(1)曾接受 2 次或以上剖宫产;(2)首次剖宫产切口愈合不良^[3]。按照其首次剖宫产术式分为 A 组(腹壁纵切)及 B 组(腹壁横切),A 组 151 例,年龄 35~44 岁,平均(38.2 $\pm$ 5.5)岁,距上次剖宫产时间 17 个月~4 年,平均(1.3 $\pm$ 0.8)年;B 组 126 例,年龄 36~44 岁,平均(39.0 $\pm$ 6.3)岁,距上次剖宫产时间 16 个月~4 年,平均(1.2 $\pm$ 1.0)年。两组产妇年龄及距上次剖宫产时间等临床指标比较,未见统计学差异($P > 0.05$),本临床研究具有可比性。

1.2 手术方法

1.2.1 传统腹壁纵切口 A 组孕妇首次剖宫产术式选取传统腹壁纵切口。行蛛网膜下腔 – 硬膜外联合麻醉,取腹壁纵切口切开腹壁及子宫,于子宫壁中间位置暴露胎膜,刺破胎膜后将溢出的羊水全部吸出,使用臀牵引方式取出胎儿后,将胎膜、胎盘娩出,清理、冲洗腹腔后,依次缝合子宫、腹壁。

1.2.2 新式腹壁横切口 B 组孕妇首次剖宫产术式选取新式腹壁横切口。行蛛网膜下腔 – 硬膜外联合麻醉,取腹壁横切口,仅切开真皮层,并将皮下脂肪切除约 3cm,钝性分离脂肪层,暴露子宫,常规破膜后依次娩出胎儿、胎膜及胎盘,清理、擦拭子宫,使用可吸收线缝合子宫,后将皮下组织缝合,无需缝合腹膜。A 组和 B 组患者的手术医师均由本院妇产科医师完成,在不同医师比例上无显著差异($P > 0.05$)。

1.2.3 再次剖宫产手术 两组患者再次剖宫产手术均行连续硬膜外麻醉,按照其首次剖宫产术式将遗留瘢痕组织切除后,

接受改良新式剖宫产术终止妊娠^[4]:采用腹壁纵切口,切开皮下脂肪、筋膜后,分离腹直肌间黏着部分,钝性分离子宫下段肌肉组织,吸出部分羊水后娩出胎儿、胎膜,牵娩胎盘后对子宫腔进行彻底清理,依次缝合子宫肌层、腹膜及皮下组织。

1.3 观察指标

(1)比较两组孕妇再次剖宫产手术的时间、出血量、肛门排气时间及住院时间,分析其手术情况,其中术中出血量使用负压瓶结合棉垫吸收法进行测量^[5];(2)比较两组孕妇术中腹腔粘连情况及产后出血、新生儿窒息发生情况,分析母婴并发症情况,其中腹腔粘连包括轻度、中度及重度^[6],轻度腹腔粘连为切口与腹腔网膜微粘连,分离时未见出血;中度为切口与腹壁、膀胱存在粘连,分离时有少量出血;重度为切口与肠管等远处组织出现广泛粘连,分离难度大且出血量多。

1.4 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 χ^2 检验,对计量资料采用 t 检验,对等级资料采用秩和检验,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 手术情况

A 组手术时间、术中出血量、肛门排气时间及住院时间均低于 B 组,两组数据比较存在统计学差异($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组孕妇手术情况比较

手术情况	A 组($n = 151$)	B 组($n = 126$)	t 值	P 值
手术时间(min)	58.9 $\pm$ 12.3	79.3 $\pm$ 17.6	6.287	<0.05
术中出血量(mL)	249.5 $\pm$ 17.4	379.2 $\pm$ 57.1	9.305	<0.05
肛门排气时间(h)	40.3 $\pm$ 7.2	55.9 $\pm$ 8.3	4.559	<0.05
住院时间(d)	7.3 $\pm$ 2.0	9.9 $\pm$ 3.1	3.241	<0.05

2.2 母婴并发症

A 组孕妇共发生 78 例腹腔粘连,发生率 51.7%,B 组发生 100 例,发生率 79.4%,A 组腹腔粘连发生率显著低于 B 组($P < 0.05$),且其粘连分度亦显著低于后者($u_c = 7.219 > u_\alpha$, $P < 0.05$)。见表 2。A 组产后出血 5 例,发生率 3.3%,B 组产后出血 9 例,发生率 7.1%,两组新生儿均未发生窒息,两组孕妇产后出血发生率无明显统计学差异($\chi^2 = 1.050$, $P > 0.05$)。

表2 两组孕妇腹腔粘连发生率

粘连分度	A组(n=151)		B组(n=126)		χ^2 值	P 值
	例数	发生率(%)	例数	发生率(%)		
轻度	36	23.8	24	19.0	--	--
中度	23	15.2	41	32.5	--	--
重度	19	12.6	35	27.8	--	--
总计	78	51.7	100	79.4	13.742	<0.05

3 讨论

女性年龄超过35岁后,其骨盆功能、韧带强度、宫颈弹性、会阴延展性均呈现大幅下降状态,导致生理顺应性降低,阴道分娩风险较大。且多数高龄孕妇均对新生儿抱有极大期望,认为胎儿十分珍贵,这也导致其心理、精神压力较大,加上高龄孕妇易伴有糖尿病、高血压等合并症,导致高龄产妇剖宫产选择率较高^[7]。然而,多数临床研究均证实,剖宫产次数的增加会导致子宫破裂风险的大幅上升,这一点对于高龄产妇尤为突出,因此,每一次剖宫产术式的选择都对今后的妊娠造成了一定影响。

为探讨更利于再次剖宫产安全性的首次剖宫产术式选择,笔者选取277例高龄孕妇进行了对照研究,发现初次剖宫产腹壁纵切组手术时间、术中出血量、肛门排气时间及住院时间均低于腹壁横切组,两组数据比较存在统计学差异。目前临床剖宫产术式的应用现状为:腹壁纵切口应用最广泛,而腹壁横切口术式是多数医生的首选推荐术式,腹壁横切剖宫产术式具有手术步骤简单、生理特点吻合性好等优势,首次剖宫产损伤较低^[8],但该术式对脏壁、腹壁及腹膜未实施缝合,裸露的组织易引发网膜出现代偿性保护,使得再次剖宫产的手术时间、术中出血量均大幅增加,且术后恢复速度亦受到影响。同时,高龄孕妇更易出现先兆子宫破裂、胎盘早剥、前置胎盘等异常妊娠状态,手术时间的延长易导致胎儿长时间无法取出,严重增加了母婴风险^[9,10]。在母婴并发症的分析中,我们发现,初次剖宫产腹壁纵切组孕妇共发生78例腹腔粘连,发生率51.7%,腹壁横切组发生100例,发生率79.4%,纵切组腹腔粘连发生率显著低于横切组($P<0.05$),且其粘连分度亦显著低于后者,这主要是由于新式剖宫产术式对腹膜造成了较大的机械性损伤,从而导致腹膜爬行愈合前出现黏合,重度腹腔粘连的发生率上升。另外,高龄孕妇腹肌松弛度较差,瘢痕组织弹性下降,也对胎儿的娩出造成了不良影响^[11-13]。虽然A组产后出血5例,发生率3.3%,B组产后出血9例,发生率7.1%,两组新生儿均未发生窒息,两组孕妇产后出血发生率无明显统计学差异,但仍可以认为,腹壁横切剖宫产术式远期效果较差,不利于孕妇的再次剖宫产。因此,在实施剖宫产术前,应向孕妇说明各术式的近、远期效果,并建议有高龄妊娠意愿的孕妇选择传统剖宫产术式,以提高再次剖宫产安全性,对于有再次剖宫产意向的孕妇,在术中应避免腹肌的损伤,并在缝合时注重脏层、壁层腹膜的缝合及解剖位置恢复,降低远期并发症风险^[14-18]。

综上所述,首次剖宫产术式的选择可影响孕妇再次剖宫产并发症的发生率,腹壁横切剖宫产术对有再次剖宫产意愿的孕妇风险更高,可导致其手术时间增加、出血量上升、并发症风险增高,而腹壁纵切剖宫产术可有效规避上述风险。因此,对于有再次剖宫产意向的孕妇,应实施腹壁纵切剖宫产术,或在腹壁横切剖宫产术中注重腹肌的保护和腹膜解剖层次的恢复。

参 考 文 献

[1] Panel IC. International association of diabetes and pregnancy study

- groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. *Diabetes Care*, 2010,33(3):676-682.
- [2] Billari FC, Goisis A, Liefbroer AC, et al. Social age deadlines for the childbearing of women and men. *Human Reproduction*, 2011, 26(3): 616-622.
- [3] 马彬. 高龄孕妇剖宫产产后出血危险因素分析. *中国妇产科临床杂志*, 2012,13(3):170-172.
- [4] Fraser A, Tilling K, Macdonald-Wallis C, et al. Association of maternal weight gain in pregnancy with offspring obesity and metabolic and vascular traits in childhood. *Circulation*, 2010, 121(23): 2557-2564.
- [5] 邓金安, 匡厚敏. 腰硬联合麻醉在高龄产妇剖宫产手术中的临床应用. *现代临床医学*, 2011,37(3):176-177.
- [6] 徐永枝. 首次剖宫产不同术式对再次剖宫产术的影响. *中国医药导刊*, 2011,13(6):162.
- [7] Dijkman A, Huisman CMA, Smit M, et al. Cardiac arrest in pregnancy: increasing use of perimortem caesarean section due to emergency skills training. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2010,117(3):282-287.
- [8] 徐艳红, 吕玉人. 剖宫产术后再次妊娠172例临床分析. *中国医药*, 2010,5(9):850-851.
- [9] Dodd JM, Grivell RM, Crowther CA, et al. Antenatal interventions for overweight or obese pregnant women: a systematic review of randomised trials. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2010,117(11):1316-1326.
- [10] 李楠. 剖宫产术后再次妊娠分娩方式的选择. *山东医药*, 2010, 50(26):46.
- [11] Moskowitz CH, Schder H, Teruya-Feldstein J, et al. Risk-adapted dose-dense immunochemotherapy determined by interim FDG-PET in advanced-stage diffuse large B-cell lymphoma. *Journal of Clinical Oncology*, 2010,28(11):1896-1903.
- [12] Brauer CA, Coca-Perraillon M, Cutler DM, et al. Incidence and mortality of hip fractures in the United States. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 2009,302(14):1573-1579.
- [13] 曾庆秀. 84例高龄初产妇妊娠与分娩的临床分析. *中国医药导刊*, 2012,14(1):8.
- [14] Kies MS, Holsinger FC, Lee JJ, et al. Induction chemotherapy and cetuximab for locally advanced squamous cell carcinoma of the head and neck: results from a phase II prospective trial. *Journal of Clinical Oncology*, 2010,28(1):8-14.
- [15] 陈光, 牡丹. 高龄妊娠对分娩方式和新生儿的影响的研究. *中国实用医药*, 2012,7(11):8-10.
- [16] 王曙光, 陈晓园, 周丽萍, 等. 剖宫产与阴道分娩对女性产后性功能影响的比较研究. *中国性科学*, 2012,21(8):19-21.
- [17] 张志茹, 李薇薇, 马小红. 低位B-Lynch缝合术对前置胎盘剖宫产术及对产后月经的作用分析. *中国性科学*, 2013,22(3):30-32.
- [18] 刘剑敏. 影响剖宫产率的因素分析. *中国当代医药*, 2014, (1): 166-167.

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.07.007

子宫压迫缝合术在剖宫产产后出血治疗中的作用分析

魏红 戴哲凡 黄修治

惠州市中心人民医院产科, 广东 惠州 516001

【摘要】目的:探讨子宫压迫缝合术在产后出血治疗中的作用效果。方法:以我院 2012 年 1 月至 2014 年 1 月间,收治的 126 例各类产后出血缩宫素无效患者为研究对象,按患者使用的止血方式,我们将研究对象分为观察组(68 例)及对照组(58 例),观察组患者使用子宫压迫缝合术止血,对照组使用常规止血方法。比较两组患者手术情况、治疗效果、术后子宫血供情况和术后并发症发生情况之间的差异。结果:观察组患者术中和术后出血量少于对照组,临床治疗效果优于对照组,术后子宫血供好于对照组,术后并发症发生率低于对照组,其差异皆有统计学意义($P < 0.05$)。结论:子宫压迫缝合术可以有效治疗产后出血,其临床效果明确,对子宫造成的损伤较小,术后并发症较少。

【关键词】 产后出血;子宫压迫缝合;止血

Effect of uterine compression suture in the treatment of postpartum hemorrhage WEI Hong, DAI Zhefan, HUANG Xiuzhi. Department of Obstetrics, Central Hospital of Hui Zhou, Huizhou 516001, China

【Abstract】 Objectives: To explore the effect of uterine compression suture in the treatment of postpartum hemorrhage. Method: 126 puerpera with postpartum hemorrhage in our hospital between January 2012 and January 2014 were selected and divided into observation group (68 cases) and control group (58 cases) based on their treatment plan. The conventional hemostatic method was used in the control group, while the observation group adopted uterine compression suture. The differences in hemostatic effect, operation degree, postoperative uterine blood supply situation and incidence of complications between the two groups were compared. Results: The amount of bleeding of the observation group was less than the control group with better clinical effect, postoperative uterine blood supply and lower incidence of complications. Conclusions: Using uterine compression suture in the treatment of postpartum hemorrhage is of good efficacy, with less damage to uterus and fewer complications.

【Key words】 Postpartum hemorrhage; Uterine compression suture; Surgical hemostasis

【中图分类号】 R714.46

【文献标志码】 A

产后出血是指胎儿自娩出 24h 内,产妇出血量大于 500mL 的情况^[1],是孕产妇围产期死亡的主要原因之一^[2]。有研究显示,产后出血导致的子宫切除率为 0.15%,其中约有 50% 的患者为前置胎盘,30% 的患者为宫缩乏力,10% 患者为宫颈撕裂,另有 10% 患者为其他原因所致^[3]。目前,在产后出血处理方法方面也有大量研究和临床实践经验,其治疗策略主要是集中在降低产后出血死亡率的同时,有效保留产妇子宫,保持其器官完整性^[4]。已有临床方法包括:纱布填塞、子宫或髂内动脉结扎和选择性动脉栓塞,如皆无效,则采用子宫切除术,但上述方法除子宫切除术外,临床效果皆不稳定,而子宫切除术则使患者解剖和生理功能受到严重损害^[5]。子宫压迫缝合技术是上

个世纪末开始兴起的一种临床用于产后出血的止血方法,本院已开展多年,效果明确,并积累了大量的临床经验和技巧。本文以我院 2012 年 1 月至 2014 年 1 月间,收治的各类产后出血缩宫素无效患者 126 例为研究对象,就改良型子宫压迫缝合术在产后出血中的作用做一分析,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本文研究对象为我院 2012 年 1 月至 2014 年 1 月间,收治的 126 例各类产后出血缩宫素无效患者,所有患者均明确诊断为产后出血,且使用缩宫素无效。入选标准:所有患者均为剖宫产产妇,非高危产妇,经产妇无产后出血史,患者孕期一般状况可,无神经精神问题,未合并有乙肝、艾滋病等疾病。按患者使用的止血方式,我们将研究对象分为观察组及对照组,观察组 68 例患者中初产妇 43 例,经产妇 25 例,年龄 20 ~ 35 岁,平均年龄 (31.18 ± 2.29) 岁,平均孕周 (37.49 ± 1.18) 周,平均出血量为 (1194.86 ± 234.83) mL。在出血原因方面,有子宫收

【基金项目】广东省惠州市科委资助课题(20130804)。

【第一作者简介】魏红(1977-),女,主治医师,主要从事产科临床诊治与研究工作。

缩乏力患者 44 例,胎盘剥离面广泛出血 14 例,胎盘粘连或植入 8 例,原疤痕切口出血 2 例。对照组 58 例患者中初产妇 38 例,经产妇 20 例,年龄 21 ~ 35 岁,平均年龄(31.23 ± 2.43)岁,平均孕周(37.25 ± 1.09)周,平均出血量为(1185.46 ± 210.90) mL。在出血原因方面,有子宫收缩乏力患者 39 例,胎盘剥离面广泛出血 10 例,胎盘粘连或植入 8 例,原疤痕切口出血 1 例。两组患者在分娩经历、年龄、孕周、产后出血量及出血原因方面未见显著差异($P > 0.05$),组间具有可比性。本研究方案上报医院伦理委员会,并获得批准,所有患者及家属均已在术前或术后签署知情同意书。

1.2 研究方法

所有产妇在发现产后有出血时,均先采用按摩子宫、使用缩宫素、止血药等方面,且均无效。对照组患者采用常规止血方法,包括宫腔塞米索前列醇配合纱布填塞、结扎子宫动脉等,观察组患者使用经过我们改良的子宫压迫缝合术,在进行缝合前,将子宫托出腹腔,进行子宫压迫试验,如果患者子宫在加压后出血可基本停止,则手术成功性较大,如加压效果不明显,则应在继续进行缝合的同时,立刻准备进行子宫切除,以备加压缝合术失败后使用。在手术过程中,下推膀胱腹膜反折,使子宫下段充分暴露,从右侧子宫切口下缘 2cm 及子宫内侧 4cm 处入针,然后在距离宫角约 4cm 处的宫底部将缝线垂直绕向子宫后壁,在左侧,与右侧相对应的位置,进行切口上下缘缝合。缝合后由手术助手对宫体进行加压,同时收紧两根缝合线,当未见出血后,即可打结。打结后将子宫放回腹腔,观察 10 ~ 15min,看是否有出血,如无异常,则可逐层缝合关腹。在改良加压缝合术中,我们的缝合线只在浆膜层和肌层内穿行,尽量不触碰子宫黏膜层。在绕行宫底部分时,可通过肌层缝合,将缝合线固定在子宫上,以防止其脱落引起其他器官和系统的套叠。如果患者子宫横径过大,则可在子宫两侧各缝合一次。

1.3 研究指标及评价方法

(1)两组患者手术情况的比较:比较两组患者手术时间、术中出血量及术后 2h 内出血量之间的差异,此部分资料来源于患者的手术记录。(2)两组患者临床治疗效果的比较:根据相关诊断标准^[6],我们将术后子宫整体或局部子宫下段收缩良好,切口无渗血,阴道 30min 内出血量小于 50mL,术后生命体征平稳的患者归为有效;将术后子宫收缩不良,切口有渗血情况或阴道 30min 出血量大于 50mL,患者术后体征不平稳,及所有术中术后转子宫切除患者归为无效。比较两组患者临床治疗有效率之间的差异。(3):两组患者术后子宫血液循环情况的比较:此部分我们采用子宫超声的检查方法,在基本止血成功后,主要测量子宫动脉的阻力指数(RI)和收缩期最高血流速度(S)与舒张期最低血流速度(D)的比值(S/D 值),比较其差异。本研究第四部分为对两组患者术后不良反应情况的比较,根据相关研究,我们认为术后发热、使用镇痛剂、切口渗血等术后情况与手术有直接关系,比较两组患者并发症发生率之间的差异。

1.4 统计方法

所有数据经 Epidata 双向核查输入计算机,使用 SPSS16.0 进行统计分析,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,观察组与对照组患者组间各指标比较使用两独立样本 t 检验方法,率的比较使用 χ^2 检验, $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 两组患者手术情况的比较

研究结果显示,两组患者手术时间未见显著差异($P > 0.05$),在出血量的比较中,观察组术中出血量和术后 2h 出血量低于对照组,其差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者手术情况的比较

组别	例数	手术时间 (min)	术中出血量 (mL)	术后 2h 出血量 (mL)
观察组	68	57.95 ± 19.74	895.47 ± 133.37	37.79 ± 13.29
对照组	58	59.37 ± 17.26	1124.85 ± 203.16	48.37 ± 13.26
t 值	-	0.43	7.59	4.46
P	-	>0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组患者临床治疗效果的比较

本研究中 126 例患者中有 18 例临床治疗无效,占总体的 14.29%,所有患者经本次或再次治疗后均痊愈出院。本研究结果显示,观察组患者临床治疗有效率为 92.65%,对照组为 77.59%,将 χ^2 检验,两组患者临床治疗有效率不同($\chi^2 = 5.80$, $P < 0.05$),观察组患者临床治疗有效率高于对照组。见表 2。

表 2 两组患者临床治疗效果的比较

组别	例数	有效	无效
观察组	68	63(92.65)	5(7.35)
对照组	58	45(77.59)	13(22.41)

2.3 两组患者术后子宫血液循环情况的比较

研究结果显示,在产后对两组产妇产后子宫超声的检测中,观察组患者 RI 及 S/D 数值均低于对照组,其差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组产妇产后子宫血液循环情况的比较

组别	例数	RI		S/D	
		左	右	左	右
观察组	68	0.72 ± 0.05	0.71 ± 0.05	10.34 ± 0.55	10.13 ± 0.58
对照组	58	0.81 ± 0.06	0.78 ± 0.06	11.84 ± 0.73	11.02 ± 0.44
t 值	-	9.18	7.14	13.13	9.57
P	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.4 两组患者术后并发症的比较

本研究 126 例患者中有 26 例患者术后发生并发症,并发症发生率为 20.63%,所有患者并发症经处理后,均痊愈。本研究表明,观察组患者并发症发生率为 13.24%,对照组为 29.31%,经 χ^2 检验,两组患者并发症发生率不同($\chi^2=4.94, P<0.05$),观察组患者并发症发生率低于对照组。见表 4。

表 4 两组患者术后并发症的比较

组别	例数	发生	未发生
观察组	68	9(13.24)	59(86.76)
对照组	58	17(29.31)	41(70.69)
组别	126	26(20.63)	100(79.37)

3 讨论

产后出血的主要因素包括四类:子宫收缩乏力、胎盘因素、软产道裂伤和凝血功能障碍,其中最主要也最常见的因素就是子宫收缩乏力^[7,8]。根据相关研究成果,子宫压迫缝合术的技术基础即是纵向机械性压迫子宫壁弓状血管,使其血流减少减缓,进而促进局部血栓形成^[9,10]。同时,由于在这一过程中子宫肌层缺血,会刺激子宫收缩,进一步压迫血窦,使血窦关闭,进而止血^[11]。相比于结扎等止血方法,子宫压迫缝合效果更明确,且对机体损伤更小;而相比于介入治疗等止血方法,子宫压迫缝合术对技术要求更低,更有利于在基层医院开展^[12]。在本研究中,我们采用病例对照研究方法,就改良型子宫压迫缝合术与其他常规止血方法进行比较,初步证明了子宫压迫缝合术在产后出血止血过程中的良好效果。

本研究表明,两组患者手术时间未见显著差异($P>0.05$),在出血量的比较中,观察组术中出血量和术后 2h 出血量低于对照组,其差异有统计学意义($P<0.05$)。这首先说明了使用子宫压迫缝合术并不会延长手术时间,虽然与结扎等手术相比,子宫压迫缝合术有两个步骤,但其处理术中出血等所用时间要明显较少,所以其整体手术时间与其他治疗相当^[13,14]。而由于其压迫止血的特性及我们在术中缝合仅在肌层进行,所以其术中出血量和术后出血量均较少。本研究表明,观察组患者临床治疗有效率高于对照组,其差异有统计学意义($P<0.05$),这是子宫压迫缝合术治疗产后出血较好的直接临床表现。本研究表明,在产后对两组产妇产子子宫超声的检测中,观察组患者 RI 及 S/D 数值均低于对照组,其差异有统计学意义($P<0.05$),我们认为,这是由于压迫缝合过程中,子宫并未受到实质性损害,所以其术后血供恢复的更好^[15-17]。另外,本研究表明,观察组患者术后并发症发生率低于对照组,其差异有统计学意义($P<0.05$),这也说明了子宫压迫缝合术对机体损伤更小。

综上所述,我们认为,子宫压迫缝合术可以有效治疗产后出血,其临床效果明确,对子宫造成的损伤较小,术后并发症较少,值得在临床上推广使用。

参 考 文 献

[1] 段涛. 产后出血. 现代妇产科进展, 2007, 16(3): 161-173.

[2] 彭学宏. 产后出血 119 例临床分析. 中国性科学, 2012, 21(11): 28-29.

[3] 吴海霞. 产后出血 118 例临床分析. 中国性科学, 2010, 19(8): 12-14.

[4] 王玥. 产后出血的危险因素分析和预防措施研究. 天津医药, 2013(9): 924-926.

[5] 崔红, 陈静, 刘彩霞, 等. 2001 年和 2011 年产后出血的救治及高危因素的临床分析. 中国医科大学学报, 2013, 42(6): 532-534.

[6] 中华医学会妇产科学分会产科学组. 产后出血预防与处理指南(草案). 中华妇产科杂志, 2009, 44(7): 554-557.

[7] Kim TH, Lee HH, Kim JM, et al. Uterine artery embolization for primary postpartum hemorrhage. Iran J Reprod Med. 2013, 11(6): 511-518.

[8] 刘兴会, 陈猛. 产后出血的过去、现在和未来. 实用妇产科杂志, 2013, 29(8): 561-563.

[9] 刘艳, 蒋小亚, 吴婉林, 等. 子宫压迫缝合术在产后出血治疗中的临床应用研究. 实用妇产科杂志, 2012, 28(2): 155-157.

[10] Kaoiean S. Successful use of the B-Lynch uterine compression suture in treating intractable postpartum hemorrhage after cesarean delivery in Rajavithi Hospital. J Med Assoc Thai. 2013, 96(11): 1408-1415.

[11] 应豪. 子宫压迫缝合术: 过去、现在和将来. 国际妇产科学杂志, 2011, 38(5): 375-377, 389.

[12] 王淑婷, 赵妍, 王谢桐, 等. 子宫压迫缝合术治疗产后出血的临床应用进展. 中华围产医学杂志, 2013, 16(8): 457-460.

[13] Schlembach D, Mrtl MG, Girard T, et al. Management of postpartum hemorrhage (PPH): Algorithm of the interdisciplinary D-A-CH consensus group PPH (Germany - Austria - Switzerland). Anaesthesist. 2014, 63(3): 234-242.

[14] 罗方媛, 陈猛, 张力, 等. 难治性产后出血的五种止血手术疗效的比较及止血失败原因分析. 中华妇产科杂志, 2012, 47(9): 641-645.

[15] 潘九林. 难治性产后出血的止血方法比较及止血失败原因分析. 东南大学学报(医学版), 2013(5): 551-553.

[16] 容素仪. 宫缩乏力性产后出血患者 56 例采用改良缝合疗效观察. 中国医药科学, 2014(4): 197-199.

[17] 褚志平, 刘雅雯, 梁升连, 等. 1707 例产后出血患者产前高危因素及出血原因分析. 中国医药导报, 2013(26): 55-57.

(收稿日期: 2014-03-24)

• 性医学 •

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.07.008

导乐分娩对产妇产程及妊娠结局的影响

李媛 吴芬英 沈叶琴 董芳 孙琦

绍兴县中心医院产科,浙江 绍兴 312000

【摘要】目的:探讨导乐分娩对产妇产程及妊娠结局的影响。方法:以我院2013年1月至2013年9月间收治的200例自然分娩初产妇为研究对象,随机分为观察组与对照组,所有产妇均行常规围产期治疗与护理,观察组产妇增加导乐分娩项目。比较两组产妇产程、各产程生理应激水平和妊娠结局之间的差异。结果:观察组产妇产程短于对照组,各产程生理应激水平低于对照组,妊娠结局优于对照组,其差异皆有统计学意义($P < 0.05$)。结论:导乐分娩可以在缩短产程和提高妊娠结局中发挥重要作用。其可缓解产妇高应激水平、降低剖宫产率,提高产妇产后情况。

【关键词】 导乐分娩;妊娠;产程

Effects of doula accompany delivery on pregnancy outcome and delivery time LI Yuan, WU Fenying, SHEN Ye-qin, DONG Fang, SUN Qi. Obstetrical Department, Shaoxing Central Hospital, Shaoxing 3122000, China

【Abstract】 Objectives: To analysis the effects of doula accompany delivery on pregnancy outcome and delivery time. Methods: 200 pregnant women for vaginal delivery were randomly divided into observation group and control group. The conventional nursing plan was used in both groups, with additional doula accompany delivery program for the observation group. The delivery time, physiological stress level and pregnancy outcome of the two groups were compared. Results: The delivery time, physiological stress level and pregnancy outcome of the observation group was shorter, lower and better than the control group respectively, with statistically significant difference ($P < 0.05$). Conclusion: Doula accompany delivery may play a significant role in shortening delivery time and improving pregnancy outcome, with lower physiological stress level and rate of caesarean section and better pregnancy outcome.

【Key words】 Doula accompany delivery; Pregnancy; Delivery time

【中图分类号】 R473.71

【文献标志码】 A

随着人们生活水平的提高和现代医疗理念的发展,人们对于医疗服务提出了新的要求。产科作为临床医院一个相对特殊的科室,其服务对象不是传统意义上的病人,而是处在正常生理阶段的健康女性,其护理也应具有相应的特点^[1]。分娩对于女性而言,是一个巨大的生活事件,产妇在围产期会出现包括焦虑、抑郁等在内的多种心理情绪波动,而由此带来的生理应激水平提高会增加产妇罹患产后出血、产后抑郁等在内的多种围产期疾病^[2,3],导乐分娩是一种新型的产时护理模式,其是通过在分娩过程中给与产妇生理、心理及情感上的支持,来提高产妇的自我效能,提高分娩质量的一种护理方法^[4]。目前,导乐分娩已经越来越多的应用于产科的临床护理实践中,也取得了一定成果^[5]。但现有研究一般只注重于对产妇心理层面指标的研究,而忽视产妇在这一过程中生理应激水平的变化。在本研究中,我们以我院2013年1月至2013年9月间收治的200例自然分娩初产妇为研究对象,就导乐分娩对产妇产程及

妊娠结局的影响,从生理、心理及主观感受等层面,进行全方位的研究,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本文研究对象为我院2013年1月至2013年9月间收治的自然分娩产妇中随机抽取的200例,为保证研究对象同质性,我们要求所有产妇均为第一次分娩,且无流产史。产妇一般状况可,排除产科高危因素,适宜进行自然分娩。要求产妇必须有包括丈夫在内的家庭成员陪同,且产前检查记录完整。按入选研究编号末位奇偶,将研究对象分为观察组与对照组,观察组100例产妇年龄22~35岁,平均年龄(26.54±5.49)岁,孕36~40周,平均(37.65±1.19)周,预计新生儿平均体重(3.21±0.43)kg。对照组100例产妇年龄21~35岁,平均年龄(26.23±5.54)岁,孕36~40周,平均(37.59±1.31)周,预计新生儿平均体重(3.23±0.44)kg。两组产妇在年龄、孕周及新生儿预计体重方面未见显著差异,组间具有可比性。

1.2 研究方法

所有产妇均行基础治疗与护理包括围产期基础护理项目、健康教育、产前保健、产中陪护和产后观察,并包括出院时的健

【基金项目】浙江省中医药科技计划项目(2013ZA126)。

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

康教育与指导。观察组产妇增加导乐分娩项目,我们在传统导乐分娩方式基础上进行了改良,具体内容如下:在分娩前准备阶段,我们要求产房的布置以安静、舒适、整洁为主,应特别注意保护产妇隐私。分娩前可由产妇参观。在分娩前,应对产妇的丈夫进行健康教育,让其了解分娩的大概过程及注意事项,并可由丈夫陪伴产妇至其宫口近开全。与传统导乐分娩不同的是,我们要求导乐人员应与产妇见面,向其介绍分娩过程中的呼吸及用力技巧,教会其如何与导乐人员配合,并解答产妇对分娩的疑问,在产程进入活跃期后,应根据产妇的意愿,选择音乐来分散产妇注意力。当产妇宫口张开较小时,导乐人员可巡视陪伴,但当产妇宫口开大 2cm 以上时,则需要全程导乐陪伴。导乐陪伴内容根据产程和产妇需求制定。在第一产程,主要以健康教育为主,主要包括帮助产妇放松心情、鼓励产妇自由活动、正常饮食,同时严密监视胎儿心音变化,注意产程的发展,做好记录。当出现宫缩疼痛时,向产妇示范深呼吸,适当抚摸产妇以安慰其心情,如果产妇有较强烈的腰骶部疼痛,助产士可用拳压迫其腰骶部帮助减轻疼痛,在宫缩间隙,应鼓励产妇进食,保持充沛体力。在第二产程,帮产妇置于正常分娩体位,在旁提醒产妇用力方式,帮助产妇进食、擦汗,并给与抚摸,可用言语与产妇交流,鼓励其分娩信心。在宫缩间隙,除鼓励进食外,应帮助产妇全身放松,以便恢复体力。在第三产程,胎儿在娩出后,如无严重并发症,应让产妇和婴儿皮肤接触一定时间,帮产妇洗净乳头,让婴儿吸允,在此过程中应夸赞产妇的表现,让产妇有满足感及自豪感,同时告知产妇产后可能出现的临床表现,在面对少量出血时不要太过惊慌,保持情绪平稳,产后 2h,由护理人员陪同产妇转入母婴病房。

1.3 研究指标及评价方法

本文研究指标包括三部分:首先是对两组产妇的产程进行比较,此部分资料主要来源于产妇的临床病历;其次是对两组产妇各产程中生理应激指标超氧化物歧化酶(Super oxide Dismutase, SOD)进行评价,使用邻苯三酚自氧化比色分析法进行测量,分别在产程确认开始后第 5min 采样;最后是对两组产妇的妊娠结局进行比较,主要包括两组产妇的分娩方式、产后出血量、产后抑郁水平及护理满意度。比较两组产妇如上指标间的差异。

1.4 统计方法

所有数据经 Epidata 双向核查输入计算机,使用 SPSS17.0 进行统计分析,计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,观察组与对照组产妇组间各指标比较使用两独立样本 t 检验方法,率的比较使用 χ^2 检验, $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 两组产妇产程的比较

研究结果显示,在产程的比较中,观察组产妇第一产程、第二产程和总产程短于对照组,其差异有统计学意义($P < 0.05$),两组产妇在第三产程长度方面无显著差异($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 两组产妇产程时间的比较

组别	例数	产程时间(h)			
		第一产程	第二产程	第三产程	总产程
观察组	100	5.12 ± 2.11	0.59 ± 0.21	0.18 ± 0.06	6.85 ± 1.02
对照组	100	7.69 ± 1.83	1.28 ± 0.54	0.19 ± 0.07	9.05 ± 1.05
t 值	-	9.20	11.91	1.08	15.03
P	-	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 两组产妇各产生理应激指标的比较

研究结果显示,观察组产妇在分娩全程 SOD 水平高于对照组,其差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组产妇各产生理应激指标的比较

组别	例数	SOD 水平(mmol/L)		
		第一产程	第二产程	第三产程
观察组	100	91.11 ± 12.10	82.10 ± 10.48	96.60 ± 8.53
对照组	100	80.89 ± 10.28	70.73 ± 8.09	87.09 ± 11.82
t 值	-	6.44	8.59	6.52
P	-	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组产妇妊娠结局的比较

研究结果显示,观察组 100 例产妇中有 9 例转为剖宫,剖宫产率为 9.00%;对照组 100 例产妇中有 21 例产妇转为剖宫,剖宫产率为 21.00%。经 χ^2 检验,两组产妇剖宫产率不同($\chi^2 = 5.67, P < 0.05$),观察组产妇剖宫产率低于对照组。在产后情况的比较中,观察组产妇产后出血量和产后抑郁水平得分小于对照组,护理满意度高于对照组,其差异皆有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3 及表 4。

表 3 两组产妇剖宫产率的比较

组别	例数	阴道分娩	转剖宫产
观察组	100	91(91.00)	9(9.00)
对照组	100	79(79.00)	21(21.00)
总计	200	170(85.00)	30(15.00)

表 4 两组产妇产后情况的比较

组别	例数	产后出血量 (ml)	产后抑郁水平 (分)	护理满意度 (分)
观察组	100	149.83 ± 32.98	2.11 ± 0.32	93.20 ± 3.27
对照组	100	210.59 ± 38.27	2.95 ± 0.41	85.09 ± 5.78
t 值	-	12.03	16.15	12.21
P	-	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

导乐分娩陪伴是由美国 Klaus 医生最早提出的一种分娩辅

助方法,是指一个有过生育经验且具有分娩基本知识的女性,在产前、产中及产后,以一对一的方式持续的陪伴产妇经历整个分娩过程,并在这一过程中给与产妇经验上的传授、情感上的支持、心理上的安慰、技术上的指导及生理上的帮助,使产妇的身心得到放松,对分娩充满信心,以便与医务人员配合,顺利的完成分娩过程^[6]。在我国传统医学体系中,接生婆在一定程度上就是充当着导乐陪伴的角色,其在产妇分娩过程中帮助产妇度过难关,提高产妇分娩成功率^[7]。现代医学讲求对产妇进行生理治疗的同时,减轻疾病给患者心理带来的损伤,整体护理思维也将心理护理放在了十分重要的位置,但我们在临床护理实践中发现,产科服务对象有其特殊性,其并不是病人,而是处在正常生理周期中的正常人,但相比于正常人,其心理更脆弱与敏感。有研究显示,有95%以上的产妇表示在分娩时有强烈的恐惧感,且有超过80%的产妇会将这种恐惧转变为负性心理情绪,形成心理负担^[8,9]。当产妇情绪出现严重波动时,其体内儿茶酚胺等物质分泌异常,会导致子宫收缩乏力等情况的出现,延长产程,进而进一步刺激产妇产生更大的应激反应,形成恶性循环。导乐分娩的出现,为降低产妇分娩恐惧情绪,加快产程提供了一条新的思路^[10-12]。在本研究中,我们采用病例对照研究的方法,就导乐分娩对于产妇产程的影响及其各产程中的生理应激水平进行了研究,再次确认了导乐分娩有助于缩短产妇产程、降低剖宫产率,同时证实了这种影响会降低产妇的生理应激水平。

本研究结果显示,在产程的比较中,观察组产妇第一产程、第二产程和总产程短于对照组,其差异有统计学意义($P < 0.05$),两组产妇在第三产程长度方面无显著差异($P > 0.05$)。第三产程其实是产妇产后休息的过程,其时间长短在临床上并不具有太大意义,且此产程的时间具有极大弹性。而观察组产妇第一、第二产程的缩短,则直接体现了导乐分娩对于缩短产程的积极作用。我们认为,缩短产程一方面有助于产妇情绪的缓解,另一方面也可以降低产后并发症的发生危险^[13]。本研究结果显示,观察组产妇在分娩全程SOD水平高于对照组,其差异有统计学意义($P < 0.05$),SOD是一种可快速反映人体应激水平的生理指标,其在高应激水平下,分泌量是急剧下降的^[14]。在本研究中,观察组产妇SOD水平较高,而表明了其生理应激水平较低,证明了导乐分娩对于产妇应激水平的作用^[15]。同时,本研究结果显示,观察组产妇转剖宫产率低于对照组,其差异有统计学意义($P < 0.05$),也证实了相似研究中导乐分娩有利于降低剖宫产率的观点,而在产后情况的比较中,观察组产妇产后出血量和产后抑郁水平得分小于对照组,护理满意度高于对照组,其差异皆有统计学意义($P < 0.05$),亦是导乐分娩取得良好临床效果的补充证明。

综上所述,我们认为,导乐分娩可以在缩短产程和提高妊娠结局中发挥重要作用。其可缓解产妇高应激水平、降低剖宫产率,提高产妇产后情况^[16,17]。值得在产科临床护理实践中推广使用。

参 考 文 献

- [1] 孙小玲,郭梅,蒋红,等.“前伸后延”服务在产科的探索及护理实践. 护理学报,2013(13):29-31.
- [2] 王玥. 产后出血的危险因素分析和预防措施研究. 天津医药, 2013(9):924-926.
- [3] 杜华,刘春宇,何燕,等. 基于一所医院产后抑郁症的患病情况及其危险因素调查. 中国计划生育学杂志, 2013, 21(5):321-323,333.
- [4] 杨红梅. 导乐分娩对初产妇分娩方式及产程的影响. 南昌大学学报(医学版), 2013, 53(5):46-48.
- [5] 吴晨梅. 导乐陪伴分娩模式应用进展. 齐鲁护理杂志, 2012, 18(36):49-50.
- [6] 赵婉文,区月霞,武卫华,等. 产时护理新观念. 现代临床护理, 2002, 1(2):49-51.
- [7] 梁清仙. 导乐分娩对非医学指征剖宫产病人的影响. 护理研究, 2012, 26(27):2568-2569.
- [8] 叶慧君,江延姣,阮芝芳,等. 分娩疼痛程度及其相关因素与分娩结局. 中华妇产科杂志, 2011, 46(10):753-757.
- [9] 官爱萍. 护理干预对产妇心理状态及产后出血的影响. 中国实用护理杂志, 2012, 28(8):45-46.
- [10] 袁华. 全程导乐陪伴分娩对初产妇产后抑郁、焦虑情绪的影响. 中国医科大学学报, 2013, 42(10):937-939.
- [11] Pérez Ramírez F, García - García I, Peralta - Ramírez MI. The migration process as a stress factor in pregnant immigrant women in Spain. J Transcult Nurs. 2013, 24(4):348-354.
- [12] 张立文. 经尿道前列腺增生电切术后并发症的护理方案探究. 中国性科学, 2013, 22(3):20-21, 24.
- [13] Youn JH, Jeong IS. Predictors of postpartum depression: prospective cohort study. J Korean Acad Nurs. 2013, 43(2):225-235.
- [14] 张丽华,王切,刘钊等. 过氧化物还原酶I-硫氧还蛋白、超氧化物歧化酶及过氧化氢酶在大鼠肝脏缺血再灌注损伤中的表达变化. 解剖学报, 2013, 44(4):550-553.
- [15] Sahakian J. Stress incontinence and pelvic floor exercises in pregnancy. Br J Nurs. 2012, 21(18):S10, S12-5.
- [16] 马淑云,魏琳. 腹腔镜、开腹手术及药物治疗输卵管妊娠的疗效及对妊娠结局的影响. 中国医药导报, 2012(15):186-187.
- [17] 夏庆华. 妊娠晚期阴道菌群与妊娠结局的关系. 中国当代医药, 2014(4):162-163.

(收稿日期:2013-12-30)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.07.009

腹腔镜手术中使用米非司酮联合甲氨蝶呤对术后持续性异位妊娠发生的影响

宁旦 宁丰

南宁市妇幼保健院产科, 南宁 530011

【摘要】目的:探讨腹腔镜手术联合术中米非司酮联合甲氨蝶呤预防输卵管妊娠后持续性异位妊娠临床疗效和安全性。方法:选择 2012 年 11 月至 2013 年 8 月之间在我院行腹腔镜进行输卵管妊娠手术的患者 84 名,按照随机数字表的将患者分为治疗组 and 对照组,两组患者均为 42 名。治疗组行腹腔镜手术,并在术中向腹腔及卵巢灌注米非司酮联合甲氨蝶呤;对照组患者仅给予腹腔镜手术。比较两组患者的手术时间、术后出血量、术后温度及住院时间和血 hCG 值。结果:两组患者经腹腔镜下手术后手术时间(min)及术后出血量(mL)比较具有差异性, $P < 0.05$;而两组患者在术后体温($^{\circ}\text{C}$)及住院天数以及血 hCG 比较没有差异, $P > 0.05$ 。结论:在临床中,腹腔镜手术联合术中米非司酮联合甲氨蝶呤可以更好的控制输卵管妊娠后持续性异位的发生率,且安全性较好,值得在临床上重视。

【关键词】腹腔镜手术;米非司酮;甲氨蝶呤;输卵管妊娠;异位妊娠

The clinical curative effect and safety of mifepristone combined methotrexate during laparoscopic surgery for preventing persistent ectopic pregnancy after tubal pregnancy NING Dan, NING Feng. Department of Obstetrics, Nanning city maternal and child health care hospital, Nanning 530011, China

【Abstract】Objectives: To investigate the clinical curative effect and safety of mifepristone combined methotrexate during laparoscopic surgery for preventing persistent ectopic pregnancy after tubal pregnancy. Methods: 84 cases laparoscopic tubal pregnancy surgery patients treated from November 2012 to August 2013 in our hospital, they were divided the patients into two groups by random number table, they were the treatment group (cases = 42) and the control group (cases = 42), respectively, the treatment group were given mifepristone combined methotrexate during laparoscopic surgery, the control group patients were given the laparoscopic surgery, the operation time, intraoperative blood loss, postoperative temperature and length of hospital stay and blood hCG level were compared. Results: There were statistical different in the operation time, intraoperative blood loss of two groups patients after laparoscopic surgery, $P < 0.05$. There were statistical different in the postoperative temperature and length of hospital stay and blood hCG level of two groups patients after laparoscopic surgery, $P < 0.05$. Conclusions: The clinical curative effect and safety of mifepristone combined methotrexate during laparoscopic surgery for preventing persistent ectopic pregnancy after tubal pregnancy is sure, it is worth in the clinical attention.

【Key words】Laparoscopic surgery; Mifepristone; Methotrexate; Tubal pregnancy; Ectopic pregnancy

【中图分类号】714.22

【文献标志码】A

据统计,近 20 年异位妊娠的发生率已增加了 4 倍,要求保留生育功能的患者也随之增加。由于诊疗技术的提高,为及时发现早期异位妊娠,对输卵管妊娠进行保守治疗创造了时机^[1,2]。但无论采用何种治疗方式,有一个严重的问题也值得重视,那就是使用腹腔镜进行输卵管妊娠手术会诱发持续性异位妊娠等严重并发症,甚至会危及生命^[3-6]。如何通过相关医疗干预手段预防异位妊娠等严重并发症越来越成为临床研究的一个热点问题。为了最大程度抑制妊娠后持续性异位等不良并发症的发生,保证患者妊娠期间的安全性,2012 年 11 月至

2013 年 8 月间,我院尝试以腹腔镜手术联合术中米非司酮联合甲氨蝶呤预防输卵管妊娠后持续性异位妊娠并发症的发生,已取得理想效果,现总结如下。

1 资料与方法

1.1 资料

回顾性选择分析 2012 年 11 月至 2013 年 8 月之间于我院行腹腔镜进行输卵管妊娠手术的患者 84 名,年龄 22 ~ 34 岁,平均年龄 (26.5 ± 2.1) 岁。收集患者的一般性资料,应用随机数字表法将患者分为治疗组和对照组,两组患者均为 42 名,其中治疗组年龄 22 ~ 32 岁,平均年龄 (25.5 ± 1.7) 岁;病程范围 10 ~ 15d,平均 (13.0 ± 0.8) d。对照组年龄 23 ~ 34 岁,平均年龄 (26.1 ± 1.8) 岁,病程范围 11 ~ 14d,平均 (12.9 ± 0.9) d。所有患者均符合本研究的诊断标准,均具有良好依从性及随访性,经检验,所有患者均无一例合并严重并发症如心、肝、肾等脏器

【基金项目】南宁市卫生局科技计划项目(20123110)。

【第一作者简介】宁旦(1979-),男,主治医师、硕士,主要从事产科临床诊治与研究工作。

疾病和心脏病、冠心病、肝硬化等慢性病。两组患者在年龄、病程、并发症等一般资料方面均具有可比性($P > 0.05$)。

1.2 方法

两组患者在手术前均行静脉麻醉术。治疗组患者在麻醉后行腹腔镜手术时,如果患者为未破裂型,则在输卵管的无血管处行电凝切开;如患者为破裂型,则在输卵管的破裂处夹住破损处组织或闭紧,如为输卵管伞部则尽快吸出破损组织,并将甲氨蝶呤使用生理盐水稀释后向腹腔中注入,并且患者在术后 5h 左右开始服用米非司酮 50mg,2 次/d,连用 3d。对照组患者仅给予腹腔镜手术,术中未向腹腔及卵巢输注米非司酮联合甲氨蝶呤。

1.3 统计方法

运用 SPSS17.0 统计学软件进行分析,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,多组间的比较采用方差分析,两两比较采用

LSD- t 检验。不同时点数据采用重复测量资料的方差分析,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 腹腔镜下两组患者在手术时间、术后出血量、术后温度及住院时间对比

两组患者均在手术结束后 6h 左右开始进食,并且开始摘除输尿管导管及下地进行简单的活动。在产妇出血量方面,采用称重法进行,对所有产妇术后放置统一护垫,出血量 = (护垫重量 - 干净护垫重量)/血液密度,在此次研究中,血液密度以 1.05 计算,结果以($\bar{x} \pm s$)表示,测量两组患者的术后出血量;其次,在患者术后,对患者进行体温测量,连续测量 3 次,取平均值,两组患者在腹腔镜手术后在手术时间、术后出血量、术后温度及住院时间等方面的对比详见表 1。

表 1 腹腔镜下两组患者在手术时间、术后出血量、术后温度及住院时间对比

组别	<i>n</i>	手术时间(min)	术后出血量(mL)	术后体温(℃)	住院天数(d)
对照组	42	65.3 $\pm$ 14.1	34.2 $\pm$ 12.2	36.7 $\pm$ 0.5	3.9 $\pm$ 1.2
治疗组	42	45.6 $\pm$ 13.2	24.3 $\pm$ 12.4	36.6 $\pm$ 0.4	3.8 $\pm$ 1.4
<i>t</i>		6.784	3.688	1.012	0.351
<i>P</i>		0.000	0.000	0.314	0.726

由上表可知,两组患者经腹腔镜下手术后手术时间(min)及术后出血量(mL)比较具有差异性, $P < 0.05$,说明具有统计学意义;而两组患者于术后体温(℃)及住院天数比较没有差异, $P > 0.05$,说明不具有统计学意义。

2.2 两组术后血 hCG 下降幅度比较

治疗组与对照组经腹腔镜卵巢手术后分别在第 1d、第 2d、第 3d、第 4d、第 12d 测量其患者的 hCG 值,具体情况比较详见表 2。

表 2 两组术后血 hCG 下降幅度比较

时间	治疗组(%)	对照组(%)	<i>t</i>	<i>P</i>
第 1d	55.7 $\pm$ 1.1	56.1 $\pm$ 0.9	1.824	0.072
第 2d	25.1 $\pm$ 1.3	24.8 $\pm$ 1.2	1.194	0.236
第 3d	24.8 $\pm$ 1.1	25.1 $\pm$ 0.8	1.429	0.157
第 4d	24.1 $\pm$ 0.8	23.9 $\pm$ 0.7	1.219	0.226
第 12d	20.1 $\pm$ 0.5	20.2 $\pm$ 0.9	0.629	0.531

由上表可知,治疗组与对照组经比较在第 1d、第 2d、第 3d、第 4d、第 12d 的血 hCG 值下降幅度不具有统计学意义($P > 0.05$)。

3 讨论

对于输卵管妊娠等情况,现在,腹腔镜手术成为治疗此病的主要手术方式之一^[7-9]。由于使用腹腔镜进行手术有着创伤小、术后疤痕及恢复情况良好等的诸多优点,因此其已经成为

主要治疗方式^[10-12]。但是用此种手术也带来一个不良问题,就是使用腹腔镜进行输卵管妊娠手术会诱发异位妊娠等严重并发症^[13,14]。但如果在进行腹腔镜进行输卵管妊娠手术时联合使用米非司酮联合甲氨蝶呤时就会减少术后并发症的发生^[15,16]。通过本文的研究,我们可以发现,通过在手术进行中将甲氨蝶呤使用生理盐水稀释后向腹腔中注入,并且患者在术后 5h 左右开始服用米非司酮 50mg,2 次/d,连用 3d,其与传统腹腔镜手术在手术时间、术后出血量等方面有差异,治疗组在手术时间及术后出血量要明显少于对照组,这样可以有效的减少对患者的损害,并能够有效较少如持续性异位妊娠等的并发症的发生,从而使患者能够更快的康复。而在手术进行中时将甲氨蝶呤使用生理盐水稀释后向腹腔中注入,并且患者在术后 5h 左右开始服用米非司酮组在术后温度及住院时间以及在手术后分别在第 1d、第 2d、第 3d、第 4d、第 12d 测量其患者的血 hCG 值与传统腹腔镜手术比较并没有显著差异,说明治疗组在这些方面与传统腹腔镜手术基本相同,对于减少患者的术后并发症等方面也有着较为重要的作用。因为血 hCG 值是检测患者术后是否发生持续性异位妊娠的重要指标。由上文可知,两组患者的血 hCG 值波动均在正常的范围内,没有一例患者发生了术后持续性异位妊娠的并发症,说明手术方法的适用。由此,在进行腹腔镜进行输卵管妊娠手术时联合使用米非司酮联合甲氨蝶呤时,可以有效减少持续性异位妊娠等临床并发症的发生,并且安全而有效,值得广大临床医务工作者们的足够重视和应用^[3]。

总之,对于输卵管妊娠等情况,在进行腹腔镜手术联合术

中米非司酮联合甲氨喋呤来进行预防输卵管妊娠后持续性异位妊娠是安全而有效的,必将在临床中发挥更大作用。

参 考 文 献

- [1] 代英,王平. 腹腔镜手术联合术中用药预防输卵管妊娠后持续性异位妊娠的效果分析. 检验医学与临床,2012,9(2):188-189.
- [2] 肖前宏. 腹腔镜保守手术联合药物防治输卵管妊娠后持续性异位妊娠的临床研究. 中国社区医师(医学专业),2012,14(5):110-111.
- [3] 邹霞. 腹腔镜保守性手术+术后药物治疗输卵管妊娠防止持续性异位妊娠研究. 中华妇幼临床医学杂志(电子版),11,7(1):54-56.
- [4] Androustopoulos G, Gkogkos P, Decavalas G. Mid-trimester maternal serum HCG and alpha fetal protein levels: clinical significance and prediction of adverse pregnancy outcome. Int J Endocrinol Metab, 2013,11(2):102-106.
- [5] Zheng MM, Hu YL, Zhang CY. Comparison of second-trimester maternal serum free-beta-human chorionic gonadotropin and alpha-fetoprotein between normal singleton and twin pregnancies: a population-based study. Chin Med J (Engl), 2010,123(5):555-558.
- [6] Karsidag AY, Buyukbayrak EE, Kars B. The relationship between unexplained elevated serum markers in triple test, uterine artery Doppler measurements and adverse pregnancy outcome. J Pak Med

Assoc, 2010,60(3):181-186.

- [7] 魏秀清,高岚,梁红. 高渗葡萄糖注入输卵管内预防腹腔镜手术后持续性异位妊娠 83 例临床分析. 实用妇产科杂志,2010,26(1):63-65.
- [8] 王云霞,刘萍,杨凤莲,等. 药物联合腹腔镜保守治疗异位妊娠 150 例分析. 中国妇幼保健研究,2010,21(4):541-543.
- [9] 石兴珍,胡长贞,彭川伟,等. 输卵管妊娠腹腔镜保守性手术联合药物防治 PEP 的临床研究. 中国医指南,2010,8(15):112-113.
- [10] 秦军丽,朱剑芳,张一琼. B 超引导下介入高渗葡萄糖与介入甲氨喋呤治疗输卵管妊娠的比较. 实用临床医学,2007,8(12):85-86.
- [11] 江琴. 米非司酮联合甲氨喋呤治疗输卵管异位妊娠的临床研究. 中国性科学,2012,21(7):32-34.
- [12] 杨丽萍. 米非司酮配伍氨甲喋呤应用于异位妊娠的临床观察. 中国实用医药,2010,5(1):140-141.
- [13] 闫学花. 腹腔镜手术与药物保守治疗对异位妊娠的临床疗效比较. 中国性科学,2013,22(5):37-39.
- [14] 陈建芳,钱红浪. 腹腔镜手术与药物保守治疗异位妊娠的疗效比较. 中国现代医生,2011,49(14):37-38.
- [15] 周晓红. 腹腔镜手术与药物保守治疗异位妊娠的疗效比较. 中国妇幼保健,2012,27(12):1832-1833.
- [16] 宋秋佳. 药物与腹腔镜两种方法治疗异位妊娠的疗效对比研究. 中国医药科学,2011,1(5):41.

(收稿日期:2014-01-17)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.07.010

子宫全切与次全切除术对子宫肌瘤患者性功能影响的对比研究

余小春¹ 沈忠²

1 常山县人民医院感染科,浙江 衢州 324200

2 杭州市第三人民医院肛肠科,杭州 310000

【摘要】目的:分析子宫全切与次全切除术对子宫肌瘤妇女性功能的影响。方法:选取我院 2011 年 10 月到 2013 年 10 月收治的 100 例子宫肌瘤患者,其中 48 例肿瘤直径 $\geq 5\text{cm}$ 的患者行子宫全切术(观察组),52 例肿瘤直径 $< 5\text{cm}$ 的患者行次全切除术(对照组),给予两组患者护理干预,选用国际女性性功能评估量表问卷调查性生活评分,对比两组患者术前 3 个月及术后 6 个月时性生活评分情况。结果:两组患者术前 3 个月性生活频率、性欲、性高潮等评分差异无显著($P>0.05$);对照组患者术后 6 个月性生活频率、性欲、性高潮等评分高于观察组,但差异无显著($P>0.05$)。结论:子宫肌瘤患者行子宫全切或者次全切除术后一定时间内,患者性生活频率、性欲、性高潮等情况将受到一定影响,但两组患者术后性生活质量无明显差异,子宫全切患者性生活恢复时间可能因术中损伤而出现略慢的情况。

【关键词】 子宫全切;次全切除术;子宫肌瘤;性生活;护理干预

【基金项目】浙江省 2013 年医药卫生科技计划(2013ZDA020)。

【第一作者简介】余小春(1970-),女,副主任医师,主要从事感染科临床诊治与研究工作。

Impact of hysterectomy and subtotal hysterectomy on the sexual function of women with uterine fibroids

YU Xiaochun¹, SHEN Zhong². 1. Communicable Disease Department, ChangShan People's Hospital, Quzhou 324200, China; 2. Anorectal Department, Third People's Hospital of Hangzhou, Hangzhou 310000, China

[Abstract] **Objectives:** To analyze the impact of hysterectomy and subtotal hysterectomy on the sexual life of women with uterine fibroids. **Methods:** 100 patients with uterine fibroids in our hospital in October 2011 to October 2013 were chosen and divided into two groups, including 48 patients with tumor diameter ≥ 5 cm undergoing hysterectomy (study group) and 52 patients with tumor diameter < 5 cm undergoing subtotal resection (control group). Patients were given postoperative nursing intervention and their sexual life quality 3 months before and 6 months after the operation were measured and compared through International Female Sexual Function Assessment Scale. **Results:** Frequency of sexual activity, sexual desire, orgasm and other ratings of the two groups three months before surgery were not significantly different ($P < 0.05$), while those of the control group were higher than the study group six months after the surgery, without significant difference ($P > 0.05$). **Conclusion:** Within a certain period of time after hysterectomy or subtotal resection, the frequency of sexual activity, sexual desire and orgasm of patients will be affected, with no significant difference in the quality of life between the two groups. The recovery of patients receiving hysterectomy may be slightly longer due to intraoperative injury.

[Key words] Hysterectomy; Subtotal resection; Uterine fibroids; Sex life; Nursing intervention

[中图分类号] 711.74

[文献标志码] A

子宫肌瘤是临床常见的妇科良性肿瘤之一,早期发病时患者无明显症状,但随着病情的不断进展,患者将出现腹部压迫等症状。子宫肌瘤肿瘤大小因人而异,因此给予患者手术治疗时,术式选择也因人而异^[1]。目前较为通用的术式有子宫全切和次全切除术,但是由于子宫是女性生殖系统的重要组织部分,术后短时间内患者性生活水平将受到一定影响。临床研究表明,行子宫全切或次全切除术后患者性生活水平将随着患者康复而逐步恢复,如给予有效的护理干预工作可加速这个恢复进程^[2]。因此,笔者选取我院 100 例子宫肌瘤患者进行了如下护理干预研究。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取我院 2011 年 10 月至 2013 年 10 月收治的 100 例子宫肌瘤患者,按简单数字法随机分为观察组和对照组,其中观察组患者 48 例,年龄为 32~50 岁,平均年龄为 (41.2 ± 1.6) 岁,病程为 1~6 年;对照组患者 52 例,年龄为 31~52 岁,平均年龄为 (42.5 ± 1.2) 岁,病程为 1~7 年,两组患者年龄、病程等基本资料差异无显著,具有可比性。

纳入标准^[3]: (1) 患者均确诊为子宫肌瘤; (2) 患者带有明显的临床症状和特征; (3) 患者行子宫全切或次全切除术; (4) 患者均自愿参加本次研究,并签署知情同意书。

排除标准^[4]: (1) 排除合并其他严重脏器疾病患者; (2) 排除术式区合并严重皮肤疾病患者; (3) 排除多发子宫肌瘤患者; (4) 排除妊娠期和哺乳期患者; (5) 排除手术禁忌症患者; (6) 排除重度精神疾病患者; (7) 排除完全无行动能力患者。

1.2 诊断标准

(1) 患者伴有子宫出血、腹部包块以及压迫症状; (2) 患者伴有下腹坠胀感、腰背酸痛; (3) 患者伴有白带增多、贫血、不孕与流产等症状; (4) 超声检测显示子宫增大,并出现包块; (5) 宫

腔镜检查显示患者子宫表面有不规则突起,突起多呈实性。

1.3 手术方法

观察组患者行子宫全切术,对照组患者行次全切除术。子宫全切术操作方法如下:给予患者全麻,取下腹正中切口,选用止血钳离断韧带及切子宫膀胱腹膜反折,游离子宫,切除子宫,缝合阴道断端及盆腔腹膜。子宫次全切除术操作如下:给予全麻,取下腹正中切口,止血钳离断韧带及输卵管间质部,于断端行“8”字缝合,打开阔韧带前叶及膀胱反折腹膜,钳夹切断子宫动、静脉及宫旁组织,缝合残端,重建腹膜,缝合创口。

1.4 护理方法

给予两组患者护理干预工作: (1) 常规护理干预,嘱咐患者多休息、多睡眠,注意避免碰触留置导管,嘱咐家属给予患者易消化、高营养食物,忌油腻、辛辣等刺激性食物。术后 4d,鼓励患者多下床活动,缓慢运动,加快机体恢复。 (2) 心理干预,由于子宫是女性重要机体标志之一,患者术后因子宫损伤或失去心理压力较大,对未来存在极大忧虑、恐惧等情绪。因此医护人员需给予患者心理干预,医护人员首先需给予患者心理疏导,积极明确女性生殖系统功能,强调子宫只与生育功能相关,与女性其他正常生产生活能力(包括性生活)无影响,给予患者正确的女性生殖系统知识,降低患者因流言或自我揣测生成的负面情绪。与此同时,医护人员还需积极与患者交流沟通,通过温和的语言和笑容,给予患者人为关怀,消除患者恐惧心理^[6]。此外,医护人员还需积极关注患者心理状况,通过表情、语言观察,明确患者心理健康程度,给予积极开导,必要时上报医师介入治疗。医护人员还需嘱咐患者家属积极给予患者关注,避免患者出现孤独感,对患者配偶进行性知识健康教育^[7]。选用国际女性性功能评估量表问卷调查性生活评分,对比两组患者术前 3 个月及 6 个月时性生活评分情况。

1.5 调查方法

选用《国际女性性功能评估量表》问卷调查,问卷内容包括

性欲、性高潮、性行为异常症状、性心理等内容,评分越高患者性能力恢复情况越佳。患者自主填写问,填写时间为术前 3 个月及术后 6 个月(术后 2 个月后可开始有性生活)。

1.6 统计学分析

本研究的所有数据通过 SPSS17.0 进行处理,计量评分资料使用($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 *t* 检验, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

两组患者术前 3 个月性生活频率、性欲、性高潮等评分差异无显著($P > 0.05$);护理干预后对照组患者术后 6 个月性生活频率、性欲、性高潮等评分高于观察组,但差异无显著($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者术前 3 个月及术后 6 个月性生活频率、性欲、性高潮等评分情况

组别	<i>n</i>	时间	性生活频率	性欲	性高潮
观察组	48	术前 3 个月	130.2 ± 12.8	135.2 ± 22.7	134.2 ± 18.6
		术后 6 个月	127.2 ± 10.1	130.2 ± 18.5	129.2 ± 14.3
对照组	52	术前 3 个月	131.1 ± 10.7	134.8 ± 23.4	135.7 ± 17.4
		术后 6 个月	129.3 ± 11.2	131.8 ± 19.4	131.5 ± 15.6

3 讨论

目前临床尚未明确子宫肌瘤发病机制,但分析可能与正常肌层细胞突变、性激素以及子宫局部生长因子相互作用相关^[8]。目前,常用的治疗方法为药物治疗和手术治疗,其中手术治疗是最为主要的治疗方法,常用的术式有子宫全切术和次全切术^[9-12]。但子宫属于女性重要生殖器官之一,患者术后性生活情况、精神心理状态将受到一定影响,因此给予患者优先护理干预是极其必要的。

现代医学认为,女性性生活高潮满意快感来自大脑神经系统而非子宫,女性性刺激点多集中于阴蒂、阴道壁等区域,给予患者子宫切除术后患者性生活水平将不会被严重影响^[13]。本次研究中,两组患者术前 3 个月性生活频率、性欲、性高潮等评分差异无显著($P > 0.05$);对照组患者术后 6 个月性生活频率、性欲、性高潮等评分高于观察组,但差异无显著($P > 0.05$),可以发现,术后患者性生活质量略低于术前,并且次全切术患者性生活质量略优于全切患者,但差异无显著,分析其原因可能与患者心理因素有关。有研究显示,子宫全切术及次全切术后患者性生活质量无明显差异^[14],这与我们的研究结果近似。但值得提出的是有学者研究发现子宫全切患者术后性生活质量恢复速度慢于次全切患者,该学者分析认为这可能术中机体损伤程度不同,患者术后机体功能恢复速度也不同^[15],本次研究中也存在近似的研究结果。

综上所述,子宫肌瘤患者行子宫全切或者次全切除术后一定时间内,患者性生活频率、性欲、性高潮等情况将受到一定影响,但两组患者术后性生活质量无明显差异,子宫全切患者性生活恢复时间可能因术中损伤而出现略慢的情况。

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):162-163.

[2] 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):151-153.

[3] Jung Hun, Lee, Joong Sub, et al. Does conventional or single port laparoscopically assisted vaginal hysterectomy affect female sexual function? . Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 2011,90(12):1410-1405.

[4] 罗水玉. 子宫肌瘤不同术式对卵巢功能影响的临床观察. 中国医药指南, 2013,5(27):45-47.

[5] 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):184-186.

[6] 高琴,吕伟霞,张炎. 子宫肌瘤不同术式对卵巢功能影响的临床研究. 中国医学创新, 2011,20(20):165-167.

[7] Taejong, Song, Tae-Joong, et al. A review of the technique and complications from 2,012 cases of laparoscopically assisted vaginal hysterectomy at a single institution. The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology, 2011,51(3):239-243.

[8] 陈丽静,谭洁,吴群英,等. 腹腔镜下子宫肌瘤剥除术的疗效分析和对患者生活质量的影响. 职业与健康, 2012,28(23):2922-2923.

[9] Arias A, Seral C, Navarro F, et al. Plasmid-mediated QnrS2 determinant in an Aeromonas caviae isolate recovered from a patient with diarrhoea. Clinical Microbiology and Infection, 2010, 16(7):1005-1007.

[10] 肖海燕,席雅娟. 子宫全切与次全切除术对子宫肌瘤妇女性生活的影响. 临床医学工程, 2013,20(1):121-123.

[11] 刘晓鹏,张永萍,杨荣阁,等. 不同治疗方式对子宫腺肌病患者性生活及婚姻生活质量的影响. 中国妇幼保健, 2012,27(4):585-587.

[12] 张红,王仕明. 子宫肌瘤患者腹腔镜与开腹手术后生活质量的比较及其影响因素分析. 山东医药, 2013,53(14):51-52.

[13] 李美芬. 子宫肌瘤患者的心理状况对生活质量的影响研究. 世界中西医结合杂志, 2011,6(3):210-211,214.

[14] 陈素琴. 不同手术方式对子宫肌瘤患者术后生活质量的影响. 河北医药, 2012,34(23):3589-3590.

[15] 杨红灵. 子宫肌瘤不同手术策略对患者卵巢功能和性功能的影响研究. 中国妇幼保健, 2012,27(29):85-86.

(收稿日期:2014-01-14)

• 性医学 •

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.07.011

三种化疗方案对子宫内膜间质肉瘤预后效果分析

张玲玲¹ 王茜^{1△} 刘言² 耿迎春³ 苏丽¹

1 大庆龙南医院(齐齐哈尔医学院第五附属医院)妇产科,黑龙江 大庆 163453

2 大庆龙南医院(齐齐哈尔医学院第五附属医院)病理科,黑龙江 大庆 163453

3 大庆油田总医院妇产科,黑龙江 大庆 163453

【摘要】目的:探讨子宫内膜间质肉瘤的治疗与预后。方法:从1999年1月至2013年1月大庆油田总医院及龙南医院妇科住院患者中选择确定诊断子宫内膜间质肉瘤42例,其中低度恶性子宫内膜间质肉瘤(low grade endometrial stromal sarcoma, LG-ESS)28例和高度恶性子宫内膜间质肉瘤(high grade endometrial stromal sarcoma, HG-ESS)14例。将其分为1组、2组、3组,1组患者(LG-ESS:10例, HG-ESS:4例)给予HDE方案:羟基脲(Hu) + 氮烯咪胺(DTIC) + 足叶乙甙(Vp16);2组(LG-ESS:9例, HG-ESS:5例)给予表阿霉素(doxorubicin) + 异环磷酰胺(ifosfamide);3组(LG-ESS:9例, HG-ESS:5例)给予吉西他滨(gemcitabine) + 多西紫杉醇(docetaxel)。6个治疗周期后,观察三组的治疗效果。结果:对于LG-ESS:1组有效率为20%,2组有效率为44.4%,3组有效率为55.6%;HG-ESS:1组有效率为25%,2组有效率为60%,3组有效率为60%。结论:低度恶性子宫内膜间质肉瘤第3组化疗效果最好,但是相较于第2组无显著差异,第2、第3组与第1组差异有统计学意义,三组化疗方案对高度恶性子宫肉瘤,预后均不良,多数迅速发展有远处转移,效果仍不明显。

【关键词】 子宫内膜间质肉瘤;联合化疗;预后

Prognosis effect of three kinds of combined chemotherapy for endometrial stromal sarcoma ZHANG Lingling¹, WANG Xi^{1△}, LIU Yan², GENG Yingchun³, SU Li¹. 1. Department of Gynaecology and Obstetrics, Daqing LongNan Hospital (Qiqihar Medical School Fifth Affiliated School of Medicine), Daqing 163453, China; 2. Department of Pathology, Daqing LongNan Hospital (Qiqihar Medical School Fifth Affiliated School of Medicine), Daqing 163453, China; 3. Department of Gynaecology and Obstetrics, General Hospital of Daqing Oil Field, Daqing 163453, China

【Abstract】 **Objectives:** Endometrial stromal sarcoma is an extremely rare malignant tumor. Lacking experience for postoperative adjuvant chemotherapy, this paper aimed at investigating the treatment and prognosis of this disease in our hospital. **Methods:** 42 patients with endometrial stromal sarcoma in Daqing Oil Field General Hospital and Longnan Hospital from January 1999 to January 1999 were selected, including 28 patients with low grade endometrial stromal sarcoma (LG-ESS) and 14 ones with high grade malignant endometrial stromal sarcoma (HG-ESS), who were divided into 3 groups. Group 1 (LG-ESS: 10 cases, HG-ESS: 4 cases) received HDE scheme: hydroxyurea (Hu) + nitrene microphones amine (DTIC) + etoposide (Vp16); groups 2 (LG-ESS: 9 cases, HG-ESS: 5 cases) were given table doxorubicin + ifosfamide; group 3 (LG-ESS: 9 cases, HG-ESS: 5 cases) were given gemcitabine + docetaxel. The therapeutic effect of three groups was compared after 6-month treatment. **Results:** For LG-ESS, the effective rate of group 1, 2 and 3 was 20%, 44.4% and 55.6% respectively, while for HG-ESS the effective rate was 25%, 60% and 60% respectively. **Conclusion:** For LG-ESS, chemotherapy in group 3 achieved best effect without significant difference from group 2, but significantly different from group 1. For HG-ESS, the three kinds of combined chemotherapy were all of poor prognosis, and the majority developed fast with distant metastasis and not obvious effect.

【Key words】 Endometrial stromal sarcoma; Combined chemotherapy; Prognosis

【中图分类号】 737.33

【文献标志码】 A

【第一作者简介】张玲玲(1977-),女,主治医师,主要从事妇科肿瘤临床诊治与研究工作。

△【通讯作者】王茜, E-mail:13019771107@126.com

子宫内 膜间质肉瘤 (endometrial stromal sarcoma, ESS)^[1] 是来源于子宫内 膜间质细胞的肿瘤, 约占子宫肉瘤的 30% ~ 40%, 根据肿瘤的组织学和临床特征将其分为两类, 即低度恶性子宫内 膜间质肉瘤 (low grade endometrial stromal sarcoma, LG-ESS) 和高度恶性子宫内 膜间质肉瘤 (high grade endometrial stromal sarcoma, HG-ESS)^[2]。前者约占 80%, 病情发展缓慢, 预后较好; 而后者恶性程度高, 病情发展快, 易侵袭和转移, 预后差^[3]。区别低度恶性与高度恶性子宫内 膜间质肉瘤主要依据是肿瘤细胞形态和核分裂数^[4], 根据 2003 年世界卫生组织肿瘤分类, 后者目前命名为未分化子宫内 膜间质肉瘤 (undifferentiated endometrial stromal sarcoma, UES) 或未分化子宫肉瘤 (undifferentiated uterine sarcoma)^[5]。

1 资料和方法

1.1 研究对象

从 1999 年 1 月至 2013 年 1 月大庆油田总医院和大庆龙南医院妇科住院患者中根据病理诊断结果选择所有确定诊断子宫内 膜间质肉瘤 42 例, 根据 1988 年国际妇科和产科联盟 (International Federation of Gynecology and Obstetrics, FIGO) 制定的^[6]进行肿瘤分期, 28 例 LG-ESS: I 期 12 人, II 期 7 人, III 期 3 人, IV 期 6 人; 14 例 HG-ESS: I 期 7 人, II 期 2 人, III 期 1 人, IV 期 4 人。

1.2 治疗方法

33 例患者行手术治疗。12 例 I 期 LG-ESS 患者, 行全子宫 + 双附件切除术; 7 例 I 期 HG-ESS 患者、7 例 II 期 LG-ESS 患者、2 例 HG-ESS 患者及 4 例 III 期患者行广泛全子宫 + 双附件 + 盆腔淋巴结切除术, 其中 10 例同时行大网膜切除术; 1 例 IV 期行肿瘤减灭术。33 例患者术后、9 例 IV 期未曾做手术患者联合化疗 6 个疗程。

将 42 例患者根据临床分期 1 组 (LG-ESS: I 期 4 人, II 期 3 人, III 期 1 人, IV 期 2 人; HG-ESS: I 期 2 人, II 期 1 人, IV 期 1 人)、2 组 (LG-ESS: I 期 4 人, II 期 2 人, III 期 1 人, IV 期 2 人; HG-ESS: I 期 2 人, II 期 1 人, IV 期 2 人)、3 组 (LG-ESS: I 期 4 人, II 期 2 人, III 期 1 人, IV 期 2 人; HG-ESS: I 期 3 人, III 期 1 人, IV 期 1 人)。42 例 ESS 患者第 1 组平均年龄 (51.7 ± 1.5) 岁, 绝经患者 12 人; 第 2 组平均年龄 (50.2 ± 1.2) 岁, 绝经 12 人; 第 3 组平均年龄 (50.1 ± 2.0) 岁, 绝经 12 人, 三组之间临床分期、年龄、月经史之间无统计学差异, 术前均无化疗病史。1 组患者 (LG-ESS: 10 例, HG-ESS: 4 例) 给予 HDE 方案: 羟基脲 (Hu) + 氮烯咪胺 (DTIC) + 足叶乙甙 (Vp16); 2 组 (LG-ESS: 9 例, HG-ESS: 5 例) 给予表阿霉素 (doxorubicin) + 异环磷酰胺 (ifosfamide); 3 组 (LG-ESS: 9 例, HG-ESS: 5 例) 给予吉西他滨 (gemcitabine) + 多西紫杉醇 (docetaxel)。6 个治疗周期后, 观察三组的治疗效果。

1 组采用羟基脲 (Hu) + 氮烯咪胺 (DTIC) + 足叶乙甙 (Vp16), Hu (山西远景康业制药有限公司) 500mg, q6h, d1; DTIC

(山西远景康业制药有限公司) 700mg/m², d2; Vp16 (江苏恒瑞制药) 100mg, d2 ~ d4, 每次 4d, 3 周后再进行下一轮化疗。2 组采用了异环磷酰胺/表阿霉素方案^[7], 异环磷酰胺 (江苏恒瑞制药, 5g/m², 24h) 联合表阿霉素 (浙江海正药业股份有限公司, 50mg/m², d1, 共 1d, 每间隔 3 周 1 次), 现该化疗方案是最常见的一线化疗方案。3 组采用了吉西他滨 (浙江海正药业股份有限公司, 1000mg/m², 连续 6d) 联合多西紫杉醇 (浙江海正药业股份有限公司, 100mg/m², 间隔 3 周)^[8]。给予静脉滴注 70mg/m² 多西紫杉醇 + 150mL 生理盐水, 联合 1000mg/m² 吉西他滨 + 100mL 生理盐水, 在治疗的第 1、8d, 静脉滴注 30min, 进行水化, 时间为 3 d, 正式进行治疗前 2 d, 均给予 5-HT 受体拮抗剂 + 地塞米松, 在化疗期间, 不进行其他辅助治疗。观察每组 6 个疗程结束后的疗效, 对于治疗效果进行评估^[9]。第 1、2 组再无化疗, 第 3 组停药 30d 后按照原剂量再化疗 4 个疗程。

1.3 疗效评定标准

化疗 6 个疗程后, 停药观察 30d。完全缓解: 病灶完全消失 (被切除病灶后经化疗后), 且消失时间 ≥ 30 d; 部分缓解: 病灶缩小程度超过 50%, 并且持续时间 ≥ 4 周; 稳定: 病灶与治疗前相比, 没有任何变化, 或者增大程度 < 25%, 减小程度 < 50%; 恶化: 病灶增大程度超过 25%, 或者有新的病灶出现。总有效率 = (完全缓解的患者数 + 部分缓解的患者数) / 本组的总人数 × 100%^[10]。本研究 42 例患者中, 32 例手术病灶已完全切除, 属于完全缓解, 1 例病灶部分切除, 9 例未做手术。

1.4 统计学方法

全部数据采用 SPSS 13.0 统计学软件进行统计, 计数资料采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为有显著性差异, 具有统计学意义。

2 结果

通过本研究可以看到, 低度恶性子宫内 膜间质肉瘤通过三种化疗方案, 明显第 2 组及第 3 组化疗方案明显优于第 1 组, 但是 2 组和 3 组之间无明显统计学差异, 如表 1。高度恶性子宫内 膜间质肉瘤, 三组化疗方案虽然 2 组及 3 组明显优于第 1 组, 三组之间无明显统计学差异, 但是因为病例数少, 并不能完全说明这一点, 如表 2, 而且继续随访 LG-ESS 病例, 最终 2 年生存率极低。

表 1 三种化疗方案对 LG-ESS 的疗效比较

LG-ESS 组	1 组	2 组	3 组
完全缓解	2	3	4
部分缓解	0	1	1
稳定	5	3	2
恶化	3	2	2
总有效率 (%)	20	44.4	55.9

表2 三种化疗方案对HG-ESS的疗效比较

HG-ESS组	1组	2组	3组
完全缓解	0	1	1
部分缓解	1	2	2
稳定	2	0	0
恶化	1	2	2
总有效率(%)	25	60	60

3 讨论

子宫肉瘤较少见,国内报道约占女性生殖系统恶性肿瘤的0.83%,占子宫恶性肿瘤的1.46%,国外报道(Berek,1996)子宫肉瘤占子宫恶性肿瘤的4.5%,也有报道子宫肉瘤占子宫恶性肿瘤的2%~6%。子宫肉瘤多发生在40~60岁,高度恶性子宫内间质肉瘤多为围绝经期妇女,平均年龄为50.8岁。子宫肉瘤虽然少见,但组织成分繁杂,分类繁多,有学者将子宫肉瘤分为119种类型。子宫肉瘤缺乏特异性症状和体征,术前诊断较为困难,常需术中冰冻切片以及术后石蜡病理检查才能明确诊断。在很多研究中,只有20%~23.9%的患者在术前能够确诊^[11]。

虽然手术治疗是子宫内间质肉瘤治疗的必要手段,由于子宫内间质肉瘤对放疗较敏感,所以手术联合放疗应用较广泛^[12]。子宫内间质肉瘤有早期的血行转移,术后给予化疗可以减轻肿瘤复发和转移,所以近年来多主张手术联合化疗或化疗^[13],但是对于有些不能手术或者手术后的辅助治疗,虽然有学者证明术后或者术前辅以孕激素或者化疗手段是有好处的,但是化疗具体的药物到底哪个更适合患者、更安全、更能提高患者的生存率和缓解率,仍在讨论中,目前还没有较为统一的标准。2组及3组之间没有显著性差异,GOG研究了异环磷酰胺($5\text{g}/\text{m}^2$,24h)联合阿霉素($50\text{mg}/\text{m}^2$,间隔3周)对34例晚期复发性子宫平滑肌肉瘤一线化疗的疗效,结果临床缓解率30%,3/4度中性粒细胞减少48%,现该化疗方案是最常见的一线化疗方案。2001年ASCO报道了吉西他滨($1000\text{mg}/\text{m}^2$,连续7周休1周)联合多西紫杉醇($100\text{mg}/\text{m}^2$,间隔3周)治疗平滑肌肉瘤的临床Ⅱ期实验,结果16例患者的临床缓解率50%。但是这两种方法对于UES患者效果未做出过比较观察。此次研究主要是为了对子宫内间质肉瘤的治疗提出一个新的看法,从本文研究中可以看出,相对于传统的化疗的方法,2组的表阿霉素+异环磷酰胺、3组的吉西他滨+多西紫杉醇的化疗效果更好,尤其是对Ⅰ期、Ⅱ期效果更好,但是2组及3组之间没有显著性差异。当然本文因病例例数有限,样本数少,得出的结论可能有偏倚存在,做出的统计学分析仍有许多不足,这一点表示歉意。

本研究中,高度恶性的子宫内间质肉瘤肿瘤生长迅速,常早期转移,预后极差,使我们知道高度恶性未分化子宫内间质肉瘤,无论是手术治疗,还是联合辅助化疗,效果均不明显,5年生存率低,远处转移较早。当然也有报道,其他因素例如初次手术切除肿瘤情况、肿瘤分级、直径、患者绝经状况等均是重要的预后因素^[14]。探索更安全、有效、经济的方法,是医务工作者的任务。

参 考 文 献

- [1] 曹泽毅. 中华妇产科学. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2004.
- [2] Livi L, Andreopoulou E, Shah N, et al. Treatment of uterine sarcoma at the Royal Marsden hospital from 1974 to 1998. *Clinical Oncol*, 2004, 16 (4): 261-268.
- [3] CHAN JK, KAWAR NM, SHIN JY, et al. Endometrial stromal sarcoma: a population-based analysis. *Br J Cancer*, 2008, 99 (8): 1210-1215.
- [4] YANG ZZ. Pathological advances of endometrial stromal sarcoma?. *J Bengbu Med Col*, 2009, 34 (8): 750-753.
- [5] Tavassoli FA, Devilee P. World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and genetics of tumours of the breast and female genital organs. Lyon: IARC Press, 2003: 117-145.
- [6] Creasman WT, Morrow CP, Bundy BN, et al. Surgical pathologic spread patterns of endometrial cancer. A Gynecologic Oncology Group Study. *Cancer*, 1987, 60 (8 Suppl): 2035-2041.
- [7] Sutton G, Blessing JA, Malfetano JH, et al. Ifosfamide and doxorubicin in the treatment of advanced leiomyosarcomas of the uterus: a GOG study. *Gynecol Oncol*, 1996, 62: 226-229.
- [8] Hensley ML, Venkatraman E, Maki RG, et al. Docetaxel plus gemcitabine is active in leiomyosarcoma: results of a phase II trial. (Abstract 1408) *Oncologist*, 2001 (20): 485-492.
- [9] 孟丽红, 张永利. 多西紫杉醇为主治疗非小细胞肺癌疗效观察. *实用临床医药杂志*, 2007, 11 (1): 69-70.
- [10] 田绍东, 孙延亮, 罗慧, 等. 诺维本联合大剂量顺铂方案治疗晚期非小细胞肺癌疗效观察. *实用临床医药杂志*, 2007, 11
- [11] 黄宝珍. 低度恶性子宫内间质肉瘤六例误诊分析. *实用心脑血管肺血管病杂志*, 2011, 19 (1): 110.
- [12] Emanuela D' Angelo, Jaime Prat. Uterine sarcomas: a review. *Gynecol Oncol*, 2010, 116 (1): 131-139.
- [13] Geetha Puliyath, V Rajasekharan Nair, Swetha Singh. Endometrial stromal sarcoma. *Indian J Med Paediatr Oncol*, 2010, 31 (1): 21-23.
- [14] Li AJ, Giuntoli RL, Drake R, et al. Ovarian preservation in stage I low-grade endometrial stromal sarcoma. *Obstet Gynecol*, 2005, 106 (6): 1404-1408.

(收稿日期: 2013-12-03)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.07.012

化疗对高危因素子宫内膜癌患者预后及生活质量的影响

李耀 王兴红

玉林市妇幼保健院妇产科, 广西 玉林 537000

【摘要】目的:分析化疗在子宫内膜癌预后及生活质量的影响。方法:将 116 例具有子宫内膜癌患者按照患者知情自愿原则分为对照组($n=69$ 例)与观察组($n=47$ 例)。对照组患者进行单独手术治疗,观察组患者在手术治疗基础上进行化疗,观察两组患者术前、术后 3 个月的 CA-125 水平、随访 5 年生存率及比较两组患者术前及术后 6 个月时的生存质量状况。结果:观察组术后 3 个月时的 CA125 水平为(21.4 ± 8.9 U/mL vs 46.17 ± 11.3 U/mL),术后 1 年时的 CA-125 水平为(22.60 ± 9.3 U/mL vs 42.19 ± 14.21 U/mL) $P < 0.05$,观察组的 5 年生存率为 87.2%,对照组为 66.7%,两者比较, $\chi^2 = 4.766$, $P = 0.029$;观察组与对照组患者术后 6 个月时的 FACT-G 生存质量评分(64.89 ± 8.60 分 vs 48.61 ± 8.24 分),术后 1 年的 FACT-G 生存质量评分(61.89 ± 7.03 分 vs 46.78 ± 6.42 分), $P < 0.05$ 。结论:化疗对于具有高危因素的子宫内膜癌具有提升 5 年生存及改善生活质量作用,临床上对于高危因素的子宫内膜癌应尽可能推荐使用辅助化疗。

【关键词】 化疗;子宫内膜癌;预后;生活质量

Impact of Chemotherapy on the prognosis and life quality of patients with surgical treatment of endometrial cancer LI Yao, WANG Xinghong. Department of Obstetrics and Gynecology, Maternal and Child Health Hospital, Yulin 537000, China

【Abstract】 **Objectives:** To analyze the impact of chemotherapy on the prognosis of endometrial cancer and quality of life. **Methods:** 116 patients with endometrial cancer were divided into control group ($n=69$) and observation group ($n=47$) in accordance with the principle of voluntary informed. Patients in the control group were given surgery alone and patients in the observation group received additional chemotherapy. The CA 125 level before and 3m after the treatment, 5-year survival rate, and quality of life before and 6m after the treatment of the groups were compared. **Results:** The CA125 level 3m after the operation (21.4 ± 8.9 U/mL vs 46.17 ± 11.3 U/mL) and a year after the operation (22.60 ± 9.3 U/mL vs 42.19 ± 14.21 U/mL) and 5-year survival rate (87.2% vs 66.7%, $\chi^2 = 4.766$, $P = 0.029$) of the two groups were of significant difference. The FACT-G score on quality of life 6m after the operation (64.89 ± 8.60 vs 48.61 ± 8.24) and a year after the operation (61.89 ± 7.03 vs 46.78 ± 6.42) were of significant difference ($P < 0.05$). **Conclusion:** Chemotherapy can improve the 5-year survival rate and quality of life for patients with high risks for endometrial cancer and adjuvant chemotherapy should be recommended to such patients.

【Key words】 Chemotherapy; Endometrial cancer; Prognosis; Quality of life

【中图分类号】 R737.3

【文献标志码】 A

子宫内膜癌是妇科最为常见的恶性肿瘤之一,在我国发病呈现逐年上升趋势^[1]。手术是治疗子宫内膜癌的首选方式,然而疾病本身及手术因素都将对患者的身体、心理、精神带来较大刺激,降低患者生活质量^[2,3]。辅助放化疗的目的在于降低子宫内膜癌的复发风险,提升总体生存率。临床上对子宫内膜癌放化疗生存率研究较多,而对于具有包含伴有深肌层浸润、低分化子宫内膜样癌、特殊性病理类型、淋巴管间隙浸润、肿瘤分期高等^[4,5]高危因素患者进行化疗患者的生存率情况临床研

究较少。本文回顾性分析了本院采用手术及化疗对子宫内膜癌患者进行治疗后的生存率及生存质量情况,现报道如下。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

将我院于 2006 年 6 月至 2008 年 5 月收治的子宫内膜癌 116 例患者作为研究对象,所有患者按照患者知情自愿原则分为对照组($n=69$ 例)与观察组($n=47$ 例)。对照组患者年龄 44~67 岁,平均年龄(52.7 ± 8.4) 岁;FIGO^[6] 分期情况:I 期 38 例,II 期 14 例,III 期 12 例,IV 期 5 例;临床病理情况:子宫内膜样腺癌 40 例,浆液状乳腺癌 14 例,透明细胞癌 8 例,腺鳞癌 7 例;肌层浸润及转移情况:浸润深度 $\leq 1/2$ 49 例,肌层浸润 $> 1/$

【第一作者简介】李耀(1976-),男,主治医师,主要从事妇产科临床诊治与研究工作。

2 20 例;淋巴结转移 16 例,宫颈受累者 21 例。观察组患者年龄 41 ~ 68 岁,平均年龄 (53.4 ± 8.7) 岁;FIGO 分期情况:I 期 29 例,II 期 9 例,III 期 6 例,IV 期 3 例;临床病理情况:子宫内膜样腺癌 21 例,浆液状乳腺癌 12 例,透明细胞癌 6 例,腺鳞癌 8 例;肌层浸润及转移情况:浸润深度 $\leq 1/2$ 32 例,肌层浸润 $> 1/2$ 15 例;淋巴结转移 14 例,宫颈受累者 19 例。两组患者在年龄、FIGO 分期、组织学类型、浸润、转移情况相比较无统计学差异, $P > 0.05$,具有可比性。

1.2 患者的纳入标准

(1)所有患者均经由术后病理检查确诊为子宫内膜癌;(2)所有患者均未合并有其它恶性血液疾病、恶性肿瘤、神经疾病等;(3)所有患者均至少进行 5 年的随访,研究生存率。(4)所有患者术前均未接受任何形式的手术、化疗、放疗。

1.3 治疗方法

手术类型:对照组 69 例患者中进行全子宫切除术联合附件切除手术者 20 例(29.0%),行外全子宫切除术 + 双侧附件切除术 + 腹主动脉旁、盆腔淋巴切除术 36 例(52.2%),行广泛子宫切除联合双侧附件切除术 6 例(8.7%),行广泛性子宫切除 + 双侧附件切除术 + 腹主动脉旁、盆腔淋巴切除术 7 例(10.1%);观察组 47 例患者中进行全子宫切除术联合附件切除手术者 12 例(25.5%),行外全子宫切除术 + 双侧附件切除术 + 腹主动脉旁、盆腔淋巴切除术 19 例(40.4%),行广泛子宫切除联合双侧附件切除术 9 例(19.1%),行广泛性子宫切除 + 双侧附件切除术 + 腹主动脉旁、盆腔淋巴切除术 7 例(14.9%)。观察组患者 47 例均接受化疗,化疗方案为:TP 方案[紫杉醇(海口市制药厂有限公司,批准文号 H20043045) + 顺铂(江苏豪森药业股份有限公司,批准文号:H20010743)或卡铂(齐鲁制药有限公司,批准文号:H20020180)]方案 31 例,TAP 方案[阿霉素(辉瑞制药有限公司,批准文号:X20000496) + 顺铂 + 紫杉醇]16 例,化疗疗程 3 ~ 9 个,平均化疗疗程 4.1 ± 1.3 ,疗间隔为 3 ~ 4 周。每疗程化疗开始前及结束后常规对患者进行肿瘤标志物 CA - 125 检查、多普勒超声检查或 CT 辅助检查等。

1.4 观察方法

(1)观察两组患者术前、术后及术后 3 个月时的癌抗原 - 125(CA - 125)的水平情况;(2)比较两组患者的生存率;(3)采用肿瘤患者的癌症患者生命质量测定量表(FACT - G)调查两组患者的生存质量状况。

1.5 统计学处理

数据输入采用 Excel 2007 软件,数据输入采用 SPSS 17.0 统计学软件,计数资料采用频数表示,进行 χ^2 检验,计量资料采用均数 $\pm$ 标准差 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,进行 t 检验及重复测量方差分析,采用 Kaplan - Meier 生存曲线绘制两组患者的 5 年内生存情况,以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 术前、术后 3 个月及术后 1 年时患者的 CA - 125 水平情况

观察组与对照组术前的 CA - 125 水平相比较无统计学差异, $P > 0.05$,术后观察组的 CA - 125 水平显著低于对照组, $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者术前、术后及术后 3 个月时的 CA - 125 水平情况比较

组别	例数	术前	术后 3 个月	术后 1 年
对照组	69	84.91 $\pm$ 24.62	46.17 $\pm$ 11.34 ^①	42.19 $\pm$ 14.21 ^①
观察组	47	89.53 $\pm$ 27.12	21.42 $\pm$ 8.91 ^{①②}	22.60 $\pm$ 9.31 ^{①②}
组间			$F = 37.81, P < 0.01$	
组内			$F = 96.92, P < 0.01$	
交互作用			$F = 40.76, P < 0.01$	

注:①表示与同组间与术前比较, $P < 0.05$;②表示同一时间点与对照组比较, $P < 0.05$

2.2 生存情况

观察组患者 5 年随访生存 41 例,生存率为 87.2%,对照组患者 5 年生存 46 例,占比 66.7%,生存率情况比较 $\chi^2 = 4.766$, $P = 0.029$,两组患者生存情况见图 1。

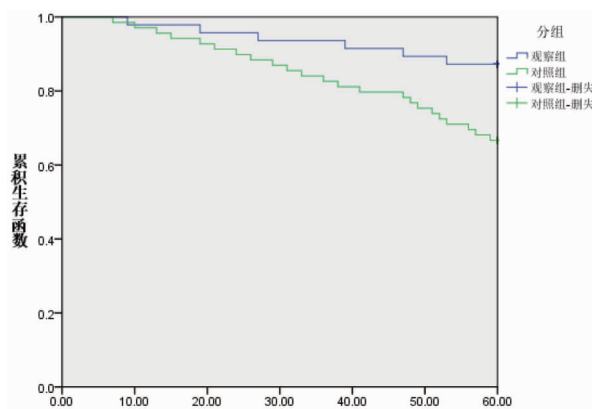


图 1 两组患者的 kaplan - meier 生存分析图

2.3 术后随访 FACT - G 生存质量情况

观察组术前及术后的 FACT - G 评分与对照组比较无统计学差异, $P > 0.05$,术后 6 个月时的评分观察组显著高于对照组。见表 2。

表 2 两组患者的 FACT - G 生存质量情况比较

组别	例数	术前	术后 6 个月	术后 1 年
对照组	69	36.19 $\pm$ 8.41	41.78 $\pm$ 6.42	48.61 $\pm$ 8.24 ^{①②}
观察组	47	34.98 $\pm$ 9.02	53.89 $\pm$ 7.03 ^{①③}	64.89 $\pm$ 8.60 ^{①②③}
组间			$F = 16.71, P < 0.01$	
组内			$F = 82.40, P < 0.01$	
交互作用			$F = 23.62, P < 0.01$	

注:①表示与同组间与术前比较, $P < 0.05$;②表示术后 1 年与术后 6 个月比较, $P < 0.05$;③表示同一时间点与对照组比较, $P < 0.05$

3 讨论

子宫内膜癌又被称为子宫体癌,与子宫颈恶性肿瘤、卵巢的恶性肿瘤并成为妇科的三大常见的恶性肿瘤。子宫内膜癌好发于绝经后及围绝经期妇女,临床有报道显示子宫内膜癌的发病率仅次于宫颈癌,每年有近 20 万的新发病例。伴随着我国社会的不断发展与进步,经济条件的改善,不良生活方式及

环境因素共同致使子宫内膜癌的发病率逐年升高,目前仅次于宫颈癌。

手术及化疗是治疗子宫内膜癌的有效方式,且对于早期低分化的患者生存率及预后效果均较为理想,但对于伴有深肌层浸润、低分化子宫内膜样癌、特殊性病理类型、淋巴管间隙浸润,肿瘤分期高,及其它合并慢性疾病患者治疗单纯的进行手术治疗往往预后不佳,临床报道^[7]显示仅仅通过手术的方式在对高危子宫内膜癌治疗的 5 年生存率仅为 50% ~ 70%。因而为有效提升对于具有的子宫内膜癌患者化疗后的疗效,本文在高危子宫内膜癌患者进行手术治疗后的 5 年生存率为 66.7%,与文献报道一致,为有效提升对子宫内膜治疗的疗效,辅助化疗是不错的选择。临床报道^[8]显示在进行广泛性子官切除或全子宫切除手术联合化疗对子宫内膜治疗后 5 年内生存率高达 85% 以上,本文中术后化疗联合手术治疗后患者的 5 年生存率为 87.2%,与文献报道一致。化疗药物抗癌作用的机理主要为:①化疗药物进入人体后,可干扰核酸的合成与代谢,临床上多数化疗药物均可通过阻碍核酸尤其是 DNA 的成分形成及利用,进而起到杀死细胞的作用,如甲氨蝶呤、氟尿嘧啶、脱氧氟尿苷等。②直接对 DNA 结构及功能产生影响。该类药物主要以烷基亲核基团中的氢原子引发 DNA 双链间或同一链间发生交叉连接,致使患者细胞内的核酸及酶等生活物质结构及功能出现损害,无法参与到正常的代谢过程中,该类药物主要有环磷酰胺、卡莫司汀等。③干扰蛋白质的合成及功能。在细胞由 DNA-RNA-蛋白质的分子转录过程中,该类化疗药物可有效破坏 DNA 的模板功能,阻碍 RNA 向蛋白质表达的过程。④防止纺锤丝形成,有效抑制细胞的有丝分裂,如长春碱类药物及秋水仙碱可有效的与细胞内微管蛋白结合,阻碍细胞的微管蛋白聚合,使得纺锤丝合成障碍,最终使的有丝分裂“中途停止”,致使细胞死亡。

CA-125 目前已被普遍认为是检测子宫内膜癌最有效的肿瘤标志物^[8,9],其可用于对子宫内膜癌病情的发展,并对化疗方案、化疗时机、化疗时间等确定提供一定的指导,但受于患者是否绝经、个体差异及临床病理分期的限制其诊断的敏感性 & 特异性并不高^[10],因而需要与阴道超声、多普勒超声检查或 CT 等^[11]辅助检查手段联合使用来尽可能的提升对子宫内膜癌诊断及病情进展进行确定。本文研究中发现子宫内膜癌术后 3 个月,观察组多数患者进行了 3 个疗程化疗后,CA-125 水平明显下降,表明化疗可有效杀死残余癌瘤细胞,防止复发及转移的发生,华方方^[12]在对 133 例子宫内膜癌患者进行化疗与未进行化疗的 3 ~ 7 年复发率分别为 34.59% 与 64.51%, $P < 0.05$,因而建议在符合子宫内膜癌化疗的相关指征后应尽可能早的进行化疗;而王建六^[13]在对 60 例晚期子宫内膜癌复发转移情况进行研究后发现,接受了术后放化疗患者的复发转移率仅为 13.3%,而未接受术后辅助放化疗患者的复发转移率为 31.8%,临床研究已证实复发及转移是影响预后的独立危险因素。

本次研究为了深入了解子宫内膜癌患者的生存状况,采用

了 FACT-G 对患者进行测评。研究发现,该量表具有良好的内部一致性,且在 3 ~ 7d 内进行重复测量置信度高达 0.82 ~ 0.92^[14,15],与肿瘤患者的生存功能指数量表评分的关联效应为 0.79,可对肿瘤患者的生存质量进行很好测量。测评结果发现接受术后化疗患者的生存状况显著优于对照组,这与化疗后身体机能恢复,预后变好有密切关联。

综上,患有子宫内膜癌的患者病情危重,手术及化疗是治疗的有效手段,可有效提升患者的 5 年生存率,并改善患者的生存状况,临床上对于符合化疗指征的患者应尽早进行化疗,提升预后。

参 考 文 献

- [1] 刘妮平,赵仁峰,马刚. 子宫内膜癌 86 例临床分析. 广西医学, 2010,32(7):810-812.
- [2] 赵淑萍,马德花. 子宫内膜癌术后生存质量影响因素. 中国实用妇科与产科杂志,2011,27(11):857-859.
- [3] 李菲. 子宫内膜癌的治疗进展. 广西医学,2004,26(10):1411-1413.
- [4] 王丽萍. 子宫内膜癌的高危因素分析. 中国实用医药,2012,7(6):101-102.
- [5] 叶敏娟,杨越波,李小毛,等. 影响子宫内膜癌复发的高危因素分析. 中国实用医药,2009,4(25):1-3.
- [6] 王青,谢树蕾,李传福,等. 磁共振成像在子宫内膜癌分期中的应用价值研究. 现代妇产科进展,2003,12(4):254-255.
- [7] 吴秀丽,何英,杨开选. 499 例子宫内膜癌预后及随访资料分析. 华西医学,2009,24(6):1403-1407.
- [8] Takac L, Gorisek B. Serum CA125 levels and lymph node metastasis in patients with endometrial cancer. Wien Klin Wochenschr, 2006, 118 (suppl 2): 62.
- [9] Huang GS, Chiu LG, Gebb JS, et al. Serum CA125 predicts extrauterine disease and survival in uterine carcinosarcoma. Gynecol Oncol, 2007, 107(3): 513.
- [10] 周立香,张虹. 术前血清 CA125、CA19-9 水平对子宫内膜癌的临床意义. 天津医科大学学报,2012,18(2):205-206.
- [11] 田芬. 具有高危因素的早期子宫内膜癌患者化疗预后分析. 河北医药,2009,31(15):1930-1932.
- [12] 华方方,陈瑞香,杨君,等. 子宫内膜癌复发高危因素的分析. 现代预防医学,2012,39(12):3990-3992.
- [13] 王建六,魏惠惠,薛凤霞,等. 晚期子宫内膜癌 20 例复发转移特征及相关因素分析. 中国实用妇科与产科杂志,2003,19(9):537-539.
- [14] Zeng YC, Ching SS, Loke AY. Quality of life in cervical cancer survivors: a review of the literature and directions for future research. Oncol Nurs Forum, 2011, 38(2):107-117.
- [15] Monk BJ, Huang HQ, Cella D, et al. Quality of life outcomes from a randomized phase III trial of cisplatin with or without topotecan in advanced carcinoma of the cervix: a gynecologic oncology group study. J Clin Oncol, 2005, 23(21):4617-4625.

(收稿日期:2014-01-28)

• 性医学 •

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.07.013

炔雌醇环丙孕酮片联合生活方式干预治疗肥胖型多囊卵巢综合征的疗效观察

严红莲¹ 林冰¹ 邵晓红² 邢彦君²

1 佛山市顺德区妇幼保健院生殖科, 广东 佛山 528300

2 佛山市顺德区妇幼保健院妇科, 广东 佛山 528300

【摘要】目的:探讨炔雌醇环丙孕酮片(达英-35)联合生活方式调整对肥胖型多囊卵巢综合征生殖内分泌和脂代谢的影响。方法:选取2011年7月至2013年7月来我院就诊的肥胖型多囊卵巢综合征不孕患者105例,随机分为观察组(53例)和对照组(52例)。对照组采用达英-35进行治疗,观察组在对照组基础上联合生活方式调整治疗。观察治疗前后患者体重、体重指数(BMI)及腰围指数(WHR),检测生殖激素、卵巢及子宫内膜变化,及观察月经恢复率、排卵率以及妊娠率。结果:观察组体重、BMI治疗后明显低于治疗前及对照组治疗后($P < 0.05$),WHR则无显著性差异。观察组治疗后的LH、T、LH/FSH、FINS、TG各指标与治疗前及对照组治疗后比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组左、右卵巢体积治疗后明显低于治疗前及对照组治疗后($P < 0.05$)。观察组的月经恢复率、排卵率以及妊娠率均明显高于对照组($P < 0.05$)。结论:达英-35联合生活方式调整可改善肥胖型多囊卵巢综合征患者的生殖内分泌及脂代谢的水平,改善左、右卵巢体积及月经恢复率、排卵率以及妊娠率。

【关键词】达英-35;生活方式调整;肥胖型多囊卵巢综合征;生殖内分泌;脂代谢

Effect of Diane-35 combined with? lifestyle intervention in the treatment of obesity-related polycystic ovarian syndrome YAN Honglian¹, Lin Bing¹, Shao Xiaohong², Xing Yanjun². 1. Department of Reproduction, Maternal and Child Health Hospital in Shunde District, Foshan 528300, China; 2. Department of Gynaecology, Maternal and Child Health Hospital in Shunde District, Foshan 528300, China

【Abstract】Objectives: To explore the effect of Diane-35 combined with lifestyle intervention on the reproductive endocrine and lipid metabolism of obesity-related polycystic ovarian syndrome (PCOS). Methods: 105 infertility patients with obesity-related PCOS visited our hospital from July 2011 to July 2013 were randomly divided into observation group and control group, each of 52 patients. Patients in the control group were treated with Diane-35 while observation group received additional lifestyle intervention. Body weight, body mass index (BMI) and waist circumference index (WHR) before and after treatment were observed; changes in reproductive hormone and ovarian and endometrium were detected, and recovery rate of menstruation, ovulation rate and pregnancy rate were observed. Results: The body weight and BMI of the observation group after treatment were obviously lower than those before treatment and the control group after treatment ($P < 0.05$), while WHR was of no significant difference. As for indexes such as LH, T, LH/FSH, FINS and TG, the difference between observation group after treatment and the control group after treatment or observation group before treatment was of significant differences ($P < 0.05$). The left, right ovarian volume of the observation group after treatment were obviously smaller than those before treatment and the control group after treatment ($P < 0.05$). The recovery rate of menstruation, ovulation rate and pregnancy rate of the observation group were significantly higher than the control group ($P < 0.05$). Conclusion: Diane-35 combined with lifestyle intervention can improve the reproductive endocrine and lipid metabolism of patients with obesity-related PCOS; improve left and right ovarian volume and recovery rate of menstruation, ovulation rate and pregnancy rate.

【Key words】Diane-35; Lifestyle intervention; Obesity-related polycystic ovarian syndrome; Reproductive endocrine; Lipid metabolism

【中图分类号】R711.75

【文献标志码】A

【第一作者简介】严红莲(1975-),女,副主任医师,主要从事生殖内分泌临床与研究工作。

多囊卵巢综合征(polycystic ovarian syndrome, PCOS)临床症状复杂,其病因及发病机制不明。目前认为PCOS主要与肾上腺功能异常、下丘脑-垂体功能障碍^[1,2]、胰岛素抵抗(IR)、遗

传因素等有关。并且其发病时常并发其他组织代谢异常,增加了患者罹患心血管疾病及子宫内膜癌的几率。其对患者的正常生活、心理及身体健康造成了严重干扰。现在临床治疗 P-COS 一般采用口服避孕药、胰岛素类药物,但单纯使用临床疗效尚不满意^[3]。本研究探讨炔雌醇环丙孕酮片(达英-35)联合生活方式调整治疗肥胖型多囊卵巢综合征患者,观察对其生殖内分泌和脂代谢的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2011 年 7 月至 2013 年 7 月来我院就诊的肥胖型多囊卵巢综合征不孕患者 105 例,年龄 23~35 岁,平均(28.4±5.3)岁;病程 2~5 年,平均(3.12±0.79)年。所有患者随机分为观察组(53 例)和对照组(52 例)。观察组 53 例中,年龄 23~36 岁,平均(29.4±5.5)岁;病程 2~6 年,平均(3.25±0.83)年。对照组 52 例中,年龄 24~35 岁,平均(28.1±5.0)岁;病程 2~5 年,平均(3.05±0.72)年。两组患者的病程、年龄等一般资料比较,差异不显著($P>0.05$)。

1.2 诊断标准

采用 2003 年欧洲人类生殖和胚胎与美国生殖医学学会(ESHRE/ASRM)的鹿特丹会议推荐的标准:(1)稀发排卵或无排卵;(2)高雄激素的临床表现和(或)高雄素血症;(3)卵巢多囊性改变:一侧或双侧卵巢直径 2~9mm 的卵泡≥12 个,和(或)卵巢体积≥10mL。上述 3 条中符合 2 条,并排除其他高雄激素病因,如先天性肾上腺皮质增生、库欣综合征、分泌雄激素的肿瘤等。

1.3 方法

对照组采用炔雌醇环丙孕酮片(达英-35,拜耳医药保健

有限公司,国药准字 J20100003)进行治疗,口服,每晚 1 片,1 次/d,连续服用 21d 后停止服药。下一次月经开始的第 5d 同法重新开始服药,连续服用 3 个疗程。

观察组在对照组基础上联合生活方式调整治疗:(1)低脂饮食:碳水化合物以燕麦、粳米为主,限油类的摄入,忌肥肉、油炸类食品;蛋白质以植物蛋白、鱼、虾为主。(2)加强运动:加强体育运动,早晚各 1 次,形式不限,每次至少 30min,以出汗为限,坚持 6 个月。(3)禁烟酒,定期随访。

1.4 观察指标

(1)观察治疗前后体重、体重指数(BMI)及腰围指数(WHR)。(2)生殖激素测定:患者于月经周期第 3~5d 或 B 超检测早卵泡期时取空腹静脉血,用免疫化学发光法测定黄体生成素(LH)、睾酮(T)、卵泡刺激素(FSH)、空腹胰岛素(FINS)以及甘油三酯(TG)等指标。药盒均购自香港拜耳诊断产品有限公司,批内及批间误差均符合要求。(3)利用 B 超检测治疗前后卵巢及子宫内膜变化。(4)治疗 6 个月后对肥胖多囊卵巢综合征患者的月经恢复率、排卵率以及妊娠率进行观察。

1.5 统计学处理

应用 SPSS18.0 统计软件进行统计分析,统计用单因素方差分析(One-WayANOVA),并做方差齐性检验。方差齐时两两比较采用 LSD 联合 SNK 法;计量资料用($\bar{x}\pm s$)的形式表示,采用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

两组患者治疗前后 WHR 比较,差异无统计学意义($P>0.05$);观察组体重、BMI 治疗后明显低于治疗前及对照组治疗后,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较

组别	n	体重(kg)		BMI(kg/m ²)		WHR	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	53	60.19±4.15	52.19±3.97▲	23.27±2.41	20.16±2.31▲	0.85±0.21	0.80±0.21
对照组	52	59.94±4.13	57.29±3.98	23.48±2.43	22.17±2.34	0.86±0.23	0.83±0.21
<i>t</i>		0.712	7.635	0.688	4.379	0.375	0.644
<i>P</i>		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	>0.05

注:▲与治疗前比较, $P<0.05$

2.2 两组治疗前后生殖内分泌和脂代谢指标的变化比较

观察组治疗前后比较,LH、T、LH/FSH、FINS、TG 各指标差异均显著($P<0.05$)。对照组治疗前后比较,LH、T、LH/FSH 各

指标差异均显著($P<0.05$)。观察组治疗后的 LH、T、LH/FSH、FINS、TG 各指标与对照组治疗后比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者治疗前后生殖内分泌和脂代谢指标的变化比较

组别	LH(mIU/mL)	T(ng/mL)	LH/FSH	FINS(mIU/L)	TG(mmol/L)
观察组(53 例)					
治疗前	16.70±5.64	2.95±0.76	1.95±0.31	38.19±7.36	1.95±0.25
治疗后	6.18±1.37▲*	0.91±0.12▲*	1.21±0.19▲*	20.11±4.23▲*	1.48±0.21▲*
对照组(52 例)					
治疗前	16.71±5.64	3.01±0.77	1.97±0.32	38.19±7.43	2.09±0.35
治疗后	7.15±1.42▲	1.23±0.21▲	1.45±0.21▲	31.19±4.17	1.81±0.22

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

2.3 两组治疗前后卵巢及子宫内膜变化

观察组左、右卵巢体积治疗后明显低于治疗前及对照组治

疗后,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者治疗前后卵巢及子宫内膜变化

组别	n	左卵巢体积(mL)		右卵巢体积(mL)		子宫内膜厚度(mm)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	53	8.59 ± 2.47	5.57 ± 1.13 [▲]	8.23 ± 2.56	5.43 ± 1.12 [▲]	6.77 ± 2.57	6.38 ± 2.43
对照组	52	8.61 ± 2.49	6.71 ± 1.33	8.22 ± 2.56	7.15 ± 1.36	6.76 ± 2.35	6.38 ± 2.42
t		0.259	3.169	0.673	5.127	0.543	0.579
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	>0.05

注:▲与治疗前比较, $P < 0.05$

2.4 两组患者月经恢复率、排卵率以及妊娠率比较

观察组的月经恢复率、排卵率以及妊娠率均明显高于对照组,两组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组患者月经恢复率、排卵率以及妊娠率比较

组别	n	月经恢复率	排卵率	妊娠率
观察组	53	49(92.45)	41(77.35)	19(35.85)
对照组	52	33(63.46)	26(50.00)	7(13.46)
χ^2		17.346	15.119	9.375
P		<0.05	<0.05	<0.05

2.5 不良反应

用药初两组患者均出现恶心、呕吐、腹部不适等胃肠道反应。继续用药 2 周左右消失。1 疗程用药期间,观察组出现阴道点滴出血者 2 例,未处理均自愈。

3 讨论

多囊卵巢综合征多见于青春期女性,系内分泌代谢紊乱,其生殖功能障碍与糖代谢异常并存是该病的主要特征^[4-6]。半数多囊卵巢综合征患者具有高雄激素血症,其可使发育中的卵泡发生闭锁,影响优势卵泡的生成,最终使无排卵持续发生。炔雌醇环丙孕酮片(达英-35)是一种孕激素,其具有抗雄激素的作用,具体机制为通过使体内细胞色素 P450 的活性受到抑制,从而使肾上腺及卵巢中的雄激素得以减少及阻止其产生,并且它还能够与雄激素在外周下竞争雄激素受体,与雄激素受体结合^[7]。达英-35 所含的炔雌醇能够使性激素结合球蛋白增加,从而使血游离 T 降低,降低体内雄激素水平,调节内分泌代谢紊乱。其是雌激素联合孕激素的治疗方法,雌激素可使性激素结合球蛋白增加,血游离 T 降低;孕激素可使黄体生成素减少,降低体内雄激素水平,并且可对子宫内膜异常增生有抑制作用,调节紊乱的月经周期,使患者的多毛、痤疮症状得以改善^[8,9]。

40%~60% 的多囊卵巢综合征患者都有肥胖的症状,肥胖更容易出现高胰岛素血症和胰岛素抵抗的病征,三者具有密切

的联系。肥胖多囊卵巢综合征患者容易出现高胰岛素血症及胰岛素抵抗。因此,要先进行生活方式调整,通过注意饮食和增加运动帮助患者减轻体重,降低血胰岛素、血甘油三酯和睾酮的指标指数,提升性激素结合球蛋白的指标指数,有助于肥胖多囊卵巢综合征患者排卵和受孕,降低患者的流产率^[10-13]。研究报道,体重指数的降低对妊娠结局及内分泌代谢紊乱的改善有促进作用^[14,15]。本研究中,两组患者治疗前后 WHR 比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);达英-35 联合生活方式调整(包括低脂饮食、加强体育运动及禁烟酒)的观察组患者体重、BMI 治疗后明显低于治疗前及对照组(仅用达英-35)治疗后,差异有统计学意义($P < 0.05$)。说明达英-35 联合生活方式调整对降低体重及改善 BMI、WHR 的作用显著。观察组治疗前后比较,LH、T、LH/FSH、FINS、TG 各指标差异均显著($P < 0.05$)。对照组治疗前后比较,LH、T、LH/FSH 各指标差异均显著($P < 0.05$)。观察组治疗后的 LH、T、LH/FSH、FINS、TG 各指标与对照组治疗后比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组左、右卵巢体积治疗后明显低于治疗前及对照组治疗后,差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组的月经恢复率、排卵率以及妊娠率均明显高于对照组($P < 0.05$)。表明多囊卵巢综合征患者采用生活方式调整联合药物治疗的效果较单纯药物治疗效果更好,可降低体重,调节内分泌代谢紊乱,恢复正常月经,提高排卵率。

综上所述,生活方式调整联合达英-35 药物治疗能明显改善青春期多囊卵巢综合征患者胰岛素敏感性,降低体重指数,调节内分泌代谢紊乱,恢复正常月经,提高排卵率,是治疗青春期多囊卵巢综合征的较理想方法。

参 考 文 献

- [1] 乐杰. 妇产科学. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2008:316-317.
- [2] 宋晓婕,宋夕元. 中西医结合治疗 52 例多囊卵巢综合征的临床观察. 中国实用医药, 2012,7(25):151.
- [3] 万光珍. 达英 35 联合二甲双胍治疗多囊卵巢综合征 139 例临床研究. 中国实用医刊, 2012,9(12):54-55.
- [4] 蔡春环,翟军,魏秀臻. 二甲双胍联合达英-35 治疗多囊卵巢综合征胰岛素抵抗患者的疗效观察. 中国医学创新,2009,6(5):11-12.
- [5] 朱巧玲,林丽仪,聂润球,等. 穴位埋线治疗肥胖型多囊卵巢综合

征临床疗效观察. 广州中医药大学学报, 2012, 29(3): 66-67.

[6] 刘霞. 多囊卵巢综合征的治疗进展. 中国妇幼保健, 2010, 25(25): 56-57.

[7] 刘伟靓. 达英-35 联合二甲双胍治疗多囊卵巢综合征临床研究. 医药论坛杂志, 2011, 32(15): 162-164.

[8] 何淑祯, 严红莲, 林冰. 临床应用达英-35 治疗多囊卵巢综合征的效果探析. 中国医药指南, 2013, 11(14): 499-500.

[9] 叶青剑, 郭颖. 达英-35 联合二甲双胍治疗多囊卵巢综合征的临床观察. 中国现代医生, 2013, 51(13): 38-39.

[10] 何顺安, 杨淑莉, 张树荣. 二甲双胍联合达英-35 对 PCOS 患者疗效观察. 中国热带医学, 2010, 10(4): 484-485.

[11] 左丽. 二甲双胍联合达英-35 治疗 PCOS 疗效观察. 中国现代药物应用, 2013, 7(18): 105-106.

[12] Morin Papunen LC, Vanhkonen I, Koivunen RM. Endocrine and metabolic effects of mefformin versus ethinyl estradiolcyproteroneacetate in obese women with polycystic ovary syndrome; a randomized study. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 2000(9): 3161-3168.

[13] Cagnacci A, Tirelli A, Renzi A. Effects of two different oral contraceptives on homocysteine metabolism in women with polycystic ovary syndrome. Contraception, 2006(4): 348-351.

[14] 邓梅招. 达英-35 联合二甲双胍治疗多囊卵巢综合征不孕的临床疗效研究. 江西医药, 2013, 48(6): 541-542.

[15] 侯素珍. 二甲双胍配合达英-35 治疗多囊卵巢综合征后促排卵药物的效果观察. 中国医药指南, 2013, 11(16): 654-656.

(收稿日期: 2014-03-07)

· 性医学 ·
DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.07.014

体育锻炼对女性性冷淡的改善作用

臧嫫
江南大学药学院, 江苏 无锡 214122

【摘 要】随着社会的发展, 性的功能不再局限于繁衍后代, 还是男女爱情的升华, 幸福婚姻的见证, 性生活质量也因此越来越为人们所关注。较之男性, 女性出现性冷淡的几率更高。本文旨在分析女性性冷淡的成因, 探讨日常体育锻炼对女性性冷淡的改善作用, 帮助女性远离性冷淡困扰, 建立健康和谐的夫妻性生活。

【关键词】 女性性冷淡; 体育锻炼; 改善作用

Improving effect of physical exercise on female frigidity ZANG Xian. School of Pharmaceutical Science, Jiangnan University, Wuxi 214122, China

【Abstract】 With the development of society, functions of sex are not only limited to producing offspring, but also considered as an important index to measure the happiness level of love and marriage life. Therefore, quality of sex life has been paid increasing attention to in these years. Moreover, sex apathy is more likely to occur on women rather than men. This paper aims at analyzing the cause of female frigidity and discussing the improving effect of daily physical exercise, to help women get rid of troubles caused by female frigidity and building healthy and harmonious sex life.

【Key words】 Female frigidity; Physical exercise; Improving effect

【中图分类号】 R711.77 【文献标志码】 A

女性性冷淡是指女性的性欲减退, 在过性生活时没有或缺乏快感, 且经常出现阴道干涩、疼痛等症状, 以致惧怕甚至厌恶过性生活的一种病症^[1]。女性性冷淡不仅损伤女性身心健康, 诱发妇科疾病, 比如乳腺小叶增生、乳腺癌、妇科炎症, 还会影响家庭和睦, 导致夫妻间互相猜疑、关系冷漠, 甚至一些丈夫借助婚外性寻求满足, 引发家庭危机。

1 女性性冷淡的成因
造成女性性冷淡的原因有多种, 主要包括以下三类。
1.1 器质性因素
性激素, 包括雌激素、孕激素、雄激素会对女性性欲产生干预作用, 其中, 雄激素是维持两性性欲的重要激素, 且其对女性性欲的促进作用大于男性, 在刺激女性性欲产生, 维持良好的性生活状态以及提高性满意程度等方面功效明显。女性健康状况下降, 尤其是激素水平异常会对女性性欲产生消极影响。
罹患内分泌性疾病, 比如, 糖尿病血管病变造成阴道分泌物减少、阴道干涩、性交疼痛, 甲状腺功能低下引起的甲状腺激

【作者简介】臧嫫(1989-), 女, 硕士生在读, 主要从事乳腺癌药物研究。

素分泌缺乏会抑制睾丸激素分泌,也会减低女性性欲;性器官局部有缺陷或发生病变,比如,阴蒂粘结使女性无法正常接受性刺激,卵巢早衰导致女性体内睾酮水平下降,均可诱发女性性冷淡;女性中年之后或自然分娩、便秘致使盆肌和阴道肌肉松弛,性兴奋不足,性高潮丧失;罹患精神性疾病等。

1.2 精神因素

害怕怀孕、分娩造成身材走样;抑郁症;生产之后,因为身形变化而自以为对异性失去吸引力,或是将原本对丈夫依恋转移到孩子的身上;担心做爱被孩子看到导致精神紧张,限制快感产生;夫妻关系不和睦,或夫妻间缺乏感情基础;将性生活看作是一种义务,而非自行发起的生理和心理的需求;曾经历过性创伤,比如强奸、性骚扰,或情感创伤,比如失恋、离异;对配偶期望过高,不能正视现实、适应现实;缺乏性知识,忽略了性生活前的准备工作,长期在性生活中体验不到快感和高潮;生活、工作压力大,情绪长期紧张,睡眠不足,用脑过度等。

在中国封建社会,性行为被视为肮脏神秘的,受到这种庸俗愚昧的性文化影响,一些女性认为女性有性欲是无耻的,女人如果主动向丈夫表达性需求就是淫荡。错误的性观念,使得一些女性在遭遇性功能障碍时难以启齿,不敢寻求帮助。事实上,长期没有正常性生活的女性,一般性能力比较弱,如此便进入了恶性循环。

1.3 药物因素

嗜烟好酒;吸毒;使用某种药物,比如镇静催眠药、抗过敏药物、抗抑郁药物、抗高血压药物、避孕药、抗肿瘤药物。

药物降低性欲的原因主要有三点:镇静;抑制中枢及周围神经介质并造成盆肌肉及阴道肌肉松弛;抑制性激素的正常分泌。

多巴胺是维持性欲的主要神经递质,5-羟色胺对性欲有抑制作用,抗精神病药如氯氮平,抗抑郁药如米帕明、西酞普兰,抗胆碱药如阿托品、美加明,抗组胺药如苯海拉明等均可不同程度地抗胆碱、抑制副交感神经系统、松弛平滑肌,女性阴蒂及延伸物不能充血,导致女性性欲丧失及性释放障碍。抗高血压药物如可乐定、利血平,因其对交感神经系统的抑制作用,也会引起女性性欲减退、性兴奋下降。

雌激素类药物、避孕药、保钾利尿药如螺内酯、抗消化性溃疡药如西咪替丁有抗雄激素作用,孕激素类药物如甲地孕酮、抗精神病药如氯丙嗪对促性腺激素分泌有抑制作用,糖皮质激素类药如氢化可的松会干扰性腺功能,均可致女性性冷淡。抗肿瘤药物会损伤患者的卵巢,其中,不依赖细胞增殖的细胞毒性药物,如环磷酰胺、白消安等对卵巢损伤最为严重,卵巢功能衰退,睾酮分泌减少,女性性欲下降^[2]。

2 体育锻炼对女性性冷淡的改善作用

2.1 坚持日常体育锻炼,可以为女性带来以下好处

(1)强身健体,适量的体育锻炼可以增强机体柔韧度和肌肉力量,保持精力充沛,改善药物引起的阴道肌肉和骨盆肌肉

松弛,防治女性性高潮缺乏;还可以活跃微循环,增加生殖器官的血流量,提高在性生活中的快感;并能促进女性卵巢分泌性激素,提高机体对性刺激的感受和反应能力。(2)帮助女性保持好身材,性感的身材让女性在面对他人,尤其是配偶时更加自信。(3)消除身心疲劳,可以缓解紧张、焦虑、烦躁、抑郁等负面情绪引起的性冷淡,有助于精神分裂症、抑郁症、焦虑症等精神疾病的恢复。(4)夫妻共同参加运动,有助于增进夫妻感情,夫妻关系融洽可以给予女性幸福感,提升性爱质量,唤醒性欲。

2.2 国内外专家不断研究证实,适当的体育锻炼可以有针对性地改善女性性冷淡

李俭莉^[3]对126名女性观察后得出结论,骨盆运动可以通过改善盆底肌肉松弛以及阴道扩张提高性兴奋程度,进而改善女性性冷淡。

刘宝昌^[4]发现,中老年女性由于长期操持家务造成劳累、情绪低落,引发内分泌失调,性激素分泌减少,进而引起性欲淡漠。跑步可以使人产生愉悦感,激起性欲;促进盆骨血流分布,增加充血量,滋养阴道、卵巢;美化女性形体。因此建议中老年女性以慢跑为佳,每天慢跑20~30min。

Tierney等^[5]经研究提出,运动可以提高正在使用选择性血清再吸收抑制剂(SSRIs)和5-羟色胺与去甲肾上腺素再摄取抑制剂(SNRIs)治疗抑郁症的女性的性兴奋,对于口服SSRIs引起的性高潮障碍尤其有效。

3 正确理性地看待女性性冷淡

性冷淡并不可怕,可怕的是对它不闻不问或是讳疾忌医、焦虑恐惧。运动疗法也并非百试不爽,女性在日常生活中要合理作息,注意私部卫生,洁身自爱,保持乐观积极的心态,一旦发现问题,需及时就医合理用药。妻子如出现性冷淡,丈夫应多体谅多关心妻子,帮助妻子改善性冷淡。

4 结论

女性参与日常体育锻炼,不仅可以保持健康,还能够提高性功能,获得快乐美好的性生活,使夫妻生活达到非常理想的境界。

参 考 文 献

- [1] 刘祖春. 女性患了性冷淡查四种疾病. 求医问药, 2010(10):14.
- [2] Chemaiyilly W, Mertens AC, Mithy P, et al. Acute ovarian failure in the childhood cancer survivor study. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 2006, 91(5):1723-1728.
- [3] 李俭莉. 骨盆运动对改善女性性功能的疗效观察. *中国妇幼保健*, 2011(33): 5137-5139.
- [4] 刘宝昌. 跑步可改善女性性冷淡. *农村新技术*, 2012(9):38
- [5] Tierney A, Lorenz and Cindy M, Meston. Acute exercise improves physical sexual arousal in women taking antidepressants. *Annals of Behavioral Medicine*, 2012(43):352-361.

(收稿日期:2014-01-20)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.07.015

多囊卵巢综合征患者胰岛素抵抗对甾体激素水平的影响

吴晓燕 肖剑锋 刘容菊

汕头大学医学院第一附属医院生殖医学科, 广东 汕头 515041

【摘要】目的:探讨多囊卵巢综合征相关疾病糖代谢及甾体激素代谢方面的特征。方法:108 例患者根据血睾酮水平及卵巢 B 超表现分为三组:多囊卵巢综合征 (PCOS) 组、多囊卵巢 (PCO) 组、单纯性卵巢高雄激素血症 (OHA) 组, 18 例正常妇女作为对照组。于月经期进行糖耐量试验 (OGTT), 随后联合应用人绒毛膜促性腺激素 (HCG) 5000 IU 及人绝经促性腺激素 (HMG) 150 IU 进行卵巢功能兴奋试验, 观察糖代谢及甾体激素代谢情况。结果:基础状态下, LH 及 LH/FSH 浓度 PCOS 组 > OHA > PCO 组 > 对照组, PCOS 组显著高于对照组, PCO 和 OHA 组相似。OHA 和 PCOS 组 T 水平相似, 对照组和 PCO 组相似, OHA 和 PCOS 组 T 明显高于对照组和 PCO 组; OGTT 后, 三患者组 0₄ 点胰岛素水平、胰岛素/葡萄糖比值相似, 高于对照组。结论:就糖代谢和甾体激素代谢而言, PCO 和 OHA 分别是 PCOS 和正常对照妇女的一种中间状态, 在临床的诊断和治疗上值得重视。

【关键词】 多囊卵巢综合征; 糖代谢异常; 胰岛素抵抗; 甾体激素代谢

PCOS patients with ovarian sugar metabolism disorder and insulin resistance on ovarian function change situation analysis WU Xiaoyan, XIAO Jianfeng, LIU Rongju. Department of Reproductive Medicine, First Hospital Affiliated to Shantou University Medical College, Shantou 515041, China

【Abstract】 **Objectives:** To study the metabolic characteristics of sugar and steroid hormones in patients with illness relevant to polycystic ovary syndrome (PCOS). **Methods:** 108 patients were divided into three groups PCOS group, polycystic ovary (PCO) group and ovary hyperandrogenism (OHA) group according to blood testosterone and ovarian ultrasound performance while 18 normal women were selected as control group. Oral glucose tolerance test (OGTT) were conducted in the menstrual period, and human chorionic gonadotropin (HCG) 5000 IU and human menopausal gonadotropin (HMG) 150 IU were jointly used for ovarian function stimulating test, to observe the metabolism of sugar and steroid hormones. **Results:** In basic complications, for LH, LH/FSH concentration, PCOS group > OHA group > PCO group > the control group, the PCOS group was significantly higher than the control group, while the PCO group and OHA group were similar. The T level of OHA group and PCOS group, control group and PCO group, were similar, while the T level of OHA and PCOS group were significantly higher than the control group and PCO group. After OGTT, the insulin levels, insulin/glucose ratio at 0₄ of the three groups were similar and higher than the control group. **Conclusion:** In terms of sugar and steroid hormone metabolism, PCO and OHA were an intermediate state for PCOS and normal women respectively, which is worthy of attention in clinical diagnosis and treatment.

【Key words】 Polycystic ovary syndrome; Sugar metabolism; Insulin resistance; Steroid hormone metabolism

【中图分类号】 R711.75

【文献标志码】 A

多囊卵巢综合征 (polycystic ovary syndrome, PCOS) 指的是患者生殖功能出现障碍表现出卵巢雄激素生成过度和卵泡发育出现障碍, 育龄期女性的发病率可达 5% ~ 10%, 而 PCOS 患者糖代谢出现异常主要表现为胰岛素抵抗与高胰岛素血症, 糖耐量减低的发病率占到了育龄女性的 10%^[1]。研究发现有近一半左右的 PCOS 患者存在着胰岛素抵抗的情况, 但是对于胰

岛素抵抗的机制尚不明确, 而且研究还发现胰岛素抵抗与高胰岛素血症在 PCOS 患者与 2 型糖尿病患者中均有表现, 而且胰岛素敏感性的下降幅度均在 40% 左右, 但是卵巢功能的障碍则仅存在于 PCOS 患者中, 这表明了用卵巢组织外的胰岛素抵抗与高胰岛素血症来解释卵巢本身的功能发生异常是不完全准确的。我院分析了 PCOS 患者、多囊卵巢患者、单纯性卵巢高雄激素血症患者以及正常女性的糖代谢及甾体激素代谢情况, 以期探讨胰岛素抵抗和高胰岛素血症在 PCOS 生殖功能障碍中的作用, 现报告如下。

【基金项目】 2013 年广东省汕头市医疗科技计划项目 (2013018)。

【第一作者简介】 吴晓燕 (1977 -), 女, 主治医师、硕士, 主要从事生殖医学临床诊治与研究工作。

1 对象与方法

1.1 研究对象

收集 2011 年 1 月至 2013 年 6 月,由于闭经、不孕、多发和痤疮等症状就诊我院的患者 108 例,根据血睾酮水平及卵巢 B

超表现以及病理诊断标准^[2]分为三组:多囊卵巢综合征组、多囊卵巢 (polycysticovary, PCO) 组、单纯性卵巢高雄激素血症 (ovarianhyperandrogenism, OHA) 组,以 18 名正常女性作为对照,四组基线情况比较详见表 1。

表 1 四组基线资料比较

	对照 (18 例)	PCO (30 例)	OHA (30 例)	PCOS (30 例)
年龄 (岁)	32.8 ± 1.18	26.9 ± 1.31 *	26.5 ± 1.97 *	26.6 ± 1.07 *
BMI (kg/m ²)	22.4 ± 0.76	22.3 ± 0.99	23.5 ± 0.81 * [△]	24.5 ± 1.29 * ^{△#}
腰臀比 (WHR)	0.78 ± 0.02	0.80 ± 0.02 *	0.80 ± 0.02 *	0.82 ± 0.02 * ^{△#}
月经周期	30.0 ± 1.18	93.6 ± 15.41 *	82.4 ± 15.82 * [△]	92.2 ± 11.21 * [#]

注: * 与对照组比较, $P < 0.05$; [△] 与 PCO 组相比较, $P < 0.05$; [#] 与 OHA 组比较, $P < 0.05$

1.2 诊断标准

患者 PCOS 诊断符合下列标准:患者有下列情况中的两项即可确诊:(1)患者月经稀发或者出现继发性闭经;(2)表现出高雄激素血症即血清的总睾酮水平超过 0.51 μg/L;(3)超声提示卵巢呈现多囊性表现^[3]。所有研究对象均排除其他内分泌疾病,并且在近 2 个月内未使用过激素类药物。

1.3 方法

所有研究对象均于月经周期第 4 ~ 7d,且禁食后次晨 8 时采空腹静脉血,并行 75g 口服葡萄糖耐量试验 (OGTT),分别于试验后 0.5h、1h、2h、3h 采血,各点定义为 O₀、O₁、O₂、O₃、O₄ 点,并测定其葡萄糖、空腹胰岛素、空腹血糖、血标本离心 15min 后置于零下 70℃ 冰箱保存。用于测定睾酮 (T)、雌二醇 (E2)、黄体

生成素 (LH)、孕酮 (P)、卵泡生成激素 (FSH) 水平。

1.4 统计学方法

所有资料均以 ($\bar{x} \pm s$) 表示,由于上述激素呈偏态分布,故均取其自然对数值,由 SPSS13.0 统计学软件处理,采用方差分析和经过 Bonferroni 修正的协方差分析,协变量采用相应的基础值,相关分析采用 Spearman 法。以 $P \leq 0.05$ 作为有统计学差异。

2 结果

2.1 糖代谢的比较

四组经过 OGTT 后葡萄糖浓度在试验后 0.5h、1h、2h、3h 采血,各组女性各时间点血清葡萄糖浓度变化趋势相似,但浓度值具有显著差异 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 以 O₀ 协变量进行协方差分析的血清葡萄糖浓度估计结果

组别	时间点				
	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
对照	5.31 ± 0.47	8.61 ± 0.75	8.31 ± 0.91	6.80 ± 0.91	5.55 ± 0.67
PCO	5.28 ± 0.44	8.79 ± 0.52	9.21 ± 0.63 *	8.51 ± 0.63 *	6.20 ± 0.48 *
OHA	4.62 ± 0.30 * [△]	8.09 ± 0.56 * [△]	8.88 ± 0.71 *	7.81 ± 0.68 * [△]	5.74 ± 0.55 [△]
PCOS	4.34 ± 0.17 * ^{△#}	9.69 ± 0.47 * ^{△#}	9.73 ± 0.57 * ^{△#}	8.05 ± 0.57 * [△]	6.00 ± 0.43 * [#]

注: * 与对照组比较, $P < 0.05$; [△] 与 PCO 组相比较, $P < 0.05$; [#] 与 OHA 组比较, $P < 0.05$

2.2 胰岛素抵抗的比较

四组在 OGTT 后胰岛素敏感性系数 (ISI)、空腹胰岛素/空腹血糖 (FINS/FPG) 两项指标组间对比差数据显示有显著差异 ($P < 0.05$)。见表 3。

2.3 基础激素的比较

基础状态下, LH 及 LH/FSH 浓度 PCOS 组 > OHA > PCO 组 > 对照组, PCOS 组显著高于对照组, PCO 和 OHA 组相似。OHA 和 PCOS 组 T 水平相似, 对照组和 PCO 组相似, OHA 和 PCOS 组 T 明显高于对照组和 PCO 组。见表 4。

表 3 以各自 O₀ 为协变量进行协方差分析的四组血清 ISI、FINS/FPG 的估计结果

组别	ISI	FINS/FPG
对照	-2.62 ± 0.37	0.66 ± 0.30
PCO	-2.33 ± 0.41 *	0.86 ± 0.37
OHA	-2.61 ± 0.38 [△]	0.39 ± 0.31 * [△]
PCOS	-1.77 ± 0.32 * ^{△#}	1.12 ± 0.30 * ^{△#}

注: * 与对照组比较, $P < 0.05$; [△] 与 PCO 组相比较, $P < 0.05$; [#] 与 OHA 组比较, $P < 0.05$

表 4 基础激素比较情况

观察项目	对照	PCO	OHA	PCOS
T (nmol/L)	0. 73 ± 0. 14	1. 22 ± 0. 13	2. 09 ± 0. 12 * △	2. 09 ± 0. 14 * △
E ₂ (pg/mL)	30. 81 ± 3. 26	29. 21 ± 2. 57	37. 51 ± 5. 48 * △	34. 92 ± 5. 09 * △
P (nmol/L)	3. 23 ± 0. 25	3. 25 ± 0. 38	3. 94 ± 0. 21 * △	3. 63 ± 0. 22 * △
LH (IU/L)	3. 51 ± 0. 64	5. 79 ± 0. 82 *	5. 94 ± 1. 53 *	8. 65 ± 1. 92 * △#
FSH (IU/L)	7. 73 ± 0. 66	6. 78 ± 0. 45 *	5. 66 ± 0. 50 * △	6. 20 ± 0. 47 * △#

注: * 与对照组比较, $P < 0. 05$; △ 与 PCO 组相比较, $P < 0. 05$; # 与 OHA 组比较, $P < 0. 05$

3 讨论

PCOS 属于妇科常见的内分泌疾病,早期会出现肥胖、多毛、闭经、不孕作为典型的临床体征,而高雄激素血症则是主要的内分泌异常表现。研究发现 PCOS 患者主要涉及到遗传、内分泌、代谢、神经以及免疫等多重因素的影响,大量的试验发现胰岛素抵抗是 PCOS 患者的重要病理生理特征,而胰岛素抵抗以及由其引发的代偿性胰岛素升高在 PCOS 的病理生理改变中发挥了重要的作用,主要的原因可能有以下一些方面:首先,由于 PCOS 患者高浓度的睾酮会降低胰岛素所介导葡萄糖转运及肌肉内部的糖原合成;其次,患者胰岛的 β 细胞发生了功能性亢进,分泌的胰岛素出现增多;第三,PCOS 患者的肝脏胰岛素清除率降低更为明显^[5,6]。此外研究还发现此类患者的外周组织胰岛素受体的数目降低,受体变异会导致胰岛素的结合发生障碍,这使得血液中游离的胰岛素浓度水平提升^[7]。

目前认为 PCOS 患者发生生殖功能异常主要表现在患者卵泡发育的障碍,组织学研究中显示 PCOS 患者的卵泡障碍表现在初级和刺激卵泡的募集数量呈现倍增,卵泡的选择和优势化受阻,卵泡发育出现了停滞导致了小卵泡出现大量的累积进而出现无排卵^[8,9]。此外 PCOS 患者同样是促性腺激素高反应患者,容易出现卵巢过度的刺激综合征,因此临床上将 PCOS 引发生殖功能障碍归咎于卵巢的敏感性增强,大多数学者认为和卵巢局部胰岛素抵抗相关^[10-12]。胰岛素细胞内部的信号传导主要包括调节葡萄糖代谢促代谢的途径和引发卵巢细胞分裂增殖促分裂的途径两种,出现胰岛素抵抗时,促代谢作用途径受损,患者机体的高胰岛素血症在发生代偿性的糖代谢缺陷时细胞内的胰岛素促分裂途径就会被放大。卵巢作为女性生殖功能基本单位,属于能量代谢活跃的器官,其含有介导胰岛素作用所有的信号蛋白与代谢酶,胰岛素对于卵巢的作用通过胰岛素受体来进行调节,IRS-1 与 IRS-2 是胰岛素受体后的最主要蛋白,蛋白的表达与磷酸化异常通常是选择性胰岛素抵抗重要的机制,其组织分布、蛋白的表达、激活和失活的动力学等不同等俊辉造成表现出不同的生理功能^[11-13]。胰岛素抵抗同高雄激素血症也同样具有密切的联系,PCOS 患者的卵泡膜细胞在胰岛素刺激作用下,雄激素合成关键酶细胞色素的活性会增强,17-羟孕酮与雄烯二酮都会升高,雄激素的合成增多;高胰岛素血症还会直接作用在患者下丘脑或者垂体提高了 LH 的浓度,胰岛素和其发生协同的效果促使了卵泡中泡膜细胞合成雄激素效果;高胰岛素血症患者还能够抑制肝脏性激素的结合蛋白合成,造成血清游离的雄激素升高,机体对于雄激素生物利用程度的提升;而且高雄激素血症又会加剧胰岛素抵抗,引发恶性循环。因此在临床上通过改善 PCOS 患者胰岛素的抵抗状况对于恢复卵巢功能以及减少远期并发症具有重要的意义^[14,15]。本研究显示,四组经过 OGTT 后葡萄糖浓度在试验后

0. 5h,1h,2h,3h 采血,各组女性各时间点变化趋势相似,数值有显著差异($P < 0. 05$)。对照组 ISI, FINS/FPG 与 PCO 组、PCOS 组,各组间对比差异具有统计学意义($P < 0. 05$)。在基础状态下,LH 及 LH/FSH 浓度 PCOS 组 $>$ OHA $>$ PCO 组 $>$ 对照组,PCOS 组显著高于对照组,PCO 和 OHA 组相似。OHA 和 PCOS 组 T 水平相似,对照组和 PCO 组相似,OHA 和 PCOS 组 T 明显高于对照组和 PCO 组,差异有统计学意义($P < 0. 05$)。

综上所述,就糖代谢和甾体激素代谢而言,PCO 和 OHA 分别是 PCOS 和正常对照妇女的一种中间状态,在临床的诊断和治疗上值得重视。

参 考 文 献

- [1] 李晋,徐呈,张惠杰,等. 多囊卵巢综合征患者肥胖和高雄激素血症与胰岛素抵抗的相关性. 中华内分泌代谢杂志,2011,27(9): 733-745.
- [2] 乔杰. 多囊卵巢综合征. 北京:北京大学医学出版社,2010:88-96.
- [3] 马凤清,宋丽杰,郑嘉敏. 妈富隆与二甲双胍联合使用在多囊卵巢综合征不孕中的应用效果观察. 中国性科学,2013,22(10):17-19.
- [4] Xiao Yan Wu, Zhi ling Li, Wan Fen Xiao, et al. Endocrine traits of polycystic ovary syndrome in prenatally androgenized female sprague-dawley rats. Endocrine journal, 2010, 57(3): 203-211.
- [5] 曹云霞,唐静文. PCOS 的胰岛素抵抗机制. 实用妇产科学杂志, 2010, 26(8): 561-563.
- [6] 汤亚莉,石怡珍,吾为一,等. 胰岛素抵抗指数在多囊卵巢综合征中的诊断价值. 苏州大学学报,2010,30(2):432-433.
- [7] 晏群,洪洁,顾卫琼,等. 多囊卵巢综合征患者代谢综合征患病风险研究. 中华内分泌代谢杂志,2010,26(5):351-354.
- [8] 李小英. 重视多囊卵巢综合征患者的代谢异常. 中华内分泌代谢杂志,2010,26(1):349-350.
- [9] 徐晶晶,赵赞,林金芳. 青春期多囊卵巢综合征患者胰岛素抵抗及糖代谢异常的分析. 中华内分泌代谢杂志,2010,26(5):355-358.
- [10] 陶弢,刘伟,杨洁谨,等. 多囊卵巢综合征患者下丘脑-垂体-肾上腺轴改变与胰岛素抵抗的关系. 中华内分泌代谢杂志,2010, 26(5):368-369.
- [11] 斐静译,张以文审校. 多囊卵巢综合征早期起因的不同假说. 中华内分泌代谢杂志,2010,26(1):84-85.
- [12] 姚霞,李蓉,黄士荷. 代谢综合征对 IVF/ICSI-ET 助孕结局影响的临床观察. 中国性科学,2013,22(10):40-44.
- [13] 刘畅,张治芬. 青春期多囊卵巢综合征胰岛素抵抗及其与生殖内分泌代谢异常的相关性分析. 浙江医学, 2014(2):108-111.
- [14] 赵庆红,石华,杨菁. 多囊卵巢与多囊卵巢综合征的超声特征和激素水平相关性分析. 中华全科医师杂志, 2014,13(1):57-59.
- [15] 刘红梅,张小平,刘殿媛. 多囊卵巢综合征与胰岛素功能、性激素水平相关性研究. 中国实验诊断学,2014,18(1):125-127.

(收稿日期:2014-02-18)

• 中医性学 •

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.07.016

浅析明代社会因素对中医妇产科学发展的影响

常久 袁卫玲 刘微英 李晓君[△]

北京中医药大学基础医学院, 北京 100029

【摘要】 中医妇产科学在明代深受各方面社会因素的影响。本研究通过收集大量有关于中医和中国历史的资料,整理、归纳了影响明代妇产科学发展的主要社会因素,揭示了封建礼教、社会思潮、人口增长、医学教育等社会因素对明代妇产科正反两方面的影响,阐述了明代妇产科学的发展特点。研究结果提示我们应当重视各种社会因素对当今妇产科学的影响,并且继承和发扬古代医者的进取和奉献精神。

【关键词】 妇科;产科;明代;历史

Influence of social factors on TCM obstetrics and gynecology in the Ming dynasty CHANG Jiu, YUAN Weiling, LIU Weiyang, LI Xiaojun[△]. School of Basic Medical Sciences, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China

【Abstract】 The discipline of obstetrics and gynecology was deeply influenced by all kinds of social factors in the Ming dynasty. This research concluded the main factors of Ming dynasty which influenced on the discipline of obstetrics and gynecology by collecting a large number of information about traditional Chinese medicine and Chinese history. Besides, it revealed both the positive and negative impact of feudal moral codes, social ideological trend, population growth, medical education and other social factors on the gynecology and obstetrics of Ming dynasty, and expounded the development characteristics of gynecology and obstetrics in Ming dynasty. The results of the study suggested that we must attach much importance to the influence on today's gynecology and obstetrics by all kinds of social factors and we should inherit and carry forward the spirit of progress and dedication of ancient doctors.

【Key words】 Gynecology; Obstetrics; Ming dynasty; History

【中图分类号】 R271

【文献标志码】 A

明代是中国封建社会的后期,此时统治者依旧以推崇封建礼教来束缚人民,但随着社会生产力的发展,人们的生活越来越丰富,思想也随之开始解放。明代在科学技术上取得了明显的进步和成就,西学也在此时有所传入。中医妇产科学在此期深受社会政治、经济、文化、思想等诸多因素的影响。本文主要采用社会发展史和医学史相结合的文献研究方法,将明代不同的妇产科著作中涉及对妇产科学发展有直接影响的社会因素的描述、论述摘录整理,并从其它历史资料中收集相关信息,进行整理归纳,力求尽可能接近原貌地反映历史,可以让我们以史为鉴,促进当今中医妇科学的发展。

1 贯穿始终的封建礼教约束产科发展

明朝建立后,统治者为了维护自身统治,不断强化对妇女守节的推崇和提倡,将程朱理学奉为独尊之位,“存天理,灭人欲”的理学势力对妇女生活自由和婚姻自由的压制达到了前所未有的残酷程度。自建国之初,统治者便大力提倡妇女的贞节思想,并通过行政手段,表彰贞女烈妇,确立并完善旌表制度。《大明令·户令》有这样的记录:“凡民间寡妇,三十以前夫亡守志者,五十以后不改节者,旌表门闾,除免本家差役。”这明显是

从物质方面推动妇女守节。明代贞节女人数为 27141,烈女人数为 8688,远远多于其它朝代^[1]。此时的《内训》、《女范捷录》、《闺范》、《闺戒》等女子教科书,更加具体而繁琐地规范妇女的道德与行为。全社会几乎都把贞节看作是妇德的第一标准。“妇德”的其他内容相对被淡化了,形成了片面的、畸形的唯“贞节”的妇女观。此时的“贞节”也由过去的人格自尊转变为生理上的不失身,而对其的强调与偏执,最终导致妇女与男性有细微接触也要殉节^[2]。封建礼教对明代妇女的毒害严重地摧残了其身心,造成社会上节烈现象的大量出现,但多数是出于道德是非的强制,并非妇女自愿。从民间密布的贞节牌坊和各地方志中对于守志一生、甚至殉夫从死的妇女的大量记载中,都可感受到广大妇女的不幸和封建礼教的残忍。万历年间到中国传教的葡萄牙籍传教士曾德昭在《大中国志》里提到:“街上看不到一个妇女,哪怕上了年纪的也不外出,公开露面的妇女终身受谴责。男人也不许到女人家去访问她们。”^[3]

在当时,女性的医疗、生育很大程度上是依靠“三姑六婆”来完成的,如“医婆”、“女医”、“药婆”、“医妇”、“稳婆”、“产婆”等,道姑、尼姑、女巫或为做善事或为争取信徒,也参与到医疗当中,其中以“女医”、“医婆”为常见^[4]。明清时期,许多民间妇女求医问药的首选就是女医、医婆这一群体,生产则要靠“稳婆”、“看产之人”,因为女性医者能进入闺阁——这是男医们所缺少的先天优势。女性患者在接受男医诊疗时往往碍于男女有别,顾虑个人隐私,所以多少会有所隐瞒,导致病情拖

【第一作者简介】常久(1989-),女,硕士研究生,主要从事中医妇科方面的研究。

[△]【通讯作者】李晓君, E-mail: cj0410@126.com

延,而男性医者也对女性的生理和心理认知存在先入为主的成见^[5]。明代最著名的女医谈允贤,医术高超又品德高尚,著有《女医杂言》。外国学者费侠莉^[6]对比她和明末扬州儒医程茂先的医案,发现谈允贤对女病人情况的了解来自目视与口问,而且沟通良好,这正是程茂先通常感到最无能为力的,他与女患者始终隔着藩篱,如若信息不足则只能求助于女患者的男性家属。闵齐伋为《女科百问》^[7]写序时提到:“望闻问三事可施诸丈夫婴儿,而每穷于女妇……可云某事曾否有无,某处如何痛痒,某物若为色状,问之则医危,不问则病危”。这些现象暴露出男医家和女患者对社会性别规范的自觉遵守,他们都很难做到实事求是地面对病情。

虽然有医术高明的女医,但总体而言,当时的女性医疗工作者良莠不齐,其中有很多未接受过医学教育、单凭经验接生的稳婆,甚至还有庸医,如李东阳在《记女医》中记述京城女医“不辨方脉,不能名药物,不习于炮炼烹煮之用”。很多医案中也有因稳婆无知而导致的产后病。虽然这些论述中不乏有男医对女医的偏见,但是从王化贞在《产鉴》中所言的“闺帷秘密,望闻有所不及,巧工有所不尽,往往寄命于俗媼狂巫之手……轻用其愚,以致母子俱殒”^[8],以及明代医家萧京在《轩岐救正论》中“世间有等痴愚蠢汉,以妻外家子女之性命付之医婆之手,被其妄治伤生者众矣”的论断,可以看出的确有医术不精而害人性命的医婆,因其“目不识丁,手不辨脉”^[9]。所以明代医家也重视对稳婆的挑选,张景岳就明确提出“凡用稳婆,必须择老成忠厚者……若未有紧阵,不可令其动手”^[10]。当然,当时的男性医家如薛己,也会向有经验的产婆学习,遇到产妇胎衣不出时,他“常询诸稳婆”,而明代名医武之望和万全也分别在他们的医著中记载了产婆在产妇生产过程中的重要作用。

自宋代《十产论》之后,涉及产科的很多书籍基本上都着重于总结辨证论治以及用药的经验。明代医家针对难产虽然用药经验丰富,如《本草纲目》中“风仙子二钱,研末”^[11]用于产难催生,但在处理手法上没有更大的突破。在明代中后期涌现出一大批妇科学代表著作如《妇科撮要》、《校注妇科良方》、《万氏女科》、《广嗣纪要》等,而产科学的著作却寥寥无几,只有成书于1618年的《产鉴》可作代表,其记述了妊娠及产前诸证、临产须知、分娩中异常情况处理及产后诸证治疗。另外,原先妇产科书编写体例为:胎、产、经、带,如《金匱要略》、《脉经》、《千金方》等,到明代则变成经、带、胎、产的顺序。然而同一时期,以男性医生及男性助产士为王室成员接生为标志,欧洲的产科开始由经验向医学转变,在中国可以说是由医学倒退回纯粹经验,没能更好地发展。究其原因可能是一则男性医者碍于礼法普遍缺乏产科经验,二则实际能参与产科实践的稳婆、产婆,很少能接受教育,像万全在《幼科发挥》中提出的“以火燎而断之”、“以火烙之”等断脐法,她们普遍不能了解到,所以以她们过低的文化素质不足以发展产科,而且虽然女性医者对女子的生理病理更为熟悉,能通过实践经验增长医术,但在以男性为主导的社会,她们因女性身份而经常被看轻,不能掌握话语权,故少有论著问世。封建保守的思想虽然在明代后期遭到谴责,但是终究是主流思想,并且深深地阻碍了产科学的发展。

2 经济的繁荣发展为医学发展提供物质基础

明代初期,统治者重视发展农业和扶植工商业,实行了一些新的改革,社会生产力得到了一定的发展。造船术的发展和

郑和的七次下西洋,促进了中外贸易的往来和中外医学科学的交流。明朝的宝船两次远航至祖法儿国,祖法儿王派人用“乳香、血竭、芦荟、没药、安息香、苏合油、木鳖子之类”交换明朝的特产^[12],其中一些药物在妇科中也很常用。明中叶以来,商品经济已有了相当程度的发展,资本主义萌芽普遍发生,这种新的形势也推动着医学的发展。明代著名医家在地区分布上集中于江浙一带,在时间上集中于明代中后期。因为江浙地区有着发展科技文化的最好基础,以经济文化中心之一的南京为代表,当地手工业相当发达,尤其是纺织、印刷等。明代的印刷术较元代又有改进,加之此时人们用线来装订书籍,线装书既便于阅读,又不易断裂散开,非常先进,所以医学书籍的刊刻出版业在当时也很兴盛。经济发展后,朝廷在政治上难保清明,明代科举制度曾盛行一时,但在嘉靖以后,朝中奸佞当道,贤路闭塞。朝廷的腐败使大量的知识分子丧失了参与朝政的信心,故弃仕途而转习医学者大量出现,大约因为医学职业能体现儒学“仁爱”价值观,且有范仲淹“不为良相,当为良医”的名言激励。李时珍也是多次参加科举失利才转而学医,其著作《本草纲目》中特辟妇产科一栏,记录了数十个妇产科药对^[13],如荔枝核和香附配伍治血气痛,附子同当归煎服可通经,黄芩同白术为清热安胎圣药等。首提命门在两肾之间的孙一奎,也是“舍业而事方术”的一员。“弃儒从文”的风气使得医学队伍的文化素养有了很大的提高。总之,以上这些因素对妇产科学的发展均起到了一定的积极影响。

3 个性解放思潮下的淫佚世风

在理学盛行的时代,人性被极度压抑。到了明朝中后期,现实生活的丰富让人们个性意识觉醒,传统理学逐渐僵化,王阳明的心学广泛传播。王阳明本是程朱理学的研习者和践行者,但在宁王叛乱,官僚贪赃枉法,民不聊生的社会背景下,他深感从外界找不到挽救社会的途径,于是开始回归本心,把希望寄托在封建道德的自我完善上,开始寻找抵御外界灾难的心灵支柱^[14]。王阳明把天道合于人性之中,强调了人的自主意识,降低了天的地位,而“圣人”也不再是神秘的偶像,他曾说到:“你看满街是圣人,满街人倒看你是圣人在。”^[15]他提倡的“致良知”,虽然主要是加强封建道德的实行,但他的理论可以引导人们从中了解到人应该按照“心”所“自然”作出的反应选择去追求和活动^[16]。其理论将士大夫、学子从程朱理学的思想禁锢中解放出来,改变了独尊理学的局面,并直接引发了中晚明主张个性解放、高扬人的主体精神的社会思潮^[17]。求学于阳明并在之后开创“泰州学派”的王艮,不同于仕宦出身并追求高尚道德的王阳明,他作为奔波于存亡线上的社会下层的代表,提出了更适应下层百姓的“百姓日用即道”,肯定了日常生活的合理性,肯定了人欲就是天理,安身才是治理天下之本。明末著名的思想家李贽,更是因为敢于反对权威,呼唤人性解放而被封建统治者视为异端。他指出人们的私欲、物欲也就是“自然之理”,而私欲正是士、农、工、商各勤其业的动力。李贽之后,从客观的角度看待人的私欲的学者也逐渐增多。

以上种种使人们开始重视个人价值,但同时也助长了人欲的泛滥。繁荣经济下拜金主义、享乐主义思想不断产生,社会风尚开始转向奢侈,社会越轨行为也逐渐增加。统治者阶层淫风之盛骇人听闻,而士大夫阶层也把“雪夜闭门读禁书”作为“赏心乐事”,下层社会则是“人情以放荡为快,世风以奢靡相

高,虽制犯禁,不知忌也”^[18]。《金瓶梅》等带有明显色情内容的作品相继问世。与此同时,西方传教士的努力传教使得一些女性走出闺门,皈依天主教。1616年南京教案,审判传教士的原因之一就是他们接近女色。传教士虽未对中国妇女的生活产生巨大影响,但在一定程度上输入了新鲜思想和观念,对长期以来束缚中国妇女的封建礼教造成了冲击^[19]。各种因素使得传统的“女德”思想开始瓦解,女性不再单纯追求虚名,而是追求生活中实在的幸福快乐。在一些小说中,女性婚外情现象大量出现,出现了一大批淫妇。在淫佚世风下,妇产科的发展有着鲜明的特点。

3.1 寡欲补肾学说发展了妇科理论

此期性生活的不节制导致妇女房劳伤肾现象突出,堕胎现象明显增多,妇科界因此着力研究房劳伤肾及性病等的治疗,“房劳伤肾”与“颐养寡欲”的重要性开始被强调。医家王纶在《明医杂著》^[20]中指出,世人“纵欲者多,节欲者少”,“过欲致火”从而造成阴的不足,因过欲则“精血既亏,相火必旺,火旺则阴愈消”,他赞同朱丹溪的补阴之说,认为“少年……欲心正炽,妄用太过,至于中年,欲心虽减,然少年所丧既多……及至老年,天真渐绝,只有孤阳”,所以从少年到老年都需要补阴之药。万全在《养生四要》、《万氏女科》、《广嗣纪要》中则反复强调寡欲的重要性,他指出“欲不可纵,纵欲成灾”、“寡欲者,延龄广嗣之第一紧要也”^[21]。《景岳全书·妇人规》^[10]中专列“妊娠寡欲”一篇,第一句便是:“妊娠之妇,大宜寡欲。”明确指出胎元之强弱、孕育之难易,以及很多的产后病,无不与妊娠期间是否寡欲有密切的关系。如果孕妇不加节制而多动欲火,则会损伤阴精,使“藩篱由不固而伤,血气由不聚而乱,子女由元亏而夭”。

由于房劳伤肾的病例不断增多,当时医家加强了对肾和命门学说的研究。薛氏将《金匱要略》中的八味丸与《小兒药证直诀》中的六味丸,用于治疗各种虚损病证,对后世赵献可针对房劳虚损引起的“火衰”与“水亏”病证,运用八味丸、六味丸来补益肾阳、肾阴有着很大的启发作用。张景岳重视肾的作用,极力提倡补肾,在《妇人规》中认为“妇人因情欲、房事以致于经脉不调者,其病皆在肾经,此证最多”^[10],若因欲火炽盛,导致真阴匮乏者,用保阴煎、滋阴八味丸之类治疗;若因房劳纵肆不节,损伤冲任,致肾气不守,应固命门,用固阴煎、保元煎之类治疗。赵献可在《医贯》^[22]中也强调补肾,他认为命门中的真火犹如走马灯中的灯火,十分重要,“火旺则动速,火微则动缓,火熄则寂然不动”。如果房劳过度,不知节制,则“日夜戕贼此火”,元气亏损,损人寿命。

3.2 用以控制人口的节育手段快速发展

在淫佚世风下,中国人口快速增长,人口与环境承载矛盾加大。明代学者董其昌在1614年上了一道奏疏,估计当时的全国人口是明代初年的5倍。这种情况客观上产生了对人工控制生育的迫切需要,促进了在妇科学领域的有关节育手段的快速发展。生育控制的对象更广泛,开始用于过去不被社会大众认可的节育对象,如尼姑、寡妇、未婚女子等。医家龚廷贤在《寿世保元·断产方总论》^[23]中明确指出“断产方”也为“或生育不已,或不正之属,为尼为娼,不欲受孕”的女子准备。明末小说《禅真后史》第十七回中,张氏、聂氏怕阿媚因生子把自己的家资分走,于是求教于巫婆徐妈,徐妈说:“你们一心要除那

祸胎,必须神药之力……神是神道,药是药饵,二者并用,庶可收功。”并向二人介绍了一个卖鼠药之人的“秘传通经绝孕堕胎的圣药”^[24]。在当时江南“杭城中有标榜通衢,鬻打胎绝产之为业者”^[25]。由此可知,堕胎现象在当时已经很普遍,甚至形成产业。

明代医学家从医学实践中总结出很多有效的节育方法:(1)对排卵期开始有概念:明代后期医家岳嘉甫在《医学正印种子编》^[25]中指出“凡妇人经行一度,必须一日氤氲之候,(于此时)顺而施之则成胎。”明代医家洪基在《摄生总要秘剖》中说:“宜种子之时”是在“妇人行经过后凡六日”,这样就接近现代安全期避孕理论。(2)药物避孕:龚廷贤在《寿世保元》中指出“有用水银、虫、水蛭之类”作断产药物,但导致的结果是“孕虽不怀。难免受病”,他还给出了“平和而有益效”的三个断产方,如“故蚕纸方圆一尺。烧为末。酒调服。终身不复怀孕也”^[23]。张景岳在《妇人规》^[10]中谈到:“下胎断产本非仁者之事,然有妇人临产艰危,或病甚不胜孕育者,则下胎断产之法有不得已,亦不可废者也。”他也引了同样的两个断产方,又有用四物汤和芸台子(即油菜子)等药物断产的方子和一个断产灸方。赵献可在《邯郸遗稿》中提到:“凡妇人生理不顺,怕产者,宜服九龙丹则不娠,其故何也?此药能令脂膜生满子室,不受孕矣”。还说如果以后又打算受孕生子,则“以车前子为末,温酒服一钱,数服仍可以受孕”。由此说明当时的医家已经掌握了几种避孕方法,有长期避孕的方法,有避孕后恢复生育功能的方法,还能兼顾用药的安全性。(3)堕胎:薛己在《女科撮要》中提到:“一妊娠五月,服剪红丸而堕,腹中胀痛……余曰:此峻药重伤,脾胃受患”^[26],这说明当时已有堕胎的成药,医家也对其药性有所认识。《景岳全书·产育类·下胎方》中载有“用蓖麻仁二个,巴豆一个,麝香一分,研贴脐中并足心,即下。或月一粒,温酒吞下”^[10],可下生胎或死胎。

4 实学思想促进科学发展

突破了程朱理学,唤醒了人的自然本性的王阳明,其本人是真正地去践行圣贤的思想的,也常强调“知行合一”,但由于他片面地无限夸大“精灵”的作用使自己陷入了禅宗的泥坑,到晚年则明显地表露出虚无主义的倾向^[27]。王学末流更是片面地发展了其糟粕。王畿鼓吹良知是现成的,不需读书明理,不必社会实践。王艮宣扬不睹不闻,不思不虑。邹守益等人也只在静坐敛心上下功夫。晚明东林党人对于王学末流“凭是天崩地陷,他也不管,只管讲学快活过日”的学风深恶痛绝,他们力倡“家事、国事、天下事,事事关心”。在思想家黄宗羲所处的时代,现实是社会处于风雨飘摇的变动时期,但思想界却“天下争言良知”,形成一股清谈之风。在这种风气之下,儒家学派兼顾研究自然科学的传统几乎是中断了。从横向上来看,西方传教士带来了丰富的科学技术资料,对比明末的空疏学风,徐光启、李之藻等人大力赞扬西学的务实精神。徐光启认为心学“无所用于世”,提倡“生平务有用之学”。李之藻把西方传入的科学技术看成是一种“儒者实学”。明末科学家方以智撰写《医学汇通》等书籍,吸取西方传入的人体生理、医药方面的内容,主张诊病应融合中西医诊断措施。

在明朝中后期这种批判虚学,追求实用的思想演变中,许多开明的医学家也主张理论与实践相结合。妇产科学的实用精神主要体现在客观对待妇科检查和详述妇女阴部疾病等。

万全在《广嗣纪要》中记载了五种女性因先天生理缺陷而不能生育的情况,有“阴户外纹如螺狮样旋入内……阴户小如箸头大……花头,尖削似角”^[21]等描述。武之望在《济阴纲目》中论述前阴诸疾,颇为详尽。张景岳也曾对子宫的位置作了正确的描述。可见当时的一些妇科医生还是本着实事求是的态度,在一定程度上冲破了封建礼教的束缚,有所贡献。

5 明代的医学教育和世医制度

明朝历代的皇帝都比较重视医学的发展,设置了最高医药机构太医院,其下分别设有宫廷皇族的医药机构以及平民与地方的医药机构。虽然宫廷医疗仍是明代政府医疗工作的重点^[28],但是也开设了为平民诊病卖药的惠民药局,遇到疫情时,药局还会免费施药于百姓。医学教育在明代受到重视,宫廷及地方医学教育皆由太医院管理,其时地方医学教育的规模超过了唐宋元各代,并有地方重于中央的特点^[29]。明代地方官办医学打破了传统的“祖传”等私相授受医术的习俗,招集学生,公开培训,医学生必须通过层层考核,才有可能进入明代医生队伍。所以这在一定意义上促进了医学的发展。

统治者还继承了元代的分行分户、子袭父业的户籍管理制度,也就形成了明代的世医制度。医家薛己便是继承其父之业,任御医及太医院院使。龚廷贤也是随父学医,不但继承了其父龚信的医术,还继承了他的医学伦理思想,他深刻地分析了医患关系,批评了医患双方的不良行为,指出女病人不见医生、隔着床帏或是盖着手帕让医生切脉不是想要治愈其病,而是为难医生^[30]。这样的世袭制度可以让世医子弟耳濡目染,继承父辈的医德和医术,并具备坚实的物质基础从而更好地进行学术总结。

从此期医学对与其一直共存的巫术的冲击也可看出,明代的世医制度和正规医学培训取得了良好效果。生于医学世家的明中期医家虞搏以实践否定迷信,对巫师、巫婆惑人、骗财的做法严加痛斥:“邪术惟邪人用之,知理者勿用也。”对于妇人怀鬼胎之说,他认为男女之性淫而虚,则肝肾之相火无时不起,所以虚劳之人易梦与鬼交,这是患者昼之所思,夜之所见,并非实有与鬼神交接而成胎^[31]。这对妇科疾病的认识是一种突破。刘正刚等^[32]的研究中表明明代广东地方医学对巫术的流行产生了阻力,百姓从专注求巫覡发展为适当求医。

综上所述,明代政府对医学教育非常重视,这对当时医疗队伍的品质提高有着积极意义,进而也对妇产科学的发展有着一定的促进作用。

6 小结

明代社会是封建礼教束缚加深和人性解放思潮兴起两种现象同时存在的社会,复杂的社会因素对妇产科既有促进作用,也有阻碍作用。此期的医学家通过不懈努力,在妇科理论水平上有着极大的发展,在用药上也为现世提供了大量切实有效的经验方法。但是产科学在此期并没有向带有外科学性质的独立学科发展,这与贯穿始终的封建礼教束缚有很大关系。尽管如此,明代医学家们对经典著作的批注,对药物的集大成总结,对医学伦理道德的反思,对女性生理结构的探究,对鬼神、巫术的批判等,充分表明他们具有令人尊敬的钻研精神和求真务实的品质,这是最值得我辈学习的。

分析妇产科学的发展史可以给当今的妇产科诊疗以提示。从大量资料可看出封建社会的主流思想严重阻碍妇产科学发

展,尤其当女患者面对男医生时,患者顾虑太多而有所隐瞒,男医生也不能深入调查。即使在现代社会,在面对女性医者时,很多女性也会因为害怕社会舆论而对有些问题难以启齿,比如小产次数。而这些情况对医生了解病情却是有意义的。封建道德中的是非观对国人的影响是长久而深刻的,所以即使在当代,我们也不可避免的有一些落后保守的思想意识,从而造成医患之间的隔阂。明代医患间遇到的种种问题提示我们在临床中要注意考虑患者是否有无益于诊断的避而不谈的问题,要时刻以医者的角度公平看待每一位就诊的患者,诊疗时尊重事实,尤其要给心理敏感的女性病患多一些耐心。

社会因素对妇产科学以及其他学科的影响不容忽视,需要认真研究,但是每种因素的影响作用有多大,影响到哪个环节,都是值得进一步研究的问题,不能一概而论,盲目夸大任何因素的作用。比如尽管在封建思想的束缚之下,男性医者很难为女性患者诊疗,但也有不少敢于突破束缚,追求真理的医家,对女性的解剖结构及其难言之隐,有着很深入的了解;明代社会虽然经济繁荣,有坚实的物质基础,但封建社会的性质限制了直接为产科发展服务的科技基础的产生等。本研究选取了一些影响妇产科学发展的主要社会因素进行分析研究,尚有一些社会因素未作深入剖析,比如在医学界,经过金元四大家后,很多人或偏执于一家,或有所反思,呈现百家争鸣的局面;明朝中后期经历了“小冰河期”这样的酷寒天气所导致的疾病谱变化;明代小说中“妒妇”形象增多与女性情志疾病的关系;明代帝王崇尚道教,钻研炼丹术的风气等。这些因素值得进一步研究探讨。

参 考 文 献

- [1] 杜芳琴. 明清贞节的特点及其原因. 山西师大学报(社会科学版), 1997(4): 43-48.
- [2] 张如英. 明清妇女贞节观探析. 山东师范大学, 2010.
- [3] [葡]曾德昭. 大中国志. 上海: 上海古籍出版社, 1998: 37.
- [4] 张昂霄. 明清“三姑六婆”群体研究. 东北师范大学, 2012.
- [5] 蔡政纯, 释慧开. 明代医籍中的女性诊疗问题. 生死学研究, 2006(3): 165-207.
- [6] [美]费侠莉. 繁盛之阴——中国医学史中的性(960-1665). 南京: 江苏人民出版社, 2006: 249-251.
- [7] [宋]齐仲甫. 女科百问. 上海: 上海古籍书店, 1983: 9-10.
- [8] [明]王化贞. 产鉴. 郑州: 河南科学技术出版社, 1982: 61.
- [9] [明]萧京. 轩岐救正论. 北京: 中医古籍出版社, 1983: 533.
- [10] [明]张景岳. 景岳全书. 太原: 山西科学技术出版社, 2006: 445, 443, 432, 449.
- [11] [明]李时珍. 本草纲目. 北京: 华夏出版社, 2013: 829.
- [12] 荣真. 大明流煌. 中华书局, 上海古籍出版社, 2010: 57.
- [13] 魏飞跃, 尤昭玲. 妇产科药对发展史略. 中华中医药杂志, 2005(8): 464-466.
- [14] 张婷婷. 从理学到心学——王阳明对朱熹的继承与改造. 安徽大学, 2012.
- [15] [明]王阳明. 传习录. 北京: 蓝天出版社, 2007: 312.
- [16] 吴格. 王阳明诗文选译. 南京: 凤凰出版社, 2011: 14.
- [17] 华建新. 王阳明散文研究. 合肥: 安徽师范大学出版社, 2012: 21.
- [18] [清]张翰. 松窗梦语. 上海: 上海古籍出版社, 1986: 56.
- [19] 田苗. 试论明清之际传教士对中国妇女生活的影响. 涪陵师范学院学报, 2006(5): 47-50, 72.

- [20] [明]王纶. 明医杂著. 北京: 人民卫生出版社, 2007(9): 14-15.
- [21] [明]万全. 万密斋医学全书. 北京: 中国中医药出版社, 1999: 8, 9, 301.
- [22] [明]赵献可. 医贯. 北京: 人民卫生出版社, 1959: 4.
- [23] [明]龚廷贤. 寿世保元. 呼和浩特: 远方出版社, 1998: 433.
- [24] [明]清溪道人. 禅真后史. 上海: 上海古籍出版社, 1996.
- [25] [明]岳甫嘉. 医学正印种子编. 郑州: 中原农民出版社, 2012: 8, 14.
- [26] [明]薛己. 薛立斋医学全书. 北京: 中国中医药出版社, 1999: 64.
- [27] 张显清. 晚明心学的没落与实学思潮的兴起. 明史研究论丛(第一辑), 1982: 307-338.
- [28] 梁峻. 中国古代医政特点及其对当今医政之启示. 中华医史杂志, 1994, 24(1): 9.
- [29] 夏逸群, 张成博. 明代医药机构设置与世医制度浅析. 山东中医药大学学报, 2013: 143-144.
- [30] 曹志平. 明代父子御医龚信与龚廷贤的医学伦理思想. 职大学报, 2011: 33-36.
- [31] 朱建贵. 正传医学的虞搏. 北京: 中国科学技术出版社, 1988: 12.
- [32] 刘正刚, 郭文宇. 明代地方医学的教育功能——以广东为例. 南京中医药大学学报(社会科学版), 2009(3): 157-161.
- (收稿日期: 2014-01-07)

• 中医性学 •

DOI: 10.3969/j.issn.1672-1993.2014.07.017

益肾活血利水法治疗良性前列腺增生临床研究

李晓阳¹ 高旋慰² 李海松^{3△}

1 西安市中医医院男科, 西安 710001

2 户县中医医院针灸科, 西安 710300

3 北京中医药大学东直门医院男科, 北京 100700

【摘要】目的:评价益肾活血利水法治疗良性前列腺增生(BPH)的安全性、有效性。**方法:**诊断为BPH的病人139例,随机分为治疗组和对照组,治疗组给予益肾活血利水法汤药。对照组给予特拉唑嗪片。治疗以国际前列腺症状评分(IPSS)、最大尿流率(Qmax)、前列腺体积(V)及膀胱残余尿量(Ru)的变化率评分综合判断疗效并进行组间比较。同时对患者相关安全性指标进行监测。**结果:**两组在治疗后Qmax及IPSS评分均与治疗前比较存在显著性差异($P < 0.01$),但组间尚无统计学意义($P > 0.05$);治疗组治疗后前列腺体积明显缩小($P < 0.05$),且与对照组比较有显著性差异($P < 0.05$);两组治疗后膀胱残余尿量无明显变化($P > 0.05$)。治疗组不良反应共5例,无因不良反应而停药;对照组体位性低血压8例,其中7例经用药指导并调整用量后好转,1例停用。两组均未出现有临床意义的安全性实验室指标异常。**结论:**益肾活血利水法是治疗良性前列腺增生症安全、有效的药物方案。

【关键词】 良性前列腺增生;益肾活血利水法;中医治疗

Treatment of Yishenhuoxue Diuresis for benign prostatic hyperplasia Li Xiaoyang¹, GAO Xuanwei², Li Haisong^{3△}. 1. Andrology Department, Chinese Medicine Hospital of Xi'an, Xi'an 710001, China; 2. Acupuncture Department, Hu County Chinese Medicine Hospital, Xi'an 710302, China; 3. Andrology Department of DongZhiMen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700, China

【Abstract】 Objectives: To evaluate the safety and effectiveness of Yishenhuoxue Diuresis in the treatment of benign prostatic hyperplasia (BPH). **Methods:** 139 BPH patients were randomly divided into treatment group and control group, where the treatment group received Yishenhuoxue Diuresis decoction and control group received terazosin tablets. Rates of changes in international prostate symptom score (IPSS), maximum urinary flow rate (Qmax), prostate volume (V) and bladder residual urine volume (Ru) were scored to determine the efficacy and comprehensive comparison between groups was conducted. Meanwhile, patient-related safety indicators were monitored. **Results:** The Qmax and IPSS scores of both groups were significantly higher than before ($P < 0.01$), with no statistical significance between the two groups ($P > 0.05$); the prostate volume of treatment group was significantly

【第一作者简介】 李晓阳(1972-),男,副主任医师、硕士,主要从事中医男科疾病方向的研究。

△【通讯作者】 李海松,博士研究生导师、主任医师, E-mail: 1028bj@sina.com

reduced after treatment ($P < 0.05$), with significant difference compared with control group ($P < 0.05$); no significant change in residual urine volume could be found after treatment ($P > 0.05$). Five patients in the treatment group experienced adverse reactions but no discontinuation happened; 8 patients in the control group occurred orthostatic hypotension, 7 of them improved after medication guidance and dosage adjustment and 1 was discontinued. No laboratory security abnormalities of clinical significance were found in both groups. **Conclusion:** Yishenhuoxue Diuresis is safe and effective in the treatment of benign prostatic hyperplasia.

【Key words】 Benign prostatic hyperplasia; Yishenhuoxue Diuresis; TCM treatment

【中图分类号】 R277.5

【文献标志码】 A

良性前列腺增生症 (benign prostatic hyperplasia, BPH) 是老年男性临床常见病,以逐渐加重的下尿路症状为主要表现,同时可表现为突发的急性尿潴留、尿血、并发疝气等,甚至进一步危害患者肾功能。随着我国人口老龄化趋势的加剧及饮食结构的改变,其发病率也呈明显上升趋势。顾方六等^[1]曾监测全国 20 所大中城市医院,前列腺增生症手术摘除占泌尿外科住院数的 13.6%,且其发病率随年龄而递增。目前治疗 BPH 的方法虽有多种,但各有利弊。其中现代药物治疗由于不良反应及耐受性等原因使其应用受到明显限制^[2,3];手术治疗方法虽然疗效确切,但适应范围窄,风险高^[4,5];非手术介入治疗创伤小,疗效较好,但受技术设备限制,且费用较高^[6,7]。中药治疗 BPH 疗效确切、不良反应少,有较好的发展前景^[8,9]。

姚树锦导师在此领域有多年的理论探索和临床实践验证,根据姚树锦老师治疗良性前列腺增生症的临床经验方“益肾活血利水方”进行临床观察,对其有效性及安全性做进一步研究。

1 资料与方法

1.1 一般资料

全部 139 例患者均来自我院 2011 年 3 月至 2013 年 3 月老年病科及男科,随机分为治疗组 70 例和对照组 69 例。治疗组年龄 51~81 岁,平均 (64.32 ± 4.51) 岁;病程 1.2~3.5 年,平均 (2.02 ± 0.56) 年。对照组年龄 52~78 岁,平均 (64.65 ± 6.12) 岁;病程 1.0~3.0 年,平均 (1.6 ± 0.6) 年。两组一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准

参照《中药新药治疗临床研究指导原则》(1997 年)中中药新药治疗良性前列腺增生的临床研究指导原则^[10]。

1.3 排除标准

对本研究中汤药成分过敏者;有引起排尿障碍的其他疾病,如神经源性膀胱、排尿功能障碍、膀胱结石、尿道结石、前列腺癌、尿道狭窄、尿路感染等;有严重的糖尿病、心血管疾病以及肝肾功能不全;不能随诊;使用一些与试验药物配伍禁忌或可影响试验药物疗效的药物者。

1.4 治疗方法

治疗组给予益肾活血利水汤:熟地黄 24g、净萸肉 12g、牡丹皮 10g、山药 12g、茯苓 10g、泽泻 10g、肉桂 5g、黑附片 5g、牛膝 15g、车前子 10g、益智仁 15g、桑螵蛸 15g、五味子 10g、白茅根 30g、海藻、昆布、生牡蛎、地龙、玄参各 15g,由本院制剂室加工为标准汤剂,每剂煎出 300mL,分为 2 袋包装。早晚各 1 袋,每

14d 休息 1d,服药 28 剂后停药 48h 复查观察项目。对照组给予盐酸特拉唑嗪片(国药准字 H20083417,石家庄科迪药业有限公司,药品批号 86902742000396),2mg/d,每晚睡前口服,服药 28d 后停药 48h 复查观察项目。告知患者预防体位性低血压相关事项。

1.5 停药标准

出现下列情况终止服药,记录停药理由,并根据试验要求复查各项观察指标:①发现严重的副作用;②病人症状恶化,应改用其他方法治疗;③病人因各种原因必须停药。

1.6 观察指标

于用药前及用药后 30d 各检查 1 次尿流率、前列腺体积(V)、IPSS、膀胱残余尿量以及记录不良反应,严重不能耐受者停药。

2 统计方法

各计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组均数之间的比较用 t 检验,计算检出率,率的比较用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为有统计学差异。所有数据均通过 SPSS17.0 统计软件进行统计学处理。

3 结果

3.1 国际前列腺症状评分(IPSS)

两组治疗前后评分差异均有统计学意义 ($P < 0.01$),两组间差值比较无显著性差异 ($P > 0.05$)。表明口服益肾活血利水法标准汤剂治疗 BPH,其症状改善程度与目前常用的西药疗效相当。见表 1。

3.2 最大尿流率(Qmax)

两组治疗前后最大尿流率差异均有显著性意义 ($P < 0.01$),两组间差值比较则无统计学意义 ($P > 0.05$)。表明口服益肾活血利水法标准汤剂治疗 BPH,可明显提高最大尿流率并与目前常用的西药相当。见表 1。

3.3 前列腺体积(V)

治疗组治疗后前列腺体积明显缩小 ($P < 0.05$),且与对照组比较有显著性差异 ($P < 0.05$);表明口服益肾活血利水法标准汤剂,在改善 BPH 形态学变化方面优于目前常用的西药,也间接说明了 BPH 未必是一种进展性疾病。见表 1。

3.4 膀胱残余尿量(Ru)

两组治疗后膀胱残余尿量无明显变化 ($P > 0.05$)。表明口服益肾活血利水法标准汤剂或口服特拉唑嗪片 1 个月,不能有效减少 BPH 患者膀胱残余尿量。见表 1。

表 1 治疗组、对照组治疗前后各参数变化

	<i>n</i>		IPSS(分)	Q _{max} (mL/s)	V (mL)	Ru (mL)
治疗组	35	治疗前	23.86 ± 3.72	8.63 ± 1.03	49.69 ± 11.18	31.78 ± 14.43
	35	治疗后	18.91 ± 3.82 ^{*Δ}	10.34 ± 1.76 ^{*Δ}	44.20 ± 11.18 ^{**ΔΔ}	31.82 ± 15.91 ^{***}
对照组	35	治疗前	23.63 ± 3.84	8.69 ± 1.35	51.10 ± 10.89	32.71 ± 16.84
	34	治疗后	19.29 ± 3.43 [*]	10.41 ± 1.67 [*]	50.61 ± 10.23 ^{***}	32.28 ± 16.08 ^{***}

注:同组治疗前后比较^{*} $P < 0.01$,^{**} $P < 0.05$,^{***} $P > 0.05$;两组治疗后比较^{ΔΔ} $P < 0.05$,^Δ $P > 0.05$

3.5 安全性评价

在治疗过程中,治疗组 35 例病人中发生不良反应者共 5 例(约占 14%):皮疹 1 例(约占 3%)、胃肠道反应 1 例(约占 3%)、失眠 1 例(约占 3%)、耳鸣 1 例(约占 3%),无因不良反应而停药;对照组 35 例病人中发生体位性低血压 8 例,经用药指导后好转。两组均未出现有临床意义的安全性实验室指标异常。

4 小结

良性前列腺增生症(BPH)是当前老年病科和男科门诊患者发病率较高,对患者生活质量影响较大的病种之一^[11,12]。由于患病人群的高龄、体衰、多病等特殊情况,在现代医学对此疾病治疗不能满足患者简便廉验及安全性需求的情况下,中医药治疗具有整体调节、安全可靠的优势。通过此临床研究发现姚树锦导师益肾活血利水法标准汤剂在 BPH 治疗中快速(28 天)、安全(各种安全性指标短期内未见异常)、有效(各项公认观察指标前后对比及与通用现代化学合成药物均有显著性差异)的达到了缓解患者临床症状、改善监测指标的目的。

脏腑理论体系是中医的基本理论基础,脏腑辨证是临床所有辩证的落实之处。“前列腺”其形态为囊性分泌腺体(内藏有前列腺液及射精管),功能藏精蓄水,亦藏亦泄,藏泄有度,藏泄有时,司开阖之职,与“女子胞”之“蓄经、行经、孕胎、分娩”功能大有相通之处。因此我们认为所谓“前列腺”正是男性等同于女性“女子胞”的奇恒之腑,二者有相同之生理特点,所以也必有相近的病理过程。另外根据《素问上古天真论篇》中“丈夫二八,肾气盛,天癸至、精气溢泄,阴阳和,故能有子…七八肝气衰,筋不能动,天癸竭,精少,肾脏衰,形体皆极”功能描述也可以看出,前列腺的蓄精、泄精、控尿、排尿职能有赖于肾气、天癸的盛衰,且其发病年龄段特点也与之完全吻合。因此肾气虚才是“前列腺增生症”的最为基本的病机基础,因此补肾也是治疗“前列腺增生”的根本治法^[13,14]。其次经查体可发现,前列腺局部体积增大、触之硬化,当是中医血瘀痰凝的证^[14,15];如前列腺虽有增生之病,而无排尿困难之症,则无碍日常生活,惟排尿时开阖失司,则必然存在瘀血内结、水道不利。因此总结出肾气不足、开阖失司、血瘀水停的基本病机,以益肾活血软坚散结行水为基础治法的理论体系。其余兼见湿热下注等病情则不能作为基本病机来构成基本治法。根据此理论基础,姚树锦老师以济生肾气丸益肾温阳化气行水为基础,加益智仁、桑螵蛸、五味子益肾缩尿,白茅根清热利尿,海藻、昆布、生牡蛎、地龙、玄

参活血化痰软坚散结,共成姚师益肾活血利水标准方。而临时加重所伴随的湿热下注等证,当为变证而非其本质,随证加减即可。

以此方案用之临床多年而颇见效验,遂形成相对系统的前列腺增生诊疗体系,值得临床推广。

参 考 文 献

- [1] 顾方六. 良性前列腺增生症和前列腺癌的流行病学. 新医学, 2000,31(9):521.
- [2] 李贺洋,孟凡学. 良性前列腺增生症的药物治疗进展. 医学综述, 2014,20(3):488-490.
- [3] 梁小绿. 良性前列腺增生治疗进展. 河北联合大学学报,2013,15(3):346-349.
- [4] 刘崇恺,隋光善,姜振奎. 前列腺增生症术后大出血的诊断和治疗体会. 当代医学,2014,20(1):48-49.
- [5] Reich O, Gratzke C, Bachmann A, et al. Morbidity, mortality and early outcome of transurethral resection of the prostate: a prospective multicenter evaluation of 10,654 patients. J Urol, 2008, 180(1):246-249.
- [6] 姜海,温儒民. 经尿道前列腺电切术与等离子双极电切术的疗效对比研究. 中国性科学,2012,21(11):8-11.
- [7] 郑奇传,叶杨,徐伟. 改良式经尿道前列腺等离子切除术在治疗前列腺增生中的疗效观察. 中国性科学,2014,23(3):3-6.
- [8] 董春来,魏永进,徐波. 良性前列腺增生症的中医药治疗研究进展. 中国当代医药,2013,20(35):13-15.
- [9] 肖开,苗明三. 治疗前列腺增生药物作用特点分析. 中医学报, 2014,29(188):61-64.
- [10] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则. 第 3 辑. 1997:54.
- [11] 赵黎明,贾晓清,国希云. 老年前列腺增生患者抑郁的患病率调查与健康教育. 解放军护理杂志,2009,26(2A):27-29.
- [12] 高雷. 良性前列腺增生患者焦虑情绪调查研究. 中国社区医师, 2014,30(1):103-104.
- [13] 赵冰,李海松,王彬. 补肾活血法在良性前列腺增生症中的理论探讨. 中国性科学,2014,23(3):52-54.
- [14] 黄遂斌,严忠亮,章传华. 温阳前列腺汤治疗前列腺增生症 30 例. 中医杂志,2014,55(3):249-250.
- [15] 熊智魁,李华章,王本锋. 中西医结合治疗良性前列腺增生的临床分析. 当代医学,2011,17(32):154-155.

(收稿日期:2014-05-09)

· 中医性学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.07.018

慢性前列腺炎中医证型与血清前列腺特异性抗原的相关性

陈天波 刘涛 袁卓珺 张春和

云南省中医医院(云南中医学院第一附属医院)男科,昆明 650021

【摘要】目的:通过检测慢性前列腺炎患者的血清前列腺特异性抗原(PSA)值,探讨慢性前列腺炎证型与血清 PSA 的关系。方法:选取门诊符合 NIH 慢性前列腺炎诊断标准患者 149 例,严格按中医辨证分为湿热下注,脾肾气虚,气滞血瘀,肾阴亏虚四组;用化学发光微粒子免疫法检测各组血清 PSA 水平。结果:湿热下注与气滞血瘀两组 PSA 水平有显著性差异($P < 0.01$),脾肾气虚,肾阴亏虚二个证型与 PSA 水平无显著性差异($P > 0.05$)。结论:湿热下注证与气滞血瘀证对 PSA 变化影响较大,湿热下注证与气滞血瘀证均与 PSA 水平呈正相关,而脾肾气虚证、肾阴亏虚证与 PSA 水平相关性不大。

【关键词】慢性前列腺炎;中医证型;前列腺特异性抗原

Relevance of chronic prostatitis TCM syndrome and serum PSA CHEN Tianbo, LIU Tao, YUAN Zhuojun, ZHANG Chunhe. Andrology Department, Yunnan Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Kunming 650021, China

【Abstract】Objectives: Through detecting serum prostate specific antigen (PSA) value of patients with chronic prostatitis, to explore the relationship between chronic prostatitis syndrome and serum PSA. Methods: 149 out-patient patients in line with NIH chronic prostatitis diagnostic criteria were selected and divided into the damp-heat, spleen-and-kidney deficiency, Qi stagnation and yin deficiency four groups strictly following the TCM differentiation. Chemiluminescent microparticle immunoassay was adopted for the detection of serum PSA levels. Result: The PSA level of Damp-heat group and Qi stagnation group was significantly different ($P < 0.01$), while difference in the TCM syndrome and PSA level of spleen-and-kidney deficiency group and yin deficiency group was not significant ($P > 0.05$). Conclusion: Damp-heat and Qi stagnation have great effects on changes in PSA and are positively correlated with PSA levels, while the spleen-and-kidney deficiency and yin deficiency is of little relevance to PSA levels.

【Key words】Chronic prostatitis; TCM syndrome; Prostate specific antigen

【中图分类号】697.33

【文献标志码】A

慢性前列腺炎属于中医“精浊”范畴,是成年男性的一种常见病,发病率 9%,患病率 12%^[1]。慢性前列腺炎病因复杂、经久不愈、易反复,主要表现为盆部疼痛或不适,可伴有不同程度的排尿刺激症状及功能障碍,对患者的生活质量造成了严重影响^[2,3]。中医辨证治疗慢性前列腺炎有一定的效果,但是中医证型的确定主观随意性很大,为了探讨中医证型与客观指标间的关系,我们通过检测 149 例慢性前列腺炎患者的血清前列腺特异抗原(PSA)值,并与相应中医证型进行比较,以探讨慢性前列腺炎中医证型与血清 PSA 的关系。

1 临床资料

1.1 病例采集

观察 2009 年 1 月至 2011 年 11 月我科门诊符合慢性前列腺炎诊断标准的患者 149 例,年龄 23~43 岁,平均 34.5 岁。病程 3 个月至 13 年,平均 2.43 年。

【第一作者简介】陈天波(1969-),男,副主任医师,主要从事男科临床诊治与研究工作。

1.2 西医诊断标准

参考《中国泌尿外科疾病诊断治疗指南(2009 版)》^[4]。中医分型标准参考《中医外科学》^[5],分为湿热下注证、脾肾气虚证、气滞血瘀证及肾阴亏虚证。

1.3 中医证型

将确诊为慢性前列腺炎的病例严格按照中医学理论辨证为以下基本证型:(1)湿热下注证:尿频,尿急,尿痛,尿道有灼热感,排尿终末或大便时偶有白浊,会阴、腰骶、睾丸、少腹坠胀疼痛;排尿不畅,甚或点滴不通,小腹胀满;或大便干燥,口苦口粘;舌暗红,苔黄腻,脉滑数或弦数。(2)气滞血瘀证:病程较长,少腹、会阴、睾丸、腰骶部坠胀不适、疼痛,有排尿不净之感;小便不畅,尿线变细或点滴而下,或尿道涩痛,闭塞不通,或小腹胀满隐痛,偶有血尿;舌暗或有瘀斑,苔白或薄黄,脉沉弦或涩。(3)肾阴亏虚证:小便频数不爽,尿少热赤,或闭塞不通;头晕耳鸣,腰膝酸软,五心烦热,失眠多梦,大便秘结;舌红少津,苔少或黄,脉细数。(4)脾肾气虚证:尿频,滴沥不畅,尿线细,甚或夜间遗尿或尿闭不通;纳谷不香,面色无华,便溏脱肛;舌

淡,苔白,脉细无力。

1.4 检测观察

病例的血清前列腺特异性抗原 PSA 值。运用 SPSS17.0 软件包对数据进行统计分析,多组计量资料采用单因素方差分析和 S-M-K 法两两比较,比较前列腺疾病不同中医证型者血清 PSA 值之间有无差异即两者间有无相关性,统计学检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 调查对象中的中医证型分布

湿热下注 60 例,占 40.27%;脾肾气虚 26 例,占 17.45%;气滞血瘀 35 例,占 23.49%;肾阴亏虚 28 例,占 18.79%。

2.2 149 例患者 PSA 水平

多样本均数间的多重比较,经方差分析,四种中医证型的 PSA 水平有统计学差异($P=0.000$),中医证型和 PSA 水平存在相关性,经 SNK 法两两比较,湿热下注与气滞血瘀两组 PSA 水平无统计学差异($P>0.05$),两组的 PSA 水平均低于脾肾气虚组,PSA 水平最高的是肾阴亏虚组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 各证型 PSA 水平

组别	例数	均值	标准差	F 值	P 值
湿热下注	60	1.65521	1.609509	26.709	0.000
脾肾气虚*	35	1.77009	1.606822		
肾阴亏虚*	28	1.91488	1.215751		
气滞血瘀	26	1.74839	1.468331		

注: * 与其余三组两两比较 $P<0.05$

3 讨论

中医学的精华在于辨证论治,中医临床医生主要通过望闻问切的方式来确定疾病的证型。中医证型的确定往往取决于医生对中医基础理论掌握的娴熟程度以及临床四诊过程中所收集到的信息,带有很强的主观随意性,没有客观的指标作为依据,因此证型常难以准确地反映病变实质(指现代病理),使证治带有明显的局限性和片面性。为此我们对慢性前列腺炎的中医证型与血清 PSA 进行相关性分析,为慢性前列腺炎的辨证客观化进行了初步探索。

前列腺特异性抗原(prostate specific antigen, PSA)是 1979 年由 Wang 等^[6]采用免疫沉淀法首次从前列腺组织中分离出来的一种糖蛋白,是由男性前列腺和尿道周围腺体已分化的柱状腺上皮细胞分泌的。正常情况下 PSA 很少或不会通过淋巴系统进入血液循环,PSA 蛋白的近乎全部都分泌到精液内,极少部分弥散到血液中,所以外周血中 PSA 浓度很低。

前列腺炎的病理变化主要表现为间质及腺泡中大量炎性细胞浸润,包括淋巴细胞、浆细胞和大单核细胞等,偶有侵入腺上皮者,这些炎症反应破坏了前列腺腺管及原有生理屏障的完整性,使前列腺腺管及腺泡内的 PSA 渗漏进入血液循环,从而引起血清 PSA 升高^[7]。Small 等^[8]发现在新近损伤的前列腺上皮中 PSA 活性丧失,只有在新生的腺上皮中才能出现,表明炎症损伤导致 PSA 渗漏而非产生过多。Irani^[9]指出前列腺炎

病人血清 PSA 升高的程度与前列腺受炎症累及的范围及组织中炎性细胞的密度关系不大,而与前列腺腺上皮受破坏的程度有关。随年龄增长,前列腺体积不断增大,前列腺腺管上皮数量增多,产生的 PSA 较多,可导致血清 PSA 升高,其升高程度与年龄增长成正比^[10]。

本研究发现血清 PSA 水平与慢性前列腺炎中医证型之间存在一定的相关性,初步证实血清 PSA 水平与湿热下注、气滞血瘀呈正相关,而与脾肾气虚、肾阴亏虚相关性不大。推测血清 PSA 水平与湿热下注、气滞血瘀呈正相关的原因可能与湿热下注证多在前列腺炎明显,充血水肿严重时期出现有关;而气滞血瘀证多病程较长,前列腺反复出现炎症损伤,组织修复、增生等多种病理变化同时存在。由于湿热下注、气滞血瘀二类症候均有炎症损伤存在,从而导致前列腺腺管生理屏障的完整性受到破坏,使前列腺腺管及腺泡内的 PSA 渗漏进入到破损的腺管周围前列腺组织内,然后进入血液循环引起血清 PSA 升高。而脾肾气虚、肾阴亏虚二类症候因为前列腺腺管生理屏障的完整性未受到破坏,PSA 不能渗漏进入血液循环,因此血清 PSA 水平没有明显的变化,故与血清 PSA 水平相关性不大。

本研究通过对血清 PSA 与前列腺疾病中医证型内在规律性的探讨,意欲以此充实中医的辨证内容,又可为中医证型的量化和客观化提供相应的证据。但本课题样本偏小,较难反映事物的本质,湿热与炎症能否划等号,单一证型与其有关的微观物质基础是否能一一对应仍需大量探讨和研究。

参 考 文 献

- [1] Ellem SJ, Wang H, Poutanen M, et al. Increased endogenous estrogen synthesis leads to the sequential induction of prostatic inflammation (prostatitis) and prostatic premalignancy. *Am J Pathol*, 2009 (175): 1187-1199.
- [2] Liang CZ, Li HJ, Wang ZP, et al. Treatment of chronic prostatitis in Chinese men. *Asian J Androl*, 2009 (11): 153-156.
- [3] Nickel JC. Prostatitis. *Can Urol Assoc J*, 2011 (5): 306-315.
- [4] 那彦群. 中国泌尿外科疾病诊断治疗指南. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 49-50.
- [5] 李曰庆. 中医外科学. 北京: 中国中医药出版社, 2002: 291-292.
- [6] Wang MC, Valenzue LA, Murphy GP, et al. Purification of a human prostate specific antigen. *Invest Urol*, 1979, 17 (2): 159-163.
- [7] Schatteman PH, Hoeks L, Wyndaele JJ, et al. Inflammation in prostate biopsies of men without prostatic malignancy or clinical prostatitis: correlation with total serum PSA and PSA density. *Eur Urol*, 2000, 37 (4): 404-412.
- [8] Small EJ, Frohlich, Bok R, et al. Prospective trial of the herbal supplement PC-SPEs inpatients with progressive prostate cancer. *J clin Oncol*, 2000 (18): 3595-3603.
- [9] Irani J, Levillain P, Geujon JM, et al. Inflammation in benign prostatic hyperplasia: correlation with prostate specific antigen value. *J Urol*, 1997, 157 (4): 1301-1303.
- [10] 张晓春, 那彦群, 郭应禄. 前列腺特异性抗原普查在诊断前列腺癌中的作用. *中华泌尿外科杂志*, 2000, 21 (1): 371.

(收稿日期: 2013-12-24)

· 中医性学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.07.019

中医辨证治疗Ⅲ型前列腺炎的疗效及机制探讨

余南生¹ 高向林² 梁栋龙¹ 杨丽珍¹ 谢礼豪¹ 邓述欢³

1 佛山市顺德区乐从医院皮肤性病科, 广东 佛山 528315

2 佛山市顺德区乐从医院泌尿外科, 广东 佛山 528315

3 佛山市顺德区乐从医院检验科, 广东 佛山 528315

【摘要】目的: 观察中医辨证治疗Ⅲ型前列腺炎的临床疗效并探讨其可能的作用机制。方法: 将 80 例Ⅲ型前列腺炎患者, 随机分为辨证治疗组和对照组各 40 例。治疗组予中医辨证分型治疗; 对照组予巴洛沙星片、塞来昔布胶囊和盐酸坦洛缓释片治疗。观察患者治疗前后的 NIH-CPSI 评分、症状复发情况和治疗前后细胞因子水平的变化, 以及复发者细胞因子水平变化。结果: 治疗完成后总有效率差异无统计学意义($P>0.05$), 辨证组复发率显著低于对照组($P<0.01$); 治疗前, 两组患者 IL-8、M-CSF、TNF- α 均高于健康者, IL-10 低于健康者, 治疗后两组血清 IL-8、M-CSF、TNF- α 水平均有升高, 两组间比较差异有显著统计学意义($P<0.01$), 两组血清 IL-10 水平升高, 两组间比较差异有显著统计学意义($P<0.01$)。结论: 中医辨证治疗慢性前列腺炎安全有效, 复发率低, 其机制可能是通过调节免疫功能来实现; 细胞因子水平变化能及时、准确反映疾病转归。

【关键词】Ⅲ型前列腺炎; 中医辨证治疗; 细胞因子

Effect and mechanism of traditional Chinese medicine in treating chronic prostatitis Ⅲ YU Nansheng¹, GAO Xianglin², LIANG Donglong¹, YANG Lizhen¹, XIE Lihao¹, DENG Shuhuan³. 1. Department of Dermatology, Lecong Hospital of Shunde, Foshan 528315, China; 2. Department of Dermatology, Lecong Hospital of Shunde, Foshan 528315, China; 3. Department of Dermatology, Lecong Hospital of Shunde, Foshan 528315, China

【Abstract】Objectives: To study the effect of traditional Chinese medicine (TCM) on Chronic Prostatitis Ⅲ and its possible mechanism. Methods: 80 patients with Chronic Prostatitis Ⅲ were randomly divided into two groups. The treatment group (40cases) was treated with TCM and the control group (40cases) was treated with Balofloxacin Tablets, Celecoxib Capsules and Tamsulosin Hydrochloride Sustained Release Tablets. The NIH-CPSI scores and recurrence of symptoms and cytokine levels before and after the treatment was compared and analyzed. Results: There was no significant difference in total effective rate after the treatment ($P>0.05$) but the relapse rate of treatment group was significantly lower than control group ($P<0.01$); the levels of serum IL-8, M-CSF and TNF- α increased after treatment as well as levels of serum IL-10, with significant differences between the two groups ($P<0.01$). Conclusion: TCM is efficient and safe in treating patients with Chronic Prostatitis Ⅲ with low relapse rate, which is realized through adjusting immune function and the change of cytokines can timely and accurately reflect the disease outcome.

【Key words】Chronic Prostatitis Ⅲ; Traditional Chinese medicine; Cytokines

【中图分类号】R277

【文献标志码】A

慢性前列腺炎(Chronic Prostatitis, CP)是一种临床常见病, 其中以Ⅲ型前列腺炎最为常见, 可造成不同程度的排尿困难、尿频、尿急、会阴不适或疼痛、性功能下降等症状, 反复发作, 严重影响患者生活质量, 且发病机制尚未完全清楚。中医药治疗慢性前列腺炎具有低毒副作用、经济、简便和易行等优势^[1]。本研究通过观察中医辨证治疗Ⅲ型前列腺炎的效果和对症状

反复的影响以及对外周血细胞因子的调节作用, 研究中医药治疗Ⅲ型前列腺炎的疗效和免疫功能的改变, 中医药对Ⅲ型前列腺炎免疫功能变化的影响, 探讨中医药的作用机制, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集 2012 年 10 月至 2013 年 6 月在我院皮肤性病科和男性泌尿科门诊就诊的Ⅲ型前列腺炎患者 80 例, 年龄 23~56 岁, 随机分为辨证治疗组和对照组各 40 例, 治疗组平均年龄(31.3 ± 4.2)岁, 病程 3 个月~8 年; 对照组平均年龄(30.4 ± 6.1)岁,

【基金项目】广东省佛山市科技局医学类科技攻关项目(201308282)。

【第一作者简介】余南生(1979-), 男, 主治医师, 主要研究方向为皮肤病性病及男科学。

病程 4 个月 ~ 8 年;另选本院体检中心健康体检者 40 例,平均年龄(29.9 ± 5.5)岁。两组患者及健康者在年龄方面比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准

(1)符合美国国立卫生研究院(NIH)分类标准^[2]属Ⅲ型前列腺炎,尿液两杯法细菌培养阴性,NIH - CPSI 评分 > 10 分;(2)症状:会阴、耻骨区、阴茎、睾丸、腹股沟、肛周及尿道等处疼痛或发痒不适;尿频、尿不尽、排尿分散、尿后滴沥或滴白等症状 3 个月以上;(3)年龄 18 ~ 60 岁,无其他严重系统性疾病;(4)就诊前停用其他治疗方法。

1.3 排除标准

(1)不符合Ⅲ型前列腺炎诊断标准;(2)合并心、脑血管、肝肾及造血系统等严重原发性疾病者;(3)患者失访、自动退出、违反方案者。

1.4 治疗方法

1.4.1 对照组 口服巴洛沙星片(商品名:天统,江苏正大天晴药业股份有限公司,批准文号:H20080131,0.1g/片),0.1g/次,2次/d,疗程 2 周;塞来昔布胶囊(商品名:西乐葆,辉瑞制药有限公司,批准文号:H20070325,200mg/片),200mg/次,1次/d,疗程 8 周;盐酸坦洛缓释片(商品名:积大本特,昆明积大制药有限公司,批准文号:H20051461,0.2mg/片),疗程 8 周。

1.4.2 治疗组 采用中医辨证论治为理论基础,根据具体病例辨证,采用个体化治疗,灵活运用,每日 1 剂,分 2 次服用,同时配合每晚热水坐浴,疗程 8 周。具体分型和组方如下(中药由我院中药房代煎密封包装):①湿热下注型,舌红苔黄腻,脉弦滑或数,采用清热通淋方:瞿麦、丹皮、黄柏、柴胡、茯苓、赤芍、石菖蒲、石韦、丹参、川草薢各 15g,败酱草、车前子、蒲公英、茵陈各 20g,甘草 10g;伴大便干燥加大黄 6g(后下),枳实、厚朴各 10g。②气滞血瘀型,舌质暗或有瘀斑,苔薄白,脉弦滑或弦紧,采用活血化瘀方:桃仁 10g,川楝子、川芎、川草薢、当归、柴胡、泽泻、怀牛膝、丹参、玄胡各 15g,红花 5g,甘草 10g。③肝肾阴虚型,舌质红苔薄白,脉细微,采用养肾清肝方:女贞子、淮山、车前子、栀子、黄柏、黄芩、柴胡、泽泻、山萸肉、苍术、菟丝子各 15g,生地 20g,炙甘草 10g;伴遗精、多梦者加金樱子 20g,莲子心、王不留行各 10g。④肾阳不足型,舌质淡胖有齿痕,苔薄白,

脉细或弱,采用温补肾阳方:黄芩 15g,杜仲、山萸肉、补骨脂各 10g,肉桂、熟附子各 6g,熟地 20g,车前子 15g,炙甘草 10g;伴阳痿者加党参 30g,淫羊藿、巴戟各 10g。

1.5 疗效观察

1.5.1 疗效评定标准 治疗后每月随访 1 次,连续 6 次。应用 NIH - CPSI 评分标准进行评分,结合患者症状制定标准^[3]。见表 1。

表 1 疗效判定标准

疗效判定	NIH - CPSI 评分	症状
治愈	NIH - CPSI 减少 $\geq 90\%$	症状消失
显效	NIH - CPSI 减少 $\geq 60\%$	症状基本消失
好转	NIH - CPSI 减少 $\geq 30\%$	症状减轻
无效	NIH - CPSI 减少 $< 30\%$	症状无改善
复发	治疗后 6 个月观察期内 NIH - CPSI 评分增加 $\geq 30\%$	重新出现症状

1.5.2 观察指标和比较 治疗前和治疗后每次随访观察患者的 NIH - CPSI 评分、症状复发情况和治疗前后炎症细胞因子水平的变化,观察期复发者炎症细胞因子水平变化。总有效例数 = 痊愈例数 + 显效例数;总有效率 = 总有效例数/组例数 $\times 100\%$;复发率 = 复发例数/有效例数 $\times 100\%$ 。

1.6 炎症细胞因子检测

所有患者治疗前后、评定为复发者及正常健康者均空腹抽取外周血,采用 ELISA(试剂盒使用广东瑞舒生物科技有限公司提供)法测定 IL - 8、IL - 10、M - CSF、TNF - α 水平,按试剂盒说明书操作。

1.7 统计学分析

采用 SPSS18.0 统计分析软件进行数据统计学处理,NIH - CPSI、疼痛或不适症状评分等数据用方差检验;免疫细胞因子数据以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,治疗前后及组间计量资料采用 t 检验,以 $P \leq 0.05$ 作为有统计学差异。

2 结果

2.1 疗效评估

2.1.1 总体疗效评估 两组总体疗效比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 总体疗效评估

组别	n	痊愈	显效	好转	无效	总有效率%
辨证组	39	12(30.77)	21(53.85)	4(10.26)	2(5.12)	84.62
对照组	38	11(28.95)	21(55.23)	5(13.16)	1(2.63)	84.21

注:在治疗过程中,中医辨证组有 1 人失访,对照组有 2 人失访

2.1.2 两组治疗前后 NIH - CPSI 评分比较 两组患者治疗前后评分比较差异均有统计学意义($P < 0.05$),治疗后两组总评

分、疼痛不适评分、排尿症状评分和生活质量评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 3。

表 3 辨证组与对照组治疗前后 NIH - CPSI 评分比较

组别	疼痛不适评分	排尿症状评分	生活质量评分	NIH - CPSI 总评分
辨证组 (n = 39)				
治疗前	10.23 ± 2.47 [★]	6.79 ± 3.89 [★]	6.53 ± 2.13 [★]	24.95 ± 1.67 [★]
治疗后	4.13 ± 1.89	2.89 ± 2.21	2.98 ± 3.67	10.53 ± 4.12
对照组 (n = 38)				
治疗前	11.51 ± 2.33	7.17 ± 4.51	6.43 ± 1.77	25.35 ± 1.63
治疗后	4.07 ± 2.61 ^{★△}	3.11 ± 1.89 ^{★△}	2.71 ± 4.09 ^{★△}	11.13 ± 1.71 ^{★△}

注: [★] 与治疗前比较, $P < 0.05$; [△] 治疗后组间比较, $P > 0.05$

2.1.3 治疗完成后每月复诊 1 次,对复发情况进行评估 两组复发率较对照组低,组间比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$, $P < 0.01$)。见表 4。

表 4 治疗完成后复发评估表

组别	n	第 1 个月	第 2 个月	第 3 个月	第 4 个月	第 5 个月	第 6 个月
辨证组	39	1 (2.56)	2 (5.12)	2 (5.12)	2 (5.12) [△]	3 (7.69) [★]	5 (12.82) [★]
对照组	38	1 (2.63)	2 (5.26)	3 (7.89)	4 (10.52)	7 (18.42)	10 (26.32)

注: [△] 组间比较, $P < 0.05$; [★] $P < 0.01$

2.2 治疗前后血清 IL - 8、IL - 10、M - CSF、TNF - α 水平的变化
治疗前 IL - 8、M - CSF、TNF - α 水平较健康者高 ($P < 0.01$), IL - 10 较健康者低 ($P < 0.01$); 治疗后辨证组血清 IL - 8、M - CSF、TNF - α 水平均下降,而血清 IL - 10 水平升高,治疗前后比较差异有显著统计学意义 ($P < 0.01$), 对照组治疗前后比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 细胞因子变化组间比较差异均有显著统计学意义 ($P < 0.01$)。见表 5。

表 5 治疗前后血清中细胞因子水平的比较

组别	IL - 8 (ng/ml)	IL - 10 (pg/ml)	M - CSF (μg/L)	TNF - α (pg/ml)
辨证组 (n = 39)				
治疗前	0.27 ± 0.05 [△]	26.1 ± 5.34 [△]	1.67 ± 0.44 [△]	215.47 ± 41.34 [△]
治疗后	0.08 ± 0.03 ^{▲1★}	48.3 ± 9.78 ^{▲1★}	0.46 ± 0.13 ^{▲1★}	109.34 ± 16.78 ^{▲1★}
对照组 (n = 38)				
治疗前	0.25 ± 0.09 [△]	25.6 ± 6.39 [△]	1.53 ± 0.63 [△]	209.33 ± 61.89 [△]
治疗后	0.16 ± 0.08 ^{▲2★}	32.7 ± 8.43 ^{▲2★}	0.89 ± 0.43 ^{▲2*}	168.21 ± 17.43 ^{▲2★}
健康组 (n = 40)	0.07 ± 0.03 [△]	47.2 ± 12.78 [△]	0.53 ± 0.17 [△]	115.52 ± 10.37 [△]

注: [△] 两组治疗前与较健康者比较, $P < 0.01$; 各组治疗后比较, ^{▲1} $P < 0.01$, ^{▲2} $P < 0.05$; [★] 治疗后组间比较, $P < 0.01$

2.3 复发者炎症细胞因子水平变化
复发者血清 IL - 8、M - CSF 和 TNF - α 均较治疗完成时升高,前后比较差异有显著统计学意义 ($P < 0.01$), IL - 10 较治疗完成时降低,比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 6。

表 6 复发者血清中细胞因子水平的比较

	n	IL - 8 (ng/ml)	IL - 10 (pg/ml) F	M - CSF (μg/L)	TNF - α (pg/ml)
治疗完成时	15	0.14 ± 0.03	42.30 ± 7.86	0.67 ± 0.09	148.56 ± 21.38
复发时	15	0.28 ± 0.07 ¹	30.13 ± 4.78 [★]	1.12 ± 0.77 ²	199.84 ± 26.97 ³

注: [★] $P < 0.05$; ¹ $P < 0.01$; ² $P < 0.01$; ³ $P < 0.01$

2.4 不良反应
治疗过程辨证治疗组未出现明显不良反应。对照组有 3 例出现轻度恶心、腹痛,但均能耐受,症状最长在第 4 周消失;第 8 周有 3 例转氨酶轻度升高,停药 2 周后复查回复正常。

3 讨论

慢性前列腺炎是一种发病率高且严重影响成年男性身心健康的疾病,接近50%的男性在其一生中的某个时刻将会遭到前列腺炎症状的影响,全世界男性中的发病率为9%~14%,Ⅲ型前列腺炎占90%左右^[4]。慢性前列腺炎反复发作,严重降低患者生活质量,给个人、家庭及社会带来巨大的经济负担,美国国立卫生研究院(NIH)已将前列腺炎综合征和心肌梗死、不稳定心绞痛、活动性 Crohn 病并列为影响居民生活质量最为严重的慢性疾病^[5]。目前,其病因病理仍不明确,治疗方案以及评估指标也不确切,慢性前列腺炎已成为泌尿男科或性病科的疑难病之一。

临床实践中,我们发现前列腺液常规中白细胞计数与症状及严重程度之间的关联不强,并不能全面反映慢性前列腺炎病情转归的情况^[6],且精液或前列腺液易受各治疗因素影响,取前列腺液时可导致部分患者感觉不适等^[7]。因此需要找出更能客观的反映疾病转归又安全的检测方法。Alexander 等^[8]认为自身免疫性因素是Ⅲ型前列腺炎的病因之一,许多研究也显示免疫细胞因子参与了慢性前列腺炎的炎症发生和发展的过程,包括 IL-2、IL-6、IL-8、TNF- α 、M-CSF 和 IL-10 等在慢性前列腺炎患者的血清和前列腺液中均出现异常表达,且其表达与症状及治疗反应均有一定的相关性,表明免疫反应参与了慢性前列腺炎的发病机制,因此,炎症反应因子及其调节因子或许是有希望的诊断指标^[9]。其中 IL-2 是所有 T 细胞亚群的生长因子,并可促进活化 B 细胞的增殖,是调控免疫应答的重要因子;IL-6 为前炎症细胞因子,可促进免疫应答,促进多种免疫细胞分化,加速炎症反应蛋白的合成;IL-8 可促进免疫应答,诱导局部炎症反应中的白细胞趋化,导致组织炎症和损伤;TNF- α 可与炎症因子一起产生多种病理损伤,促进炎症反应;M-CSF 有极其重要的免疫调节功能,是炎症反应的敏感标志物;IL-10 则是由 Th2 产生的强力的抑制性因子,可下调促炎性因子的表达,形成免疫耐受作用,具有多种免疫调节功能,处于免疫调节中心环节^[10]。细胞因子中的促炎症因子和抗炎因子失衡可能是导致疾病的重要原因。另外细胞因子在慢性前列腺炎发生发展中所起的作用与全身炎症发生的机制类似,当前列腺局部出现炎症时,可以从细胞因子的变化中获得证实,且与临床症状相比,其变化更早、更准确^[11],所以,本研究采用检测患者血清细胞因子水平的方法。

慢性前列腺炎可纳入祖国医学的“淋证”、“精浊”的范畴^[12],中医药在慢性前列腺炎的治疗效果肯定,但在作用机制研究方面比较欠缺^[13]。李海松等^[14]认为,慢性前列腺炎临床上多为兼夹症候,主要有气滞血瘀、湿热下注、肾虚虚衰等3个基本证型。本研究在参考多家经验的基础上结合自身临床实际,将慢性前列腺炎分为湿热下注型、气滞血瘀型、肝肾阴虚型和肾阳不足型四型,随证灵活运用进行治疗,并着重探讨中药的疗效及可能的作用机制。初步结果显示,中医辨证治疗在症状缓解方面的疗效与西药治疗类似($P>0.05$),但复发率低($P<0.01$);Ⅲ型前列腺炎患者与健康者对比血清 IL-8、M-CSF 和 TNF- α 升高,IL-10 水平偏低;治疗后随着症状、NIH-CPSI 评分现在降低,血清 IL-8、M-CSF 和 TNF- α 显著降低而 IL-10 水平升高,而辨证组前后对比较对照组更为显著($P<0.01$);复发者血清 IL-8、M-CSF 和 TNF- α 较治疗完成

时升高($P<0.01$),IL-10 降低($P<0.05$)。这提示炎症细胞因子参与了Ⅲ型前列腺炎的发展,其发病机制可能与免疫失衡有关;中医药治疗对免疫的调节较西药更为显著,持续效果更长,从免疫角度解释了中药治疗慢性前列腺炎的作用机制,显示了中医辨证从整体入手,而非从局部症状出发,通过整体分析、辨证治疗,调节免疫功能,疗效确切且复发率低,体现了中医辨证治疗的优势。

综上所述,Ⅲ型慢性前列腺炎患者血清 IL-8、M-CSF、TNF- α 和 IL-10 水平变化对于病情、观察疗效和预后判断能够及时的反映,中医辨证治疗通过多途径、多环节、多种机制发挥协同作用,治疗效果确切且复发率低,对患者免疫功能有一定的调节作用,值得临床借鉴。本研究患者例数尚少,今后还需增加样本量,并在免疫学分析方面做更进一步的研究,深入探讨中医药的作用机制。

参考文献

- [1] 王德华,李畅. 清热利湿逐瘀汤联合灌肠治疗慢性前列腺炎临床观察. 中医临床研究, 2011, 10(3): 55-56.
- [2] Nickel JC. Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a decade of change. AUA Update series, 2006(25): 309-316.
- [3] Liwin MS, McNaughton-Collins M, Fowler Jr, et al. The National of Health chronic prostatitis symptom index: development and validation of a new outcome measure, Chronic Prostatitis Collaborative Research Network. J Urol, 1999, 162(2): 369-375.
- [4] 吴阶平. 泌尿外科学. 济南: 山东科学技术出版社, 1993: 326-331.
- [5] 黄文刚,尹品仙. 小剂量糖皮质激素联合治疗Ⅲ型前列腺炎疗效观察. 中外医学研究, 2011, 21(9): 33-34.
- [6] 李兴斌,王海峰,常从旺,等. 前列腺液 IL-6 和 IL-8 在诊断 BPH 合并 CP 的临床意义. 西部医学, 2012, 24(2): 250-251.
- [7] 徐斌先,陈卫国,金雷,等. Ⅲ型前列腺炎患者血清 IL-8、IL-10、TNF- α 检测的临床价值. 现代泌尿外科杂志, 2012, 17(2): 167-169.
- [8] Alexander RB, Ponniah S, Hasday J, et al. Elevated levels of pro-inflammatory cytokines in the semen of patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. Urology, 1998, 52(3): 744-749.
- [9] Pontari MA, Ruggieri MR. Mechanisms in prostatitis/chronic pelvic painsyndrome. Urol, 2004, 172(3): 839-845.
- [10] 陈慰峰. 医学免疫学. 北京: 人民卫生出版社. 2002: 45-52.
- [11] GUO H, XU YM, YE ZQ, et al. Heat-shock protein 70 expression in the seminal plasma of patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. Prostate Cancer Prostatic Dis, 2010, 13(4): 338-342.
- [12] 张敏建,褚克丹,史亚磊,等. 三种中医治则治疗慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征临床观察. 中国中西医结合杂志, 2007, 14(11): 989-992.
- [13] 覃兆伟,周凯,梁永协,等. 湿热消汤对ⅢA型前列腺炎患者前列腺液细胞因子的影响. 中国性科学, 2013, 22(4): 56-57.
- [14] 李海松,韩富强,李曰庆,等. 918例慢性前列腺炎中医证型分布研究. 北京中医药, 2008, 27(6): 416-418.

(收稿日期:2014-01-24)

· 中医性学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.07.020

李海松教授从痰论治男性不育症经验

赵冰 李海松[△] 王彬 莫旭威 党进 马凰富 刘洋

北京中医药大学东直门医院男科, 北京 100700

【摘要】 男性不育症是男科常见的疑难杂症之一, 目前在国际上没有特别明确的特效药物和治疗方法, 其也困扰着无数家庭的和谐生活。李海松教授在男性不育症的诊治中见解独到, 运用化痰法论治在临床中收获颇丰, 特将其经验总结如下, 以飨读者。

【关键词】 从痰论治; 男性不育症; 经验

Professor Haisong Li's experience in treating male infertility through reducing phlegm ZHAO Bing, LI Haisong[△], WANG Bin, MO Xuwei, DANG Jin, MA Huangfu, LIU Yang. Dongzhimen Hospital of Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700, China

【Abstract】 As one of common diseases in the world, there is still no drugs and treatment with particularly clear effects for male infertility at present, the plague of countless families. With unique insights in the diagnosis and treatment of male infertility, Prof. Haisong Li has abundant experience in treating male infertility through reducing phlegm.

【Key words】 Treatment through reducing phlegm; Male infertility; Experience

【中图分类号】 R256

【文献标志码】 A

男性不育症是困扰男女双方和家庭的全球性问题, 尤其在自古就有“不孝有三、无后为大”观念的中国, 不育对一个家庭的打击可以说是毁灭性的。据相关统计我国男性不育症的发病率在 10% 左右, 并有增加的趋势, 男性生育能力缺陷所致不育者占不育夫妇的 50%, 并且有相当数量的男性不育的病因不明^[1]。北京中医药大学东直门医院男科李海松教授从医 30 余年, 在治疗男性不育症时从痰论治, 收效学验具丰, 现将其经验总结如下。

1 病因病机

祖国医学早有对不育症的论述, 李海松教授认为男性不育症的发病主要责之于肾、脾、肝三脏, 同时李曰庆教授认为肾虚的发病率明显下降, 而湿热、血瘀、痰湿的机会增多^[2]。但痰贯穿于其中, 影响精液的正常分泌、输布及液化, 在治疗中要注重化痰药的运用。清朝名医陈士铎在其《石室秘录》中阐述: “男子不能生子有六病: 精寒, 气衰, 痰多, 相火盛, 精少, 气郁。”中也谈到痰多是导致男性不育的病因之一, 所以“百病多由痰作祟”。

1.1 脾虚生痰

随着我国经济水平的不断升高, 现代人的饮食习惯发生了很大的变化, 肥甘厚味、嗜食辛辣、饮食不节已成为人们生活的写照, 《杂病源流犀烛·遗泄源流》有云: “有因饮酒厚味太过, 痰火为殃者……有因脾胃湿热, 气不化精, 而分注膀胱者, 亦混浊稠厚, 阴火一动, 精随而出。”可见这种饮食习惯一方面可以损伤脾胃, 脾失健运, 酿湿生痰, 痰为湿邪, 湿邪粘滞重浊, 易致湿热下注, 扰动精室, 可发为早泄、遗精; 另一方面, 湿热熏蒸, 灼津为痰, 可致伤阴, 精稠不化, 死精过多、精子畸形率高。正

如《素问》所云: “伤于湿者, 下先受之”是也, 阳道阻滞而阳气不得敷布, 精液得不到阳气温煦气化, 影响液化。这些均可影响正常的受孕^[3]。

1.2 虚火生痰

《内经》云: “年过四十, 阴气自半。”随着年纪长大, 或热病之后, 或房事不节等, 均易耗损真阴。阴分的主要功能, 除了滋养、濡养各脏腑组织外, 还负责制约阳气, 以免阳气外露。阳气是以热、动、升为特点, 阴分则以寒、静、降相对应。若阴分亏虚, 无力制约阳气, 人体会出现阳气偏盛的虚热状态, 所谓“阴虚则生内热”。随着科技的迅速发展, 当代人都过着一种快节奏的生活方式, 加班、熬夜俨然成为上班族的家常便饭。这种生活方式容易造成虚火内生, 影响津液的运行。或放荡形骸, 施精过度, 不知保全, 肾阴亏损于下, 虚火泛炎于上, 炼精(津)为痰, 导致精稠不化, 死精子过多, 活动力低下, 进而影响生育^[4]。

1.3 气郁生痰

肝藏血, 主疏泄。肝的疏泄功能, 对全身各脏腑组织的气机升降出入之间的平衡协调, 起着重要的疏通调节作用。肝的疏泄功能正常, 则气机调畅、气血和调、经络通利, 脏腑组织的活动也就正常协调。李海松教授认为在竞争激烈、生活压力巨大的社会条件下, 很多人作息饮食无规律, 又缺乏适度的体育锻炼, 就会导致情志不遂或焦虑过甚, 或郁怒不伸等不良情志的产生, 日久可影响肝脏的疏泄功能, 导致肝气郁结。另一方面, 不育患者所欲不得, 更会加重气郁的产生。因肝气不舒, 气机淤滞, 升降失常, 三焦气机不利, 导致精液正常输布失去动力, 精液、水液停滞, 发为痰饮。同时阴茎的勃起与肝具有不可分割的关系, 所以气郁对生育影响甚大。

1.4 寒凝生痰

陈士铎在其《石室秘录·卷五》中云: “精寒者, 肾中之精寒; 虽射入子宫而女子胞胎不纳, 不一月而即堕矣。”可见肾气和精是

【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, 男, 教授, E-mail: 1028bj@sina.com

构成男子正常生育功能的关键,肾阳的温煦功能正常才能为精子的运动提供动力和能量。若婚前手淫过度,或婚后房事不节,恣情纵欲,均可导致耗气伤精,精室亏虚,日久则导致肾气亏损,命门火衰,以使精室,精气失去温养和温化。而肾阳在津液的运行过程中主要作用体现在温煦和气化,如肾阳失去温煦和气化,则可导致寒凝生痰,发为精液寒冷,影响精子活力低下;或导致精液气化失司,精液量少,最终影响正常胚胎的着床及发育。

2 治则治法

李海松教授在治疗男性不育症患者中时刻强调我们要在首重病机基础上,把化痰祛瘀贯穿治疗始终,同时在用药的时候要注重阴阳平衡,防止用药过寒、过热、过燥,以防矫枉过正^[5]。

2.1 燥湿健脾以化痰

此法用于湿热蕴脾证,临床表现为:头昏身重,肢体困倦,食欲不振,少腹急满,尿短赤或频数。精液量少而粘稠,或射精不能。苔黄腻,脉滑数。古人云:“脾为生痰之源,肺为贮痰之器”;《类证治裁·痰饮论治》中曰:“见痰休治痰者,以治必探本”。正如张景岳所云:“善治痰者,惟能使之不生,方是补天之手”。李中梓又说:“脾为生痰之源,治痰不理脾胃,非其治也。”故标本同治,则脾健、痰化、热清,精液气化复常而液化^[6]。所以李老师在用药时常常选用生麦芽、陈皮、鸡内金、炒白术、土茯苓、茯苓、益母草等。这类药具有燥湿健脾之效,且专攻下焦湿热。但李海松教授使用健脾药相对燥湿药量要大,以防止苦寒伤胃,损伤正气。

2.2 养阴生津以化痰

此治法适用于肾阴不足证,临床表现为:潮热盗汗,五心烦热,口干咽燥,头昏耳鸣,腰膝酸软,性欲减退或遗精,舌淡红,少苔,脉滑数。周文彬等^[7]认为化痰需养阴生津:①治病求本;②防温燥伤阴;③阴中求阳,以补为消;④增水以行舟。李海松教授在治疗男科疾病时强调要“微调阴阳”,在化痰时使用养阴生津之品,可以起到“阴中求阳,阳中求阴”之效,同时,滋补肾阴可减轻睾丸生精上皮的免疫损伤^[8]。故用药多选用熟地黄、山萸肉、枸杞子、五味子、茯苓、白术等,以达到生津祛痰之功,使痰去而精道通,以助受孕。

2.3 疏肝理气以化痰

此治法适用于肝郁气滞证,临床表现为:婚后不育,精神压抑,头昏沉,闷闷不疏,两胁作痛,善叹息,心烦少寐,性欲减退,或阳痿不举,舌淡红,脉弦滑。《存存斋医话》中曰:“痰属湿,为津液所化,盖行则为液,聚则为痰;流则为津,止则为涎。其所以流行聚止者,皆气为之也”。体现了“治痰先理气,气顺痰自消”之理。同时庞安常也指出:“人身无倒上之痰,天下无逆流之水。故善治痰者,不治痰治气,气顺则一身之津液亦随气而顺矣”。李海松教授在治疗气郁痰凝类型的不育症时注重运用疏肝理气化痰药,如青皮、陈皮、柴胡、郁金、百合等。在运用疏肝理气化痰药同时,李老常佐用一些活血化痰之品,使气血运行正常,保证精液化生有源,精道输布通常。

2.4 温阳化气以祛痰

此治法适用于肾阳不足,气化失司证,临床表现为:精神萎靡,头识昏蒙,神疲乏力,四肢冰凉,腰膝酸软,性欲减退或阳痿早泄,或精液稀冷,小便清长,夜尿频繁,大便稀溏,舌淡胖,脉沉细。张仲景《金匱要略》云:“病痰饮者,当以温药和之。”痰饮之邪“得温则行,得寒则聚”。痰为阴邪,遇寒则聚,遇阳则行,得温则化。同时阴邪最易伤人阳气,阳气被伤则寒饮难于运行。反之,阳气

不虚,温运正常,饮亦自除。所以,治疗痰饮需借助于“温药”以振奋阳气,开发腠理,通调水道。阳气振奋,既可温化饮邪,又可绝痰饮滋生之源。李海松教授在用药上多用茯苓、姜半夏、桂枝、白果、炒白术等,达到温化寒痰,助生精液的作用。同时佐以活血通络之品,以防瘀而化热,加重病情。

3 典型病例

朱××,男,30岁,IT职员,经常熬夜,体型较胖,2013年4月14日出诊。主诉:婚后2年未育。夫妻性生活正常,结婚来一直未采取任何避孕措施,爱人身体健康,于多家医院检查、治疗,效果不明显。刻下:自觉腰膝酸软,性欲减退,阴茎勃起不坚,精液射出后黄稠,婚前曾有频繁自慰史,同房后小腹刺痛,胸胁满闷,舌边紫黯,舌苔黄腻,脉弦滑。否认糖尿病、高血压等,否认外伤史。专科查体示:外生殖器发育正常,睾丸、附睾、输精管、精索未见明显异常,阴毛呈男性分布,血尿常规及肝功能检查均未见明显异常。查精液常规示:量1.5mL,乳白色,pH7.5,60min内不完全液化,密度为1200万/mL,PR:8%,PR+NP:17%,余检查(-)。西医诊断:男性不育症,少弱精症,精液不完全液化。中医诊断为男性不育,辨证:痰瘀互结、湿热蕴结。治法:祛痰化痰,清热利湿,佐以疏肝。处方:熟地黄10g、山萸肉10g、肉苁蓉12g、枸杞子15g、丹参20g、王不留行30g、鸡内金10g、生麦芽60g、黄柏12g、茯苓15g、仙灵脾15g、川楝子10g、仙茅10g、炒白术15g、五味子10g、夏枯草10g、青皮10g、合欢皮30g。水煎服1月,并嘱其忌辛辣刺激之品,生活规律,复查精液常规。

二诊时,患者诉腰膝酸软、勃起功能均明显改善,同房后小腹疼痛消失,无明显不适,舌淡红,苔薄黄,脉滑数。复查精液常规示:量3.5mL,30min不完全液化,密度为1700万/mL,PR:20%,PR+NP:33%。李海松教授认为患者目前病情改善明显,仍要注重化痰药的运用,在前方的基础上加陈皮15g、姜半夏10g、苍术10g。嘱其放松心情,并告知其妻子对男方监督不可久坐,加强适度锻炼。

三诊时,患者未诉不适,复查精液常规示30min完全液化,PR:35%,PR+NP:46%,嘱其停药,可让爱人做备孕准备。两个月后来门诊告知,其妻怀孕。

从此病例可知,李海松教授在治疗男性不育症时注重运用化痰药,并根据不同的阶段适时选用健脾化痰、养阴化痰、理气化痰、温阳化痰等,故在临床中能收到较好的疗效。

参考文献

- [1] 黄宇烽,李宏军.实用男科学.北京:科学出版社,2009:359.
- [2] 李海松.李曰庆教授治疗男性不育症的学术思想.中国临床医生,2004,32(7):49-50.
- [3] 贾海骅,王仑.从痰论治精液不液化.中国中医基础医学杂志,2004,10(12):69-74.
- [4] 文双纶.徐福松教授从痰火辨治男科病探析.新中医,2000(3):7.
- [5] 孟志富,李海松.治疗男性精液不液化不育症经验.中医杂志,2005,46(9):662-663.
- [6] 穆秋山.从痰论治36例精液不液化体会.山东中医杂志,2003,22(12):732-733.
- [7] 周文彬,钟毅,陈德宁,等.从痰论治精液黏稠度增高浅析.新中医,2011,43(7):157-158.
- [8] 李海松.中医男科疾病研究述评.中医杂志,2015,46(11):809-811.

· 性传播疾病 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.07.021

钦州市孕产妇艾滋病感染状况及母婴阻断的效果分析

兰枝 浦宾 苏艳梅 王卫军 刘春秀 刘燕

钦州市妇幼保健院围产科, 广西 钦州 535000

【摘要】目的: 为了解广西钦州地区孕产妇感染艾滋病的现状及母婴阻断的效果, 为制定本地区的艾滋病母婴阻断干预措施提供科学依据。方法: 对 2010 年 1 月至 2013 年 10 月到钦州地区各家医疗机构进行产前检查或分娩的 286663 例孕产妇, 用金标法(快速检测法)和酶联法(ELISA)检测孕产妇血浆的 HIV 抗体, 筛查阳性者送疾控中心进行确认试验。结果: 检测的孕产妇 286663 例中阳性 314 例, 孕产妇艾滋病感染率为 10.95/万, 高于广西人群感染率; 婴儿达到 18 个月有 237 例, 其中抗体阴性 233 例, 抗体阳性 4 例, 干预后母婴传播率为 1.69%。结论: 钦州地区孕产妇艾滋病感染流行形势十分严峻, 应通过电视、广播、报纸等途径加大宣传力度, 提高 HIV 抗体检测率, 规范地进行艾滋病母婴阻断, 使儿童感染降低到零。

【关键词】HIV 阳性孕产妇; 感染状况; 干预效果

Infection status and effect of AIDS PMTCT for pregnant women in Qinzhou city LAN Zhi, PU Bin, SU Yanmei, WANG Weijun, LIU Chunxiu, LIU Yan. Department of Obstetrics, Qinzhou Maternal and Child Health - Care Hospital, Qinzhou 535000, China

【Abstract】Objectives: To understand the infection status and effect of AIDS Prevention of Mother to Child Transmission (PMTCT) in pregnant women in Qinzhou, to provide scientific basis for local PMTCT measures.

Methods: HIV antibody in the plasma of 286663 pregnant women having visited various medical institutions in Qinzhou from January 2010 to October 2013 for prenatal examination or delivery were detected with gold immuno-chromatography (rapid detection method) and enzyme linked immunosorbent assay (ELISA). Positive pregnant women were sent to disease prevention and control center for confirmation test. Results: With 314 positive pregnant women, the maternal HIV infection rate was 10.95/million, higher than the average infection rate of Guangxi; the baby of 237 women were over 18 months, including 233 antibody negative and 4 antibody positive, and the mother to child transmission rate after intervention was 1.69%. Conclusion: The prevalence status of maternal HIV infection in Qinzhou is very serious. Propaganda through television, radio, newspapers and other ways should be strengthened, the detection rate of HIV antibody should be improved, and AIDS PMTCT should be standardized to eliminate child infection.

【Key words】HIV positive pregnant women; Infection status; Effect of intervention

【中图分类号】R712.91

【文献标志码】A

艾滋病(AIDS)是一种危害性巨大的传染病, 对人类的生存和发展构成严重威胁^[1]。艾滋病防治工作的重点之一是预防艾滋病母婴传播(MTCT), 艾滋病母婴传播是指感染了艾滋病病毒的妇女, 在怀孕、分娩或产后哺乳等过程中将病毒传给胎儿或婴儿, 导致胎儿或婴儿感染的过程。世界上每年有 200 万孕妇感染艾滋病病毒, 每天有 1700 多名孩子通过母婴传播感染 HIV^[2]。为了减少母婴传播, 世界卫生组织推荐了四种方法: 避免 HIV 感染妇女意外怀孕; 避免 HIV 感染妇女成为母亲; 预防

艾滋病母婴传播; 对 HIV 感染的母婴及家庭给予医学援助与支持^[3]。其中, 预防艾滋病母婴传播最主要的是抗病毒治疗(ART)、选择安全的分娩方式和人工喂养^[4]。规范的治疗与管理, 可以将母婴传播降低到小于 2%^[5,6]。为了解钦州地区孕产妇艾滋病感染状况, 为制定艾滋病母婴阻断干预措施, 有效遏制艾滋病传播蔓延提供科学依据, 我们于 2010 年 1 月至 2013 年 10 月在钦州地区各家医疗机构就诊的孕产妇进行艾滋病感染状况和母婴阻断效果调查研究, 结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象

2010 年 1 月至 2013 年 10 月钦州地区接受产前检查或住院分娩(引产)的孕产妇 286663 人为研究对象。

【基金项目】2012 年广西壮族自治区卫生厅课题(合同号: Z2012695)。

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

1.2 方法

对孕产妇进行艾滋病检测前咨询,在其知情不反对情况下给予采血免费检测 HIV 抗体,检测方法采用金标法(胶体金法,由珠海丽珠试剂股份有限公司提供试剂)和酶联免疫法(ELISA 法,由英科新创厦门科技有限公司提供试剂)。

1.3 统计学分析

将研究数据录入数据库软件,并用 SPSS11.5 进行统计学分析。

2 结果

2.1 HIV 感染率

对 286663 例钦州地区孕产妇进行了艾滋病病毒抗体检测,确认 HIV 抗体阳性 314 例,艾滋病病毒感染率为 10.95/万,钦州地区孕产妇艾滋病病毒抗体检测人数及感染率见表 1。

表 1 钦州地区孕产妇 HIV 抗体筛查人数及感染率

年份	孕产妇数	HIV 抗体 筛查人数	HIV 抗体 检测率(%)	HIV 感染 人数	HIV 感染率 (/万)
2010	72774	70826	97.32	63	8.90
2011	74839	74416	99.43	92	12.36
2012	81723	81721	99.99	88	10.77
2013	59700	59700	100.00	71	12.90
合计	289036	286663	99.18	314	10.95

注:2013 年只统计 1~10 月,下表同

近 4 年来,钦州地区孕产妇 HIV 抗体检测率从 2010 年的 97.32% 上升到 2013 年的 100%,确诊艾滋病病毒感染 314 例,

平均感染率为 10.95%,各年间感染率差异无统计学意义($P > 0.05$)。

2.2 孕产妇基本情况

在 314 例感染者中,年龄最小的 17 岁,最大的 35 岁,平均年龄 25 岁。职业情况:职员 22 人(包括在政府机关、学校、医院等部门工作的员工)占 7.00%,以农民和无职业者为主占 92.99%。受教育程度:小学以下 61 例占 19.43%,中学包括初中和高中共 220 例占 70.06%,其中以初中为主,大专以上 33 例占 10.51%。婚姻状况:以初婚较多占 71.97%,同居 58 例占 18.47%,再婚 30 例占 9.55%。钦州地区感染 HIV 的孕产妇基本情况见表 2。

2.3 母婴阻断情况

在 314 例阳性孕产妇中,只有 2 例终止妊娠,继续妊娠的阳性孕妇中有 56 例未服药,原因是产时发现太晚来不及服药。258 例服药,其中服药满 3 个月以上分娩的有 282 例占 89.81%,服药不满 3 个月(含产时服药)有 32 例占 10.19%。母婴阻断药物的选择是根据国家预防艾滋病母婴传播实施方案要求,方案有:预防性用药,采用齐多夫定(AZT)300mg Bid + 拉米夫定(3TC)300mg Qd + 克力芝(LPV/r)500mg Bid;治疗性用药,采用齐多夫定(AZT)300mg Bid + 拉米夫定(3TC)300mg Qd + 奈韦拉平(NVP)200mg Bid 或依非韦伦(EFV)600mg Qd。注意,获得克力芝(LPV/r)有困难时,考虑用 EFV 或 NVP,孕 14 周以后才能用 EFV,奈韦拉平仅用于 CD4 < 250 个/mm³ 的妇女。感染 HIV 的产妇所分娩的 312 例婴儿中有 20 例未服药。18 个月婴儿检测 HIV 抗体阳性的 4 例全部是孕产期未服药的孕妇和生后未服药的婴儿。母婴阻断具体情况见表 3。

表 2 孕产妇基本情况

年份	年龄(岁)			职业			文化			婚姻		
	<20	21~30	>31	无	农民	职员	小学	中学	大专	初婚	同居	再婚
2010	8	40	15	26	32	5	12	43	8	48	12	3
2011	11	60	21	29	56	7	18	65	9	69	17	6
2012	6	63	19	25	57	6	17	62	9	59	18	11
2013	5	50	16	26	41	4	14	50	7	50	11	10
合计	30	213	71	106	186	22	61	220	33	226	58	30

表 3 母婴阻断情况

年份	孕期服药情况			婴儿服药情况			18 个月婴儿 HIV 抗体检测		
	阳性人数	服药人数	服药率(%)	婴儿人数	服药人数	服药率(%)	检测人数	阳性人数	阳性率(%)
2010	63	36	57.14	63	51	80.95	38	2	5.26
2011	92	68	73.91	90	84	93.33	31	1	3.23
2012	88	84	95.45	88	86	97.73	83	1	1.20
2013	71	70	98.59	71	71	100.00	69	0	0
合计	314	258	82.17	312	292	93.59	221	4	1.81

3 讨论

本研究数据显示:钦州地区孕产妇 HIV 感染率为 10.95/万,远远高于武汉地区孕产妇 HIV 感染率 0.79/万^[7]和浙江省丽水市孕产妇 HIV 感染率 2.29/万^[8],钦州地区孕产妇 HIV 感染率处于较高的流行态势。从全国疫情监测获知,广西是全国艾滋病高发的省份,在全国排名第三,从广西的疫情检测显示,钦州是广西艾滋病病毒感染较为严重的城市,在区内排在第三位,特别是灵山县各个乡镇均有艾滋病感染者,是艾滋病高发区,是国家重点监测的项目县。艾滋病病毒由高危人群向普通人群扩散,近年来女性 HIV 感染者比例不断上升,感染 HIV 的孕产妇也越来越多,2010 年新疆孕产妇艾滋病病毒感染率高达 17/万^[9],高于钦州市感染率,母婴传播问题尤为突出,应引起高度关注。314 例 HIV 抗体阳性的孕产妇中,小学以下 61 例占 19.43%,中学包括初中和高中共 220 例,占 70.06%,其中以初中为主,与武汉地区感染 HIV 孕产妇流行病学调查结果初中学历占 56.25%,小学占 18.75% 接近^[10]。泰安市泰山区及其他地区 HIV 感染者以初中文化为主^[11,12],以农民和无职业者为主占 92.99%,与广西百色艾滋病性病职业分布最高为农民工相一致^[13]。这说明,感染者当中绝大多数文化层次低,又无固定职业,大部分外出打工,收入低,易受歧视,对艾滋病传播认识不足,大多数有多性伴史。提示我们今后重点应加强对外来或者外出务工人员预防 HIV 感染和母婴传播知识的宣传,呼吁社会要给予她们更多的关爱,增加她们的就业机会,让她们对生活更加充满自信。同时,为感染 HIV 孕产妇提供孕产期保健和个性化的预防艾滋病母婴传播服务(PMTCT)^[14],加大 HIV 抗体筛查力度,遏制艾滋病病毒感染率的增长,提高妇女儿童的生活质量,提高出生人口素质。

调查数据显示,314 例阳性者只有 2 例终止妊娠,在阳性者的婚姻状况中,初婚第一胎占大多数。在农村婚后没有孩子,会受到来自家庭和社会等各方面的歧视,据于此原因阳性孕产妇都不愿意终止妊娠。

孕期服药满 3 个月以上的孕妇占 89.81%,服药不满 3 个月(含产时服药)占 10.19%,这说明钦州市艾滋病母婴阻断筛查网络健全。感染 HIV 的产妇所分娩的 312 例婴儿中有 20 例未服药,18 个月婴儿检测 HIV 抗体阳性的 4 例全部是孕产期末服药的孕妇和生后未服药的婴儿,从中可见孕期早发现早阻断有极为重要的意义。有些基层医疗单位的医生对婴儿服药的最佳时间掌握不到位,致使婴儿出生后错过了最佳服药时间,

也是母婴阻断的不利因素。因此,建议加强孕早中期 HIV 抗体筛查力度,做到早发现、早诊断、早干预,加强对基层医生培训艾滋病母婴传播的相关知识,减少艾滋病母婴传播的机会。

参 考 文 献

- [1] 陈婕,夏洁萍. 孕产妇对预防艾滋病母婴传播的认知情况. 浙江预防医学, 2010, 22(11): 75-76.
- [2] McInty JA. Controversies in the use of nevirapine for prevention of mother-to-child transmission of HIV. Expert Opin Pharmacother, 2006, 7(6): 677-685.
- [3] World Health Organization. Prevention of HIV in infants and young children: Review of evidence and who's activities [EB/OL]. http://www.who.int/hiv/mctct/review_of_evidence.pdf. 2002-2008.
- [4] Thorne C, Newell ML. Prevention of mother-to-child transmission of HIV infection. Curr Opin Infect Dis, 2004(17): 247-252.
- [5] European collaborative study. Mother-to-child transmission of HIV infection in the era of highly active antiretroviral therapy. Clin Infect Dis, 2005(40): 458-465.
- [6] Magder LS, Mofenson L, Paul ME, et al. Risk factors for in utero and in partum transmission of HIV. J Acquir Immune Defic Syndr, 2005(38): 87-95.
- [7] 胡晞江. 孕产妇艾滋病病毒感染状况及流行病学特征. 中国妇幼保健, 2010, 25(18): 2468-2470.
- [8] 肖丽华,金海菊. 孕产妇艾滋病感染状况及母婴阻断的干预效果研究. 浙江预防医学, 2011, 23(10): 22-23.
- [9] 艾比拜,买买提明,关灵灵,等. 2004-2012 年新疆孕产妇 HIV 感染状况及流行特征. 中国健康教育, 2013, 29(8): 683-686.
- [10] 胡晞江,覃凌智,姚婷,等. 孕产妇艾滋病病毒感染状况及流行病学特征. 中国妇幼保健, 2010, 25(18): 2468-2471.
- [11] 孙永合,严秀丽. 泰安市泰山区孕产妇艾滋病知识行为及感染状况调查. 预防医学情报杂志, 2013, 29(6): 457-459.
- [12] 王前,方利文,王临虹,等. 5 省艾滋病高发地区 HIV 感染孕产妇应用抗逆转录病毒药物影响因素分析. 中国健康教育, 29(3): 211-213.
- [13] 简华慧. 2009 年桂西山区规范化性病门诊艾滋病 VCT 求询及 HIV 感染状况分析. 中国性科学, 2013, 22(6): 48-51.
- [14] 龚双燕. 感染 HIV 的孕产妇预防艾滋病母婴传播服务利用及影响因素分析. 中国艾滋病性病杂志, 2007, 13(4): 314.

(收稿日期:2014-01-23)

声 明

为了实现期刊编辑、出版工作的网络化,本刊已被《CNKI 中国期刊全文数据库》、《中国科技论文统计源期刊》(中国科技核心期刊)和《自然科学第 I 类统计源期刊》收录,并上网“中国知网”、“万方数据——数字化期刊群”、“中国维普网”、“龙源期刊网”、“中邮阅读网”和“99 教育网”。如作者不同意文章被收录或上网,请来稿时特别声明,本刊将作适当处理。其作者文章著作权使用费与本刊稿酬一次性给付。

《中国性科学》杂志社
2014 年 1 月 1 日

• 性传播疾病 •

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.07.022

60 例艾滋病病毒感染孕妇的社会特征及母婴阻断效果分析

冯国惠 宋晓平 张艳梅

新疆维吾尔自治区人民医院产科, 乌鲁木齐 830001

【摘要】目的:分析新疆孕产妇感染 HIV 状况,为母婴阻断提供支持。方法:对 HIV 阳性孕产妇填写艾滋病病毒感染孕产妇妊娠及所生婴儿登记卡,整合 HIV 感染孕产妇数据,描述 HIV 感染孕产妇的分布及流行特点。结果:新疆艾滋病感染孕产妇危险因素以 HIV 感染配偶有性行为、再婚 2 次以上、多性伙伴为主;年龄 18~39 岁之间,受教育程度以初中文化为主占 53.33%,个体及无业占 73.33%,少数民族感染比例较高,以伊犁州直、阿克苏地区、喀什地区、和田地区、吐鲁番地区孕产妇及配偶较为集中,占报告总数的 53.33%。孕产妇 HIV 病毒阳性检出率为 0.43%。结论:新疆孕产妇 HIV 病毒感染检出率,接近中国艾滋病流行高发地区,性传播风险明显增加,受感染的孕产妇及新生儿在增加,因此预防艾滋病母婴传播的防治形势仍然较为严峻。

【关键词】 HIV;孕产妇;流行病;分析

Social characteristic of sixty HIV - infected pregnant women and the effect of mother to child transmission blockage FENG Guohui, SONG Xiaoping, ZHANG Yanmei. Obstetrics Department, Xinjiang Uygur Autonomous Region People's Hospital, Urumqi 830001, China

【Abstract】 **Objectives:** To analyze the epidemic situation of HIV infection in pregnant women in Xinjiang, to provide support for the prevention of mother to child transmission (PMTCT). **Methods:** HIV positive pregnant women were required to fill in the HIV - infected Pregnant Women and Infants Register Card; data of the subjects were collected to describe the distribution and epidemic characteristics of maternal HIV infection. **Results:** Risk factors of HIV - infected pregnant women in Xinjiang mainly included having sex with infected spouse, having remarried for over twice, and having multi sexual partners. For women between 18 and 39, 53.33% were of junior middle school education, and 73.33% were self-employed or unemployed. With a higher infection rate, minority represented by pregnant women and their spouses in Yili, Akesu, Kashi, Turpan and Hetian accounted for 53.33% of total reports. Positive rate of maternal HIV was 0.43%. **Conclusion:** HIV positive rate of pregnant women in Xinjiang is close to China's AIDS-prone areas. Sexual transmission risk has increased significantly, resulting into more infected pregnant women and newborns, therefore the prevention and treatment of PMTCT for AIDS is still very severe.

【Key words】 HIV; Pregnant women; Epidemiology; Analysis

【中图分类号】 R512.91

【文献标志码】 A

维吾尔族是新疆最主要的少数民族,人口占全疆总人口近 50%,但是吸毒人群数占全疆总吸毒人数的比例超过 50%,静脉注射毒品且公用注射器现象较为严重,吸毒是维吾尔族艾滋病的主要传播途径之一。这些吸毒人群对安全性行为保护意识薄弱,而男性感染者在性关系中不使用安全套的性行为是造成女性感染艾滋病的另一主要传播途径^[1]。艾滋病疫情也已由高危人群向低危人群转移。随着女性感染人数的增加,孕产妇感染 HIV 的几率增大,母婴传播是婴儿或儿童 HIV 感染的主要途径。艾滋病母婴传播是艾滋病病毒感染的妇女在怀孕、分娩或产后哺乳等过程中将艾滋病病毒传给胎儿或婴儿感染的过程。自 2004 年开展预防艾滋病母婴传播工作以来,共为 60

例艾滋病病毒阳性孕产妇进行母婴阻断措施。现将 60 例艾滋病病毒阳性孕产妇的社会特征分析及母婴阻断的情况介绍如下。

1 对象与方法

1.1 一般资料

对自 2004 年 1 月至 2011 年 12 月自愿在我院接受 HIV 咨询的 14016 例孕产妇进行 HIV 抗体检测,通过咨询与检测发现 HIV 感染孕产妇 60 例,经乌鲁木齐市疾病预防控制中心做 HIV 确认试验结果均为 HIV 抗体阳性孕产妇,逐一进行个案资料的调查。

1.2 方法

在知情同意并且保密的原则下,对入选的 60 名 HIV 检测阳性的孕产妇进行社会特征调查,对妊娠情况进行跟踪。对检查出 HIV 阳性后选择继续妊娠的产妇及新生儿使用逆转录酶抑制剂进行母婴阻断治疗,记录新生儿的 HIV 感染情况。分析 HIV 感染孕产妇的社会学特征及母婴阻断情况。

2 结果

2.1 孕产妇 HIV 感染率

在我院接受 HIV 自愿咨询的 14016 例孕产妇进行 HIV 抗体检测,其中本市区孕产妇 9010 例,本地区各地州其他县市的孕产妇 5006 例,经 HIV 确认试验阳性 60 例, 我院孕产妇 HIV 病毒阳性检出率为 0.43%。

2.2 母婴阻断的效果

在确认试验阳性的 60 例孕产妇中,终止妊娠 15 例占 25%,要求继续妊娠 45 例占 HIV 阳性 75%,选择继续妊娠的 45 例孕产妇中有 28 例孕妇及 33 例新生儿采用药物阻断治疗,出生新生儿均采用人工喂养。45 例 HIV 阳性孕妇中 21 例新生儿在出生后 12~18 个月龄进行 HIV 抗体检测阴性,其中 1 例婴儿在 18 个月检测 HIV 抗体阳性,2 名新生儿患肺炎死亡。有 21 例新生儿分别随访到 3 个月、5 个月、9 个月时失访。

2.3 产妇及配偶一般情况

产妇年龄:18~39 岁之间,平均年龄(32±0.38)岁;受教育程度以初中以下为主;绝大多数为维吾尔族;职业以个体及无业人员为主;初婚 41 例(68.33%),再婚 18 例(30%),未婚 1 例(1.67%)。产妇配偶年龄分布 18~40 岁之间,受教育程度多数为初中以下;职业以个体及无业人员为主。见表 1。

表 1 产妇及配偶一般情况

特征变量	产妇一般情况		配偶一般情况	
	人数(n)	构成比(%)	人数(n)	构成比(%)
年龄				
18~24 岁	12	20.00	7	11.67
25~29	20	33.33	21	35.00
30~34	19	31.67	20	33.33
35~40	9	15.00	12	20.00
受教育程度				
本科/大专	12	20.00	5	8.33
高中/中专	16	26.67	25	41.67
初中	22	36.66	22	36.67
小学/文盲	10	16.67	8	13.33
民族				
维吾尔族	55	91.67	55	91.67
回族	3	5.00	3	5.00
汉族	2	3.33	2	3.33
职业				
医务人员	6	10.00	0	0
干部/技术人员	10	16.67	4	6.67
个体户/农民	6	10.00	35	58.33
司机	0	0	6	10.00
无业	38	63.33	15	25.00
危险因素				
静脉吸毒	6	10.00	10	16.67
多性伙伴	9	15.00	13	21.67
HIV 感染配偶有性行为	26	43.33	25	41.67
再婚 2 次以上	10	16.67	8	13.33
针刺伤	3	5.00	0	0
其他	6	10.00	4	6.66
户籍				
本市区	28	46.67	23	38.33
其他县市暂住及流动	32	53.33	37	61.67

3 讨论

3.1 加强咨询检测降低 HIV 感染孕产妇的母婴传播

本次调查中孕产妇 HIV 病毒阳性检出率为 0.43%,接近中国艾滋病流行高发地区的 0.5%~1.2%^[2]。本研究检测出 HIV 阳性的 60 例孕妇中,经过检测后咨询有 15 例选择终止妊娠,45 例选择继续妊娠,采用抗病毒药物阻断治疗有 28 例孕妇及 33 例新生儿,出生新生儿均采用人工喂养。45 例 HIV 阳性孕妇中 21 例新生儿在出生后 12~18 个月采集外周血进行 HIV 抗体检测阴性,其中 1 例婴儿在 18 个月检测 HIV 抗体阳性,2 名新生儿患肺炎死亡。有 21 例新生儿分别随访到 3 个月、5 个月、9 个月时失访。失访主要原因是随访新生儿时间长、流动人口难于管理以及来自于社会的歧视、羞辱等。对艾滋病患者的歧视程度与对艾滋病的理解程度呈负相关,即越不能理解艾滋病者,其对艾滋病患者的歧视就越高^[3]。朱丽红^[4]调查研究发现不同民族孕产妇对艾滋病咨询与检测的认知率有差异。因此在产前门诊加强对民族孕龄妇女艾滋病母婴传播知识及艾滋病一般知识的宣教,使自愿监测在孕早期完成,减少其高危行为的发生,使感染 HIV 的孕妇能早期接受抗病毒治疗。研究发现对吸毒人群进行健康教育干预后,吸毒人群传播途径知晓率和行为有了明显改变,在一定程度上减少了艾滋病在吸毒人群中的传播^[5]。因少数民族孕产妇语言交流障碍所造成理解的偏差,在健康教育时要有计划、有组织、有系统的进行艾滋病知识宣传,对不同类型的孕产妇采取针对性较强的宣传教育方式,减少孕产妇对艾滋病的恐惧,做好咨询检测服务有效地沟通与交流,提高孕产妇对艾滋病防控知识的知晓率,是减少母婴传播、减少儿童的感染率、提高随访的关键。

3.2 避免高危行为和多性伴、加强生殖健康卫生服务利用

本次调查的危险因素以 HIV 感染配偶有性行为、再婚 2 次以上、多性伙伴为孕产妇传播艾滋病的主要原因与祖力亚提的调查相一致。本调查中维吾尔族感染比例较高占 91.67%,以 20~39 岁年龄段为主。维吾尔族是本地区最主要的少数民族,人口占总人口近 50%。与倪明健^[6]报道的新疆进入艾滋病广泛流行期,性途径传播取代静脉吸毒成为主要传播方式,男女人数报告比例趋于一致。新疆正处在快速发展阶段,正在从封闭逐步走向开放,随着社会的发展,经济的繁荣,性行为模式在新疆少数民族中呈现出多样化^[1]。这些人文化层次偏低,缺乏预防艾滋病相关安全措施,在医院安排少数民族妇幼保健人员从事艾滋病母婴阻断的咨询及随访工作,咨询时避免语言及行为动作的歧视,评估其负性情绪。同时利用民族语言的报纸、广播及在少数民族中有影响力的公众人物进行宣传教育。针对孕妇的行为改变的交流包括安全性行为、安全套的使用、避免高危行为和多性伴、加强生殖健康卫生服务利用等。故加强行为干预工作是预防艾滋病传播的重要措施^[7]。本研究中,对 60 例艾滋病病毒阳性孕妇提供自愿咨询与检测、帮助选择妊娠结局,适合分娩方式,提供抗病毒药物治疗、安全

的助产技术、人工喂养等综合措施,对阻断 HIV 母婴传播有重要意义。

3.3 受教育程度、职业将影响母婴传播阻断效果

马玲^[8]的 17 年调查研究显示,乌鲁木齐市艾滋病感染的职业分布以家政及待业占据比例最高 53.49%,受教育的程度初中及小学所占据 47.21%,与本调查中感染孕妇初中以下文化程度占 53.33%,个体及无业占 73.33% 相一致。失业和不稳定就业可能增加艾滋病感染机会。1990 年至 2005 年,南非的 HIV 流行从不到 1% 猛增到约 29%^[9]。调查中男性是主要的流动人口,文化程度偏低,他们凭借打工及个体经营谋生,收入差距尤为突出,同时他们还要承担住房、食品、经济的支出,这就增加了女性商业性性行为的可能,人口的城乡流动为 HIV 传播提供了方便。Lakhanpal 和 Ram^[10] 联合国艾滋病规划署 2004 年数据进行跨国研究显示,成人受教育程度与 HIV 流行负相关,且作用不小。因而,教育被看成抵御 HIV 的一种“社会疫苗”^[11]。可见孕妇受教育程度及职业直接影响其艾滋病知识知晓率的提高及母婴阻断效果。乌干达的研究中^[12],接受过 7 年基础教育孕妇的 HIV 检测率是没有完成基础教育者的 28 倍,会写字的孕妇 HIV 检测率高于不会写字孕妇的 19 倍,识字孕妇的 HIV 检测率是不识字孕妇的 22 倍,表明文化程度低的孕产妇对自身和婴儿的健康不够重视,对艾滋病知识的需求积极不够主动,因此在开展预防艾滋病母婴传播阻断工作时,先了解孕妇基本情况,如配偶一般情况、职业、民族生活习惯、不同受教育程度对知识接受及理解的程度等,可利用中文版宣传资料通过电视广播、报刊杂志和书籍讲解艾滋病知识,培训一定数量的少数民族妇幼保健人员从事艾滋病的咨询随访工作,以利于孕妇对相关知识的接受和掌握。

3.4 流动人口的频繁造成艾滋病母婴传播疫情的变化

调查中孕妇及配偶年龄分布于流动孕产妇及配偶所占比例为 53.33%、61.67%,来自各地州流动人口以伊犁州直、阿克苏地区、喀什地区、和田地区、吐鲁番地区孕妇及配偶较为集中,这与全国累计报告 HIV 病例中,有 31% 都是“外省籍”人员,特别是在以流动人口为主的经济发达地区报告的流动人口感染比例更高^[13,14] 相一致。这些流动人口大多数受教育的程度低,缺乏正确的防止艾滋病相关知识,而且这些流动人口多处于性活跃阶段,离开家和配偶,选择商业性行为时,绝大多数都是无保护性行为的方式,因此该人群中性病发病率和艾滋病感染率较高^[15]。这种性行为既能将 HIV 由女性传播至男性,男性又将 HIV 传播至妻子,增加 HIV 母婴传播的风险,可导致 HIV 在高危人群与一般人群之间建立感染的桥梁。对于流动人口管理必须依靠政府有关部门及社会参与,针对其特性有计划的进行健康教育和行为干预是控制艾滋病感染的最有效方法。

目前新疆艾滋病母婴流行因素正在从高危人群向一般人群孕产妇扩散,在面对艾滋病时妇女和儿童显得更加脆弱。国

家实施预防艾滋病母婴阻断工作已经 10 年,但 HIV 感染孕产妇对艾滋病母婴传播的知识以及国家相关法律法规和政策的了解不足,各级各类妇幼保健机构应在孕产妇就诊时主动介绍艾滋病相关知识,培训一定数量的少数民族妇幼保健人员从事艾滋病的咨询随访工作,进一步开展有少数民族特色的健康教育,提高孕早期咨询与检测率,早期发现感染孕产妇对预防艾滋病的流行及母婴传播有重要意义,甚至对整个社会的健康行为产生深远的影响。

参 考 文 献

- [1] 祖力亚提·司马义,曹谦. 性行为与艾滋病感染风险:新疆少数民族艾滋病性传播现状的社会学定性分布. 西北民族研究, 2013,1(76):148-154.
- [2] 王临虹,苏穗青主编. 预防艾滋病母婴传播咨询指导手册. 1 版. 北京:人民卫生出版社,2008:1-2.
- [3] 孙丽娜,程国金,孙业恒,等. 艾滋病相关社会歧视的差序格局研究. 现代预防医学,2012,39(8):1878-1884.
- [4] 朱丽红,冯萍,白志爱,等. 新疆乌鲁木齐市 296 名孕产妇对 PMTCT 相关 KAP 调查. 国际护理学杂志,2012,31(1):24.
- [5] 刘祝明,秦侠,胡志,等. 对我国吸毒人群艾滋病健康教育干预效果的 meta 分析. 中国卫生统计,2010(1):40-44.
- [6] 倪明健,陈晶,张艺,等. 新疆艾滋病流行状况分析. 疾病预防控制中心通报,2012,27(2):1.
- [7] 吴尊友. 行为干预是目前预防艾滋病的有效疫苗. 中国性病艾滋病防治,2006(26):221.
- [8] 马玲,张曼. 乌鲁木齐市 1995-2011 年艾滋病疫情分析. 现代预防医学,2013,14(40):2727-2729.
- [9] Hunter M. The changing political economy of sex in South Africa: The significance of unemployment and inequalities to the scale of the AIDS pandemic. Soical & Medicine, 2007,64(3):689-700.
- [10] Lakhanpal M, Ram. Educational attainment and HIV/AIDS prevalence: A cross-country study. Economics of Education Review, 2008,27(1):14-21.
- [11] 李力,郭岩. 浅析影响艾滋病流行的社会因素. 医学社会学, 2012,3A(33):29-33.
- [12] Emily F Westheimer, Willy Urassa, Gernard Msamanga, et al. Acceptance of HIV testing among pregnant dares-salaam, TANZANIA J Acquir Immune Defic Syndr, 2004,37(1):1197.
- [13] 林丹华,方晓义,李晓铭,等. 中国流动人口艾滋病问题及预防干预. 中国艾滋病性病,2005,11(2):158-160.
- [14] China. Ministry of Health. A joint assessment of HIV/AIDS prevention, treatment and care in China. 2003, Dec. 1.
- [15] 宋琴,袁家麟. 我国艾滋病流行现状、流行因素及其防治对策. 职业与健康,2012,28(23):2974-2976.

(收稿日期:2013-11-28)

· 性传播疾病 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.07.023

妊娠期梅毒患者的治疗时机对围产结局及围生儿预后的影响

林青¹ 何伟豪² 周艺莹¹ 王再荣¹

1 湛江市妇幼保健院妇产科, 广东 湛江 524038

2 湛江市妇幼保健院麻醉科, 广东 湛江 524038

【摘要】目的:探讨临床上妊娠合并梅毒患者在不同治疗时机的围产结局,并分析对胎儿预后产生的影响。方法:以我院 2012 年 1 月 1 日至 2013 年 1 月 1 日期间收治的 119 例妊娠合并梅毒患者为调查研究对象,根据治疗与否将其分为治疗组和非治疗组,人数分别为 89 例和 30 例。同时根据患者接受治疗时机的不同将治疗组患者分为三个亚组,即早孕组、中孕组以及晚孕组,每组人数分别为 28 例、32 例、29 例,治疗的时机分别为孕周在 12 周以下、孕周在 13~28 周以及孕周在 29 周以上,三组患者在接受治疗之后,对整个围产期进行随访,了解所有患者的围产结局情况,并分析对胎儿预后产生的影响,同时比较三组患者的母婴 RPR 滴度及其 Apgar 评分。结果:对治疗组患者给予苄星青霉素或者是红霉素药物进行规范化治疗之后,围产不良结局发生率分别为 7.14% (2/28), 21.88% (7/32), 31.03% (9/29); 患者的足月分娩率分别为 92.86% (26/28), 78.12% (25/32), 68.97% (20/29); 新生儿在梅毒的发生率上分别为 0 (0/28), 15.63% (5/32), 20.69% (6/29); 在新生儿的 Apgar 评分 (1min 和 5min) 以及母婴 RPR 滴度上,早孕组要比中孕组和晚孕组更占优势,而治疗组与非治疗组各项情况相比,前者要明显的占据优势,差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。三个治疗亚组患者在围产不良结局发生率、足月分娩率、新生儿梅毒发生率、新生儿的 Apgar 评分、母婴 RPR 滴度上均有显著差异,差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论:临床上针对妊娠合并梅毒的产妇应该做到早发现 and 早治疗,这能够有效地降低新生儿梅毒发病率,同时促进胎儿的预后。

【关键词】妊娠期;梅毒;不同治疗时机;围产结局;胎儿预后;影响

Impact of different treatment timing of syphilis during pregnancy on perinatal outcome LIN Qing¹, HE Weihao², ZHOU Yiyang¹, WANG Zairong¹. 1. Department of Obstetrics and Gynecology, Zhanjiang Maternal and Child Health - Care Centre, Zhanjiang 524038, China; 2. Department of Anesthesiology, Zhanjiang Maternal and Child Health - Care Centre, Zhanjiang 524038, China

【Abstract】Objectives: To investigate the perinatal outcomes from different treatment timing of syphilis during pregnancy and analyze the impact on fetal prognosis. Methods: 119 pregnant women with syphilis in our hospital between 2012.1.1 ~ 2013.1.1 were selected as research objects and divided into treatment group (89 cases) and non-treatment group (30 cases) based on whether they had received treatment. Patients in the treatment group were divided into three subgroups, namely early pregnancy group (28 cases), medium pregnancy group (32 cases) and late pregnancy group (29 cases) according to the treatment timing, which were before 12 gestational weeks, 13 ~ 28 gestational weeks, and above 29 gestational weeks. Follow-up of the entire perinatal period was conducted to understand perinatal outcomes of all patients, and analyze its impact on the fetal prognosis; meanwhile the maternal RPR titer and Apgar score of patients in the three groups were compared. Results: After treated with benzathine penicillin or erythromycin standardized drug treatment, the incidence of adverse perinatal outcomes of the three treatment subgroups were 7.14% (2/28), 21.88% (7/32) and 31.03% (9/29) respectively; full-term delivery rates were 92.86% (26/28), 78.12% (25/32) and 68.97% (20/29) respectively; incidence rate of syphilis in newborns were 0 (0/28), 15.63% (5/32) and 20.69% (6/29) respectively; in terms of neonatal Apgar score (1min and 5min) and the maternal RPR titer, early pregnancy group was better than medium and late pregnancy group; and treatment group was obviously better than the non-treatment group in all aspects, with statistically significant difference ($P < 0.05$). Difference in the incidence rate of adverse perinatal outcome, full-term birth rate, neonatal syphilis incidence rate, neonatal Apgar score and maternal RPR titer between the three subgroups was sta-

tistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion:** The principle of early detection and early treatment shall be followed in the treatment of pregnant women with syphilis, which can effectively reduce the incidence of neonatal syphilis, while promoting the prognosis of fetus.

【Key words】 Pregnancy; Syphilis; Different timing of treatment; Perinatal outcomes; Fetal prognosis; Impact

【中图分类号】 R715.5

【文献标志码】 A

梅毒属于一种性传播疾病,从上个世纪九十年代中期开始我国的梅毒发病率呈逐渐上升的趋势,并且在增速率上已经达到百分之百以上,对人们的健康构成了严重的威胁^[1]。经调查研究显示,目前我国梅毒在妊娠期妇女中的发病率较高,这样就使得早产、流产以及死胎的几率也大大提升,对产妇和新生儿的生命安全和健康造成了严重的影响^[2]。下面本文将以89例妊娠合并梅毒的产妇为研究对象,探讨不同时期治疗与围产结局以及胎儿预后之间的影响关系,为后期的临床治疗提供客观的参考依据。

1 资料与方法

1.1 临床资料

以我院2012年1月1日至2013年1月1日期间收治的119例妊娠合并梅毒患者为调查研究对象,根据治疗与否将其分为治疗组89例和非治疗组30例。同时根据患者接受治疗时机的不同将治疗组患者分为三个亚组,即早孕组、中孕组以及晚孕组,每组人数分别为28例、32例、29例,治疗的时机分别为孕周在12周以下、孕周在13~28周以及孕周在29周以上,其中经产妇35例、初产妇54例,患者的年龄在20~39岁之间,平均年龄为(25.3±3.4)岁,所有患者均经过TPPA确诊为妊娠合并梅毒患者,其中根据患者的临床表现对其进行分类:一期梅毒患者36例、二期梅毒患者32例、隐性梅毒患者51例。一期患者主要表现为宫颈外和外阴糜烂且表面光滑,宫颈或者是会阴硬下疳,同时可见红色硬结;二期患者主要表现为淡红色躯干皮肤,或伴随着肛周扁平湿疣、斑丘疹以及玫瑰色斑疹等,患者还会出现周身关节酸痛、鼻塞以及发热等症状;而针对于隐性梅毒患者在临床上无明显的特征性表现。其中早孕组患者的年龄在21~36岁之间,平均年龄为(29.2±1.5)岁,一期梅毒患者8例、二期梅毒患者10例、隐性梅毒患者10例,经产妇11例、初产妇17例,其中有剖宫产史者6例。中孕组患者的年龄在20~38岁之间,平均年龄为(23.2±1.4)岁,一期梅毒患者10例、二期梅毒患者12例、隐性梅毒患者10例,经产妇10例、初产妇22例,其中有剖宫产史者有5例。晚孕组患者的年龄在20~39岁之间,平均年龄为(29.2±2.5)岁,一期梅毒患者8例、二期梅毒患者10例、隐性梅毒患者11例,经产妇11例、初产妇18例,其中有剖宫产史者6例。早孕组、中孕组、晚孕组和非治疗组四组患者在年龄、产次上仅具有可比性。

1.2 方法

对所有确诊的治疗组患者即刻进行苄星青霉素(石药集团中诺药业有限公司生产,批号H20033291)臀部肌肉注射治疗,注射剂量为每周240万U/次,3周为1个疗程^[3]。针对于该药物产生过敏反应的患者,应该改用红霉素进行治疗,治疗量为每天口服500mg×4次,持续性用药1个疗程(半个月)。3个

小组治疗的方式分别为:早孕组,在妊娠期的后3个月以及确诊后进行1个疗程的治疗;中孕组,同早孕组的治疗方式一样;晚孕组,当患者在确诊之后进行1个疗程的治疗,同时当胎儿分娩之后进行15万U的苄星青霉素肌肉注射,并进行RPR以及TPHA的常规检测,当检测显示为阳性的患者在持续性治疗3个疗程,并于3个月之后入院进行复查,对其治疗成效进行检测。而非治疗组患者并不采取任何治疗措施^[4]。

1.3 诊断标准

临床上针对妊娠合并梅毒患者的诊断标准如下:妊娠期患者的临床表现与体征与相关的诊断标准相符;经血清检测,梅毒血清样本显示为阳性;妊娠期产妇曾经有产死胎、流产以及分娩梅毒胎儿史,孕妇或配偶有梅毒感染史^[5]。

临床上诊断新生儿梅毒的相关标准:经血清检测,产妇与新生儿的检测显示为阳性;以下新生儿梅毒特征具备两个或者是两个以上:呼吸困难、斑丘疹、水肿、血小板减少、黏膜损害、窒息、肝脾肿大、腹胀、肢端掌趾脱皮、低体质量、贫血、斑疹、黄疸以及假性麻痹等^[6]。借助X线片检测,发现新生儿的骨骼发生了变化。

1.4 判定妊娠不良结局的标准

流产:妊娠期在28周以内,并且胎儿体重在1kg以下而终止的孕妇^[7];早产:妊娠期在28~37周之间的分娩产妇;死产:在生产过程中,胎儿发生死亡;死胎:产妇的孕周达到20周之后,胎儿发生了死亡^[8]。

1.5 观察指标

对确诊为妊娠合并梅毒的产妇首先进行对症治疗,并在分娩前每月进行一次RPR滴度的检测,待新生儿出生之后,同样也进行RPR检测(包括流产、死胎及死产胎儿),检测新生儿是否为先天性梅毒患者,对检测结果为阳性的患儿进行治疗,并对RPR滴度进行每月一次的检测,对患者的围产不良结局发生率、足月分娩率、新生儿梅毒发生率、新生儿的Apgar评分、母婴RPR滴度等进行观察和随访^[9]。

1.6 统计学处理

对调查的三组患者的各项情况借助统计学软件SPSS16.0进行统计分析,以 t 检验计量资料,以 χ^2 检验计数资料,当 $P < 0.05$ 时,则说明差异具有统计学意义。

2 结果

对治疗组患者给予苄星青霉素或者是红霉素药物进行规范化治疗之后,围产不良结局发生率患者的足月分娩率、新生儿在梅毒的发生率、新生儿的Apgar评分(1min和5min)以及母婴RPR滴度上,早孕组要比中孕组和晚孕组更占优势,而治疗组与非治疗组各项情况相比,前者要明显的占据优势,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。具体情况如表1~表3所示。

表 1 患者围产期不良结局以及足月分娩率比较

分组	人数	足月分娩 [n(%)]	不良围产期结局					发生率(%)
			流产	早产	死胎	死产	合计	
早孕组	28	26(92.86)	0	1	0	1	2	7.14
中孕组	32	25(78.12)	2	3	1	1	7	21.88
晚孕组	29	20(68.97) *	3	2	3	1	9	31.03
未治疗组	30	18(60.00) *	5	3	2	2	12	40.00
合计	119	—	10	9	6	5	30	25.21

注: * 表示与早孕组比较, $P < 0.05$

表 2 患儿的 Apgar 评分比较

分组	人数	1minApgar 评分[n(%)]			5minApgar 评分[n(%)]		
		≥7 分	4~6 分	<4 分	≥7 分	4~6 分	<4 分
早孕组	28	22(78.57)	5(17.86)	1(3.57)	26(92.85)	2(7.14)	0(0.00)
中孕组	32	17(53.12)	8(25.00)	7(21.88)	19(59.38)	7(21.88)	6(18.75)
晚孕组	29	13(44.82)	11(37.93)	5(17.24)	15(51.72)	7(24.14)	7(24.14)
非治疗组	30	12(40.00)	6(20.00)	12(40.00)	15(50.00)	8(26.67)	7(23.33)

注:早孕组与晚孕组新生儿的 1minApgar 评分比较 $P < 0.05$;早孕组与非治疗组新生儿 1minApgar 评分比较 $P < 0.05$;晚孕组与非治疗组新生儿 1minApgar 评分比较 $P < 0.05$;早孕组与其他各组的 5minApgar 评分比较 $P < 0.05$

表 3 各组产妇生产一个月后及新生儿的 RPR 滴度比较

分组	人数	产妇的 RPR 滴度[n(%)]		新生儿的 RPR 滴度[n(%)]	
		<1:8	≥1:8	<1:8	≥1:8
早孕组	28	26(92.86)	2(7.14)	28(100.00)	0(0.00)
中孕组	32	15(46.88)	17(53.13)	18(56.25)	14(43.75)
晚孕组	29	10(34.48)	19(65.52)	13(44.83)	16(55.17)
非治疗组	30	10(33.33)	20(66.67)	12(40.00)	18(60.00)

注:早孕组与中孕组、晚孕组、非治疗组的产妇及新生儿 RPR 滴度比较 $P < 0.05$

所有先天性梅毒新生儿在经过治疗之后,经检测 3 个月内 RPR 均显示为阴性,随后每年做定期的随访,未见异常现象发生。

3 结论

目前我国梅毒患者的发病率呈快速上升的趋势,而导致该疾病发现几率增加的相关性因素可能是目前随着人们对健康的重视度加强以及医疗卫生水平的提升,使得检出率上升,抑或是与性开放等因素相关^[10]。经过统计显示,我国梅毒的高发群体为妊娠期妇女,与正常妊娠期产妇相比较之下,对孕妇以及胎儿的危害要明显的高出许多,可达 25 倍左右^[11]。当妊娠合并梅毒孕妇不能够得到及时的发现和治疗,就会出现新生儿先天性梅毒,发病率高达 70% 以上。通过以上调查研究显示,治疗与非治疗组妊娠梅毒产妇的围产期结局与是否接受治疗以及是否及时治疗具有密切相关性。

目前在临床上,针对发现的妊娠合并梅毒患者的首要方案并不是即刻将妊娠终止,而是将青霉素或者红霉素药物治疗作

为首选,并且坚持规范治疗、全程治疗以及合理治疗的原则^[12]。同时加强疑似梅毒妊娠期产妇的筛选,并做积极的驱梅防治,同时对新生儿做血清检测,了解新生儿是否为先天性梅毒患儿。在临床针对该类疾病进行防治的过程中,广大临床工作者必须对治疗时机进行有效的把握。通过以上不同时机对妊娠合并梅毒患者进行治疗之后的围产期结局以及对新生儿的影响进行深入分析,其研究成果与其它相关研究成果具有相似性,并且通过调查显示我们得出,在足月生产率、围产结局、新生儿的 Apgar 评分(1min 和 5min)以及母婴 RPR 滴度上,早孕组与中孕组、晚孕组、非治疗组相比较要明显的占据优势。这也就充分地说明了临床上对妊娠合并梅毒产妇做到早发现和早治疗具有重要的意义,能够有效地降低围产期不良结局发生率,同时促进健康新生儿出生率的提升^[13]。以相关的治疗指南作为控制标准,其中进行规范化治疗的具体方法就是在妊娠期的前 3 个月和最后 3 个月分别对产妇进行为期 1 个疗程的驱梅治疗,同时针对于晚期妊娠合并梅毒的产妇更应该加强对该疾

病的治疗,进而有效地降低新生儿梅毒的发病率,促进人类健康水平的逐渐提升。

目前临床上针对早期妊娠期梅毒患者尚不能够做到及时发现,其主要原因是梅毒的相关症状在早期的表现不是很明显,隐性梅毒所占的比例较高,这样就使得部分产妇在中期或者是晚期才被发现。但是基于对梅毒做到早发现和早治疗对胎儿的生命健康至关重要,因此当下已经将妊娠期梅毒列入了产前保健和检测的重要内容之一。患者在感染的前 3 周经血清检测经常会出现误诊或者是漏诊现象,因此,对于梅毒的筛查应该贯穿于整个妊娠期的产检中,借此来将妊娠期梅毒予以及时的发现和处理。除此之外,还必须加强对该疾病的教育和宣传,使人们的健康意识以及相关常识得到逐渐的提升。

以上我们以 119 例妊娠期梅毒患者作为研究对象据治疗与否以及治疗的时机将其分为治疗组(早孕组、中孕组、晚孕组)以及非治疗组,并通过调查研究显示,早孕组患者在围产期的结局以及对新生儿的影响程度要明显的小于其它三组。可见,对患者做到早发现和早治疗具有重要的意义,在后期的妊娠期临床检测中,应该尽可能的提升梅毒的检测率,促进产妇及其新生儿健康程度的提升。

参 考 文 献

- [1] 游玉卿,潘秀婷. 妊娠期梅毒患者的治疗时机与围生儿预后的关系分析. 广东医学院学报,2011,29(1):50-51.
- [2] 王伟玲,杨迪琼,应彩仙. 梅毒孕妇 58 例治疗因素与妊娠结局关系分析. 中国乡村医药杂志,2011,18(7):24-25.
- [3] 叶光荣,张伟,黄显翔. 不同治疗时机对妊娠梅毒的预后影响研

- 究. 西南军医,2010,12(6):1059-1061.
- [4] 张志云,曾凡杞,李永双,等. 妊娠梅毒 173 例临床分析. 中国医药指南,2012,10(12):421-422.
- [5] 谭小平,熊海燕,宁景春,等. 潜伏期妊娠梅毒 168 例临床及母婴传播干预分析. 河北医学,2011,17(9):1172-1174.
- [6] Alexander JM. Efficacy of treatment for syphilis in pregnancy. Obstet Gynecol,1999(93):5-8.
- [7] Temmerman M. Effect of syphilis control programme on pregnancy outcome in Nairabi Kenya. Sex Transm Infect,2000(76):117-121.
- [8] 曹志君,王伟民,黄慧娟,等. 妊娠期梅毒患者围产结局的临床分析. 中华妇产科杂志,2001(36):170-171.
- [9] 许艳. 妊娠合并梅毒患者的治疗与围产儿预后的关系. 中华妇产科杂志,2001,36(7):4602-4611.
- [10] 王红,黄国华. 妊娠合并梅毒及胎儿结局. 海南医学,2004(7):28-29.
- [11] 张肖民,张荣娜,林淑钦. 妊娠梅毒 192 例临床分析. 中华妇产科杂志,2004(10):682.
- [12] 黄淑瑜,简艳红,卢文琼,等. 80 例妊娠晚期突发胎死宫内原因分析. 齐齐哈尔医学院学报,2009(11):1305-1306.
- [13] 贺清枝. 新生儿先天梅毒死亡 1 例. 中国皮肤性病杂志,2010(12):164.
- [14] 赖芸沂,车雅敏. 4 种常用驱梅药物治疗早期梅毒的疗效评价. 中国性科学,2012,21(2):23-27.
- [15] 宋玉平,张俊强,柴银柱,等. 18 例孕妇梅毒血清学分析. 中国性科学,2010,19(11):20-21,26.

(收稿日期:2013-12-10)

· 性传播疾病 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.07.024

CO₂ 激光治疗联合咪喹莫特乳膏治疗女性尖锐湿疣的临床疗效观察

林兰 吴世友 张雷

重庆市中山医院皮肤科,重庆 400013

【摘要】 目的:探讨 CO₂ 激光治疗联合 5% 咪喹莫特乳膏在女性尖锐湿疣治疗中的临床应用价值。**方法:**选取我院收治的 80 例女性尖锐湿疣患者,随机分为两组,均签署知情同意书。对照组采用 CO₂ 激光治疗联合阿昔洛韦软膏外用的治疗方法;治疗组采用 CO₂ 激光治疗联合 5% 咪喹莫特乳膏外用的治疗方法,治疗期为 1 个月,观察 3 个月后两组患者的治愈率、复发率以及其安全性。**结果:**治疗组总有效率为 97.5%,对照组总有效率为 87.5%,治疗组总有效率明显高于对照组($P < 0.05$);治疗组复发率为 12.5%,对照组复发率为 30.0%,治疗组复发率明显低于对照组($P < 0.05$)。治疗期间观察各组均无明显副作用。**结论:**女性尖锐湿疣经 CO₂ 激光治疗后外用 5% 咪喹莫特乳膏的临床效果优于外用阿昔洛韦软膏,且未发现明显不良反应,值得临床推广及应用。

【关键词】 女性尖锐湿疣;咪喹莫特乳膏;阿昔洛韦软膏;临床疗效

Clinical curative effect of CO₂ laser combined with 5% imiquimod cream in the treatment of female condyloma acuminata LIN Lan, WU Shiyu, ZHANG Lei. Dermatology Department, Chongqing Zhongshan Hospital, Chongqing 400013, China

【Abstract】 Objectives: To investigate the clinical application of CO₂ laser treatment combined with 5% imiquimod cream in the treatment of female condyloma acuminatum. **Methods:** Eighty female patients with condyloma acuminatum in our hospital were randomly divided into 2 groups, all of them having signed “informed consent”. Control group were treated with CO₂ laser combined with Aciclovir ointment for external use, while treatment group were treated with CO₂ laser combined with 5% imiquimod cream for external use, both for 1 month. The cure rate, relapse rate and safety of the two groups were observed and compared 3 months later. **Results:** The total effective rate of the treatment group and control group was 97.5% and 87.5% respectively, with significant difference ($P < 0.05$); the relapse rate of treatment group and control group was 12.5% and 30% respectively, with significant difference ($P < 0.05$). No obvious side effects were found during the treatment. **Conclusion:** The clinical effect of CO₂ laser treatment combined with topical 5% imiquimod cream in the treatment of female condyloma acuminatum is better than that of aciclovir ointment without any obvious adverse reaction, which is worthy of clinical promotion and application.

【Key words】 Female condyloma acuminatum; Imiquimod cream; Aciclovir ointment; Clinical effect

【中图分类号】 R752.5⁺3

【文献标志码】 A

尖锐湿疣 (Condyloma acuminatum, CA) 是由于人乳头瘤病毒 (HPV) 感染, 侵入人体肛门、生殖器部位, 导致增生性损害的一类性传播疾病。HPV 存在不同的亚型, 最常见的引起尖锐湿疣的亚型有 6 型与 18 型^[1]。其最易感染部位位于外生殖器和肛周等人体温暖潮湿部位, 于女性多见于大小阴唇、后联合、前庭、阴蒂、宫颈和肛周^[2]。此外, 有大量的流行病学资料显示, 高危型 HPV-16 型及 18 型的感染与宫颈癌的发生密切相关。该病经临床及时治疗预后一般良好, 但存在复发可能, 故提高总有效率、降低复发率成为治疗该病的关键。

因此, 我院采用 CO₂ 激光治疗联合外用 5% 咪喹莫特乳膏治疗女性尖锐湿疣, 并取得了一定的临床疗效, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2012 年 1 月至 2013 年 6 月本院收治的女性尖锐湿疣患者 80 例, 签署知情同意书, 按照数字表法, 将其随机分为对照组和治疗组, 每组各 40 例患者, 入选患者均符合 CA 诊断标准^[3]: (1) 生殖器或者肛周等人体潮湿部位出现丘疹, 呈乳头状、菜花状或鸡冠状肉质赘生物, 且其表面粗糙角; (2) 醋酸白试验阳性, 核酸杂交可检出 HP-DNA 相关序列, PCR 检测可见 HPV-DNA 特异性条带; (3) 病理学检查发现棘细胞空泡化变; (4) 未合并其他性传播疾病; (5) 未经其他治疗, 并排除代谢性疾病、其他感染性疾病、全身免疫性疾病以及严重肝肾功能不全病例。其中, 对照组平均年龄 (29.4 ± 1.6) 岁; 治疗组平均年龄 (30.2 ± 1.7) 岁。组间一般资料比较无显著差异 ($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法

对照组与治疗组均采用局部 CO₂ 激光治疗 (上海晟昶光电技术有限公司, CL40 型), 即在疣体基底部行局部麻醉, 在局部封闭治疗后根据疣体的大小调整 CO₂ 激光的输出频率, 炭化疣体并予以清除, 治疗后统一采用高锰酸钾清洗创面, 保持伤口干燥及外阴清洁^[4,5]。对照组在 CO₂ 激光治疗基础上在干燥创面上涂抹阿昔洛韦软膏 (上海通用药业股份有限公司, 国药准字 H19999593), 2 次/d。治疗组在 CO₂ 激光治疗基础上在干燥

创面上涂抹 5% 咪喹莫特乳膏 (河南天方药业股份有限公司, 国药准字 H20031230), 1 次/2d。治疗期间禁止患者饮酒、食辛辣食物及房事。治疗时间为 1 个月。

1.3 观察指标

观察并记录每组患者临床症状及体征变化情况, 记录治愈的时间及人数, 观察期为 3 个月。3 个月中及时记录统计所有患者中复发的人数及复发的时间。

1.4 疗效判定

(1) 治愈: 患者临床症状及体征完全消失, 醋白试验检查为阴性; (2) 显效: 患者临床症状及体征明显好转, 醋白试验检查为阴性; (3) 无效: 患者临床症状及体征改善不明显, 醋白试验检查显示为阳性^[6]。总有效率 (%) = 治愈率 + 显效率。

复发率: 在 3 个月的观察期内在原发区域及其周边出现新的疣体, 醋酸白试验检查显示为阳性。临床治疗无效患者, 转入其他治疗方法显效后, 再进入随访队列。

1.5 统计学方法

本次研究采用 SPSS13.0 统计学软件处理, 计数资料采用 χ^2 检验, 组间对比采用单因素方差分析。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 总有效率比较

经治疗 1 个月后, 观察患者临床症状及体征改善情况进行统计。对照组总有效率 87.5%, 治疗组总有效率 97.5%, 组间比较差异有显著统计学意义 ($P < 0.05$), 表明治疗组的临床疗效明显高于对照组。见表 1。

表 1 两组尖锐湿疣患者治疗临床疗效比较

组别	例数(n)	治愈	显效	无效	总有效率 (%)
对照组	40	30 (75.0)	5 (12.5)	5 (12.5)	87.5
治疗组	40	38 (95.0)	1 (2.5)	1 (2.5)	97.5 [#]

注: [#]与对照组比较, $P = 0.036 < 0.05$

2.2 复发率比较

密切记录 3 个月中每组患者是否出现复发情况,以及复发的时间。2 个月复发的人数不包括 1 个月复发的人数在内,3 个月复发的人数不包括 1、2 个月复发的人数。根据统计情况可以看出治疗组在 1、2、3 个月时复发的人数均少于对照组 ($P < 0.05$),表明治疗组的临床疗效优于对照组。见表 2。

表 2 两组尖锐湿疣患者复发情况比较

组别	例数	复发情况			合计
		1 个月内	2 个月内	3 个月内	
对照组	40	3	3	6	12(30.0)
治疗组	40	1	1	3	5(12.5) *

注: * 与对照组比较, $P < 0.05$

2.3 不良反应

经过密切临床观察,治疗组有 1 例患者、对照组有 2 例患者于治疗期间出现患处溃疡糜烂,均为轻度,仅给予对症处理后自行恢复。对照组 3 例患者于使用阿昔洛韦软膏后出现患处瘙痒,未经特殊处理。其余经治疗患者未见药物副作用引起的临床不良反应。

3 讨论

尖锐湿疣是由 HPV 病毒感染所导致的,人类为其唯一宿主,其对组织具有高度特异性。HPV 病毒具有多种抗原型,其中,6、11、16、18 型与本病密切相关^[6],复合型 HPV 感染的致病性与复发率均远远高于单一型 HPV 感染^[7,8],严重影响患者的生活质量。提高治愈率以及减少复发率是判断治疗效果的关键^[9]。

CO₂ 激光治疗是治疗尖锐湿疣的常用的物理疗法,采用烧灼法治疗尖锐湿疣,能够快速清除肉眼可见的疣体,适合于外阴、肛门周围的表浅疣体,但对病灶处皮肤黏膜下检测仍可发现 HPV 的 DNA 序列,极易引起疾病的复发。故在术后配合药物涂擦治疗对疾病尤为重要^[10]。

咪喹莫特乳膏是人工合成制剂,属于非核苷类异环胺类药物,是免疫反应调节剂,可促进多种细胞因子如白介素 IL-1、IL-6、IL-8 的产生^[11,12],提高干扰素以及肿瘤免疫反应等,此外,还可激活 T 淋巴细胞以及 NK 细胞,使细胞免疫增强,从而发挥抗病毒作用^[13,14]。咪喹莫特乳膏外用吸收非常迅速,5min 血药浓度达到峰值,而阿昔洛韦软膏血药浓度达到峰值的时间则在 30~60min;咪喹莫特乳膏的生物利用度为 $(67 \pm 13)\%$,是阿昔洛韦的 3~5 倍;此外,咪喹莫特吸收后主要分布于淋巴结和皮肤,故称为治疗病毒性皮肤病的首选治疗药物。有文献报道,咪喹莫特乳膏可降低复发率的原因可能跟其在病变处刺激机体产生干扰素,干扰 HPV 病毒的复制,降低病变处 HPV-DNA、mRNA 的浓度来发挥的作用^[15]。

我院对于尖锐湿疣的治疗治疗组采用 CO₂ 激光治疗加上

咪喹莫特乳膏的总有效率为 97.5%,而对照组采用 CO₂ 激光联合阿昔洛韦软膏总有效率为 87.5%。此外,治疗组的复发率为 12.5%,对照组的复发率为 30.0%,每个时间段的复发率计算治疗组均低于对照组。

综上所述,CO₂ 激光治疗后涂擦咪喹莫特乳膏的治愈率高于涂擦阿昔洛韦软膏,并且涂擦咪喹莫特乳膏的患者的复发率远低于涂擦阿昔洛韦软膏的患者,从而对患者的预后及生活质量产生优良影响。在治疗当中尚未发现明显毒副作用,其综合治疗有极大的临床价值,值得临床借鉴及进一步推广使用。

参 考 文 献

- [1] Jean Bolognia, Joseph L Jorizzo, Ronald P Rapini 等编著. 皮肤病学 (上卷). 2 版. 朱学俊, 王宝玺, 孙建方等译. 北京: 北京大学医学出版社, 2011: 1470-1472.
- [2] Willam D James, Timothy G Berger, Dirk M Elseon 编著. 安德鲁斯皮肤病学. 10 版. 徐世正主译. 北京: 科学出版社, 2008: 427.
- [3] 朱学俊主编. 现代皮肤病性病诊疗手册. 2 版. 北京: 北京大学医学出版社, 2008: 480-500.
- [4] 韩婷梅. CO₂ 激光联合重组人白介素-2 及 γ -干扰素 α -2b 凝胶治疗 45 例尖锐湿疣的疗效分析. 中国伤残医学, 2013, 21(7): 304-305.
- [5] 杜鹃. CO₂ 激光联合光动力法治疗尖锐湿疣 39 例护理体会. 中国性科学, 2013(2): 55-56.
- [6] Helm F, Aslanzadeh J, Muller SA, et al. Detection of herpes simplex virus and in lesions of erythema multiforme by polymerase chain reaction. Jcutan Pathol, 1990, 17(5): 299.
- [7] 吕小萍, 李体元, 戴勇, 等. 尖锐湿疣皮损人乳头瘤病毒基因分型研究. 第三军医大学学报, 2005, 27(21): 2154-2156.
- [8] 王文格, 郑玲玲, 孙铮. 尖锐湿疣 67 例 HPV 分型分析. 中国性科学, 2013, 22(2): 53-54.
- [9] 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.
- [10] 王千秋, 张国成主编. 性传播疾病临床诊疗指南. 1 版. 上海: 上海科学技术出版社, 2007: 240.
- [11] 吉玺, 骆丹, 缪旭, 等. 5% 咪喹莫特乳膏对小鼠皮肤 3 种细胞因子 mRNA 表达的影响. 临床皮肤科杂志, 2006, 35(1): 9-10.
- [12] Brummer E, Antonyssamy MA, Bythadka L, et al. Effect of 3M-003, an imidazoquinoline, on phagocyte candidacidal activity directly and via induction of peripheral blood mononuclear cell cytokines. FEMS Immunol Med Microbiol, 2010, 59(1): 81-89.
- [13] 徐浩翔, 崔盘根. 咪喹莫特作用机制和临床应用进展. 中华皮肤科杂志, 2013, 46(6): 447-449.
- [14] 倪均, 张谊芝. 咪喹莫特乳膏预防尖锐湿疣复发随机对照临床观察. 中国麻风皮肤病杂志, 2007, 23(1): 81.
- [15] 王强, 倪立燕, 姚学军. 外用咪喹莫特预防尖锐湿疣复发的疗效及其机制. 中国临床医学, 2010, 17(6): 919-921.

(收稿日期: 2013-12-10)

· 性传播疾病 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.07.025

性病门诊就诊者支原体感染状况及耐药分析

邱振¹ 李世远² 覃善列³ 朱邦勇²

1 广西壮族自治区皮肤病医院药械科, 南宁 530003

2 广西壮族自治区皮肤病医院检验室, 南宁 530003

3 广西壮族自治区皮肤病医院社防科, 南宁 530003

【摘要】目的: 了解我院性病门诊解脲支原体(Uu)、人型支原体(Mh)的感染状况和耐药情况, 指导临床合理选用抗菌药物。方法: 对性病门诊 2011 年至 2013 年疑似非淋菌尿道炎(NGU)患者的实验室报告进行回顾性调查, 对检验数据进行统计分析。结果: 3 年中, 5526 例患者中, Uu 感染 1979 例(35.81%), Mh 感染 382 例(6.91%), 混合感染 214 例(3.87%)。解脲支原体药敏趋势显示, 交沙霉素、米诺环素、多西环素、克拉霉素有较高的抑菌能力, 环丙沙星耐药明显。人型支原体药敏显示, 交沙霉素、米诺霉素、多西霉素依然有效, 大环内酯类和喹诺酮类出现较强的耐药。结论: 我院性病门诊患者支原体属感染率高, 可选用抗菌药品种少, 要引起医院的重视, 应在药敏结果指导下合理选药, 减缓耐药菌株的产生。

【关键词】解脲支原体; 人型支原体; 感染状况; 药敏

Mycoplasma infection status and drug resistance of the patients in the STD clinic QIU Zhen¹, LI Shiyuan², QIN Shanlie³, ZHU Bangyong². 1. Drug and Equipment Section, Guangxi Zhuang Autonomous Region Dermatoses Hospital, Nanning 530003, China; 2. Department of Laboratory, Guangxi Zhuang Autonomous Region Dermatoses Hospital, Nanning 530003, China; 3. Social Epidemic Prevention Department, Guangxi Zhuang Autonomous Region Dermatoses Hospital, Nanning 530003, China

【Abstract】Objectives: To investigate the infection status and drug resistance situation of ureaplasma urealyticum (Uu) and mycoplasma hominis (Mh) in STD clinic, to guide clinical rational use of antimicrobial drug. Methods: A retrospective review of the laboratory reports of patients suspected of non-gonococcal urethritis (NGU) in the STD clinics from 2011 to 2013 was carried out, and a statistical analysis was conducted to analyze test data. Results: Of all the 5526 patients in the three years, 1979 cases (35.81%), 382 cases (6.91%) and 214 cases (3.87%) suffered from Uu infection, Mh infection and mixed infection respectively. Uu-drug sensitive test showed that josamycin, minocycline, doxycycline and clarithromycin were of higher antibacterial ability and ciprofloxacin was apparently drug-resistant. Mh-drug sensitive test showed that josamycin, minocycline and doxycycline were still effective, and macrolide and quinolones were of strong drug-resistance. Conclusion: In STD clinic, patients are of high mycoplasma infection rates with few antimicrobials available, which should be taken seriously by the hospital. Besides, drug should be chosen rationally according to the results of drug sensitive test, to slow down the generation of drug-resistant strains.

【Key words】Ureaplasma urealyticum; Mycoplasma hominis; Infection status; Drug sensitive test

【中图分类号】R759

【文献标志码】A

皮肤性病门诊性病患者主要以非淋菌性尿道炎(NGU)、淋病和梅毒为主^[1]。引起非淋菌性尿道炎的主要病原菌是解脲支原体(Uu)和人型支原体(Mh)^[2]。支原体多寄居于人体泌尿生殖道及生殖腺中, 可引起人类泌尿生殖道感染^[3], 进行支原体属培养、鉴定和药敏, 是规范化性病门诊的一项基本要求。非淋菌性尿道炎在我院性病门诊出现的比例较大, 为了解本地区支原体属的感染状况及其耐药情况, 笔者对本院皮肤性病门诊 2011 年 1 月至 2013 年 12 月疑似 NGU 患者的 Uu、Mh 检测结

果进行统计分析, 现报道如下。

1 材料与方法

1.1 资料来源

调查时间段为 2011 年 1 月 1 日至 2013 年 12 月 31 日, 资料为本院性病门诊疑似 NGU 患者 5526 例首诊实验室记录, 其中男性 2987 例, 女性 2539 例。

1.2 标本采集

检验科严格按照支原体标本采集操作规程, 女性以无菌拭子取宫颈分泌物, 男性取尿道分泌物、精液或前列腺液, 置无菌管内立即送检。

1.3 试剂和仪器

支原体培养鉴定药敏诊断试剂盒(珠海迪尔生物工程有限

【第一作者简介】邱振(1976-), 男, 主管药师, 主要从事药学与医院制剂研究工作。

公司),电热恒温培养箱(上海跃进医疗器械厂,型号 PYX - DHS · 400 - BS - II)。

1. 4 方法及结果判断

用一次性无菌吸头吸取液体培养基 100 μ L 加入检测卡 C - 空白孔,将标本拭子插入培养瓶,充分混匀后接种标本的培养基,取 100 μ L 加入检测卡的剩余孔中(含 Uu、Mh 鉴定孔,药敏孔),各孔滴加 2 滴无菌矿物油,合上卡盖,置 37 $^{\circ}$ C 培养箱中,在 24h 和 48h 分别观察结果,孔中颜色是黄色或者橙黄色为阴性,

清晰透明红色为阳性。药敏孔药物浓度分高(上孔)和低(下孔),上孔(+)且下孔(+),表示耐药;上孔(-)且下孔(-),表示敏感;上孔(-)下孔(+)表示中敏。

2 结果

考虑到 Uu 与 Mh 的耐药谱本身有所不同,需对其分别进行检验和分析^[4]。5526 份标本中支原体属阳性 2575 例,总阳性率为 46.59%,其中 Uu 感染 1979 例(35.81%),Mh 感染 382 例(6.91%),混合感染 214 例(3.87%)。见表 1。

表 1 2011 ~ 2013 年支原体属感染状况

病原体	男性($n=2987$)		女性($n=2539$)		合计($n=5526$)	
	阳性例数	阳性率(%)	阳性例数	阳性率(%)	阳性例数	阳性率(%)
Uu	1030	34.48	949	37.38	1979	35.81
Mh	199	6.66	183	7.21	382	6.91
Uu + Mh	111	3.72	103	4.06	214	3.87
合计	1340	44.86	1235	48.64	2575	46.59

混合感染患者的药敏结果分 Uu 和 Mh 项并入单纯感染中一起分析,解脲支原体药敏趋势显示,交沙霉素、米诺环素、多

西环素、克拉霉素敏感率较高,有较强的体外抑菌能力,氧氟沙星和左氧氟沙星中敏率较高,环丙沙星耐药明显。见表 2。

表 2 2011 ~ 2013 年 Uu 药敏结果

孔内药物	2011 年($n=819$)			2012 年($n=700$)			2013 年($n=674$)			2011 - 2013 年($n=2193$)[$n(\%)$]		
	敏感	中敏	耐药	敏感	中敏	耐药	敏感	中敏	耐药	敏感	中敏	耐药
四环素	579	47	193	460	51	189	474	44	156	1513(68.99)	142(6.48)	538(24.53)
左氧氟沙星	124	407	288	160	337	203	122	298	254	406(18.51)	1042(47.51)	745(33.97)
红霉素	324	215	280	306	144	250	84	186	404	714(32.56)	545(24.85)	934(42.59)
交沙霉素	774	18	27	635	29	36	610	24	40	2019(92.07)	71(3.24)	103(4.70)
多西环素	659	30	130	518	45	137	520	34	120	1697(77.38)	109(4.97)	387(17.65)
环丙沙星	12	158	649	12	143	545	10	116	548	34(1.55)	417(19.02)	1742(79.43)
氧氟沙星	133	430	256	183	316	201	126	302	246	442(20.16)	1048(47.79)	703(32.06)
米诺环素	665	45	109	529	52	119	532	54	88	1726(78.70)	151(6.89)	316(14.41)
罗红霉素	501	102	216	461	75	164	314	136	224	1276(58.19)	313(14.27)	604(27.54)
阿奇霉素	514	101	204	462	61	177	400	100	174	1376(62.75)	262(11.95)	555(25.31)
克拉霉素	591	43	185	490	43	167	466	54	154	1547(70.54)	140(6.38)	506(23.07)
司帕沙星	202	250	367	227	225	248	160	146	368	589(26.86)	621(28.32)	983(44.82)

人型支原体药敏趋势显示,交沙霉素、米诺环素、多西环素有效,选药范围比 Uu 感染小,大环内酯类和喹诺酮类出现较强

的耐药。见表 3。

表 3 2011 ~ 2013 年 Mh 药敏结果

孔内药物	2011 年($n=212$)			2012 年($n=204$)			2013 年($n=180$)			2011 - 2013 年($n=596$)[$n(\%)$]		
	敏感	中敏	耐药	敏感	中敏	耐药	敏感	中敏	耐药	敏感	中敏	耐药
四环素	91	34	87	85	22	97	120	28	92	296(45.12)	84(12.80)	276(42.07)
左氧氟沙星	15	41	156	22	56	126	8	40	132	45(7.55)	137(22.99)	414(69.46)
红霉素	2	10	200	8	10	186	2	4	174	12(2.01)	24(4.03)	560(93.96)
交沙霉素	178	11	23	163	14	27	146	12	22	487(81.71)	37(6.21)	72(12.08)
多西环素	158	14	40	134	17	53	118	10	52	410(68.79)	41(6.88)	145(24.33)
环丙沙星	14	20	178	8	14	182	6	4	170	28(4.70)	38(6.38)	530(88.93)
氧氟沙星	17	41	154	19	83	92	8	42	130	44(7.51)	166(28.33)	376(64.16)

孔内药物	2011 年 (n = 212)			2012 年 (n = 204)			2013 年 (n = 180)			2011 - 2013 年 (n = 596) [n (%)]		
	敏感	中敏	耐药	敏感	中敏	耐药	敏感	中敏	耐药	敏感	中敏	耐药
米诺环素	160	13	39	126	27	51	118	22	40	404 (67. 79)	62 (10. 40)	130 (21. 81)
罗红霉素	8	10	194	14	11	179	6	6	168	28 (4. 70)	27 (4. 53)	541 (90. 77)
阿奇霉素	7	11	194	13	15	176	8	12	160	28 (4. 70)	38 (6. 38)	530 (88. 93)
克拉霉素	10	10	192	13	14	177	4	22	154	27 (4. 53)	46 (7. 72)	523 (87. 75)
司帕沙星	34	26	152	29	38	137	14	20	146	77 (12. 92)	84 (14. 09)	435 (72. 99)

3 讨论

目前采用液体培养基鉴定泌尿生殖道中的解脲支原体和人型支原体是各级实验室广泛开展的检验项目^[5]。医院长期使用某品牌支原体试剂盒,要与固体培养进行相符率对比,质控要求对解脲支原体标准株 ATCC27813 和人型支原体标准株 ATCC14027 分离培养符合率为 100%,药敏符合率 >90%。另外,检测结果很大程度上依赖于标本的采集,所以一次的阴性结果并不能确定没有感染,阳性结果指示泌尿生殖道支原体的存在,但并不能作为充分的临床诊断依据,临床的诊断需与临床症状相结合。

女性支原体感染可引起尿道炎、盆腔炎、子宫内膜炎、输卵管炎、妊娠期感染、继发性不孕、流产和早产等;男性多见非淋菌性尿道炎、前列腺炎和附睾炎、男性不育等^[6]。本文对 5526 例疑似 NGU 患者进行支原体检测,Uu 感染率 35.81%,Mh 感染率 6.91%,混合感染率 3.87%,显示 Uu 是引起非淋菌性尿道炎的主要病原体之一。此结果与陈志红^[7]、胡志军^[8]、钱四海^[9]等报道结果相似,与张娟等^[10]报道的中山地区的 Mh 感染率 0.95%、李玉美等^[11]报道的东莞地区的 Uu 感染率 25.6% 存在差别,说明了支原体在不同地区、不同人群、不同时间会有较大差别的可能。

支原体是一种大小介于细菌和病毒之间、无细胞壁结构的微生物,β-内酰胺类无效,四环素和大环内酯类干扰蛋白质合成、喹诺酮类阻止 DNA 复制,皆能抑制支原体的繁殖。近年来由于抗生素的滥用及治疗不规范,支原体感染呈上升趋势,耐药性的问题也日趋严重^[12]。与高鹏等^[13]报道的某地区支原体药敏结果存在较大差异,说明支原体耐药程度受各地用药情况影响,应该参考 Uu、Mh 药敏结果用药,足量使用敏感抗生素,缩短疗程,避免低浓度长接触而产生耐药菌株。药敏监测结果显示本地区临床用药首选交沙霉素,口服吸收好,组织中药物浓度高,在泌尿道和前列腺中的浓度比血液中高,次选多西环素、米诺环素,与文献报道基本一致^[14]。考虑到氟喹诺酮类在细胞内分布高的特点,Uu 感染中敏可视为敏感,氧氟、左氧氟沙星的敏感 + 中敏率约为 67%,还可以联合用药,苏贻洲等^[15]用克拉霉素和左氧氟沙星联合治疗 Uu 感染的慢性前列腺患者,有效率为 96.51%。

药敏显示克拉霉素对本地区 Mh 已经耐药,敏感率只有 4.53%。可能是因为 Mh 结构特殊,有多种耐药基因,尤其是对十四、十五环的大环内酯类天然耐药^[16]。Mh 对喹诺酮类、红霉素类药物耐药率明显高于其他抗菌药物^[17],单纯的 Mh 感染已经建议临床医生不选用氟喹诺酮类。

医疗机构对于抗生素的品种数有严格的规定,支原体耐药数据的分析结果,可以作为医院采购抗菌药物的参考依据。在参考药敏结果的同时,也要认识到支原体只在特定的情况下致病,不能将培养结果作为判断患者感染的唯一标准,要结合患者临床情

况,制定合理的治疗方案。开展支原体药敏分析,及时掌握感染情况和耐药程度,及时向医生传递耐药信息,单选或联用合适的抗菌药物,才能有效治疗由支原体感染所引起的疾病。

参 考 文 献

[1] 周方红,刘新平. 支原体和沙眼衣原体在非淋菌性尿道炎中的感染分布及耐药性分析. 实用预防医学,2010,17(7):1429 - 1430.

[2] 覃吉高. 洛美沙星联合克拉霉素治疗顽固性支原体性非淋菌性尿道炎 52 例疗效观察. 中国煤炭工业医学杂志,2011,14(4):81 - 82.

[3] Andersen B,Sokolowski I,Lars Stergaard,et al. Mycoplasma genitalium:prevalence and behavioural risk factors in the general population. Sex Transm Infect,2007,83(3):237 - 241.

[4] 周运恒,马红霞,石晓星,等. 人型支原体合并解脲支原体感染的检出率和耐药分析. 中国感染与化疗杂志,2014,14(1):11 - 14.

[5] 翁杏华,徐涛,关尚,等. 泌尿生殖道支原体液体培养与固体培养对比. 吉林医学,2014,35(5):968 - 969.

[6] 卢珍,杨金军,周田美,等. 泌尿生殖道感染支原体属分离率及药敏结果分析. 中华医药感染学杂志,2013,23(22):5615 - 5616.

[7] 陈志红. 516 例 STD 门诊患者支原体感染及药敏情况分析. 中国实用医药,2012,7(35):134 - 135.

[8] 胡志军,吴希静,潘晓龙,等. 铜陵地区泌尿生殖道衣原体和支原体属感染及耐药分析. 安徽医学,2014,35(2):155 - 156.

[9] 钱四海. 2009 - 2011 年赤壁地区泌尿生殖道支原体感染趋势及耐药分析. 黑龙江医学,2013,37(2):84 - 86.

[10] 张娟,叶聪秀,黄小荣. 1889 例泌尿道支原体感染耐药性分析. 热带医学杂志,2013,13(8):1005 - 1006.

[11] 李玉美,林东子,陈胤文,等. 2010 - 2012 年东莞地区支原体感染及耐药情况分析. 实验与检验医学,2013,31(5):484 - 485.

[12] 关立婷,陈立刚. 支原体鉴定药敏一体化试剂盒假阳性结果分析. 海南医学,2011,22(6):110.

[13] 高鹏,张咏梅,李顺安,等. 某地区 2774 例泌尿生殖道支原体培养及药敏检测结果分析. 国际检验医学杂志,2011,32(2):205.

[14] 高会霞,袁文芳,刘腾飞,等. 石家庄地区 2006 - 2008 年泌尿生殖道支原体感染的检测及耐药趋势. 河北医药,2009,31(14):1830 - 1831.

[15] Beeton ML,Chalker VJ,Maxwell NC,et al. Concurrent titration and determination of antibiotic resistance in ureaplasma species with identification of novel point mutations in genes associated with resistance. Antimicrob Agents Chemother,2009,53(5):2020 - 2027.

[16] 苏贻洲,黄永斌,张海涛,等. 克拉霉素与左氧氟沙星联用治疗慢性前列腺炎疗效观察. 河北医药,2009,31(5):635.

[17] 陈仕林,陈毓茜,刘华丽,等. 泌尿生殖道支原体属与衣原体属感染现状及耐药分析. 中华医院感染学杂志,2011,21(5):1048 - 1049.

• 性传播疾病 •

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.07.026

自我管理教育对性病患者自我效能影响的研究

胡艳¹ 吴桂芳² 王孝玉³

1 南充市中心医院护理部, 四川 南充 637000

2 南充市中心医院感染病科, 四川 南充 637000

3 南充市中心医院骨科, 四川 南充 637000

【摘要】目的:探讨自我管理教育对性病患者自我效能影响效果。方法:对2013年3月至2013年8月期间收治、走访、问卷调查的1000例性病患者,均进行自我管理教育,对比分析干预前后患者的自我效能水平。结果:干预后患者的性病相关知识的认知水平、自我效能评分以及生活质量评分等,均显著高于干预前,对比差异具有统计学意义(均 $P < 0.05$)。结论:对性病患者进行自我管理教育,能够有效提高患者的护理满意度,强化性病相关知识的认知,并改善患者的自我效能水平,值得临床上进一步推广应用。

【关键词】自我管理教育;性病患者;自我效能;影响

Influence of self - management education for the self - efficacy of venereal patients HU Yan¹, WU Guifang², WANG Xiaoyu³. 1. Department of Nursing, Nanchong Central Hospital, Nanchong 637000, China; 2. Department of Infectious, Nanchong Central Hospital, Nanchong 637000, China; 3. Department of Orthopaedic, Nanchong Central Hospital, Nanchong 637000, China

【Abstract】Objectives: To investigate the influence of self - management education for the self - efficacy of venereal patients. Methods: 1000 venereal patients received, visited and surveyed from March 2013 to August 2013 were intervened by self - management education. The self - efficacy level before and after intervention was compared and analyzed. Results: After intervention, the cognitive level of venereal disease - related knowledge, self - efficacy scores and quality of life scores of patients were all significantly higher than those before the intervention, with statistically significant difference (all $P < 0.05$). Conclusion: Self - management education can effectively improve the patient's nursing satisfaction and strengthen their cognition of venereal disease - related knowledge, thereby improving patient's level of self - efficacy. It is worth further clinical application.

【Key words】Self - management education; Venereal patients; Self - efficacy; Influence

【中图分类号】R759

【文献标志码】A

近年来,我国性病患者的人数仍在上升,尤其对于艾滋病(acquired immune deficiency syndrome, AIDS)患者,经临床治疗后仍无法得到治愈的效果,且患者需要长期承担对疾病的自我管理^[1,2],这不仅给家属带来极大的痛苦,而且使社会与医疗系统的工作负担不断加重^[3]。如何有效提高性病患者的自我管理,改善其健康行为方式,是目前临床上亟需解决的问题。本研究通过观察、调查1000例性病患者应用自我管理教育的效果,旨在探究该方法对性病患者自我效能水平的影响,为自我管理教育在该类患者中的推广提供参考依据,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取对凉山州普格县人民医院于2013年3月至2013年8月期间收治、走访、问卷调查的1000例性病患者。纳入标准:(1)年龄 ≥ 18 岁;(2)对本研究知情同意者;(3)能独立完成本研究的调查,且具备正确回答问题能力的患者。排除标准:(1)

患有精神障碍、视觉障碍、听觉障碍等无法配合本研究者;(2)患有附睾炎、急性输卵管炎、子宫内膜炎、宫颈炎等严重的并发症者;(3)恶性肿瘤患者。其中,男性患者701例,女性患者299例;年龄范围在19~77岁,平均年龄为 (30.71 ± 8.90) 岁;文化水平小学及以下450例,初中250例,高中101例,大专及以上199例。

1.2 方法

所有患者均给予综合疗法、药物治疗、激光治疗等对症处理,并进行常规的健康教育,包括性病防治知识、用药指导、饮食禁忌、复查时间以及日常保健等,在此基础上,进行自我管理教育,具体方法如下:(1)由心理医生、营养师、性病专职医师与护士以及具备一定性病相关知识的志愿者等组成的自我管理教育团队,组织所有教育队员学习自我管理教育的方法、内容并制定患者教育方案;(2)医护人员对自我管理教育实施方案进行评估、指导,帮助患者采取有效的自我管理方式,提高患者的自我效能水平;(3)教育队员实施制定的教育计划,并通过借助咨询电话、网络聊天群、电子邮件等沟通平台,随时解决患者提出的问题,定期开展性病防治知识健康讲座,让自我管理行为表现优秀的患者作经验介绍,在患者中形成榜样效应;(4)教

【第一作者简介】胡艳(1964-),女,副主任护师,主要从事护理临床与管理工作。

育队员与患者的家属多沟通,并取得他们的支持与配合,关注患者消极情绪,并作出评估与心理咨询。

1.3 指标观察与评定

观察与记录干预前后患者的性病相关知识掌握情况、自我效能评分以及生活质量:(1)性病相关知识包括性病防治知识、用药指导、饮食禁忌、复查时间以及日常保健等 5 项,每项选择包括了解、少量了解与不了解^[3];(2)自我效能评分的评定,参照 HIV/AIDS 患者疾病管理自我效能感量表^[4],包括药物管理、情绪管理、症状管理、获得支持与帮助、与卫生工作者的交流、疲惫症状管理等 6 个维度,1 分表示极少肯定,10 分表示十分肯定,总自我效能评分等于各维度评分之和;(3)生活质量的评定,采用 SF-36 量表,包括躯体疼痛、生理功能、生理职能、总体健康、情感职能、精神健康、社会功能以及活力等 8 个项目,共

36 个条目,总得分为 100 分,得分越高,生活质量越好。采用问卷调查、面对面访谈以及病例资料查阅等方式,于干预前及干预 4 个月后,对以上指标进行评定。

1.4 统计学方法

采用 SPSS17.0 统计软件进行统计分析,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料用百分率表示,组间计量资料比较采用两样本 t 检验,组间计数资料的比较采用 χ^2 检验,均以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 干预前后患者对性病相关知识掌握情况比较

干预后患者在性病防治知识、用药指导、饮食禁忌、复查时间以及日常保健等方面知识的掌握水平,均显著高于干预前($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 干预前后患者对性病相关知识掌握情况比较

项目	干预前($n=1000$)			干预后($n=1000$)			χ^2 值	P 值
	了解	少量了解	不了解	了解	少量了解	不了解		
性病防治知识	102	228	670	360	250	590	25.513	0.000
用药指导	210	220	570	385	321	294	23.935	0.000
饮食禁忌	180	287	533	385	387	228	24.352	0.000
复查时间	102	228	670	570	220	210	16.897	0.000
日常保健	162	254	584	385	422	193	14.587	0.000

2.2 干预前后患者自我效能评分比较

干预后患者各项自我效能评分,均显著高于干预前,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 干预前后患者自我效能评分比较

项目	干预前(分) ($n=1000$)	干预后(分) ($n=1000$)	t 值	P 值
药物管理	33.91 $\pm$ 7.82	58.20 $\pm$ 8.32	68.352	0.000
情绪管理	40.62 $\pm$ 6.65	62.73 $\pm$ 7.21	62.035	0.000
症状管理	25.22 $\pm$ 6.41	43.12 $\pm$ 7.10	76.362	0.000
获得支持与帮助	23.92 $\pm$ 6.07	40.35 $\pm$ 6.25	50.807	0.000
与卫生工作者的交流	19.50 $\pm$ 4.52	36.49 $\pm$ 5.74	54.587	0.000
疲惫症状管理	18.91 $\pm$ 4.41	32.92 $\pm$ 5.88	67.513	0.000
总自我效能评分	27.01 $\pm$ 6.00	45.65 $\pm$ 6.71	88.362	0.000

2.3 干预前后生活质量对比

干预后患者的各项生活质量评分均显著高于干预前,差异具有统计学意义(均 $P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组 SF-36 评分对比

SF-36 项目	干预前(分) ($n=1000$)	干预后(分) ($n=1000$)	t 值	P 值
躯体疼痛	54.13 $\pm$ 3.69	62.17 $\pm$ 3.32	20.023	0.000
生理功能	52.31 $\pm$ 3.81	60.22 $\pm$ 3.21	19.342	0.000
生理职能	51.17 $\pm$ 4.24	59.63 $\pm$ 3.59	18.946	0.000
情感职能	52.54 $\pm$ 3.53	58.64 $\pm$ 4.22	13.344	0.000
精神健康	55.47 $\pm$ 4.32	65.88 $\pm$ 4.66	20.156	0.000
社会功能	56.59 $\pm$ 3.22	65.33 $\pm$ 3.97	19.010	0.000
活力	53.97 $\pm$ 3.33	62.55 $\pm$ 4.23	19.401	0.000
总体健康	57.98 $\pm$ 4.39	68.34 $\pm$ 4.24	21.101	0.000

3 讨论

性病患者往往需要承担较大的自我管理负担,而采用常规的健康教育方法,往往以性病相关知识的教育为主要方式,患者则扮演着被动接受的角色,干预后患者的自我效能水平并未得到有效的提升^[5]。而自我管理教育是在传统健康教育的基础上,引入“以患者为中心”的核心教育理念,在提高慢性病患者的自我效能水平方面具有显著的效果^[6]。而性病患者在自身疾病管理中,是主要的承担者与感受者,因此,在该类患者的随访管理过程中,有效运用自我管理教育手段,提高患者自我管理的相关知识、管理技能以及管理自身疾病的信心,是目前临床上对性病护理研究的重点。

有研究^[7]证实,不良事件、健康状况、情绪改变等因素,能够显著影响患者的自我效能水平,而性病患者由于疾病的特殊性,往往存在受社会歧视的压力,再加上疾病本身的困扰,患者的身心均会受到较大程度的打击,而随着性病病情的不断发展,该类患者的健康质量逐渐受到更深层次的威胁,并不断出现各种并发症^[8],进而引起患者的社会功能逐渐降低,最终导致丢失正常的工作能力^[9],这将会长期对患者的情绪造成负性影响,严重影响了该类患者的临床治疗质量。在本研究开展自我管理教育前发现,患者在性病相关知识掌握情况、自我效能评分以及生活质量等方面均处于较低水平状态,总自我效能的评分仅为(27.01 $\pm$ 6.00)分,这说明性病普遍存在自我效能水平低下的现象。因此,医疗人员协助性病进行角色转变,以进一步提高其自我效能水平,对提高该类患者的生存质量,具有十分重要的作用。

已有研究^[10-12]证实,采用自我管理教育方法能够显著提高患者的自我效能水平,而在本研究中,则通过组建自我管理教

育团队,有针对性地制定与实施自我管理教育计划,并借助多种与患者的沟通工具,提高患者在教育过程中的积极性,并取得患者家属、朋友等的支持与配合,共同关注患者情绪的变化情况,在教育干预实施 4 个月后,患者的性病相关知识的认知水平、自我效能评分以及生活质量评分等,均显著高于干预前,对比差异具有统计学意义,尤其是在自我效能评分方面,干预后患者的总自我效能评分提高到了 (45.65 ± 6.71) 分,这与陈晓等^[13,14]的报道结果相似,进一步证实了自我管理教育在提高性病患者的自我效能水平方面,具有可行性与有效性。但本研究纳入的对象均为自愿配合自我管理教育者,而对其余未加入本研究的患者,可能对自身健康的关注度更高,此外,对于低文化层次的患者,自我管理教育的实施难度亦与高层次的有所差异^[15],因此,如何加大自我管理教育的宣传力度,有针对性地促进该项目的推广,是下一步研究的重点。

综上所述,对性病患者进行自我管理教育,能够有效提高患者的护理满意度,强化性病相关知识的认知,并改善患者的自我效能水平,值得临床上进一步推广应用。

参 考 文 献

- [1] 郑福杰,李春秀,吴莹,等. 性病患者就诊行为影响因素的调查分析. 中国性科学, 2010, 19(4): 46-48.
- [2] Celik DG, Yuksel P, Aslan M, et al. The importance of transmission time in HIV infections and an epidemiological prospective follow-up study for 1 year in the Marmara Region of Turkey. Transfusion and Apheresis Science, 2012, 47(1): 3-7.
- [3] 阿曼古丽,吾丽布松,吐尔孙买买提,等. 249 例性病流行病学调查分析. 中国性科学, 2010, 19(12): 6-7, 9.
- [4] 王红,张燕红,成月花,等. 护理干预对成人癫痫病人自我效能及生活质量与焦虑抑郁状况的相关性影响. 护理研究, 2011, 25(24): 2165-2168.
- [5] Brady T. Strategies to support self-management in osteoarthritis: Five categories of interventions, including education. Orthopaedic Nursing, 2012, 31(2): 124-130.
- [6] Warwick M, Gallagher R, Chenoweth L, et al. Self-management and symptom monitoring among older adults with chronic obstructive pulmonary disease. Journal of Advanced Nursing, 2010, 66(4): 784-793.
- [7] 李姮瑛,谢琼,李密,等. 自我管理教育模式对维持性血透患者健康教育效果的影响. 西部医学, 2011, 23(4): 762-764.
- [8] 王莹,张清,刘彦彦. 稳定期慢性阻塞性肺疾病病人自我效能的相关因素分析. 中华护理杂志, 2011, 46(2): 158-161.
- [9] 程朝霞. 108 例老年性病患者心理护理与疗效观察. 中国性科学, 2011, 20(2): 15-16.
- [10] 莫锦萍,郑婉婷,林弟,等. 自我管理教育对下肢深静脉血栓形成患者生活质量的影响. 中国实用护理杂志, 2011, 27(2): 6-8.
- [11] 施荣康,孙嘉珍,李洋,等. 社区自我管理对 COPD 患者健康状况的影响. 山东医药, 2012, 52(21): 69-70.
- [12] 周秋红,李湘平,邹富珍,等. 系统性自我管理教育对社区 2 型糖尿病患者生命质量及焦虑抑郁情绪的影响. 中南大学学报(医学版), 2011, 36(2): 133-137.
- [13] 陈晓,林光惠,陈小英,等. 自我管理教育在提高人类免疫缺陷病毒感染者自我效能中的应用. 护理研究, 2013, 27(32): 3647-3649.
- [14] 陈晓,林光惠,陈小英,等. 连续护理提高艾滋病患者自我护理能力和生活质量效果研究. 护理学杂志, 2013, 28(13): 54-56.
- [15] 严海鸥. 自我管理教育对低文化层次糖尿病患者生活质量的影响. 国际护理学杂志, 2013, 32(9): 2079-2081.

(收稿日期: 2014-01-08)

• 生殖健康 •

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.07.027

Y 染色体微缺失影响男性不育的研究进展

仕治达 陶国振 孙林 综述 王磊光[△] 邱毅 审校

山东省计划生育科学技术研究所(国家卫生和计划生育委员会生育调控技术重点实验室), 济南 250002

【摘 要】 近年的研究热点显示 Y 染色体遗传缺陷因素所致的男性生精障碍是不育的重要病因之一。人类基因组的成功测序认为 Y 染色体的同源性重组是微缺失的分子基础。现研究主要在 AZF 基因。现研究发现在 Y 染色体上的 220 个基因中,无精子症或少精子症患者位于 Y 染色体的长臂(Yq11)无精子因子(AZF)区的 16 个编码基因有缺失,是已知的导致男性不育的最主要的分子遗传病因。临床上常使用提纯周围血白细胞 DNA 加 Y 染色体特异性引物进行 PCR 扩增检测,为明确 Y 染色体基因的功能以及相互之间的联系及基因治疗奠定基础。

【关键词】 Y 染色体缺失;男性不育;无精子因子

【第一作者简介】仕治达(1987-),男,住院医师,硕士,主要从事计划生育研究工作。

[△]【通讯作者】王磊光, E-mail: shizhida1@126.com

Research progress of Y chromosome microdeletion and male infertility SHI Zhida, TAO Guozheng, SUN Lin, WANG Leiguang[△], QIU Yi. Shandong Provincial Institute of Science and Technology for Family Planning (Key Laboratory for Birth Regulation and Control Technology of National Health and Family Planning Commission), Jinan 250002, China

【Abstract】 Recent researches have showed that male spermatogenic failure caused by the genetic defect of Y chromosome is one of the major causes of male infertility. The successful sequencing of Y chromosome uncovers that homologous recombinant is the molecular base of its microdeletion. The current researches focus mainly on the AZF genes. According to such researches, 16 coding genes located at AZF in the Y chromosomal long arm (Yq11) of all the 220 genes of Y chromosome are missing for patients with azoospermia and oligospermia, which has been demonstrated to be a main genetic disorder causing male infertility. PCR amplification test is often used with WBC DNA and Y chromosome specific primers to define the function of Y chromosome genes and their mutual relationships, laying the foundation of spermatogenesis.

【Key words】 Y chromosome microdeletion; Male infertility; Azoospermia factor

【中图分类号】 R698⁺.2

【文献标志码】 A

根据最新 WHO 规定育龄夫妇经 12 个月以上不避孕性生活史而仍未受孕的即可定为不育症。统计学数据发现全世界约有 10% ~ 15% 的已婚夫妇不能正常生育,其中因男性因素所引起的不育约占不孕不育总数的 20%^[1],而另外大约有 30% 是由夫妻双方共同原因导致的。近年来男性不育患者的数量在全世界范围内呈现明显的上升趋势,而男性不育门诊中高达 60% ~ 75% 的患者却只表现为精子质量或活性异常的无精子症和少精子症等。造成男性不育的原因可能是由于多种因素的影响,但是因遗传缺陷引起的男性精子生成发育障碍约占总不育因素的 30%^[2],其中 15% ~ 20% 的男性不育患者却表现为无精子症、大约 10% 左右的患者仅表现为少精子症。Y 染色体是男性与女性相区别的遗传基因,作为男性特有的基因与特异的 Y 染色体遗传性有着密切关系。近十年的研究发现导致男性不育的遗传因素主要是 Y 染色体微缺失。其长臂上含有的无精子因子 (azoospermia factor, AZF) 是导致睾丸精子生成障碍的主要原因,这同时说明 AZF 微缺失是引起男性不育的一个重要因素。2003 年人类基因组测序的完成以及现代分子生物学、分子遗传学和辅助生殖技术的发展,为 Y 染色体的基因结构和分子功能,以及 Y 染色体 AZF 微缺失与男性不育的进一步研究提供了拓展的思路和方向。本文通过综述 Y 染色体的基本结构、微缺失,进一步了解与男性不育方面的研究进展。

1 Y 染色体

Y 染色体以着丝粒为分界分为长臂 (Yq) 和短臂 (Yp),是人类男性有别于女性的染色体近端着丝粒基因。细胞遗传学家根据 Y 染色体不同的功能将其分为:假常染色体,常染色体,异染色体。1959 年 Jacobs 和 Ford 的研究虽然证实 Y 染色体上存在决定性别的基因,但是大多数科学家却还是认为 Y 染色体是一条没有重要功能的染色体。1976 年 Tiepolo 等^[3]通过研究不育生精障碍患者证实 Y 染色体长臂 (Yq11) 有缺失,从而科学推断 Yp 存在着与睾丸生精障碍有关的基因片段:无精子因子。上世纪 90 年代科学家在 Y 染色体上发现睾丸决定基因 (sex determining region Y, SRY),以后有关无精子因子对睾丸生精分化过程的基因研究再次引起世界的关注。之后几十年

的科学研究探索发现精子的分化调控基因 AZF 位于 Y 染色体 Yq11,它的微缺失与男性生精功能发生障碍和异常具有相关性。1996 年 Vogt 等^[4]把主导精子形成发生的 Yq11 基因片段按功能分为 AZFa、AZFb、AZFc 区。之后 Kent - First 等^[5]发现 AZFd 作为一个单独的基因结构存在于 AZFb 和 AZFc 之间。

2003 年伴随着人类基因组测序的成功完成,同时也慢慢揭开了 Y 染色体基本结构和功能的神秘面纱^[6]。Y 染色体是大小约含 59Mb 基因片段的 DNA,其中 Y11 的异染色体区 (Yq12) 占有所有片段的 60%。大约 5% 的 Y 染色体基因片段是位于 Y 染色体两端的假常染色体区,其余的 95% 为 Y 染色体特异部分 (MSY),它是位于常染色质区和异染色质区结合处的相互嵌合体^[6]。前辈们多年的 Y 染色体研究探索,同源序列更加丰富的男性特有基因 Y 染色体在基因重组时导致错乱排序的比率相对增加,从而造成不育患者的 DNA 分析为相关基因重复增加或缺失,Meta 分析发现人类性染色体以基因缺失更为常见。AZF 微缺失作为 Y 染色体缺失中最常见的类型,与男性不育及精子生成障碍存在因果关系。故 Y 染色体微缺失在睾丸生精障碍过程中认为是 AZF 微缺失。

2 AZFa 区

AZFa 基因片段长约 800kb,于 Yq11 区域,主要包括 UPS9Y (ubiquitin - specific protease 9, Y chromosome) 和 DBY (DEAD box on the Y) 两个基因片段,由单链 DNA 复制构成。AZFa 最早发现的候选基因 UPS9Y,虽然只占 AZFa 一半一下的区域,仅仅只有 46 个外显子,但是研究证实 AZFa 的大部分缺失均同时伴有此基因的部分或者全部丢失。临床研究证实 USP9Y 缺失的病例均为原发性无精子症。并且 Sun 等^[7]于 1999 年通过实验对照不育患者与正常男性的 USP9Y 序列分析,证明该序列的缺失是影响男性不育的一个重要因素,并且对精子生成障碍有着重要作用。DBY 基因片段长度大小约 16kb,含有更少的 17 个外显子基因组。该基因位于 USP9Y 下游约 43 kb 处,可能编码一种 ATP 依赖解旋酶,它具有 RNA 解旋酶活性并且与 DEAD - box 相关。科学研究发现 DBY 基因的缺失的主要临床表现为男性不育中的严重少精子症、唯支持细胞综合征 (Sertoli cell - only

syndrome, SCOS)。但是随着之后的研究发现单纯 AZFa 缺失现实比较罕见,仅占男性不育 Y 染色体微缺失中的 5% 左右。Meta 分析显示 I 型 SCOS 只是 AZFa 缺失的部分临床表现,同时多伴有严重少精子症、睾丸体积缩小等其他显著临床缺失现象^[4]。

3 AZFb 区

AZFb 基因片段大小约 3.2Mb,位于 Yq11.23 区域,主要的缺失基因为 RBMY1(RNAbinding motif Y-chromosome 1),造成男性不育的主要原因是引起减数分裂异常。RBMY 含有功能片段的外显子 12 个,编码蛋白:靠近 C 端的功能片段为 SRGY 盒 (serine-arginine-glycine-tyrosine box);在 N 端含有的结构域具有 RNA 结合功能。科学研究证实敲除小鼠 RBMY 基因会造成生殖细胞生精阻滞现象^[8]。此外,热休克因子 Y (heated shock factory Y, HSFY) 也是 AZFb 的候选基因,它的缺失与精子生成关联。RBMY1 在 AZFb 的 D16 亚区,有睾丸特异表达。AZFb 区的缺失包括 AZFb 和 AZFb + c 缺失。Yogev 等^[9]研究发现基因重组过程中的缺失延伸和 X、Y 染色体配对的缺失功能基因是 AZFb/AZFb + c 缺失患者引起生精障碍的主要原因。精子生成障碍使减数分裂停留在初级精母细胞阶段的原因是染色体基因重组时的不配对。

4 AZFc 区

AZFc 区缺失是 AZF 微缺失类型中最为常见类型,占男性不育因素 Y 染色体微缺失的 60% 左右。最近几年 AZFc 区研究的热点主要方向是“AZFc 区部分缺失”,临床主要表现为不同程度的生精障碍:无精子症、少精子症。AZFc 基因片段长度约 3.5Mb,近异染色质区。目前已知的 AZFc 区主要的候选基因有四个:CDY、DAZ、PRY2、BPY,均为多拷贝基因。

4.1 DAZ 基因

DAZ 结构基因 (deleted-in-azoospermia) 是当前科学家研究最多的 AZFc 区的缺失基因。它通过精子细胞中基因特异表达 DNA,调控 mRNA 编码 RNA 结合蛋白,从而影响男性的生精功能。Slee 等^[10]在 1999 年通过转基因技术在人类和小鼠的 DAZ 基因中研究,证实 DAZ 具有生精能力。2000 年 Saxena 等^[11]证实有 DAZ1/2/3/4 四个基因片段复制在 AZFc 区内,其中 DAZ1 基因片段含有有两个 RRM、DAZ2 和 DAZ3 却只含有一个 RNA 结构域 (RNA recognition motif, RRM) 识别基因、DAZ4 基因片段含有最多的 3 个 RRM。一般男性只有 1 个 DAZ 结构基因,但是部分男性却有 2~6 个 DAZ 基因。目前为止已发现的 DAZ 基因缺失包括 3 种类型:DAZ1/DAZ2、DAZ3/DAZ4 和全部缺失^[12]。虽然现在 DAZ 基因相关的研究已经多年,但其是否是导致男性不育的生精障碍的导致原因之一目前尚无定论。部分科学家研究表明,DAZ 全部缺失或部分缺失均是导致男性不育的原因^[13],并且证实 DAZ 基因复制的过程中引起的基因缺失可垂直传递传递给下一代。DAZ 基因缺失患者与 AZFa 区缺失引起的唯支持细胞综合征有很多相同的临床表现型,比如无精子症或少精子症等相似临床表型。然而另外一些专家却认为 DAZ 基因缺失的临床表现和缺失类型存在争议,与男性精子生成没有相关性。Fernandes 等^[14]研究认为 DAZ 的基因复

制在精子生成过程中起作用的部分只是其中的部分片段,未缺失的 DAZ 基因拷贝功能作用决定生精功能是否正常。最近 Collier 等^[15]研究 DAZ 基因,认为其表达的结构蛋白可以与聚合 A 结合蛋白 (polyA-binding proteins, PABPs) 结合,通过影响 mRNA 的翻译来控制精子发生和成熟。

4.2 CDY 基因

CDY 基因 (chromosome domain Y) 作为人类男性特有的基因片段,位于非编码区,主要通过修饰 DNA 复制和翻译表达的蛋白 (1 个催化结构域、1 个结合结构域) 来影响精子的发生。据最新研究发现人类 CDY 基因与小鼠的 CDY1 可能起源于同一基因复制。实验小鼠敲出 DAZ 基因后可引起 CDY1 的一个基因复制缺失,但是单纯的 CDY1 缺失对生精过程的影响尚需进一步的研究证实。Kleiman 等^[16]通过实验对照小鼠 CDY1 与人类 CDY 基因的表达,认为小鼠 CDY1 的基因缺失可引起小鼠睾丸生精障碍,而人类 CDY 的基因缺失没有显著引起生精障碍。Noordam 等^[17]通过定量 PCR 方法检测人类男性性染色体基因表达过程中的实际复制情况,证明 AZFc 区基因片段的加工修饰贯穿于整个演变过程中,并通过一种剂量效应来维持 TMC (total motile sperm count) 的正常进而保证男性的生殖能力。

4.3 AZFc 区部分缺失

AZFc 区先研究发现含有 12 个基因片段,其基因片段部分或全部缺失均可导致精子生精功能障碍。AZFc 区部分缺失包括:gr/gr 缺失 1.6Mb、b1/b3 缺失 1.6Mb、b2/b3 缺失 1.8Mb,此外,AZFc 区全部缺失称为 b2/b4 缺失。AZFc 区部分缺失研究发现 gr/gr 缺失发生率最高,b1/b3 缺失率最低,而 b2/b3 缺失率位于两者之间。国外学者通过 Meta 分析 gr/gr 缺失的 18 篇论著认为,gr/gr 缺失与男性不育显著相关 ($P < 0.01$)^[18]。但是国内 Zhang 等^[19]研究分析我国男性 gr/gr 缺失情况,生精障碍患者中 gr/gr 缺失率仅为 10.3%,而正常男性 gr/gr 缺失率也高达 8%,所以 gr/gr 缺失与生精障碍无关。并且国内 Wu 等^[20]研究也得到了相同的结果。因此现在普遍认为 gr/gr 缺失可能存在地域差异性,西方人较东亚人低。gr/gr 缺失与无精子症之间的关系随着地域和种族而改变。

b2/b3 缺失也称 g1/g3 缺失,缺失的基因片段长度为 1.8Mb。现普遍认为其缺失与睾丸生精障碍无关。Fernandes^[21]、Ferlin 等^[22]报道 b2/b3 缺失既存在于患者中也存在于健康对照人群中,其与生精障碍之间没有关联性。而在对中国人群的研究中,Wu 等^[20]、马明义等^[23]认为 b2/b3 缺失与我国男性生精障碍有关,可能是生精障碍的一个危险因素。因此 b2/b3 缺失与生精障碍之间的关联性同样存在群体地域差异。AZFc 全缺失又称为 b2/b4 缺失,主要包括 DAZ、CDY1、BPY2 缺失。AZFc 全缺失也是因为睾丸精子发育不良而造成不育。Tyler-Smith C 等^[24]研究认为 b2/b4 缺失也可遗传给下一代引起不育。蔡志明等^[25]对 AZFc 区微缺失与男性不育的 16 篇有关文献资料进行 Meta 分析,认为 AZFc 区微缺失与男性不育有相关性 (95% CI: 2.01~3.14)。戴汝琳等^[26]研究发现 AZFc 区部分缺失导致男性不育存在明显地域性差异,在中国东北地区 AZFc 区的 b2/b3 缺失与男性少精、弱精有关,而 gr/gr 缺失却没

有统计学意义,可能单纯的 gr/gr 缺失只是引起男性少精、弱精的风险因子。

5 AZFd 区

Kent-First 等^[5]用序列标签位点发现了 AZF 的新区域 AZFd,位于 AZFb 和 AZFc 之间。虽然 AZFa、AZFb 和 AZFc 区部分候选基因均与男性不育有关,可是至今没有发现 AZFd 区候选基因直接引起男性精子减少或质量降低。Muslumanoglu 等^[27]定位研究分析 AZFd 区 DYS237 结构基因,认为 AZFd 是影响生精的风险因子。AZFd 微缺失的患者临床表现为轻度少精症或精子形态异常。

6 展望

Y 染色体微缺失是造成男性不育的重要原因。尽管现在对 AZF 微缺失的研究已经进入到 Y 染色体缺失类型及单倍型等分子水平^[22],但对 AZFc 区部分缺失的研究却相对比较少,其与男性不育还有很多的争论尚待证实。现普遍共识为 AZF 区微缺失对精子生成存在着地域及人种的差异,我国对 AZFc 区部分微缺失与男性少精、弱精的研究需更多地区的研究人员参与。相信随着国内对 Y 染色体部分缺失区域性研究的不断深入,为我国男性不育患者的基因诊断及临床治疗提供更理想的理论和科学基础依据。

参 考 文 献

- [1] de Kretser DM. Male infertility. *Lancet*, 1997, 349 (9054): 787-790.
- [2] Martin RH. Cytogenetic determinants of male fertility. *Hum Reprod Update*, 2008, 14(4): 379-390.
- [3] Tiepolo L, Zuffardi O. Localization of factors controlling spermatogenesis in the nonfluorescent portion of the human Y chromosome long arm. *Hum Genet*, 1976, 34(2): 119-124.
- [4] Vogt PH, Edelmann A, Kirsch S, et al. Human Y chromosome azoospermia factors (AZF) mapped to different subregions in Yq11. *Hum Mol Genet*, 1996, 5(7): 933-943.
- [5] Kent-First M, Muallem A, Shultz J, et al. Defining regions of the Y-chromosome responsible for female infertility and identification of a fourth AZF region (AZFd) by Y-chromosome microdeletion detection. *Mol Reprod Dev*, 1999, 53(1): 27-41.
- [6] Skaletsky H, Kuroda-Kawaguchi T, Minx PJ, et al. The male specific region of the human Y chromosome is a mosaic of discrete sequence classes. *Nature*, 2003, 423(6942): 825-837.
- [7] Sun C, Skaletsky H, Birren B, et al. An azoospermic man with a de novo point mutation in the Y-chromosomal gene USP9Y. *Nat Genet*, 1999, 23(4): 429-432.
- [8] Mahadevaiah SK, Odorisio T, Elliott DJ, et al. Mouse homologues of the human AZF candidate gene RBM are expressed in spermatogonia and spermatids, and map to a Y chromosome deletion interval associated with a high incidence of sperm abnormalities. *Hum Mol Genet*, 1998, 7(4): 715-727.
- [9] Yogev L, Segal S, Zeharia E, et al. Sex chromosome alignment at meiosis of azoospermic men with azoospermia factor microdeletion. *J Androl*, 2004, 25(1): 110-116.
- [10] Slee R, Grimes B, Speed RM, et al. A human DAZ transgene confers partial rescue of the mouse Dazl null phenotype. *Proc Natl Acad Sci USA*, 1999, 96(14): 8040-8045.
- [11] Saxena R, de Vries JW, Repping S, et al. Four DAZ genes in two clusters found in the AZFc region of the human Y chromosome. *Genomics*, 2000, 67(3): 256-267.
- [12] 阿周存, 杨元, 张思仲, 等. 严重寡精症 ICSI 精子供体的 DAZ 基因拷贝缺失研究遗传, 2006, 28(9): 1057-1060.
- [13] Lin YW, Hsu LC, Kuo PL, et al. Partial duplication at AZFc YH, Hsiao on the Y chromosome is a risk factor for impaired spermatogenesis in Han Chinese in Taiwan. *Hum Mutat*, 2007, 28(5): 486-494.
- [14] Fernandes S, Huellen K, Goncalves J, et al. High frequency of DAZ1/DAZ2 gene deletions in patients with severe oligozoospermia. *Mol Hum Reprod*, 2002, 8(3): 286-298.
- [15] Collier B, Gorgoni B, Loveridge C, et al. The DAZ family proteins are PABP-binding proteins that regulate translation in germ cell. *EMBO J*, 2005, 24(14): 2656-2666.
- [16] Kleiman SE, Lagziel A, Yogev L, et al. Expression of CDY1 may identify complete spermatogenesis. *Fertil Steril*, 2001, 75(1): 166-173.
- [17] Noordam MJ, Westerveld GH, Hovingh SE. Gene copy number reduction in the azoospermia factor c (AZFc) region and its effect on total motile sperm count. *Hum Mol Genet*, 2011, 20(12): 2457-2463.
- [18] T-telmann F, Rajpert-DeMeys E, et al. Gene polymorphisms and male infertility - meta-analysis and literature review. *Reprod Biomed Online*. 2007, 15(6): 643-658.
- [19] Zhang F, Li Z, Wen B, et al. A frequent partial AZFc deletion does not render an increased risk of spermatogenic impairment in East Asians. *Ann Hum Genet*, 2006, 70(Pt3): 304-313.
- [20] Wu B, Lu NX, Xia YK, et al. A frequent Y chromosome b2/b3 sub-deletion shows strong association with male infertility in Han Chinese population. *Hum Reprod*, 2007, 22(4): 1107-1113.
- [21] Fernandes S, Paracchini S, Meyer LH, et al. A large AZFc deletion removes DAZ3/DAZ4 and nearby genes from men in Y haplogroup N. *Am J Hum Genet*, 2004, 74(1): 180-187.
- [22] Ferlin A, Tessari A, Ganz F, et al. Association of partial AZFc region deletions with spermatogenic impairment and male infertility. *J Med Genet*, 2005, 42(3): 209-213.
- [23] 马明义, 钟一梅, 韦小妮, 等. AZFc 区部分缺失与原发性男性生精障碍的相关性研究. *华西医学*, 2007, 22(2): 294-295.
- [24] Tyler-Smith C, McVean G. The comings and goings of a Y polymorphism. *Nat Genet*, 2003, 35(3): 201-202.
- [25] 蔡志明. Y 染色体及其微缺失与男性不育: 过去、现在与将来. *中华男科学杂志*, 2010, 16(5): 387-394.
- [26] Zhang YS, Ru-Lin Dai, et al. Analysis of Y chromosome microdeletion in 1738 infertile men from northeastern China. *J Urology*, 2013, 82(3): 584-588.
- [27] Müslümanoglu MH, Turgut M, Cilingir O, et al. Role of the AZFd locus in spermatogenesis. *Fertil Steril*, 2005, 84(2): 519-522.

• 生殖健康 •

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.07.028

微课程在流产后妇女生殖健康服务中的应用

张秀芬¹ 孙金豹² 张静² 庞艳阁² 崔娜²

1 沧州医学高等专科学校妇产科,河北 沧州 061001

2 沧州市人民医院妇产科,河北 沧州 061001

【摘要】目的:探索微课程在流产后服务工作中应用的具体方法,并分析效果。方法:制作微课程资料,提供给研究对象,在家里完成自学,并记录学习中存在的问题。流产后1周随访,医生指导妇女落实流产后的避孕措施;手术前和随访时完成问卷调查。结果:人工流产手术前、后的患者,对易孕期的判断、多种常用避孕方法的比较、人工流产的危害等方面的认知均有差别。比较其问题回答得分情况,施术前、后有明显的差别($P=0.000$);施术后74.64%的妇女知道人流后1个月内妊娠的可能性,62.32%的妇女不会轻松看待无痛人流。结论:微课程可以尝试应用在人工流产后计划生育咨询服务工作中。

【关键词】微课程;生殖健康;人工流产;问卷调查

Application of microlecture in the reproductive health service for women received artificial abortion

ZHANG Xiufen¹, SUN Jinbao², ZHANG Jing², PANG Yange², CUI Na². 1. Department of Gynecology and Obstetrics, Cangzhou Medical Junior College, Cangzhou 061001, China; 2. Department of Gynecology and Obstetrics, Cangzhou People's Hospital, Cangzhou 061001, China

【Abstract】Objectives: To explore concrete application methods of microlecture in post-abortion care, and analyze the effect. Methods: Microlecture were made and provided to research objects for their self-study at home. Problems encountered in the learning were recorded. In the follow-up a month after the abortion, doctors instructed women on the implementation of contraception methods, and questionnaires were completed in both pre-operation and follow-up. Results: The judgment about ovulatory period, comparison of several common contraception methods and cognition of risks of artificial abortion were different before and after the operation. Comparing patient's grades before and after operation, the difference was significant ($P=0.000$). 74.64% of the research objects knew the pregnant ability within a month post abortion and 62.32% of them took painless artificial abortion seriously. Conclusion: Trial application of microlecture in the reproductive health service for women received artificial abortion may be conducted.

【Key words】Microlecture; Reproductive health; Artificial abortion; Questionnaire

【中图分类号】R169.42

【文献标志码】A

目前在我国的各大城市都开展了比较规范的流产后计划生育服务,我国每年有700~800万例人工流产手术实施^[1],重复流产占相当大的比例,1998年北京市重复人工流产率为55.2%^[2],2001年上海市重复流产率为44.1%^[3],2008~2009年上海市嘉定区的调查显示,重复人工流产率为54.58%^[4]。既然人工流产后妇女都已经开展了计划生育咨询服务,面对居高不下的重复流产率,就应该质疑一下流产后计划生育服务的形式和内容是否恰当。近几年教学领域兴起了“微课程”和“颠倒的课堂”等相关概念,所谓“微课程”是指以视频为主要载体,记录教师在教育教学过程中围绕某个知识点而开展的教与学活动全过程^[5]。它的核心组成内容是课堂教学视频,可有其他相关配套资料(诸如练习题、课件等),微课程的时间较短,一般几分钟,短小精悍、使用方便,便于人们“碎片化”学习。“颠倒的课堂”的主要是和传统课堂相比得名,传统课堂

是老师课堂上讲课,学生回家写作业,“颠倒的课堂”是学生带着资料先回家自学,然后回到课堂上在老师指导下完成作业,解决自学中的难题^[6]。如果将“微课程”和“颠倒的课堂”引入到流产后计划生育咨询服务工作中,可能会对提升咨询者相关知识的掌握程度有帮助。

1 材料与方法

1.1 一般资料

随机抽取2013年1月至3月在沧州市人民医院接受人工流产术的妇女144人,纳入研究的条件:会使用手机、电脑观看视频和浏览文字,年龄在20~40岁之间,妊娠周数在6~10周,行无痛人流流产术;自愿参加术后有关流产的“微课程”学习。

1.2 方法

对研究对象进行施术前、后的问卷调查,调查内容涉及对人工流产危害的认识程度,避孕知识的知晓现状,避孕措施的使用情况等。施术前的问卷调查选择在决定实施流产当时(回收144份)。制作“人工流产的危害”和“流产后避孕方法的知情选择”两个主题的微课程资料,按照逻辑顺序,首先让其认识流产的危害,自然过渡到主动寻求资料选择避孕方法。施术后

【基金项目】河北省沧州市科技局课题项目(1123143ZD)。

【第一作者简介】张秀芬(1973-),女,教授、硕士,主要从事生殖健康临床与研究工作。

将“微课程”资料通过拷贝、网络发送的形式提供给研究对象,嘱其观看视频及文字资料,在家里完成初步学习,并记录学习中存在的问题。流产后 1 周随访,随访时对患者自学难以明白的内容加以解释,有目的地进行避孕方法的知情选择,指导落实流产后的避孕措施;并完成术后问卷调查,回收问卷 144 份。对调查结果使用 SPSS16.0 统计软件进行数据处理,采用 χ^2 检验、 t 检验进行统计学检验。

2 结果

2.1 一般情况

研究对象大专及以上学历的占 48.0%,未婚者为 47.3%,40.0% 居住在本市市区,24.0% 目前属于无业人员,22.0% 属于商业服务人员;86.0% 上网了解妇科知识的次数 ≥ 3 次,48.7%

以前曾接受过人工流产术。

2.2 避孕知识及流产危害的认知状况

2.2.1 施术前后认知状况比较 接受人工流产手术前、后的患者,对易孕期的判断、多种常用避孕方法的比较、人工流产术的危害、无痛人流的危害等方面的认知均有明显差别(见表 1)。患者对避孕药的认识及同房后冲洗阴道的作用方面人工流产术前、术后没有差别。进一步分析每位妇女整体认知状况,比较其问题回答得分情况(每个问题分值 1 分,满分 12 分),施术前、后有明显的差别($P=0.000$)(见表 2)。

2.2.2 施术后对无痛人流及再次妊娠的认识 74.64% 的妇女知道人流后 1 个月内妊娠的可能性,62.32% 的妇女不会轻松看待无痛人流。

表 1 施术前后调查对象避孕知识及流产危害的认知状况

内容	施术前		施术后		χ^2	P
	错误	正确	错误	正确		
口服避孕药和紧急避孕药是否相同	68	76	51	93	4.139	0.042
避孕套使用频率	104	40	33	111	70.180	0.000
月经周期哪个阶段易怀孕	121	23	49	95	74.426	0.000
同房后冲洗阴道与避孕	58	86	44	100	2.975	0.085
体外排精与避孕套效果比较	86	58	49	95	19.088	0.000
安全期与避孕套效果比较	128	16	50	94	89.489	0.000
避孕套功能	91	53	47	97	26.936	0.000
安全期避孕是否最适合青少年或新婚者	98	46	71	73	10.440	0.001
人工流产与妇科炎症	103	41	57	87	26.889	0.000
人工流产与月经失调	107	37	56	88	36.765	0.000
人工流产与不孕	94	50	50	94	29.756	0.000
无痛人流和普通人流危害比较	62	82	38	106	8.824	0.003

表 2 施术前后调查对象生殖健康知识得分情况比较

组别	N	均数	标准差	t	P
施术前	144	4.3056	1.88211	20.144	0.000
施术后	144	9.0972	2.14613		

3 讨论

3.1 社会环境对人工流产容忍度的改变

3.1.1 性开放思潮的影响 改革开放 30 年,伴随着生活水平的普遍提高,人们性观念也愈加开放。时间倒退 20 年,已婚女子意外怀孕,如果想终止妊娠,也会非常犹豫、担心;未婚女性若怀有身孕,即引发指责,要到医院行人工流产术更是深陷难堪。过去医院的人工流产手术室透出庄严肃静,如今却熙熙攘攘,待术者及陪人都显出无所谓的神情^[7],即使受术者有些对疼痛的担心,也会在刚实施完手术的妇女那里得到宽慰。人们(无论是当事人还是旁观者)对于人工流产和未婚先孕早已习以为常,基本不会激起羞涩的感觉。

3.1.2 无痛人流广告的影响 当今社会各个城市都存在一些私人商业化经营的妇产医院或妇科诊所,人工流产的无痛和微创是她们吸引意外妊娠女性、占领市场的卖点,其商业化经营模式催生了大量的无痛人流广告,电视、报纸、网络、公交传媒、街头小广告,人流广告无处不在,甚至深入到大学、中学校园。这些广告虽然某种程度上为流产女性提供了便利条件,但是却大大淡化了流产的危

害,使很多人以为即使不避孕或避孕失败,做无痛人流也并不麻烦,伤害也不大^[8],人流的危害就越来越被忽视了;而且当这些广告铺天盖地的时候,人们对于人工流产术就越来越司空见惯,越来越接受了,人工流产受术者再也感受不到来自社会的压力。

3.2 人工流产后计划生育服务任重而道远

世界范围内的不安全人工流产占 49%,人流后计划生育服务的缺失致使妇女遭受病痛乃至残疾^[9]。我国人工流产率高达 29%,很接近世界上流产率最高的国家爱沙尼亚(30%)^[10]。2005 年的研究发现,北京、上海和郑州市 27 所医院就诊的未婚人工流产妇女中,重复人工流产率 32.1%^[11];程利南^[12]报道的汇总文献数据显示:在流产妇女中,重复流产率为 55.9%, ≥ 3 次流产的比例为 13.5%。北京高丽丽等^[13]的研究显示,重复流产的妇女 49.2% 的上次流产选择的是无痛人流流产,虽然 77.9% 的在上次流产时接受了避孕宣传教育,但只有 50.1% 的获得了避孕药具。三大城市的调查研究中发现^[11],流产后计划生育服务并不能满足流产服务对象的需求。以上数据中较高的重复人工流产率间接说明人工流产后计划生育服务的缺位;有关人流后计划生育服务的调查数据及结果更是直接说明了人工流产后计划生育服务的部分缺失。接受人工流产术的妇女需要关于流产危害、避孕方法选择方面的知识宣教,须由专业人员帮助她们提起重视,修正错误的认识,纠正以往的不安全性行为和不正确的避孕方式^[11,14],指导其选择避孕药具,摒弃侥幸心理,强调流产后初次性生活即采用有效的避孕措施。

做好流产后避孕是降低重复人工流产率的关键点。

3.3 “微课程”表现形式与人工流产后计划生育服务

3.3.1 人工流产后咨询服务形式 目前开展的流产后教育多数医院是在人流术前,即在患者等待手术的时候进行宣讲,也有的放在人流术后进行个体化咨询。其实这两个时间并不是最好的,人流术前宣讲流产的危害,容易招致患者术中出现紧张忧虑情绪,人流术后患者身体不适,或者无痛人流尚有麻醉效应,术后的教育也并不能收到较好的学习效果。从医护人员的角度说,日复一日,讲授一样的内容,很难保证第365次的讲授和第1次的讲授有同样的耐心,讲授者语言越来越精炼化,而听课者只能越来越似懂非懂。试问在医院都没有听懂,没有形成必须避孕的信念,到家里又如何能执行呢?

3.3.2 “微课程”与“颠倒的课堂”介绍 微课程包含的资料:录制的讲课活动的视频(约5~10min)、配套课件、图片及文字资料。因资源容量小,便于携带,在手机和电脑上即可观看学习^[15]。“颠倒的课堂”是把传统课堂翻转过来,学生带着资料先回家自学,然后回到课堂上老师帮助学生解决难题。而学生在课外做作业,吸收和内化知识时,往往会遇到许多问题和障碍,在最需要得到教师指导和帮助时,教师反而“不在场”,因此有学者提出让学生利用“微课程”资料在家学习新内容,课堂时间用来完成作业或为做实验过程中有困难的学生提供帮助,成为“颠倒的课堂”^[16]。由于流产后计划生育服务内容主题比较固定,学习信息量较小,达到目标明确,因此非常适合引入教学领域的“微课程”。流产后的教育按照逻辑顺序,首先认识流产的危害,自然过渡到选择避孕方法,有目的地进行避孕方法的知情选择。知识内容都是比较聚焦的,面对服务对象也不用讲得太深刻的原理,所以几分钟内能够完成。人流后的宣讲就类似课堂教学,患者听完后似懂非懂地到家还是会茫然无措,因此引入“颠倒的课堂”,给患者提供微课程的资源(讲课视频、图片、文字),嘱咐患者带回家里自己安排时间学习,并把不明白的地方提出来。1周后随访时,医护人员回答患者自主学习后提出的问题,为其解惑,知识掌握程度自然大幅提升,这样患者会把生殖健康的知识理解得更深,也更有可能有效落实避孕措施。这种形式比较适合人工流产后计划生育服务工作,通过尝试应用,患者生殖健康知识的知晓度明显提高,认识到人工流产的危害,无痛人流比普通人流甚至存在更大的危害,为避免再次人工流产,流产后一定使用有效避孕措施。

3.4 降低重复流产率的策略

3.4.1 利用好微课程和颠倒的课堂 在当今社会,尤其人们的生活节奏变快,工作学习都比较忙,抽出较多量的时间在医院集中学习也比较困难。高效、碎片化的微学习尤其适合医院里类似走在流水线上的人流术后患者。意外妊娠者行人工流产术只是手段不是目的,目的应体现在宣传生殖健康的重要性、指导避孕。利用微课程资料,可以随时随地学习,发现问题,带到课堂(随访时)上来解决,可以提高服务对象的学习效率。

3.4.2 服务对象强调男性的参与 已婚已育男性对避孕知识的了解程度低于相同婚育状况女性,而未婚男性对避孕知识知晓率明显高于未婚女性^[8],因此,在流产后计划生育服务工作中,更有必要扩大对已婚已育男性的宣教力度,强调男性的积极参与非常重要,计划生育是夫妇双方共同的职责。促进男性积极参与避孕活动,只有这样才能真正提高社会对避孕的有效性和人工流产危害的认识,从而夫妻双方共同选择适宜的避孕方式,降低非意愿妊娠。

3.4.3 改善流产后服务费用问题 流产后服务的花费虽然在我们国家很少文献提到,但也是个现实问题,很多时候费用是和服务质量成正比的。在非洲和拉丁美洲,妇女流产后服务的花费平均每例分别为392美元和430美元,我们国家在很多地区达不到这个数字。况且这个费用在很多地方是属于自费的。如果能纳入全民医疗保险的范畴,具体操作形成临床路径的管理模式,应该可以免去患者对费用的纠结^[17]。

3.4.4 加强私人妇产医院的人流服务管理 提供避孕宣传教育服务与流产的地点相关。人流后获得的高质量的咨询服务能够有效地帮助这对夫妇知情选择避孕措施^[18],私人妇产医院人工流产手术量也是比较大的,尤其未婚、未育的女性可能更多些,在商业气息比较浓的私人诊所,人流术后的计划生育服务堪忧,很难做到不与经济的和商业的利益相关。加强私人妇产医院的人流服务管理,非常有必要。

参 考 文 献

- [1] 程怡民,周猷.中国重复流产和流产后保健的现状.国际生殖健康/计划生育杂志,2010,29(5):325-326.
- [2] 肖燕军,张友方.北京市人工流产妇女婚育与避孕状况调查分析.中国计划生育杂志,2000(6):252-255.
- [3] 童传良,吴愉,朱惠斌,等.上海市户籍育龄妇女人工流产原因动态监测.上海医学,2002,25(8):451-454.
- [4] 荣荷花,毛红芳.11749例重复流产原因分析.中国妇幼保健,2012,27(20):3083-3084.
- [5] 李俊.微课程在教育技术服务生能力培训中的应用分析.电子制作,2013(15):155.
- [6] 桑新民,李曙华,谢阳斌.21世纪:大学课堂向何处去?—“太学学堂”的理念与实践探索.开放教育研究,2012,18(2):9-20.
- [7] 马黎.“无痛人流”广告与女性的生态环境.中华女子学院学报,2007,19(2):29-33.
- [8] 任秀朋,张丽,杜丽荣,等.不同婚育状况女性人工流产及相关知识知晓现状分析.中国计划生育学杂志,2013,21(7):449-453.
- [9] Sedgh G, Singh S, Shah IH, et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. Lancet, 2012, 379(9816):625-632.
- [10] Sedgh G, Singh S, Henshaw SK. Legal abortion worldwide in 2008: levels and recent trends. Int Perspect Sex Reprod Health, 2011, 37(2):84-94.
- [11] 任姗姗,庞成,何电,等.我国三城市未婚女青年人工流产后服务需求调查.中国计划生育学杂志,2012,20(3):179-182.
- [12] 程利南.推进人工流产后避孕避免重复流产.实用妇产科杂志,2012,28(4):241-242.
- [13] 高丽丽,沈洁,张沁文,等.北京市无痛人流产育龄妇女接受流产服务的现状调查.生殖与避孕,2013,33(1):67-71.
- [14] 王子亮,左霞云,楼超华,等.未婚人工流产女性非意愿首次性行为的相关因素及生殖健康结局研究.中国性科学,2013,22(7):57-60.
- [15] 张莲珠.“微课程”在远程开放教育应用中的前景探析.福建广播电视大学学报,2013(5):11-15.
- [16] 王星磊,乔爱玲.美国可汗学院对我国网络教育的启示——以高校教师网络培训为例.软件导刊,2013,12(5):161-163.
- [17] Jessica C, Damian G, Michael V. Costs of post-abortion care in low- and middle-income countries. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2010, 108(2):165-169.
- [18] Mittal S. Post-abortion contraception. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2009, 107(2):S54b-S55.

(收稿日期:2014-02-17)

· 生殖健康 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.07.029

输卵管再通术联合中药治疗输卵管阻塞性不孕症的疗效分析

王玉¹ 刘丽娜²

1 杭州乾宁斋中医门诊部有限公司, 杭州 310008

2 济源职业技术学院医疗护理系, 河南 济源 459000

【摘要】目的:比较介入术联合中药的方法和西医常规方法治疗输卵管阻塞性不孕症的临床疗效。方法:选取我院 2008 年 8 月至 2012 年 1 月收治的 106 例输卵管阻塞性不孕症患者,其中 55 例患者为试验组,在输卵管再通术(fallopian tuberecanalization, FTR)后行中医内外合治(灌肠、内服)联合宫腔通液术;51 例患者为对照组,行西医常规治疗,即采用 FTR 和宫腔通液术。术后所有患者随访 1 年,记录两组的生育情况和输卵管通畅程度,比较两种方法的疗效。两组的年龄、不孕年限、阻塞程度等一般情况无统计学差异($P > 0.05$),具有可比性。结果:试验组的妊娠率显著多于对照组,异位妊娠率则小于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);在输卵管通畅程度上,各型阻塞程度的患者试验组的改善率显著优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:介入术联合中医药治疗输卵管阻塞性不孕症疗效较好,值得在临床上推广。

【关键词】 输卵管阻塞性;不孕;输卵管再通术;中药

Curative effect of intervention operation combined with Chinese medicine in the treatment of tubal obstruction infertility WANG Yu¹, LIU Lina². 1. Hangzhou Qianning Zhai Chinese Medicine Clinics, Ltd. Hangzhou 310008, China; 2. Nursing School, Jiyuan Vocational and Technical College, Jiyuan 459000, China

【Abstract】 **Objectives:** To compare the clinical curative effect of intervention operation combined with traditional Chinese Medicine and routine western medicine in the treatment of tubal obstructive infertility (OBI). **Methods:** 106 patients with OBI in our hospital from August 2008 to January 2012 were chose and divided into 2 groups. The experiment group (55 patients) received internal and external Chinese Medicine treatment (enema, oral) combined with uterine hydrotubation after fallopian tuberecanalization (FTR), while control group (51 patients) received routine western medicine treatment, i. e. FTR and uterine hydrotubation. All patients were followed up for 1 year after the treatment, and the fertility and fallopian tube patency were recorded, to compare the curative effect. **Results:** The pregnancy rate and ectopic pregnancy rate of the experiment group was significantly higher and lower than the control group respectively, with statistically significant difference ($P < 0.05$); improvements in patients of various fallopian tube obstruction in the experiment group was significantly better than the control group, with statistically significant difference ($P < 0.05$). **Conclusion:** Intervention operation combined with Chinese Medicine exerts better curative effect in the treatment of tubal obstruction infertility, worthy popularizing in clinical settings.

【Key words】 Fallopian tube obstruction; Infertility; Fallopian tube recanalization; Traditional Chinese Medicine

【中图分类号】 R711.6

【文献标志码】 A

近年来,女性不孕症的发病人数不断的增加,输卵管阻塞是其中最常见的病因,发病率高达 20% ~ 30%^[1,2],多种因素可导致女性输卵管阻塞,如附件炎、盆腔炎、输卵管病、婚前性行为、性疾病等^[3,4]。随着介入治疗研究的不断深化,输卵管再通

术已在临床上取得了显著疗效,是目前输卵管阻塞的首选治疗方法^[5]。尽管手术的成功率很高,但输卵管内的微环境仍无法改善,导致最后的疗效不理想。本院在中医理论的指导下采用中西医结合的方法治疗输卵管阻塞性不孕症,以期促进输卵管功能的恢复,提高通畅率。本研究选取了我院 2008 年 8 月至 2012 年 1 月收治的 106 例输卵管阻塞性不孕症患者,比较两种方法的临床疗效,为治疗提供可靠依据。现报告如下。

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

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院2008年8月至2012年1月收治的106例输卵管阻塞性不孕症患者。试验组患者55例,在输卵管再通术后行中西医结合(灌肠、内服)联合宫腔通液术治疗,年龄23~40岁,平均年龄29.8岁,不孕年限1~14年,平均不孕年限6.3年,I度输卵管阻塞患者10人,II度22人,III度16人,IV度7人,V度0人;对照组患者51例,行西医常规治疗,年龄22~41岁,平均年龄30.2岁,不孕年限2~13年,平均不孕年限6.5年,I度输卵管阻塞患者9人,II度20人,III度16人,IV度6人,V度0人。两组的年龄、不孕年限、阻塞程度等一般情况无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。输卵管阻塞性不孕症的诊断标准^[6,7]:①子宫输卵管碘油造影等检查确诊为输卵管积水、阻塞或不畅;②腹腔镜下行输卵管通液证实输卵管阻塞或不畅,且有盆腔粘连;③排除男方不孕,育龄期妇女未避孕性生活1年以上而未受孕;④签署知情同意书。其中第3、4项必须具备,兼具其他项中的1项可纳入诊断。

1.2 治疗方法

试验组:在月经干净后的4~7d行输卵管再通术治疗。术前约20min肌注阿托品,取膀胱截石位,常规消毒后固定宫颈位置。将造影管置入宫腔内,注入对比剂,根据输卵管造影情况,通过导丝引导,将导管插入患侧输卵管内口。成功后撤出导丝,将约2mL的对比剂注入导管做选择性输卵管造影,初步再通输卵管并评价输卵管的功能和形态。若输卵管已经再通,对比剂可弥散入盆腔,此时则将生理盐水5mL混合丹参注射液(批准文号:国药准字Z33020529,生产单位:浙江康恩贝制药股份有限公司)5mL注入导管。若仍未再通,则用导丝疏通阻塞处,成功后重复以上操作。术后口服抗生素3d预防感染,密切观察患者有无腹痛、阴道流血等并发症发生并及时处理。所有患者均疏通成功,图像检测显示正常输卵管。再通术后的第一

个月(月经干净后4~7d内)行宫腔通液术2次,注射丹参注射液,连续治疗2个月。若患者在通液术过程中无返流、无阻力且无腹痛,则治疗2个月后(即再通术后第3个月)可结束治疗。宫腔通液术后口服抗生素3d预防感染。输卵管再通术后当天以及宫腔通液术当天起口服中药汤剂7d,每日1剂,中药汤剂的成分为赤芍15g、当归25g、莪术10g、川芎20g、穿山甲20g、三棱15g、路路通15g、乳香25g、鸡内金20g、没药15g、白花蛇舌草300g。同时保留灌肠7d,每日1剂,中药成分主要为三棱25g、莪术10g、金银花20g、水蛭15g、连翘20g、威灵仙15g、皂刺25g、败酱草15g,将药物与水合煎浓缩至100mL,肠内药温保持约39℃,保留25~30min。

对照组:输卵管再通术的手术方法同试验组,术中将庆大霉素16万U,2%普鲁卡因2mL、地塞米松5mg、 α -糜蛋白酶5mg溶于20mL生理盐水中灌注入导管。同样所有患者均疏通成功。术后执行宫腔通液术和抗炎治疗的周期与试验组相同。

1.3 病例随访

嘱咐患者输卵管再通术后1个月才能开始性生活。对患者进行电话或上门随访,记录术后1年的输卵管通畅程度及术后1年内的妊娠情况。经询问术后1个月所有患者均不同时间点开始规律且无避孕措施的性生活。输卵管阻塞程度的标准^[8]:①I度,输卵管角部完全梗阻;②II度,输卵管峡部完全阻塞;③III度,输卵管伞部完全阻塞;④IV度,输卵管可完全排除造影剂至盆腔;⑤V度,图像检测显示正常输卵管。

1.4 统计学方法

使用SPSS 18.0软件进行统计学分析,计数数据采用 χ^2 检验,检验统计学显著水平为 $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 两组患者术后1年输卵管通畅程度比较

见表1。

表1 试验组和对照组术后1年输卵管通畅程度比较

组别	时间	I度	II度	III度	IV度	V度
试验组 (n=55)	治疗前	10(18.2)	22(40.0)	16(29.1)	7(12.7)	0
	治疗后	1(1.8)	1(1.8)	4(7.3)	5(9.1)	44(80)
对照组 (n=51)	治疗前	9(17.6)	20(39.2)	16(31.4)	6(11.8)	0
	治疗后	5(9.8)	4(7.8)	10(19.6)	7(13.7)	25(49.0)

由表1可知,治疗前试验组和对照组的输卵管阻塞程度无统计学差异($P>0.05$),治疗后两组患者各级阻塞程度均较治疗前有明显改善,组内比较,两组患者在I度、II度、III度阻塞程度均有显著改善,差异有统计学意义($P<0.05$);组间比较,治疗后IV度、V度患者总和,试验组显著高于对照组,说明输卵管通畅率试验组优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.2 两组患者术后1年内生育情况比较

见表2。

表2 试验组和对照组术后1年内生育情况

组别	例数	不孕	宫内妊娠	异位妊娠
试验组	55	9(16.4)	41(74.5)	5(9.1)
对照组	51	18(35.3)	22(43.1)	11(21.6)

由表2可知,组间两两比较,治疗前与治疗试验组宫内妊娠率显著优于对照组,不孕率和异位妊娠率显著低于对照组,

差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

输卵管阻塞是女性不孕的重要致病因素之一,输卵管阻塞的病因较多,最常见的是炎症^[9],绝大多数为感染,有一般的细菌感染,也有特殊的病原体感染,诸如沙眼衣原体、人型支原体、原虫等^[10,11]。炎性损伤、细胞毒性免疫等均可使输卵管黏膜水肿充血、管壁增厚,而组织黏液栓、碎片或是血块则可阻塞、粘连输卵管,使受精卵不能结合,导致女性不孕症的发生。发病早期输卵管壁仍保持结构完整,导丝介入再通或是冲洗均可使输卵管重新再通,患者受孕几率大^[12]。所以早期发现和治疗对该疾病的治愈有很大的帮助。

输卵管阻塞的治疗主要包括药物治疗和手术治疗两种。引起输卵管阻塞性不孕的输卵管炎主要是慢性炎症,因此大多采用药物尤其是中医中药调经通卵方治疗,手术治疗则包括输卵管通液术和常规手术治疗。前者仍为多数医疗机构所采用,但疗效差,假阳性率高^[13];后者对病变输卵管行输卵管造口术、粘连分离术、输卵管吻合术、子宫输卵管植入术等。常规手术切口大,术后恢复慢。

那么如何才能降低输卵管通液术的假阳性率,提高治疗效果呢?中医对于输卵管阻塞性不孕症的治疗主要包括理气通络、活血化瘀、清热解毒、消瘀行滞等^[14]。输卵管再通术后,患者表现为病机夹杂虚实,辨证气血双虚,所以以清热解毒、活血通经等治疗为主。中药中有诸多药材可改善毛细血管通透性,加快组织局部的血液循环,避免炎症部位的毛细血管过度扩张,同时抑制炎症细胞和纤维细胞增生浸润,促进局部炎症吸收及输卵管生理功能恢复。

近几年,中药内服和保留灌肠在临床多种疾病的治疗中取得了显著疗效^[15]。保留灌肠的机制是通过肛门直肠给药,直肠可直接吸收药物,使药物浓度在盆腔内达到有效的治疗浓度,显著增加子宫的炎症吸收和局部血液循环,通畅输卵管,为受精卵的着床提供良好的微环境。本研究用于内服的方剂有活血通经软坚之效,其中有活血补血的当归、川芎等,当归可抗血栓形成、改善血液循环、抑制平滑肌痉挛和抗炎镇痛;有通经散结的穿山甲、路路通,穿山甲可降低血液黏度、抗炎;有化瘀消症的没药、赤芍等,还有利湿解毒的白花蛇草等;用于灌肠的方剂有活血行气散结之效,其中有破血行气的莪术、三棱和水蛭等,莪术有抗菌抗炎、抑制血小板和血栓等作用;有清热解毒的金银花、连翘和败酱草等,连翘起抗炎、解热、保肝之功效。维持局部药物一定的温度和浓度可有效加快直肠黏膜的吸收,促进输卵管炎症的吸收消散。口服联合保留灌肠治疗可有效改善输卵管局部血管的微循环,抑制血小板聚集,降低血液粘稠度,促进炎症吸收,恢复输卵管的畅通。

本研究发现介入术联合中药的方法治疗输卵管阻塞性不

孕症,一年内的宫内妊娠为 74.5%,显著高于西医常规治疗的 43.1%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后两组患者各级阻塞程度均较治疗前有明显改善,组内比较,两组患者在 I 度、II 度、III 度阻塞程度均有显著改善,差异有统计学意义($P < 0.05$);组间比较,治疗后 IV 度、V 度患者总和,试验组显著高于对照组,说明输卵管通畅率试验组优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

综上所述,介入术联合中药治疗输卵管阻塞性不孕症疗效显著,值得在临床上推广应用。

参 考 文 献

- [1] 梁伟华,严英,郭真真. 丹参注射液介入再通治疗输卵管阻塞性不孕的量效关系初步研究. 中药新药与临床药理, 2010, 21(4): 443-445.
- [2] 关立铭,肖丽萍,许依群,等. 导丝引导宫腔镜、腹腔镜联合治疗输卵管阻塞的疗效分析. 中国妇幼保健, 2010, 25(5): 711-713.
- [3] 冯长征. 中医学内外合治输卵管阻塞腹腔镜再通术后不孕症临床观察. 新中医, 2013, 45(4): 71-73.
- [4] Rosch J, Thurmodn AS, Uchida BT, et al. Selective transcervical fallopian tube catheterization: technique update. Radiology, 1998 (168): 1-5.
- [5] 朱琰,李强,张勤华,等. 新通管方联合介入术治疗输卵管阻塞性不孕症 80 例. 中医杂志, 2012, 53(21): 1860-1861.
- [6] Papaionnou SA. Hypothesis for the pathogenesis and natural history of proximal tubal blockage. Hum Reprod, 2004, 19(3): 481.
- [7] 甄秀丽,赵素英,张轶. 解脲支原体和沙眼衣原体感染与输卵管阻塞的关系. 新医学, 2005, 36(2): 88-89.
- [8] 王清,赵红,李仁杰. 输卵管阻塞性不孕症的中医证型初步分析. 北京中医药大学学报, 2005, 28(2): 83-85.
- [9] 杨林. 宫腔镜通液联合中药保留灌肠治疗输卵管阻塞性不孕 260 例临床观察. 中国妇幼保健, 2009, 24(26): 3677-3678.
- [10] 蒋裕红. 宫腹腔镜联合术诊治输卵管性不孕症的疗效分析及护理配合. 中国性科学, 2013, 22(8): 43-45, 48.
- [12] 侯同秀,杨瑞民. 输卵管阻塞介入再通术 287 例疗效分析. 中国妇幼保健, 2010, 25(23): 3343-3344.
- [11] 严英,周伟生,何蓉. 输卵管介入再通术联合中医综合疗法治疗输卵管阻塞性不孕症的临床研究. 新中医, 2006, 38(6): 50-51.
- [13] 孙义馨,张柏秋,吴秀芝,等. 选择性输卵管造影与再通术治疗输卵管阻塞性不孕症. 中国妇幼保健, 2006, 21(8): 1122-1123.
- [14] 阳子兑娣. 中西医结合治疗输卵管阻塞性不孕症临床观察. 中医药导报, 2011, 17(7): 34-35.
- [15] 盛晓英,孟庆芳,李国华,等. 输卵管阻塞性不孕症介入治疗的临床观察. 天津医药, 2006, 34(5): 349-350.

(收稿日期: 2013-11-28)

• 性健康 •

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.07.030

欧洲性教育的改革与创新——“全人性教育”之标准、特征分析

吴晓晶

福建师范大学教育学院,福州 350108

【摘 要】 性教育作为普通教育的一部分,不仅影响着儿童个性的发展,同时作为人性潜能的一部分,有助于儿童和青少年发展必需的技能,使其能在不同的年龄阶段做出关于两性关系问题的正确抉择。本文以欧洲性教育标准为契机,着重介绍“全人性教育”的标准与特征:“全人性教育”在思想上,把性看作“一种积极的人体潜力”;在理念上,倡导性教育是一种终身教育;在法律依据上,以性及生殖健康权为基础。

【关键词】 全人性教育;欧洲;性教育改革

The Reform and Innovation of Sexuality Education in Europe—Analysis of Standards and Principles of Holistic Sexuality Education WU Xiaojing. College of Education, Fujian Normal University, Fuzhou 350108, China

【Abstract】 As a part of normal education, sexuality education not only influences the development of children's personality, but also helps children develop necessary skills, guiding them make right choices on sexuality questions at different development stages. The paper systematically addresses the standards and principles of holistic sexuality education. Firstly, sexuality shall be regarded as a kind of positive potential of human; secondly, sexuality education is a life-long education; and lastly it is based on human rights (especially sexual and reproductive rights).

【Key words】 Holistic sexuality education; Europe; Reform of sexuality education

【中图分类号】 G479

【文献标志码】 A

随着社会的发展,人们的思想日渐开放,欧洲各国在性教育方面日益面临诸多挑战。为了应对挑战,加强欧洲各国交流与合作,统一欧洲各国性教育标准,2010 年世界卫生组织欧洲区域办事处(WHO Regional Office for Europe)和德国联邦健康教育中心(Federal Centre for Health Education,简称 BZgA)^[1]联合制定了《欧洲性教育标准》^[2]。该标准倡导一种新的性教育实施方式,即“全人性教育”(holistic sexuality education)。该方法不仅重新梳理以往性教育标准,也对其原则和标准等方面提出新的硬性要求。

1 “全人性教育”的定义与原则

关于性教育的定义,从世界范围来看,由于各国性教育目的不同,主要有三种不同的观点比较盛行。第一种观点认为如果需要的话,性教育应当强调性的传统美德,因此其旨在预防青少年于结婚之前或婚姻外有性方面的接触。这种观点导致了“节欲主义”或“如何说不”的教育^[3]。第二种观点在公共健康机构间比较盛行,其强调性教育主要功能在于预防性传播感染疾病(如艾滋病等)以及意外怀孕和堕胎,即:“综合型教育”^[4]。第三种观点认为青少年应该首先了解性及其相关知识的人权,因为性是人类发展以及人之所以为人的必要特征,与此同时,该方法也强调对性传播感染疾病的预防,即“全人性教

育”。该概念是基于性健康与性权利的角度提出,是对“综合性教育”的修订与补充,其以“性与生殖健康权为基础”,并将“性”理解为“一种积极的人体潜力”以及“愉快满意的资源”,从而构成一种新的性教育方式。与以往的“综合性教育”相比,“全人性教育”在原则和标准等方面均有新的变化,将对欧洲性教育的发展产生重要的影响。在 2002 年的咨询会议上,世界卫生组织同意以下对“全人性教育”的定义,虽然并没有以官方形式采纳,但是已经被广泛使用:“性健康是指与性相关的身体以及精神、社会情感等多方面的状态,它不仅基于性、生殖健康以及性权利等方面知识的传播,更强调对性、性关系以及愉快安全性经历等的积极态度,为了保持性健康,所有人的性权利都应当被尊重、保护以及满足。”^[5]

为了构建一个对性、不同的生活方式以及不同价值观相互尊重、相互包容的社会环境,“全人性教育”在实施方面主要强调以下基本原则:性教育应当与青少年的理解水平、性别因素以及现实生活相适应;性教育应当以人权(性与生殖权)为基础;性教育应当基于全面的幸福感(包括健康在内);性教育主要以性别平等、自我负责以及尊重差异的思想为指导思想;性教育自出生起就应予以实施;性教育通过赋予个人以及社区相应的性权利构建一个公平、相互包容的社会;性教育必须以科学精确的信息为根基^[6]。

2 “全人性教育”的标准

“全人性教育”包含一系列与性相关的身心、情感、社会文

【作者简介】吴晓晶(1989-),女,硕士研究生在读,主要从事与教育有关的研究工作。

化主题,它不局限于预防疾病,更重要的是,它以一种更为广泛的、不加评论的方式阐述包括疾病预防在内的主题。“全人性教育”实施的重要原则在于让学生感到自己是安全的,他们的隐私和界限需要被尊重,当需要鼓励他们敞开心扉时,尽量避免让他们分享自己的私人经历。“全人性教育”应当具备以下标准。

2.1 在师生关系上,性教育以学习者为主体

“全人性教育”强调学习者并不是性教育的被动接受者,与之相反,在组织、传递以及评价性教育方面学生扮演着积极角色。在这种方式下,性教育的实施需要确保其灵活性,不能仅仅局限于教育者提前制定的教学内容。在多样化的环境下,朋辈教育也可作为实施青少年性教育的一个重要方式,特别在比较难接触的学生群体中应用很成功。此外,性教育应当以一种相互交流的方式予以传授,一方面是教师与课程设计者的交流,另一方面是学生与老师,以及学生与学生的交流。此外,性教育在教授过程中需要使用与儿童以及青少年发展相适应的语言,以发展学生在性相关领域的交流技能。交流作为性教育的中心,意味着教育者应当放弃其主导位置,更多作为学生之间相互交流和讨论的促进者。在这种情况下,学生才能够决定自己的立场,反馈自己的态度^[7]。

2.2 在实施方面,性教育以学校为实施主体

在实施方面,学校历来都是传统教育的实施主体,性教育也不例外。学校应以“性教育是一种终身教育”为理念指导,以一种延续的方式实施性教育。性教育尽可能反应出学习者生活的变化情况。不同的学习主题及其与性相关的信息应当根据学习者的年龄阶段和发展情况予以重现和巩固。“全人性教育”倡导由不同的教师负责性教育不同的方面来确保性教育的全面实施,即以跨学科的方式实施性教育。具体实施方面,可以从校外聘请专家就性的不同问题分别予以讲解说明,比如在性教育方面有经验的医生、护士、助产士、青少年辅导员及心理咨询师,性教育的非政府组织以及青少年健康中心也可积极参与以上活动。在一些国家如瑞典及爱沙尼亚,青少年于附近的青少年健康中心接受部分性教育。在学习方法上,欧洲性教育标准强调使用交互学习方法,即在教室内使用不同的方法以适应学习者不同的学习兴趣。此外,还可以利用音乐、戏剧或表演活动等直观教学法激发学生的学习潜力,使学习者以一种更直接的方式学习性教育。

2.3 在外部环境方面,性教育需要家庭、社区以及社会的支持

性教育并不是在真空中实行,而是与学习者的环境以及目标群体的特殊经历紧密相连。因此,“全人性教育”强调性教育需要以环境为中心并注意满足学习者的需要。一方面由于学习者的社会文化背景不同,故没有一种“适合所有学生”的方法;另一方面,年龄、性别、社会背景、性取向以及学习者的个人能力也是影响性教育实施的重要因素。因此,教育者应当根据性教育的内容与范围以及性教育的人权性质预先确定与性相关特定课程的框架。此外,性教育应当与家庭以及社区建立密切联系以建立一个支持性的环境:家长参与学校性教育意味着他们需要在性教育实施之前掌握有关信息并有机会表达自己

的愿望和要求;健康咨询服务机构能够及时回应青少年的咨询并保证其回答内容的可靠性;学校性教育通过与校内外的机构(如:健康服务机构、青少年福利机构、咨询中心、信任团组等)进行合作保证性教育的全面性、一致性^[8]。

3 “全人性教育”的特征

与以往的性教育不同,“全人性教育”在特征方面不仅注重于性的潜在风险,更强调性教育应当以人权(性与生殖权)为基础。与此同时,“全人性教育”在核心思想与内涵上,以一种全面的、全人的方式去理解性,将性教育理解为一种终身教育。

3.1 思想上,把性看作一种“积极的人体潜力”

人自出生起便是一个两性生物,并以不同的方式发展自己的性潜能。“全人性教育”不仅仅包括性的所有方面,包括避孕、安全的性行为,性传播感染疾病的预防,更重要的是,其将性教育置于个人个性成长与发展的广阔视野下,将性看作是积极的人体潜力。如:在内容设置上,“全人性教育”不仅从“信息”方面客观全面的提供给青少年关于性教育的客观事实,同时更加注重学习过程中“性技能”的获得以及培养积极的“两性态度”。正如芬兰家庭联合会(Family Federation of Finland)性健康诊所首席医师丹·阿普特所说:“欧洲性教育标准模型所倡导的教育方式通过对具体年龄组信息、技能、态度的诠释为我们提供一个可以借鉴与引用的模型。我们的性教育主要以告诫和威胁为主,而真正适用的性教育应当是积极的力量并伴随儿童一生。”^[9]作为人类潜力的一部分,对于性的整体理解有助于帮助儿童发展必要的性技能,决定自己的性取向以及正确处理自己在不同发展阶段的两性关系,并促使儿童以一种有意义的以及负责任的方式处理他们的性行为以及同伴关系。最重要的是,有助于儿童在关键时刻具备寻求帮助的意识 and 技能。这一点与国际社会最近发表的关于性方面的两篇文献《归结于一个课程》(It's all one curriculum)和《性教育的国际技术指导》(International Technical Guidance on Sexuality Education)不同,《性教育的国际技术指导》主要对艾滋病毒/艾滋病蔓延趋势表示关心,故强调为了预防潜在的危險避免性接触,同时其也表明通过更安全的性行为避免此类危险。然而,它并没有从性是积极的人体潜力这一方面阐述性教育的出发点。《归结于一个课程》有另外的侧重点:其企图将性、性别、艾滋病以及人权等问题归结于一个课程进行性教育^[10]。

3.2 理念上,倡导性教育是一种终身教育

欧洲国家如英国、法国、荷兰等国的教育大纲中规定学前班就要向孩子(通常为5岁)教授最基本的性知识。据《安全报告》记录,欧洲各国关于性教育起始年龄的争议区间主要集中于葡萄牙的5岁到西班牙、意大利以及塞浦路斯的14岁^[11]。从目前许多国家学前儿童性教育的实施现状来看,很多人认为青春期以前的孩子都是“无性”的。其实这些是由于缺乏科学知识而产生的偏颇之见。性的生理功能从儿童出生就已经存在了,学前儿童同成人一样具有皮肤、大脑和外生殖器。换句话说,儿童的某些性器官的功能早在青春期前就潜在,只要环境中具备适宜的刺激就可以诱发出这一功能。性的发展同其他心理发展一样都是前浪推后浪似的逐步发展。因此,对青少

年的性教育从儿童早期就应该开始,从婴幼儿、童年一直到青少年乃至终身。围绕着达到对“性别”的生物性和社会性的认识以形成正确的性别角色以及青春期的性适应等教育目标,对不同年龄阶段的儿童,开展不同内容的性教育。美国“性信息和性教育”理事会主席玛丽·考尔德博士认为:对于性教育,可能特别重要而有效的时期是14岁之前,尤其是5岁之前……这一时期所接受的有关“性”的培养和教育,无疑将决定儿童此后一生有关“性”种种方面的发展^[12]。“全人性教育”以一种全面的、整体的方式来解读性教育,把性看作是贯穿人一生(出生到死亡)的终身教育,即孩子自出生起就要接受性教育,它根据儿童的发展阶段任务将性教育分为6个年龄段:0~4岁;4~6岁;6~9岁;9~12岁;12~15岁;15岁及以上。各个年龄组均包括以下八个专题类别:“人体知识与人类发展”,“生殖生育”,“性”,“情感”,“人际关系及生活方式”,“性、健康、幸福”,“性权利”,“性的社会文化因素”。之所以选择这些主题,是因为其与儿童的身心、情感以及社会的动态发展相关。需要注意的是,所有的主题内容的呈现都应当与儿童的年龄及发展状况相适应。联合国教科文组织报告也将儿童的性发展分为几个年龄段,但其倡导孩子自5岁起接受性教育。

3.3 法律依据上,以性及生殖健康权为基础

《联合国儿童权利公约》清楚表明儿童有被告知信息的权利,国家有给儿童提供教育措施的义务。性权利作为人权的一部分赋予了儿童接受性教育的权利。《国际计划生育联合会宣言》第八章表明:“所有公民,无一例外,享有接受性教育以及获取对于个人、公共社会等有帮助信息的权利”。人权是《国际健康策略》在性健康方面达到国际发展目标方面取得巨大进步的主要原则。世界性健康协会将性权利理解为基本人权的重要组成部分,因此性权利是普遍的以及不可分割的。在最近发表的名为《性健康的黄金时代》(Sexual Health for the Millennium)的报告中,世界性健康协会主张性健康是达到“千年发展目标”(the Millennium Development Goals (MDGs))必不可少的一部分。在这种背景下,世界健康协会确定了8个发展目标,其中之一为儿童有接受性教育以及获取相关信息的权利^[13]。只有所有人,包括青少年在内,终身享有接受性教育以及了解关于性健康方面信息的权利,性健康的目标才能实现。此外,已经有研究表明,早期接受性教育并不会诱发青少年过早发生性行为或性犯罪。

4 结论

到目前为止,《欧洲性教育标准》已被引入俄罗斯、芬兰以及荷兰,紧接着又被引入德国、西班牙、土耳其以及拉脱维亚等国家,意大利于2011年末着手该标准的翻译稿。欧洲各国对该标准的重视不仅表明欧洲各国对性教育的认识有了新的变化,更意味着欧洲各国对性教育质量的关注达到了新的高度。目

前,我国各地频繁发生的性侵犯事件正表明我国性教育的实施现状不容乐观,急需调整和改进。对欧洲性教育标准进行研究,对我国性教育的改善和提高有重要的借鉴价值。我们应结合我国性教育实施现状,对欧洲性教育标准进行有针对性的学习和借鉴,以期真正有效地完善我国性教育的实施体系,提高性教育的实施质量。

参 考 文 献

- [1] Welcome to the online offering of the Federal Centre for Health Education [EB/OL]. <http://www.bzga.de/home/>, 2013-09-23.
- [2][5][6][7] WHO Regional Office for Europe/BZgA: Standards for Sexuality Education in Europe - a framework for policy makers, educational and health authorities and specialists [EB/OL]. http://srhhivlinkages.org/content/demo/wp-content/uploads/2013/04/who_bzga_standards_en.pdf, 2010-10/2013-09-10.
- [3] Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act; Help Us Expose the Secret Influence of the "State Policy Network" [EB/OL]. http://www.sourcewatch.org/index.php?title=1996_Personal_Responsibility_and_Work_Opportunity_Reconciliation_Act, 2013-09-22.
- [4] Alford S. What's wrong with federal abstinence - only - until - marriage requirements [EB/OL]. <http://www.advocatesforyouth.org/storage/advfy/documents/transitions1203.pdf>, 2013-09-20.
- [8] Christine Winkelmann. Developing Standards for Sexuality Education in the European Region. IPPF European Network. 2011(11):5-6.
- [9] Christine Winkelmann. Standards for sexuality education in Europe. WHO Regional Office for Europe and the Federal Centre for Health Education (BZgA), Germany [EB/OL]. [http://ysav.rutgerswpf.org/sites/default/files/5.%20Standards%20for%20sexuality%20education%](http://ysav.rutgerswpf.org/sites/default/files/5.%20Standards%20for%20sexuality%20education%20), 2013-09-22.
- [10] [瑞典]爱瑞克·先德沃尔编著. 可以真实感受的爱. 刘慧君译. 永州:女书文化事业有限公司, 1998:36-45.
- [11] 陈在跃. 西方青少年性教育的启示. 法制校园, 2008, 7(4):36-39.
- [12] WHO report on Standards for Sexuality Education in Europe launched in October 2010. The Europe Society of Contraception and Reproductive health. [EB/OL]. <http://www.esrh.eu/about-esc/news/who-report-standards-sexuality-education-europe-launched-october-2010/>, 2013-09-25.
- [13] Christine Winkelmann. Standards for sexuality education in Europe. A new approach to sexuality education for the European Region. [EB/OL]. http://coface-eu.org/en/upload/09_Events/sexeduc%20Christine%20Winkelmann.pdf, 2011-02/2013-08-20.

(收稿日期:2013-12-06)

· 性健康 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.07.031

网络化信息环境下学生性教育方式探索

黄仙保

佛山市南海区南海中生物科组, 广东 佛山 528211

【摘 要】 随着时代的发展,人们逐渐认识到性教育的重要性,对正在接受教育的学生尤其是高中生进行性教育显得非常必要和迫切。高中生获得性知识主要靠自我的摸索,采用“无师自通”的方式来获得的性知识很多都是不准确的,有些甚至是有危害的。本文指出,正确的性教育途径主要有学科渗透、第二课堂以及网络传播,对于高中生性教育的反思应从教师、学校、社会三个方面进行。

【关键词】 性教育;高中生;学科渗透;第二课堂;网络传播

Exploration on high school sexual education model in the networked information environment HUANG Xianbao. Biology Department of Nanhai High School of Foshan City, Fushan 528211, China

【Abstract】 With the development of society, people gradually realize the importance of sexual education especially that high school sexual education is very necessary and urgent. High school students obtain sexual knowledge mainly by self-exploration, but most of knowledge gained in such a "self-taught" way is not accurate and some even harmful. This article points out there are correct ways to obtain sexual knowledge, such as sex penetration, second class and network communication, and reflection on high school sexual education should be conducted from three aspects of teachers, schools and society.

【Key words】 Sexual education; High school student; Sex penetration; Second class; Network communication

【中图分类号】 R479

【文献标志码】 A

在信息相对闭塞的旧时代,国人对“性”充满着一种敬畏感,往往谈“性”色变^[1],很少有人公开场合讨论这个话题,当然就更谈不上如何对高中生进行性教育的问题。但是,性是客观存在的,这决定了性必须通过教育才能适应社会需要,才能使个体身心得到健康发展^[2]。随着时代的发展,人们逐渐认识到性教育的重要性,对正在接受教育的学生尤其是高中生进行性教育显得非常必要和迫切。然而,在信息化时代下,高中生获得性知识的途径由教师家长这条主要途径逐渐转变成网络、报刊杂志、电视广播等途径。这种主要靠自我的摸索,采用“无师自通”的方式来获得的性知识很多都是不准确的,有些甚至是有危害的^[3]。据相关研究表明,进行适时适度的性教育有助于帮助学生获得正确、科学的性知识,从而对色情书籍、音像制品产生一定的免疫力^[4]。那么,在信息化时代背景下,学校采取何种方式进行高中生的性教育就显得非常的必要和重要。本文是在笔者的切身实践和探索的基础上提炼而成。

1 高中生性教育的迫切性和必要性

高中生性教育内容要注意全面性,即对性教育不能简单理解成生殖系统和性病预防的教育,而是作为人的教育来进行的,包括人生观、价值观、伦理观、性生理知识、性心理知识、性法律知识、性病预防等全方位的教育^[5]。随着科技水平的提升,在调查研究方面尤其是涉及到一些敏感话题时,越来越多

的研究者采用多样化的调查方式来研究,其中网络调查法是主要的一种。与传统的纸笔调查法相比,网络调查更加节省时间和金钱成本,同时能够克服地域不便问题,因而网络调查法近年来日益流行。研究表明,纸笔调查对构念的测量均值高于网络调查,从社会期望效应的角度分析,研究者认为在纸笔调查受到社会期望效应的影响更大一些,因此在构念的测量均值方面,网络调查比纸笔调查更加精确一些^[6]。在2013年初笔者根据性教育课堂所反映出的问题,设计了一份网络问卷,在问卷设计时,运用相反陈述法平衡“默认”定势,用强迫选择法减少社会要求性定势等,在收集问卷时,通过问卷的逻辑语言排除不符合的样本等保证问卷的真实可靠性。并随后在网络上发起问卷调查,总共收集到588份问卷,回收的问卷全部有效。其中,高中生占39.8%,大学生占36.2%,已毕业的学生占24.0%。其中的三项数据调查结果如表1所示。

从这三项数据可以看出,绝大多数的学生都愿意接受性教育,而在此之前接受过性教育的学生只占27%左右,可以看出目前高中学校对高中生性知识的缺乏和学校性教育的缺位。网络、同学朋友间的交流、报刊杂志和电视广播是学生获得性知识的主要途径,而从父母和教师这两条途径获得性知识的学生只占少数,这也说明在性教育过程中,教师和父母没有起到一个良好的示范作用,导致学生通过其他途径获得性知识,而这些性知识的准确性我们没有办法保证,尤其是在信息非常发达的今天,网络上到处都是与性相关的内容,而其中很多带有很大的误导性和不准确性。所以,在信息化时代的今天,在高中学校对高中生进行正确的性教育具有十分的紧迫性和必要性。

【作者简介】黄仙保(1989-),男,中学二级教师,主要从事高中生物教学、性教育方面的研究工作。

表 1 性教育情况及性知识获取途径调查统计表

问题	选项	人数[n(%)]
你愿意接受性教育吗(单项)	愿意	436(74. 14)
	不愿意	30 (5. 10)
	无所谓	122(20. 74)
在此之前,你接受过系统的性教育吗(单项)	接受过	161(27. 38)
	没接受过	377(64. 11)
	没听说过性教育	50 (8. 50)
	网络	405(68. 87)
你主要通过何种方式获得性知识(多项)	报刊杂志	169(28. 74)
	电视广播	147(25. 00)
	同学朋友间的交流	296(50. 34)
	父母	70(11. 90)
	教师	82(13. 94)
	其他途径	81(13. 77)

2 信息化背景下高中生性教育的方式方法

高中生性教育的内容主要包括青春期性生理及性心理、人际交往、友谊与爱情、生育与避孕、性骚扰、性传播疾病、性道德与法律等内容。那么,如何在信息化背景下,将这些知识传授给学生,而不引起学校、家庭、社会的阻抗?对高中学生进行性教育时要注意适时、适度、适量的原则^[7],笔者通过自身的实践,总结出下列几种比较中庸的方式方法。

2.1 高中生性教育方式方法一:学科渗透

笔者是一名高中生物教师,生物是一门以实验为基础的学科,同时也是一门与实际生活联系非常密切的学科。而高中生性教育内容与高中生物课程有着息息相关的关系,例如:人教版《高中生物》必修一第六章关于细胞的增殖、分化、衰老、凋亡和癌变这一单元的介绍中,可以很自然的引导学生用自己的一生即从婴儿的出生、生长、发育、成熟、衰老到死亡整个过程做类比。可以在这一单元的授课过程中穿插一些青春期身体如何发育,第二性征如何变化的性知识等。笔者通过这样的实践后发现,学生反应很积极,效果也非常好,既能提高学生学习生物的积极性,又能帮助学生对一些性方面的困惑进行解答^[8]。又如,在人教版《高中生物》必修三的第一、第二单元授课过程中,可以整体的介绍人体的构造、我们是怎样从妈妈身体里出来的、性与生殖的关系、激素如何在生殖系统中起作用等等知识。笔者通过不断的实践,采用课后作业的方式来评价课程的有效性,研究结果显示,学生的性知识和关于性的困惑问题得到了有效的解决,对生物课的兴趣也越来越浓厚。

实施高中生的性教育采取学科渗透是一种不得已的方式,但这也是一种很有效的性教育方式。不仅仅生物学科可以渗透性教育,其他学科如化学、物理等理科课程和政治、历史、地理等文科课程以及语文、英语等课程都可以进行性知识的渗透教育。在进行学科渗透性知识的时候,要注意不要把教学主线模糊化,把正常的课堂上成性教育课程,而是在学科教学目标完成的基础上进行渗透性知识。在课堂教育的同时,还可以采

取“同伴教育”模式,即通过学生的自我教育和自主群体抵制社会 and 传媒的消极影响^[9]。

2.2 高中生性教育方式方法二:第二课堂

处于青春期中后期的多数高中生,生理上基本趋于成熟,而心理上离成熟还有一段时间,那么,这种心理年龄和生理年龄发育不一致的现象,在高中教学过程中要格外注意。现阶段的高中生学习任务还是比较繁重,尤其是高三的学生,面临着很强的升学压力,在此时,我们在关注学生的生理健康的同时,也要关注学生的心理健康。据骆一^[10]的调查,青少年性心理健康与心理健康之间呈显著的正相关。青少年的性心理健康水平越高,其心理健康水平越高;青少年的心理健康水平越高,其性心理健康水平也越高。而性方面的困惑,对于高中生来说是一个很大的问题。笔者的调查结果显示,大部分的学生都有过性幻想,大部分的学生曾经有过或者希望有性接触。然而,大部分的学生对于第一次来月经或者是遗精却有很不正常的感觉,有害羞、紧张、恐惧、厌恶的感觉的占了 65% 左右。这些都说明了学生的性生理和性心理上的不同步性,性生理上的成熟和性心理上的不成熟相互矛盾,遇到很多关于自己不懂的问题时,如果不及时给予正确的性教育,对学生会有很深的负面影响。有研究表明,青春期的性发展与其人格密切相关。青春期的性意识顺利发展,不仅对青少年的性心理和性生理有重大的意义,而且对青少年健康、乐群、合作人格的形成有重要的影响。因此,科学的及时的性教育是必需的^[11]。

那么,在高中阶段学习任务繁重的时期,如何有效的采取措施才能让学生对性有更加深入的了解呢?电视、电影、互联网和书刊报纸对学生的影响很大,学校教育工作者应充分利用这些宣传媒介,对学生进行性教育^[12]。根据笔者的实践,以第二课堂的形式开展性知识的传播效果不错,学生乐于学习,能有效的帮助学生正确认识自身的变化,提升性知识水平。第二课堂的常见方式有:请国内外著名的性学专家开性知识的讲座、组织学生参与性知识猜谜游戏、组织学生参加性知识问答竞赛、组织学生参加与性有关的趣味活动等。笔者在实践过程中,采取性知识问答竞赛、与性有关的趣味活动等方式进行性教育,学生的参与性积极性都很高,学生的感受也很不错,既能让学生了解性知识,解决学生的性困惑,又能放松学生的身心,让学生有更大的信心投入到以后的学习中。

2.3 高中生性教育方式方法三:网络传播

信息化时代背景下,网络上的信息铺天盖地,让人应接不暇,而高中生又缺乏足够的判断力去分辨哪些信息是真的,哪些信息是假的。面对这种情况,我们教师不能逆着时代的潮流,不让学生去接触网络,因为这样做是徒劳无益的,对学生以后的发展也是非常不利的。我们应该让网络上出现更多准确的信息、真实的信息。当高中生从网络中获取性知识的时候,可以得到准确无误的性知识,利用这些性知识,可以正确的解答高中生遇到的困惑。通过这样的网络良性互动,让正确的性知识,性观念等深入到每个高中生的心中。

在这个方面,有很多性学专家都利用网络来传播正确的性知识、性观念。例如,华中师范大学性学专家彭晓辉教授在新浪、腾讯、网易等几家网络的博客、微博上开设性学课堂。利用

博客、微博辅助《性科学概论》教学,粉丝达到 60 多万,极大地提高了教学效率,同时也向全国推广了性教育^[13]。在传播性知识的同时也对社会上的一些热点问题以及一些典型的社会现象发表自己的看法,促进正确的性知识性观念的传播。彭教授发的微博有好几千条,通过网络来传播性知识,这样的方式影响面会很大,效果也是非常好的。作为教师的我们,可以更多的让我们的学生去了解这些网站,关注权威的性学专家,从而获得准确的性知识、性观念、性思想等。

3 网络化背景下高中生性教育的反思

信息化时代的到来,导致信息泛滥,虚假信息和真实信息难以辨别,而几乎每个人都没有能力摆脱这种信息技术的环境。那么,我们如何利用信息技术来进行正确的引导高中生,让他们学会分辨信息的真伪?这是一个需要长久时间去探讨的问题。那么,在信息化时代下,性教育内容繁杂,学生中存在的性问题千变万化,在有限的课堂教学时间内只能顾及多数,对少数学生存在的个性化问题或难以启齿的隐私问题^[14],尚需要在实践中积累经验,笔者通过自身的实践,有如下几个方面的心得体会。

3.1 针对教师的反思

教师除了要有出色的学科教学能力外,还应该具备高水平的性教育能力,能够准确的把握性知识、性心理、性伦理道德等等,只有这样,才能在进行学科教学渗透性知识教育的时候,做到有的放矢。为人师表的教师,如果出现了科学性的错误,不仅会影响教师在学生心中的地位,也有可能对学生今后的生活造成负面的影响,这是我们要避免的,所以作为教师首先要认真学习关于性教育方面的理论知识,提高自身水平。还可根据学校实际,定期或随机请在国内外有较高知名度和影响力的性科学专业人士进行教师培训^[15]。

3.2 针对学校的反思

学校作为培育青少年的重要基地,应当肩负起性健康教育的重任^[16]。学校是预防学生危险行为和艾滋病健康教育的最场所^[17]。学校领导要转变观念,不能把性教育问题看成是异类而加以排斥,而应该加以引导,更要创造良好的性教育环境,积极支持教师投入到性教育工作中,努力引进、培养一批批优秀的性教育工作者,提升学校性教育的整体水平,形成一种浓厚的学术氛围,给更多的教师去提升自身的性教育能力的机会。同时,学校应积极开展性知识教育,从性生理、性心理、性道德、性行为、性安全等多个方面加强学生性保护能力,预防性传播疾病的发生^[18]。

3.3 针对社会的反思

社会各个部门有责任营造男女之间正常接触的氛围^[19]。许多性社会观念要有所改变,比如说性禁忌、贞操情结等等,只有这些性社会观念得到改善,社会大众才会真正的意识到性教育的重要性,尊重性教育工作者。社会媒体要从正面宣传性教育的重要性和必要性,同时要丰富网上健康正面的性文化内容,可以有效防止不良性文化乘虚而入,政府可以立项扶持一批健康的性文化网站,各个教育机构也应该设立青年性心理性健康网站^[20]。对于有性困惑的青少年,社会上的人们要尊重他

们,设立相应的结构给他们提供必要的帮助。

对高中生进行性健康教育是学校、家庭和社会培养高素质接班人的重要环节^[21]。总之,高中生性教育之路还很长,会有很多阻碍,但我们必须看清,无论是从社会层面,还是个人层面,都对性教育的认识逐步加深,逐步的认可性教育。相信在不久的将来,在中学阶段实施性教育会越来越顺畅,会有越来越多的人支持与理解性教育。

参 考 文 献

- [1] 苏红,任永梅. 对我国性教育的历史追溯、比较分析及其反思. 内蒙古师范大学学报(教育科学版),2005(5):13.
- [2] 齐麟. 小学性教育初探. 中国性科学,2013,22(9):72.
- [3] 陈曦,林伟峰. 北京市普通中学学生期望的性健康教育调查研究. 中国性科学,2003,12(3):29-32.
- [4] 宋逸,季成叶,星一,等. 中国 18 省市自治区城市高中生性行为现状分析. 中国学校卫生,2008(12):1081.
- [5] 廖艳华. 国外青少年性教育现状与启示. 浙江教育学院学报,2004(9):106.
- [6] 于洪彦,黄晓治. 书面调查和网络调查的区别——两种数据收集方法的比较. 统计与信息论坛,2011(10):102.
- [7] 王丹. 普通高中实施性教育的初步尝试. 东北师范大学硕士学位论文,2007.
- [8] 范荣. 高中生物教学渗透性健康教育探讨. 牡丹江教育学院学报,2006(2):66-67.
- [9] 魏寒冰,王永杰. 构建不同学业阶段学生性教育体系研究. 中国性科学,2011,20(11):50.
- [10] 骆一. 青春期性心理健康问卷的初步编制. 西南师范大学硕士学位论文,2002.
- [11] 张琰,黄辛隐. 高中生性意识、性行为的调查与反思. 山东省团校学报,2010(3):43.
- [12] 黎晓娜. 国内外中小學生性教育研究进展及对策. 中小学心理健康教育,2014(8):16.
- [13] 张伟,崔鸿. 微博(Micro-blog)与生物学教学结合探讨. 中学生物学,2013(4):27.
- [14] 李何林. 采取灵活多样教学方法在大学生中实施性教育. 中国性科学,2013,22(5):75.
- [15] 李一飞. 论高中生的青春期性教育. 中国性科学,2011(9):32.
- [16] 谭雪青,杨碧群. 广州市番禺区城镇高中生性教育需求调查. 中国校医,2001(3):237.
- [17] 张世伟,高仙,甄媛,等. 北京西城区高中生性行为及艾滋病相关知识态度状况. 中国学校卫生,2013(4):399.
- [18] 张珊珊,邵昭明,叶中远,等. 2004 年与 2007 年佛山市城区高中生性相关行为调查. 中国校医,2009(5):491.
- [19] 盛蔚燕. 广州市中学生性教育现状及实施建议. 中国性科学,2008(8):48.
- [20] 阮鹏. 基于社会环境的青年性教育模式. 中国性科学,2012,21(5):38.
- [21] 姜哲. 高中生性健康知识认知现状及教育对策. 中国性科学,2010,19(7):25.

(收稿日期:2013-12-17)

· 性健康 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.07.032

性病门诊中进行艾滋病健康指导的研究进展

周小红 曾林玫 黄秀金[△]

南宁市第四人民医院门诊部(广西艾滋病临床治疗中心), 南宁 530023

【摘要】 回顾国内外相关文献,综述了性病门诊艾滋病健康教育的现状、影响因素、建议与举措的研究,主张建立健康教育管理体系,加大投入,充分调动积极性,以提高此项工作的质量。

【关键词】 性病门诊;艾滋病;健康教育;综述文献

Research progress on AIDS health education work in STD clinic ZHOU Xiaohong, ZENG Linmei, HUANG Xiujin[△]. Outpatient Department of the Fourth People's Hospital of Nanning (Guangxi AIDS Clinical Treatment Center), Nanning 530023, China

【Abstract】 This paper summarizes research on the present situation, influence factors, suggestions and measures of STD clinics AIDS health education through a review of relevant literature both at home and abroad, and advocates establishing a health education management system, increasing investment and fully mobilizing the enthusiasm, to improve the quality of work.

【Key words】 STD clinic; AIDS; Health education; Literature review

【中图分类号】 R473

【文献标志码】 A

近年来,随着我国艾滋病(AIDS)疫情的发展,艾滋病病毒(HIV)的传播方式在不断演变,性传播已经成为主要传播方式,疫情正在从高危人群向一般人群扩散,经性途径传播的艾滋病流行趋势呈现逐年上升态势^[1-3]。性病门诊就诊者是感染性病、艾滋病的高危人群,合并有其他性病的艾滋病患者增加了HIV经性途径传播的危险^[4]。性病、艾滋病的发生和传播与个人行为密切相关,健康教育通过针对性、经常性、多方式的信息传播和行为干预,帮助个人和群体掌握卫生保健知识、树立健康观念、自愿采取有利于健康的行为和生活方式,是遏制艾滋病/性病快速传播而行之有效的办法^[5,6]。

1 性病门诊艾滋病健康教育的现状

1.1 建立健康教育管理体系

健康教育不是简单的、单一方向的信息传播,而是有调查研究、有计划、组织、评价的系统干预活动,其融合医学科学、行为科学、传播学、管理科学等理论知识^[5]。《世行贷款卫九项目艾滋病/性病预防控制子项目》要求对高危人群进行健康教育,是创建规范化性病门诊的重要组成部分。教育工作由过去单一、单向、局部性的模式已向多层次、双向、全方位的立体综合模式发展,许多工作在实施、探索和完善中。建立完善的健康教育系统已成为衡量医院发展水平的一个重要标志^[7]。

1.2 健康教育模式

现阶段,性病门诊艾滋病健康教育模式有同伴教育、艾滋病自愿咨询检测和艾滋病检测咨询、程序化模式^[8]。以问卷形式收集患者的相关信息,确定教育目标,制定实施计划,并对效

果进行评价,将临床路径运用到健康教育中,使健康教育工程序化、标准化^[9]。

1.3 健康教育目的

艾滋病健康教育提倡使用安全套,尽量固定一个性伴侣,改变不良性行为,明确性病、艾滋病传播的风险因素并设法解除患者的性心理障碍等。《中国遏制与防治艾滋病“十二五”行动计划》目标,高危行为人群艾滋病综合防治知识和有效干预措施覆盖率达到90%以上。性病患者艾滋病相关知识总体知晓率虽逐年提高^[10,11],但仍有差距。对艾滋病传播途径认识不足,防范意识淡薄,婚外高危性行为偏高,安全套的使用率低,特别是出现性病相关症状后仍具有较多的无保护性行为,存在传播性病、艾滋病的潜在危险。丁训奇调查^[12]性病患者艾滋病相关知识的总体知晓率75.08%,婚外性行为发生率92.5%,最近一次性行为时安全套使用率为40.42%,89.17%的人知道安全套可以有效预防艾滋病,只有8.75%的坚持每次都使用安全套。

1.4 健康教育内容

预防、治疗、心理、道德等内容,相互间渗透。上班族和学生需求较高,无业患者需求普遍较低^[13],针对不同人群进行不同内容的宣传教育。内容宜通俗易懂,具体、重点突出,针对性强。包括危害性、传播途径与非传播途径、临床表现、防治措施、正确使用安全套、固定性伴侣及性伴通知、如何获得防治服务等。治疗期间严禁性交、接吻、拥抱、哺乳等;内衣、内裤、浴巾、浴盆、剃刀等专人专用;家庭成员掌握防护知识及方法,注意保护皮肤完整,皮肤有破损时不能接触患者等等^[14]。

1.5 健康教育方法

胡晓燕^[8]将常用的健康教育方法归纳为文字教育、问卷调查、个性化教育、操作演示。张宏宇^[5]认为观看宣教视频、学习宣教处方、学习宣教墙报等均能提高认知水平,协同效果更佳,

【第一作者简介】周小红(1965-),女,主管护师,主要从事传染病临床护理工作。

[△]【通讯作者】黄秀金(1963-),女,主任护师,E-mail: wyl_0212@sina.com

对认知水平效果好坏有直接关系。胡春花^[15]认为健康教育处方携带方便,可供患者回家后随时阅读,反复学习,时时提醒患者规范自身行为。患者则认为比较适合的咨询方式是热线电话或印发书面宣传材料,比较适合的辅导方式是由有关医学专家进行辅导;希望就疾病各时期特点,结合图片、宣传栏反复讲解,通过电话随访与医务人员保持联系,增加顺从性,避免不遵医行为^[14]。

1.6 健康教育时机

把握好患者心态,选择乐于接受时机,利用患者懊悔、恐惧心情,不失时机地进行防艾知识传播^[16]。医护人员认为性病患者流动性大,极少有特定教育时间,初诊时进行健康教育是恰当的时机。患者则认为初诊时心情沉重、心理压力、害怕歧视、急迫解除病痛,不希望接受艾滋病健康教育。选择在 2~3d 后,环境安静、无人时进行,并保密^[14]。

1.7 健康教育效果评价

应着眼于提高病人的健康和生活质量,以病人知信行的转变来衡量健康教育的效果^[6]。现阶段,健康教育效果评价,一是采用同一问卷,分别在教育前、后调查,得出的结果比较片面,不能反映效果的整体水平;二是采用专题小组访谈、主要人物访谈等定性研究方法,而结果主观性较大。科学评价是注重指标的可比性、易于操作和量化,又适合对评估对象进行纵、横向的综合评价。在方法上,应以综合指数法为主,以专题小组、主要人物访谈等定性研究方法为辅,效果评价应尽量避免使用同一问卷对比法^[17]。

2 性病门诊开展艾滋病健康教育的影响因素

2.1 健康教育管理体系

我国健康教育各方面的管理工作处于起步阶段,管理体系不完善,无健康教育评价标准体系,缺乏科学的评价工具。健康教育研究方向主要集中在疾病健康教育,尚未拓展到健康教育信念、态度、行为、评价手段、伦理道德的研究,影响健康教育工作开展^[18]。

2.2 医疗服务质量

性病诊疗机构重临床、轻预防,性病健康教育常常被忽视,是诊疗服务中的一个薄弱环节^[19]。多数医院对健康教育工作重视不够,投入不足,专业人才缺乏。健康教育通俗性、个性化和可操作性不佳,形式单一,流于形式,患者参与度不高。性病门诊大多采取医生诊病时,通过艾滋病自愿咨询检测和检测咨询,对患者进行艾滋病健康教育。但由于激励机制、人力、物力、时间等因素,影响了艾滋病健康教育工作开展,尤其是安全套促进方面。而性病门诊护士工作只限于分诊、登记,发放教育处方、资料,播放 DV 等,健康教育多以口头解释为主,不规范,随意性大,并且受护士掌握知识的深度和广度、语言能力、沟通技巧、施教时间等因素影响。同时,艾滋病/性病专科指导,侧重于医学知识,停留在疾病知识普及和宣教上^[18]。医务人员传统道德观念的歧视及“恐艾症”排斥心理等,影响了艾滋病健康教育工作的开展。

2.3 患者个体

性病患者能否通过艾滋病健康教育改变其知信行,与记忆和理解能力、文化水平和生活习惯、经济承受能力及对护士的信任度、健康信念及学习动机等因素有关。不同层次的患者对健康教育的需求、对疾病的重视程度不同,对自我保健意识的

强弱不相同^[20]。一些性病患者因缺乏艾滋病/性病相关知识,恐惧、后悔、自责、偏激,不能自拔,表现出严重的性病神经症^[21];自卑、戒备,使他们频繁更换就诊医院;抵触、报复,疑心重;文化层次低、年长者又不能完全理解内容;由于患者的流动性,使得健康教育持续性与效果评价受到了影响,患者不遵医行为也是导致健康教育无法顺利进行的主要原因^[22]。

3 性病门诊艾滋病健康教育的建议与举措

3.1 健康教育走向专业化规范化势在必行

建立健康教育管理体系,实行院级-医务科/护理部-科室健康教育小组三级管理,开展长期有计划、有组织、有实施、有评价、有协调的健康教育工作。建立患者掌握知识、转变态度和改变行为或掌握某些相关技能、促进健康行为为一体的效果评价指标体系,评价指标参照 JCI 标准的医疗质量评价体系^[23]。健全质控及反馈机制,及时调整健康教育方式、方法。将健康教育纳入考核指标予以量化,作为对医务人员的工作考核^[14]。制定奖励制度,以激发医护人员的积极性与创造性^[24]。成立健康教育专门机构,负责健康教育策略施行、监测和结果评价;制定健康教育制度、模式、计划、内容、实施细则、资料编印等;对医务人员进行培训,提高健康教育技巧,适应不断发展的医学服务需要^[25];组织开展对健康教育的管理、课程设置、健康行为及健康教育与医疗制度改革相关性等方面的研究,不断提高层次和水平。

3.2 重视性病门诊的艾滋病健康教育

提高医疗服务质量,增加健康教育人力与物力的投入。设健康教育岗位,挖掘护士的潜能,承担起艾滋病咨询与健康教育^[26]。培养健康教育技巧,积极创新艾滋病健康教育形式,灵活、多样,兼顾心理和道德教育。将临床路径运用于健康教育中,以 PDCA 循环模式持续改进健康教育,使健康教育工作程序化、标准化。此外,护士需与医生沟通、合作,对患者的询问医护解答保持一致,增强患者对护士的信任度。

3.3 建立良好医患关系,把握健康教育时机

选择患者具有学习愿望和具备学习能力的身心条件时,给予教育^[27]。尊重患者的人格,重视其意愿、情感、需要,为患者提供方便、私密和宽松的环境,注意倾听和观察,拉近与患者的距离,以激发患者的求知欲。个性化教育,根据病人不同文化、职业、生活习惯等因人施教,安排针对性强的教育内容。采用病人容易掌握的教育方式,如讲授、咨询、座谈、墙报、播放 DV,口头讲解辅以图文资料,较复杂的技能进行示范培训,配备视听教材等多种形式并行。与病人亲友、家属、同事联系,争取亲属陪伴,获取家庭和社会积极支持。同时,在性病患者中开展同伴教育,让患者也成为艾滋病健康教育执行者,担当起防治艾滋病的责任,提高教育效果。

总之,要想通过性病门诊艾滋病健康教育,使性病患者树立健康观念、自愿采取有利于健康的性行为,达到遏制艾滋病经性途径传播的流行趋势,需在性病门诊配备具有丰富理论知识、经验及训练有素的健康教育专职人员,密切医患关系,针对不同的患者、不同的疾病、不同时期的健康需求,开展行之有效艾滋病健康教育活动。医院管理者要更新观念,完善管理职能,加强对健康教育质量监督,适时地使用奖励机制,充分调动积极性,使健康教育达到最佳效果。

参 考 文 献

- [1] Wang N. Some new trends of HIV/AIDS epidemic in China. *Chin J Epidemiol*, 2010, 31(11): 1205 - 1209.
- [2] Chinese Center for Disease Control and Prevention. China information system for diseases control and prevention. Information system for AIDS comprehensive prevention and control, 2010.
- [3] Chen SC, Wang ST, Chen KT, et al. Analysis of the influence of therapy and viral suppression on high - risk sexual behavior and sexually transmitted infections among patients infected with human immunodeficiency virus in Taiwan. *Clin Microbiol Infect*, 2006, 12(7): 660 - 665.
- [4] 王勇, 唐振柱, 朱秋映, 等. 广西 2009 - 2011 年艾滋病流行特征分析. *华南预防医学*, 2013, 39(1): 6 - 11.
- [5] 黄人健, 李秀华主编. 内科护理学高级教程. 北京: 人民军医出版社, 2011: 122 - 124.
- [6] 张宏宇, 陈晓芬. 提高性病患者性病艾滋病认知水平的析因研究. *中国麻风皮肤病杂志*, 2012, 28(12): 861 - 863.
- [7] 陈红宇, 倪利蓉, 刘桃英, 等. 医院健康教育管理体系的建立与实施. *中华护理杂志*, 2005, 40(12): 920 - 922.
- [8] 胡晓燕, 许敏, 钱培芬. 对性病患者实施预防艾滋病健康教育的研究进展. *解放军护理杂志*, 2007, 24(10): 33 - 37.
- [9] 楼蓉蓉, 纪代红, 丁玫, 等. 综合性医院利用临床路径对患者实施健康教育的研究. *中国实用护理杂志*, 2008, 24(12): 58 - 59.
- [10] 付志智, 唐中书. 性病门诊就诊者艾滋病知识、态度及行为分析. *中国公共卫生*, 2008, 24(4): 419 - 420.
- [11] 许艳, 惠珊, 孟晓军, 等. 中国六省(区)性病门诊男性就诊者艾滋病相关行为特征及 HIV 感染状况影响因素研究. *中华流行病学杂志*, 2011, 32(10): 987 - 990.
- [12] 丁训奇, 陆洪光. 性病门诊就诊者艾滋病知识态度行为调查. *中国医学文摘 - 皮肤科学*, 2009, 26(3): 150 - 152.
- [13] 蔡旭华, 王凯红. 门诊性病患者健康教育需求调查与对策. *齐鲁护理杂志*, 2009, 15(11): 96 - 97.
- [14] 张秀华. 性病门诊患者健康教育需求调查与分析. *护理管理杂志*, 2010, 10(2): 98 - 99.
- [15] 胡春花. 健康教育处方在性病门诊的应用. *当代护士*, 2010(7): 174 - 176.
- [16] 冯素青, 李领娥, 郭付爱, 等. 性病门诊就诊者艾滋病知识态度行为调查及干预方法探讨. *现代预防医学*, 2008, 35(3): 530 - 531.
- [17] 孙文会, 陆秋娟, 姜戈. 试论艾滋病健康教育效果评价方法. *实用临床医药杂志(护理版)*, 2008, 4(3): 83 - 84.
- [18] 汪凤兰, 何英, 王桂生. 影响我国护理健康教育的因素及分析. *护理实践与研究*, 2007, 4(5): 12 - 13.
- [19] 殷方兰, 戴依群, 石国政, 等. 上海市嘉定区性病门诊健康促进服务质量调查研究. *中国艾滋病性病*, 2010, 16(6): 582 - 584.
- [20] 宁花兰, 胡南, 方梅, 等. 性病门诊男性患者 123 例性健康需求调查及健康干预评估分析. *河北医药*, 2010, 32(3): 361 - 362.
- [21] 陈晓琴. 性病门诊治疗中的心理状态及心理护理. *中国实用护理杂志*, 2007, 23(21): 237 - 238.
- [22] 许静, 莊弢, 谷渊, 等. STD/STI 患者艾滋病防治健康教育效果比较. *预防医学情报杂志*, 2007, 23(3): 265 - 267.
- [23] 徐建史, 晁杰伟, 姜秀文, 等. 利用 JCI 标准建立全员动员模式下病人和家属的教育. *护理研究*, 2009, 23(5): 441 - 442.
- [24] 曾雪玲. 规范化性病门诊开展健康教育的效果分析. *吉林医学*, 2010, 31(2): 276 - 277.
- [25] 杨琼, 李若白. 浅析基层医院临床健康教育面临的问题及对策. *中国实用护理杂志*, 2012, 28(21): 179.
- [26] KharA, Fortenderry JD, Temkit H, et al. Gender difference in sexual behaviours in response to genitourinary symptoms. *Sex Transm Infect*. 2005, 81(3): 262 - 266.
- [27] 宿静. 实施健康教育的影响因素及对策. *护理实践与研究*, 2010, 7(3): 112 - 113.

(收稿日期: 2013 - 12 - 06)

• 性心理 •

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672 - 1993. 2014. 07. 033

已婚成人婚姻冲突应对方式与婚姻质量、婚龄之间的关系研究

毕爱红^{1,2} 胡蕾³ 牛荣华⁴ 吴任钢^{1Δ}

1 北京大学医学部医学心理教研室, 北京 100191

2 石河子大学学工部心理健康教育中心, 新疆 石河子 832000

3 山东省精神卫生中心, 济南 250014

4 青岛大学心理咨询中心, 山东 青岛 266071

【摘 要】 目的: 探讨婚姻冲突应对策略与婚姻质量、婚龄之间的关系。方法: 以方便取样的方法在全

【基金项目】 国家科技部支撑计划项目(2009BA177B05)。

【第一作者简介】 毕爱红(1970 -), 女, 博士研究生在读, 主要研究方向为心理咨询与心理健康教育。

Δ【通讯作者】 吴任钢, 教授, E-mail: rengangwu66@126.com

国范围内选取已婚个体 914 人,使用亲密关系冲突应对方式量表和 Olson 婚姻质量问卷(ENRICH),采用 t 检验、相关分析和回归分析,考察已婚男女的婚姻冲突应对策略、婚姻满意度的差异性,及与婚龄之间的关系。**结果:**(1)无论是男性还是女性在婚姻满意度、性格相容性、夫妻交流 3 个因子得分均低于美国常模,而角色平等性得分高于美国常模,且女性角色平等性的得分高于男性。(2)在冲突解决策略的回避和服从维度上男性的得分显著高于女性。(3)妥协对婚姻质量有正向的积极作用,而控制、服从、回避、分离和行为反应对婚姻质量有负向的消极作用。(4)男性的婚姻满意度、婚龄与回避呈显著正相关。(5)女性的婚姻质量中的夫妻交流与角色平等性与婚龄呈负相关,即随着年龄的增长,女性对夫妻交流的方式和交流量越不满意,对婚姻中的承担的角色评价越低。(6)逐步回归显示,男性婚姻应对方式中的行为反应、妥协、控制、分离可以预测婚姻质量 42.8% 的方差变异,其中行为反应的贡献最大,解释 32.4% 的变异;女性婚姻应对方式中的妥协、行为反应、回避、分离 4 个因子可以预测婚姻质量 45.9% 的方差变异,其中妥协的贡献最大,解释 33.4% 的变异。**结论:**婚姻冲突应对方式和婚姻质量之间存在显著的性别差异,在婚姻健康咨询服务实践中,应关注其性别差异,有针对性的进行认知和行为治疗,使其学会应用积极、有效的应对方式来应对现实生活应激事件,从而提高婚姻质量。

【关键词】 婚姻冲突应对方式;婚姻质量;婚龄

The relationships among married adult's marital conflict resolution and marital quality, married age

BI Aihong^{1,2}, HU Lei³, NIU Ronghua⁴, WU Rengang^{1△}. 1. Department of Medical Psychology, Peking University Health Science Center, Beijing 100191, China; 2. Mental Health Education Center of Shihezi University, Shihezi 832000, China; 3. Shandong Mental Health Center, Jinan 250014, China; 4. Center of Psychological Counseling, Qingdao University, Qingdao 266071, China

【Abstract】 **Objectives:** To explore the relationships between marital conflict resolution style and marital quality and age. **Methods:** 914 married subjects were selected nationwide and surveyed with the Romantic Partner Conflict Resolution Scale and ENRICH. The data were analyzed with T-test, correlation analysis and regression analysis. **Results:** (1) scores of marital satisfaction, couple communication, personality compatibility of both male and female were lower than the U. S. norm, and the role of equality score was higher than the U. S. norm, with women scoring higher than men; (2) Male scored significantly higher than females in conflict avoidance and obey; (3) Compromise was positively correlated to marital quality, but control, obey, avoidance and interactive behavior were correlated to marital quality negatively; (4) Man's marital satisfaction and marriage age was significantly positively related to avoidance; (5) for females, couple communication and role equality were negatively related to marriage age; (6) as stepwise regression showed that males' interactive behavior, compromise, control, separation could predict 42.8% of marital satisfaction, and the largest contribution came from interactive behavior, which explained 32.4% variation, while for females compromise, interactive behavior, avoidance and separation could predict 45.9% variance of marital quality variations and the largest contribution came from compromise, explaining 33.4% of the variation. **Conclusion:** Gender difference should be paid attention to in marriage health education and counseling services. Targeted cognitive and behavioral therapy should be conducted to help them learn positive and effective ways to address stressful events, thereby improving marital quality.

【Key words】 Marital conflict resolution; Marital quality; Marriage age

【中图分类号】 B84

【文献标志码】 A

在众多影响婚姻满意度的因素中,婚姻冲突是一个重要变量^[1]。但以往研究结果没有得到一致的结果^[2,3],这使得研究者将研究的重心转移到了对于应对冲突的方式上,即:冲突应对方式。也就是说,不是冲突本身影响了婚姻的质量,而是夫妻双方解决冲突、应对冲突的方式影响了婚姻的质量^[4]。

婚姻冲突应对行为被定义为在婚姻冲突情境中所采取的特殊活动,它是用来减少婚姻问题或降低婚姻关系紧张的。有效的应对方式可以帮助提高婚姻质量,增加夫妻双方的沟通。而无效的应对方式则会使婚姻质量降低,夫妻之间的矛盾冲突增加。国外有研究发现,婚姻满意度与冲突应对策略的选择有关,满意的婚姻更多的采取积极的应对策略,不满意的婚姻则采取更多的消极应对策略。而积极的冲突应对方式与消极的

应对方式对婚姻满意度的影响因性别的不同而不同,对男性来说,消极的应对方式能解释更多的方差,二者的方差解释率比为 17%:4%;但对女性来说,积极的应对方式能解释更多的方差,与消极的应对方式的比率为 13%:6%^[5]。国内^[6]在研究中国人的婚姻冲突应对方式与婚姻质量之间的关系中发现,不同的冲突应对策略的选择对个体的婚姻质量有不同的影响^[7],应对方式对婚姻质量都有显著的预测作用。另外有人研究发现,丈夫、妻子积极应对维度与婚姻质量有显著正相关,丈夫、妻子消极应对维度与婚姻质量有显著负相关^[8]。另外有大量研究表明,婚姻满意度的周期变动不是线性的,而是呈 U 型的曲线状态(Rollins and Cannon, 1974; Spanier, et al, 1975; Glenn, 1975)。Johnson(1986)等学者从结婚年数的角度探讨了婚姻质

量的影响因素。他们的研究表明妻子的婚姻满意度并不和结婚年数有很显著的相关。所以对于结婚年龄与婚姻质量的关系研究结果并不一致。

婚姻质量是评价个体婚姻好坏的主要指标,而应对方式的选择在很大程度上会影响婚姻生活中的夫妻交流和解决冲突的方式,进而影响到夫妻的婚姻质量。目前国内对男女的冲突应对方式的差异,以及男性女性在婚姻冲突应对方式的选择对婚姻质量的影响方面研究较少,而且婚姻冲突应对方式的研究者们在研究时使用不同的应对量表,这使得研究结果分歧且难以比较。在婚姻冲突应对方式的评估研究方面,只有几篇文献研究了婚姻冲突应对方式与婚姻质量及其影响因素之间的关系,而且使用的评估工具也不是专门针对婚姻冲突应对的量表。采用一般的冲突应对量表不具有特殊性,无法反映个体处理婚姻冲突的特有行为,而且以往研究很少是专门针对男女不同性别之间的差异。

本研究采用针对婚姻冲突的应对方式量表,考察已婚男女的婚姻冲突应对策略的选择和婚姻质量的差异性,及其与婚龄之间的关系,使其在婚姻健康教育和咨询服务实践中,使夫妻双方了解本身不同的差异,针对不同的个体进行认知和行为方面的治疗,使其学会应用积极、有效的应对策略来应对现实生活冲突事件,从而提高婚姻质量。

1 研究对象与方法

1.1 研究对象

依托国家科技部健康婚姻家庭教育的培训课程,在北京、河南、山东、新疆、河北、陕西、四川等省市地区选取健康的已婚男女,共发放问卷 1100 份,收回问卷 966 份。剔除填写不认真、连选以及雷同试卷,得到有效问卷 914 份。其中男性 358 人,女性 538 人,未填写性别的 18 人;男性年龄为 23 ~ 66 岁,平均 (38.68 ± 8.42) 岁,婚龄 0 ~ 47 年,平均婚龄 (12.75 ± 8.83) 年;女性年龄为 20 ~ 65 岁,平均年龄 (36.58 ± 7.83) 岁,婚龄为 0 ~ 47 年,平均 (11.66 ± 8.33) 年。

1.2 研究工具

1.2.1 亲密关系冲突应对策略量表^[9] 该量表已被引入国内,研究者首先在 667 名被试的样本中对该量表的中文版进行修订和检验。结果显示,中文版量表的克伦巴赫系数为 0.604 ~ 0.872;分半信度系数为 0.613 ~ 0.808,重测信度系数为 0.611 ~ 0.672,符合心理测量学的要求,适合中国夫妻使用。该量表由妥协、控制、服从、分离、回避和行为反应 6 个因子构成,各因子的克伦巴赫为 0.82 ~ 0.95,重测信度为 0.70 ~ 0.85,该量表在使用时,各因子的因子分为因子各条目得分之和除以本因子的条目数,通过比较各因子的因子分来确定被试通常使用的冲突应对方式是什么。

1.2.2 Olson 婚姻质量问卷^[10] 本研究采用的是 Olson 的 ENRICH 量表,共包含 124 个条目,分为 12 个因子及婚姻质量总分。采用 5 级计分,回答从“确实是这样”到“确实不是这样”。总分反映被试总的婚姻质量状况,各个因子侧重反映婚姻的某一方面情况。ENRICH 很早就被翻译成中文,并且国内研究表明该问卷适合中国使用,而且可以根据研究需要选用某一个或几个因子。中文版量表的克伦巴赫系数为 0.926,分半信度系数为 0.904。内部一致性系数为 0.74,重测信度为 0.87,对婚姻满意与否的判别效度为 85% ~ 90%。本研究选取其中的婚

姻满意度、性格相融性、夫妻交流、角色平等性四个分量表作为婚姻质量的评价标准。

1.3 统计分析

采用 SPSS20.0 统计软件,统计分析方法使用 t 检验、相关分析和回归分析等。

2 结果与分析

2.1 不同性别婚姻质量与常模比较

表 1 结果显示,不管是男性还是女性,在婚姻满意度、性格相容性、夫妻交流 3 个因子得分均低于美国常模,而角色平等性因子得分高于美国常模,并且差异有显著性($P < 0.05$)。

表 1 男女婚姻质量因子与常模比较

组别	婚姻满意度	性格相容性	夫妻交流	角色平等性
男性	35.64 ± 6.94	30.54 ± 6.34	32.59 ± 5.54	29.92 ± 6.99
常模	37.31 ± 6.45	34.58 ± 5.96	34.90 ± 6.05	28.86 ± 5.45
t 值	-4.511	-12.061	-7.882	2.875
P	0.000	0.000	0.000	0.004
女性	35.64 ± 6.94	30.54 ± 6.34	32.59 ± 5.54	29.92 ± 6.99
常模	37.04 ± 7.03	34.43 ± 6.35	34.10 ± 6.94	28.06 ± 5.80
t 值	-6.902	-14.289	-5.589	13.328
P	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 已婚成人婚姻质量的性别差异性分析

由表 2 可见,总体而言男女均在婚姻满意度得分最高,夫妻交流和角色平等性其次,性格相容性得分最低。独立样本 t 检验结果表明,在角色平等性维度上女性的得分显著高于男性,而在满意度、性格相容性和夫妻交流维度得分上差异不显著($P > 0.05$)。

表 2 不同性别婚姻质量差异检验

维度	男性	女性	t	P
婚姻满意度	35.64 ± 6.94	34.79 ± 7.58	1.71	0.08
性格相容性	30.54 ± 6.34	30.21 ± 6.85	0.72	0.47
夫妻交流	32.59 ± 5.54	32.56 ± 6.40	0.08	0.94
角色平等性	29.92 ± 6.99	31.78 ± 6.48	-4.08	0.00

2.3 婚姻冲突应对方式的性别差异性分析

由表 3 可见,总体而言男女均为妥协得分最高,回避和分离其次,控制、服从和行为反应得分最低。独立样本 t 检验结果表明,在回避和服从维度上男性的得分显著高于女性($P < 0.05$),而在妥协、控制、分离和行为反应维度得分上差异不显著($P > 0.05$)。

表 3 不同性别冲突应对策略差异检验

维度	男性	女性	t	P
妥协	3.75 ± 0.71	3.70 ± 0.72	1.20	0.23
控制	2.95 ± 0.82	2.80 ± 0.80	-0.30	0.77
回避	3.49 ± 0.76	3.30 ± 0.76	3.73	0.00
分离	3.07 ± 0.94	3.08 ± 0.92	-0.17	0.87
服从	2.93 ± 0.96	2.51 ± 0.88	6.67	0.00
行为反应	2.35 ± 0.93	2.32 ± 0.86	0.47	0.64

2.4 婚姻冲突应对方式与婚姻质量、婚龄的相关分析

将男性和女性的冲突应对方式各维度得分与婚姻质量各层面得分、婚龄的相关性分析,其结果见表 4。

男性婚姻满意度与妥协、回避呈显著正相关($P < 0.05$),与控制、分离、行为反应呈负相关($P < 0.05$),与服从相关不显著;性格相容性与妥协呈正相关,与控制、回避、分离、服从和行为反应呈负相关;夫妻交流与妥协呈正相关,与控制、分离、服从和行为反应呈负相关;角色平等性与妥协呈正相关,与控制、分离和行为反应呈负相关。婚姻质量的四个方面与婚龄的相关

不显著,婚龄与回避呈正相关,与冲突应对方式的其它方面相关不显著。

女性婚姻满意度、性格相容性、夫妻交流与妥协呈正相关($P < 0.05$),与控制、回避、分离、服从和行为反应呈负相关($P < 0.05$);角色平等性与回避、分离、服从和行为反应呈负相关($P < 0.05$)。婚龄与夫妻交流、角色平等性呈负相关,与回避、分离、服从和行为反应呈显著正相关。这表明,随着年龄的增长,女性会更多选择回避、分离、服从和行为反应的应对策略,而使用这些应对策略的婚姻满意度却低。

表 4 男性和女性的婚姻质量、冲突应对方式与婚龄的相关性分析

	维度	婚姻满意度	性格相容	夫妻交流	角色平等性	婚龄
男性	妥协	0.483 **	0.164 **	0.336 **	0.155 **	0.057
	控制	-0.386 **	-0.332 **	-0.413 **	-0.567 **	0.024
	回避	0.145 **	-0.150 **	-0.095	-0.098	0.120 *
	分离	-0.184 **	-0.224 **	-0.201 **	-0.203 **	0.032
	服从	-0.052	-0.244 **	-0.177 **	0.010	-0.003
	行为反应	-0.565 **	-0.463 **	-0.558 **	-0.438 **	0.079
	婚龄	0.020	0.005	-0.045	-0.072	1
女性	妥协	0.580 **	0.254 **	0.401 **	0.006	-0.042
	控制	-0.201 **	-0.181 **	-0.257 **	-0.040	0.069
	回避	-0.096 *	-0.227 **	-0.253 **	-0.277 **	0.112 **
	分离	-0.176 **	-0.243 **	-0.230 **	-0.207 **	0.136 **
	服从	-0.185 **	-0.281 **	-0.333 **	-0.507 **	0.146 **
	行为反应	-0.518 **	-0.451 **	-0.530 **	-0.208 **	0.097 *
	婚龄	-0.027	-0.046	-0.135 **	-0.144 **	1

注: * $P < 0.05$; ** $P < 0.01$

2.5 已婚男女婚姻冲突应对策略与婚姻质量的回归分析

为进一步明确婚姻冲突应对方式与婚姻质量的因果关系,考察婚姻冲突应对方式是否能预测婚姻质量,将男性和女性分别以婚姻质量中的婚姻满意度、性格相容性、夫妻交流和角色平等性作为因变量,冲突应对策略的 6 个因子为自变量进行逐步回归分析,结果见表 5。

对于男性来说,婚姻应对方式中的 4 个因子可以预测婚姻满意度 42.8% 的方差变异,其中冲突应对方式中的行为反应的

贡献最大,解释 32.4% 的变异;婚姻应对方式中的行为反应和服从 2 个因子可以预测婚姻质量中的性格相容性的 22.8% 的方差变异,其中冲突应对方式中的行为反应的贡献最大,解释 20.1% 的变异;婚姻冲突应对方式中的行为反应、妥协、回避和控制 4 个因子可以预测夫妻交流 36.1% 的方差变异,其中行为反应的贡献最大,解释 30.9% 的变异;婚姻应对方式中的控制和行为反应 2 个因子可以预测婚姻质量中角色平等性 33.7% 的方差变异,其中控制的贡献最大,解释 32.0% 的变异。

表 5 男性冲突应对策略与婚姻满意度的回归分析 (Stepwise)

性别	因变量	自变量	B	R ²	△R ²	t
男性	婚姻满意度	行为反应	-2.398	0.326	0.324	-6.073 **
		妥协	3.499	0.412	0.408	7.915 **
		控制	-1.127	0.424	0.419	-2.658 **
		分离	-0.801	0.435	0.428	-2.531 *
	性格相容性	行为反应	-0.298	0.202	0.201	-9.288 **
		服从	-0.114	0.230	0.228	-3.666 **
	夫妻交流	行为反应	-0.231	0.311	0.309	-6.956 **
		妥协	0.019	0.333	0.329	4.830 **
		回避	-0.107	0.356	0.351	-3.083 **
		控制	-0.094	0.369	0.361	-2.638 **
	角色平等性	控制	-0.403	0.322	0.320	-8.968 **
		行为反应	-0.128	0.341	0.337	-3.219 **

续表

性别	因变量	自变量	B	R ²	△R ²	t
女性	婚姻满意度	妥协	5.293	0.335	0.334	13.799 **
		行为反应	-2.433	0.432	0.429	-7.330 **
		回避	-1.361	0.455	0.451	-4.014 **
		分离	-0.843	0.463	0.459	-2.895 **
	性格相容性	行为反应	-0.273	0.204	0.202	-7.970 **
		回避	-0.190	0.243	0.240	-5.410 **
		妥协	0.162	0.262	0.258	4.075 **
		分离	-0.073	0.270	0.264	-2.398 *
	夫妻交流	行为反应	-0.276	0.281	0.280	-9.554 **
		回避	-0.225	0.329	0.326	-7.599 **
		妥协	0.281	0.403	0.400	8.391 **
		分离	-0.052	0.407	0.403	-2.023 *
	角色平等性	行为反应	-0.357	0.257	0.256	-12.792 **
		服从	-0.071	0.267	0.264	-2.646 **

注: * $P < 0.05$; ** $P < 0.01$

对女性来说,婚姻应对方式中的4个因子可以预测婚姻满意度45.9%的方差变异。其中妥协的贡献最大,解释33.4%的变异;婚姻应对方式中的行为反应、回避、妥协和分离4个因子可以预测婚姻质量中的性格相容性的26.4%的方差变异,其中行为反应的贡献最大,解释20.2%的变异;婚姻应对方式中的行为反应、回避、妥协和分离4个因子可以预测夫妻交流40.3%的方差变异,其中行为反应的贡献最大,解释28.0%的变异;婚姻应对方式中的行为反应和服从2个因子可以预测婚姻质量中角色平等性26.4%的方差变异,其中行为反应的贡献最大,解释25.6%的变异。

3 讨论

3.1 本研究男女婚姻质量分析结果发现,无论是男性还是女性在婚姻满意度、性格相容性、夫妻交流3个因子得分均低于美国常模,而角色平等性得分高于美国常模。这和国内同类研究结果相似^[11],这表明现阶段居民婚姻满意度不高^[12]。分析其原因,中国人较西方更注重内敛含蓄,内心情感不善表达,对自身的情绪表达,常采取隐忍、回避和沉默的方式。夫妻之间因为情感交流较少,因此,在发生冲突时,即使心中不满,也常采取沉默或是先让步的方式。而这往往使得家庭中的夫妻一方或双方无法感受到对方的态度和关心,不敢向对方倾诉,甚至对物质、情感的正当要求也避免提出,出现的问题也得不到应有的重视和解决,这就为家庭矛盾埋下了隐患。本调查男女角色平等性得分均高于常模,且女性角色平等性的得分高于男性,究其原因,角色平等性测量的是在家庭婚姻中,是否女性的角色就应该是主内的,而男性的角色就应该是主外的,妻子在此维度上的得分高于丈夫,这也正验证了在中国的文化背景下社会性别角色传统观念对于婚姻质量的影响。

3.2 在冲突解决策略的性别差异方面,在回避和服从维度上男性的得分显著高于女性。这和以往的研究结果并不一致。Ohbuchi等^[13]发现在冲突应对方式使用的数量方面存在性

别差异,女孩通常会比男孩使用更多的策略;但在冲突应对策略的选择类型方面,并没有发现明显的性别差异。本研究的结果可能与男女性别差异本身有关。在社会性别认同的成长过程中,男性本身就比较不愿意表达自己的情感,在遇到冲突时更倾向于沉默。而且,传统观念中“好男不和女斗”的想法,会让男性更少地与女性发生争执,一般在冲突时倾向于使用回避或者顺从等策略。

3.3 婚姻质量与婚姻冲突应对策略、婚龄的相关分析结果显示,男性的婚姻满意度与回避呈显著正相关,这和国内外研究的结果有差异,而且婚龄与回避也呈显著正相关,即随着年龄的增长,男性会更多选择回避的应对方式,而采用回避的应对方式的男性婚姻满意度也高。妥协对婚姻质量有正向的促进作用,可以提高婚姻质量,属于积极的冲突应对策略,而控制、服从、分离和行为反应对婚姻质量有负向的消极作用,会降低婚姻质量,属于消极的冲突应对策略,这一结果与国外的研究结果一致^[13]。国内外学者关于回避对婚姻质量的作用有不同的认识^[14],有研究者支持回避冲突,他们认为直面冲突不一定适合于每一个人,有时可能会使情况更糟;但是回避可能使问题不能解决,进而使一方或者双方长久的怨恨和愤怒不能消除,越来越倾向于回避对婚姻质量起着消极影响^[8,15,16]。张锦涛等^[14]的研究发现,婚姻质量与要求/回避、双方回避呈显著的负相关,而且在对丈夫和对妻子的影响程度上也不同。与对丈夫相比,回避对于妻子婚姻质量的负面影响更大。杨阿丽和方晓义的研究发现,妻子的婚姻满意度有正向的预测作用的是丈夫所报告的双方回避的冲突应对策略,但是缺少相关数据证明妻子所报告的双方回避的冲突应对方式的作用以及回避对丈夫婚姻满意度的影响。本研究结果显示男性的婚姻满意度与回避呈显著正相关,这和国内外研究的结果有差异,而且婚龄与回避也呈显著正相关,即随着年龄的增长,男性会更多选择回避的应对方式,而采用回避的应对方式的男性婚姻满意度也

高。究其原因,可能是因为在中国文化传统观念中,男性更少地与女性发生争执,一般在冲突时倾向于使用回避或者顺从等策略,而回避可以使夫妻双方在冲突当时暂时分开一段时间,各自有时间冷静思考,然后再回来讨论解决冲突,这不仅可以防止冲突升级,而且可以更加清晰地和理智的认识到冲突问题和对方行为的原因,从而有利于冲突的解决,进而提高婚姻质量。

对于女性婚姻质量与婚姻冲突应对方式、婚龄的相关分析结果显示了另一个明显的性别差异,男性的婚姻满意度与婚龄无显著相关关系,女性的婚姻质量中的夫妻交流与角色平等性与婚龄呈负相关,即随着年龄的增长,女性对夫妻交流的方式和流量越不满意,对婚姻中的承担的角色评价越低。与以往研究相反,目前的研究不满足在生命历程中与婚姻满意度的倒 U 曲线。这一发现部分支持 Tremblay 等的研究结果,他们发现,婚姻质量随着女性年龄的增大而降低,随着男性年龄的增大而增长。这有几种可能的解释。首先,如果女性内化的时候出现情感冲突,她们可能会积累沮丧的经验,导致婚姻质量随着时间的推移越来越低。第二个可能的解释是,尽管经历了“女权主义的革命”,但在今天女性仍常常是家庭的主要照顾者,通常和配偶分享家庭实际的和情感上的负担是不平等的。今天的女性通常拥有自己的职业生涯,但仍然强烈需要照顾家和孩子。随着每年儿童的数量与结婚人数的上升,女性发现自己将要被累人的日常家居工作淹没。虽然社会发生了许多的变化,对女性仍有许多混合消息:当她们被鼓励在各行各业工作的同时还需要照顾她们的家庭。这很可能是他们的夫妻交流和角色平等性随着时间下降的理由。

3.4 从婚姻冲突应对方式与婚姻质量的回归分析可以看出,男性婚姻应对方式中的行为反应、妥协、控制、分离可以预测婚姻满意度 43.5% 的变异,其中行为反应的贡献最大,解释 32.6% 的变异;女性婚姻应对方式中的妥协、行为反应、回避、分离 4 个因子可以预测婚姻质量 46.3% 的方差变异。其中妥协的贡献最大,解释 33.5% 的变异。不管是男性还是女性,影响婚姻质量的性格相容性和夫妻交流的主要是行为反应,可以解释方差变异的 20.1% ~ 32.4%。而对于角色平等性,男性的冲突应对策略中的控制能解释方差变异的 32.0%,女性的冲突应对策略中的行为反应能解释方差变异的 25.6%。行为反应是指在解决婚姻冲突时,出现口头辱骂、肢体冲突等直接带来伤害的行为。妥协,是指夫妻双方在遇到冲突时进行讨论,以求达到满足双方要求的目标。贾茹研究表明,妥协是积极的应对方式,行为反应是消极的应对方式。本研究可以看出,对男性来说,消极应对方式可以解释更多的方差,对女性来说,积极应对方式能解释更多的方差,这和 Noller 等(1994)的研究结果一致。因此,在婚姻健康咨询服务实践中,应关注其性别差异,有针对性的进行认知和行为治疗,使夫妻双方学会使用积极、有效的应对方式来应对现实生活冲突事件,进而提高婚姻质量^[17]。

当然,该研究还存在一些局限性。首先,它是一个相关研究,因此目前还不清楚到底是先婚姻冲突应对还是先婚姻满意度。其次,研究参与者都不是对方的配偶;结婚的夫妇彼此之间的这些变量也应该核查。理想的情况下,未来的研究需要

收集夫妻双方数据,特别是处在压力中的夫妻,如那些正在考虑离婚或分居。对不同的男性和女性样本的这些发现的复制需要澄清人群。第三,研究存在单一方法偏差,在所有的措施中采用自我报告的方式。在未来的研究中,这将有助于整合,例如投射的工具和深入访谈,用于识别模式的差异,访谈的目的是为彻底检查各个组的特征,他们在婚姻生活的关系中的额外的感情和思想,以及他们如何解释不同时期的婚姻之间的差异。最后,该研究是基于一个横断面的研究,这些都限制了其普遍性。

参 考 文 献

- [1] Rosen GJR, Myers JE, Hattie JA. The relationship between marital characteristics, marital interaction processes, and marital satisfaction. *Journal of Counseling and Development*, 2004, 82 (1): 58 - 68.
- [2] Fincham FD. Marital conflict: correlates, structure, and context. *Current Direction in Psychological Science*, 2003, 12 (1): 23 - 27.
- [3] Karney BR, Bradbury TN. The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, method, and research. *Psychological Bulletin*, 1995 (118): 3 - 34.
- [4] 贾黎斋,王中杰,等. 夫妻应对方式与其婚姻质量关系的研究. *现代预防医学*, 2011, 38 (9): 1664 - 1666.
- [5] Patricia Noller, Judith A. Feeney, et al. Callan, longitudinal study of conflict in early marriage. *Journal of Social and Personal Relationships*, 1994 (11): 233 - 252.
- [6] 杨阿丽,方晓义. 婚姻冲突, 应对策略及其与婚姻满意度的关系. *心理学探新*, 2009, 29 (109): 87 - 92.
- [7] 贾茹,吴任钢. 夫妻冲突应对方式的现状及其在依恋类型与婚姻质量间的中介作用分析. *中国性科学*, 2012, 21 (12): 69 - 74.
- [8] 李凌江,杨德森. 婚姻稳定性与家庭行为方式. *中国心理卫生杂志*. 1990, 4 (6): 257 - 261.
- [9] 贾茹,吴任钢. 亲密关系冲突应对方式量表的修订及信效度检验. *精神医学杂志*, 2012, 25 (4): 241 - 244.
- [10] 汪向东,王希林,马弘. 心理卫生评定量表手册增订版. *中国心理卫生杂志*, 1999 (增刊): 120 - 317.
- [11] 李伟,程灶火,等. 婚姻质量与个性、婚姻动因的关系. *中国临床心理学杂志*, 2002, 10 (1): 17 - 19.
- [12] 信巍. 中国婚姻质量报告. *北京文学: 精彩阅读*, 2007 (3): 4 - 37.
- [13] 李利娜,刘文. 青少年同伴冲突解决策略新进展. *社会心理科学*, 2011, 26 (1): 63.
- [14] 张锦涛,方晓义,戴丽琼. 夫妻沟通模式与婚姻质量的关系. *心理发展与教育*, 2009 (2): 109 - 115.
- [15] Catherine A. Sanderson and Kim H. Karetsky, intimacy goals and strategies of conflict resolution in dating relationships: A mediational analysis. *Journal of Social and Personal Relationships*, 2002 (19): 317 - 337.
- [16] Tammy L Zaccchilli, Clyde Hendrick, Susan S Hendrick. The romantic partner conflict scale: A new scale to measure relationship conflict. *Journal of Social and Personal Relationships*, 2009 (26): 1073 - 1096.
- [17] 王厚亮,刘破资,黄开林. 175 例育龄妇女婚姻质量与个性、应对方式的相关分析. *中国计划生育杂志*, 2003, 96 (10): 608.

(收稿日期: 2014 - 01 - 22)

• 性心理 •

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.07.034

克里希那穆提思想对缓解婚姻焦虑作用初探

包华

南阳师范学院教科院, 河南 南阳 473061

【摘要】 婚恋功利化和婚姻挤压、多元婚恋模式冲击等的影响使婚姻不确定性增加, 婚恋焦虑成为社会焦虑的重要来源之一。化解婚恋焦虑不能仅仅通过外在地位或经济保证或放松、休闲, 而要根据焦虑起因做内心调整和应对。克里希那穆提的精彩论述指导我们领悟婚恋焦虑的源头并作相应的心理改变: 克服婚恋中的依赖心理包括对社会习俗和权威的依赖和屈从; 用爱代替依赖; 用冥想发现爱, 从而消除自我防御、自我情结等对情感沟通的障碍。

【关键词】 婚恋焦虑; 化解焦虑; 克里希那穆提; 引导

Effect of Krishnamurti in relieving love - marriage anxiety BAO Hua. School of Education Science, Nanyang Normal University, Nanyang 473061, China

【Abstract】 The utilitarianism trend of love and other factors such as marriage squeeze, diversification of marriage pattern etc. bring much uncertainty to marriage, making love - marriage anxiety become one of main sources of social anxiety. To relieve such anxiety, social status or materials of leisure or relaxation is far from enough. Krishnamurti's excellent theory on love and marriage can give us insight about the origin of such anxiety and help us make necessary adjustment; to overcome the psychological dependence, including dependence on social custom and authority; to use love to take the place of dependence; to seek for love by medication, so as to remove obstacles like self - defense and narcissism complex.

【Key words】 Love - marriage anxiety; Relieving anxiety; Krishnamurti; Guide

【中图分类号】 R395.6

【文献标志码】 A

1 引言

婚恋焦虑是社会焦虑的重要来源, 但与就业焦虑、住房焦虑、教育焦虑等比较起来, 却没有受到应有重视, 只是以潜意识形式存在的模糊情绪。究其原因, 婚恋焦虑只在特定时期才开始出现, 容易被就业和住房等更“具体”的焦虑淹没, 也容易被青年期其他任务所掩盖、混淆, 如自我统合、追求财富权力名誉等人生目标。当婚恋焦虑来袭时, 我们还误认为是自己实力不够, 需要继续努力、挣更多的资源来用作婚姻交换的资本呢!

审视焦虑就会发现它是对不确定性的担心、害怕失败、恐惧落在人后面面子等心态的综合。对焦虑的缓解, 以往研究者多强调保障民生、加强治安、充分就业、促进公平等, 忽视了人心调节。如果只是物质扶持和给予, 焦虑并不会缓解, 有时适得其反: 越是拥有, 越担心失去; 越拼命集聚, 越是恐惧涣散; 越刺激快感, 越是病态成瘾性地难以满足……当人心浮动时, 即使动用最强悍的警察和保安, 也难以让人安然。也有人认为, 当前婚恋危机应通过强化伦理教育来进行, 但是伦理的源头也在于人心, 婚恋焦虑的缓解需要找出焦虑成因才能对症下药, 从而正本清源、遏制焦虑的发展。

2 婚恋焦虑的起因与危害分析

婚恋焦虑源于关系发展的不确定性。现代社会不仅使人们在

就业、经济、人际关系等方面体验到更多更快的变动, 而且离婚率攀升使婚恋家庭方面的不确定性也开始增加, 婚恋在人们心目中的形象不再是一成不变, 爱情分合、婚姻解体的可能性大大增加。

2.1 追求功利

追求功利的社会时尚使不少人把爱情视为谋利工具, 尽可能扩大其利益导致爱情异化变质。首先, 利益驱使导致婚恋进程缩短, “速配”增加了彼此相互了解和沟通的困难。其次, 利益驱使下婚恋环境的恶化带来混乱, 如社会流动带来生理和心理饥渴引发非法同居, 压力过大带来人的心理孤独、变态、脆弱, 不少人渴望能有忘我的婚外恋来刷新情绪, 而影视剧对婚外情感的细致描写则推波助澜, 婚外情泛滥致使婚恋相关的人际信任感急剧下降, 婚恋焦虑骤然上升。最后, 出于逐利需要, 爱情作为一种砝码, 出现权色交易、钱色交易, 官员腐败、明星多角恋、包养女生、婚外恋、第四类情感流行等, 动摇了传统婚恋价值观。社会乱象导致焦虑、迷茫, 青年男女还要面对自我整合、职业规划、人际关系等压力, 加重了焦虑的恶性循环。

2.2 自由恋爱

自由恋爱盛行、潜在求偶对象增加、婚恋机会增加使人们对爱情产生许多不合理预期, 攀比使人们对婚恋的期待增高。出现“这山望着那山高”、“遇到更好的就换”等现象, 无形中给人增添了许多压力和焦虑。

2.3 婚姻挤压等因素

适婚男女性别数量比例严重失调^[1], 此外还有结构性和地域性性别比失调出现择偶时婚姻挤压, 使一些人可供选择的适龄异性数量有限、短缺, 不得不降低标准“屈就”, 或努力通过资

【基金项目】 河南省教育厅 2013 年度人文社会科学研究项目“克里希那穆提生命治疗内涵与应用研究”部分成果。

【作者简介】 包华(1974 -), 女, 副教授、心理学硕士, 主要从事性心理方面的研究工作。

源增加来提高择偶地位,增加了心理负担。

焦虑使人形成各种心理障碍,严重者会自杀、犯罪,整日处于各种纠结中,引发越轨、加重人们不切实际的高期望和相应短期化行为,催生有害群体犯罪心理,使人失去理性、降低生活满意度、放大对社会问题的不满^[2]。所以积极疏导、逐步缓解婚恋焦虑,不仅提高青年幸福感,还有益于社会和谐。

3 克里希那穆提式觉知对婚恋焦虑的指导意义

克里希那穆提是印度著名思想家,以其演说著述、心理辅导对整个世界产生了巨大影响,被誉为“20世纪最纯净的心灵”、“在破除偶像上最富代表性的人物”、“最伟大卓越的心灵导师”。美国时代周刊视他为20世纪最伟大的圣者。综观克氏几十年的教导,可以总结为:要根本上改变社会,必须先改变个人意识才可以。只有每个人的内心净化、安静了,整个社会的互爱、和谐、伦理才有可能。他一直强调自我觉察(觉知)以及了解自我局限、宗教与民族制约的必要性,指出“脑里广大空间有着无可想象的能量”。我们需要觉知自我的局限,觉知思虑的危害,觉知习惯的盲目,才能清醒、轻松走出思虑困境、摆脱焦虑。他对婚恋有独具慧眼的分析。下面我们分述克氏婚恋觉知领域的内容。

3.1 依赖是婚恋焦虑的根根。

克氏指出:不少人误认为相互依赖和相互帮助就是爱情婚姻的全部,所以我们安然依赖别人、不断寻找更加安全可依赖的人。婚恋中的心理依赖和性幻想依赖与身体记忆交互作用,极大牵制了个体的主动性^[3],恶化焦虑,形成心理危机。不仅在肉体和心理上相互依赖,我们还进一步寻找权威——社会规范方面的权威,依赖权威来指导我们生活、消除我们的疑虑,让权威来决定我们的性取向。

无论是肉体感官的依赖、心理情绪依赖还是对权威和规范、风尚的依赖,都伴随着恐惧、嫉妒、憎恨、愤怒和焦虑。

感官层次的依赖——我依赖我的妻子,她给我性快感和拥有伴侣的欢愉,依赖她也意味我会害怕和嫉妒,有嫉妒就会有仇恨,有仇恨就会有暴力,有暴力则永远不会摆脱焦虑和恐惧,以及持续增加的对慰藉和安全的需求。

心理依赖仍然伴随着占有欲、嫉妒和焦虑。我们渴望伴侣给我们安全感、渴望两情相悦。有所依赖使自我膨胀,人欲更难满足。冲突和不确定尾随依赖而来,不确定愈多,对寂寞的恐惧也愈多,人变得更依赖、占有、专横、独断、要求更多,因此产生更多冲突,这种冲突被许多人视为爱。

依赖权威、圣人、社会规范同样使我们混乱、增加焦虑。我们不知道该怎么办,所以寻求标准,尤其是权威的标准。我们不断把自己与别人比较,模仿权威,追随领袖,顺从、配合某些其实被你高估的事物以至于内外混乱。比如我们的性取向,比如我们的生活方式,比如我们是结婚还是独身,这些东西是很个人化的,权威无法替我们解决。权威还会误导我们,使我们偏离正确、偏离我们真正的需要,导致内心冲突;权威还会垮台,使我们追悔莫及。可我们如此依赖权威,以至一旦偏离了权威和大众轨道,我们就焦虑不堪,甚至为此付出生命的代价。因为追随好色滥情的官员和逐利竞争的社会规则、风尚,我们的爱情已经异化变质。

不仅克氏反对依赖,心理学研究也发现了爱情心理中依赖的坏处——爱情人际剥削法则或最小兴趣法则:恋爱关系中,对继续或维持目前关系兴趣较小的人拥有更大权力,爱得多依赖性强的的人注定遭受人际剥削^[4]。依赖、尤其是孤注一掷式的依赖对

两性关系杀伤力极强,不仅破坏关系,还导致自己心理失常。

摆脱依赖并不是走向孤独和孤立、自闭,更不是相互排斥、人际冷漠,人格独立并不反对互帮互助,更不反对拥有伴侣。克氏所述的依赖里面只有利用、占有、排他和嫉妒,这种依赖最终必然带来伤害和焦虑,其对立立面是爱。真正的尊重和爱是两性关系中最重要的事情,只有脱离了依赖,真爱才会彰显。

3.2 用爱代替依赖

依赖和爱之间天壤之别。强烈依赖使我们亲近某人(或彼此亲近),表面上深爱实质为相互利用;爱是怀有深切情感、不失自由并回避制造冲突的自我中心。

依赖者只关心自己感受,无法忍受成长的寂寞、孤独和痛苦,也从无关心哪怕是他们所依赖对象的成长和心智成熟;真爱是设身处地替人考虑,是不要求任何回报的惊人情感;依赖对象可以是人也可以是物,如对金钱、名誉依赖,但爱的对象是生命——对人的慈悲。依赖者担心失去甚至讨厌真诚的交流,宁愿虚伪周旋;互爱则摒弃孤立隔绝,使爱者有足够的明智和敏感。即使你通过了所有考试,获得了博士学位,并且谋得了很高的职位,但是如果你没有这份敏感,没有这种纯然的爱,你的心将无比空虚,你的余生将无比悲惨。

普通人把占有、拥有和依赖看做爱,因为依赖感使自我强大。事实上“拥有”造成了爱的一种藩篱和障碍:两个借契约住在一起的男女,虽觉关系密切,但不可能不发生冲突,比如说因为性、个性、感觉、信仰、抱负等的分歧,但矛盾根源是没有爱。爱不是快乐、嫉妒、羡慕、不是男女区别,不是一方主宰另一方,一方驱使另一方,一方拥有另一方,或者依附,那不是爱,只是方便和剥削,必然导向冲突和焦虑。

克氏通过大量演讲来论述爱,认为爱是所有美妙的源头,不可思议地能带来一种新局面。没有爱,问题变得复杂,有了爱,一切都很简单。只要有爱,就不存在义务^[6],义务是一个在关系中没有任何意义的官僚词汇。

所有问题源于没有爱这种本体性的东西,一旦爱空虚,我们才想要支配他人、咒骂仆人、妻子或丈夫。这种心的暴力必然带来恐惧和焦虑。没有爱,即使你过着体面的生活,遵守各种社会公德,你也可能是不道德的。内心贫瘠、空虚、乏味,甚至愚蠢,因为没有真正理解欲望,生活成了永不休止的战场。

人们总想通过牺牲、崇拜、人际关系、性生活及种种快乐和痛苦的途径,去寻找那不可思议的爱感觉。然而,因为有意念和思维、思虑的参与,许多人获得的快感伴随对立和冲突,这不是真爱。比如,性的问题有自己本来的定位,只有心灵赋予它显著地位它才成问题。对性快感的思虑、记忆、思考延续和培养了这种快感,也培养了对快感的需求;而苦行禁欲的人花费大量精力和欲望抗争,这也是冲突和能量浪费,不可能把我们导向自由幸福。思虑捕捉欲望、利用欲望,通过欲望制造画面、形象,但爱中没有思虑、快感、选择、占有,所以爱中没有单纯强烈的性驱动力。有了爱,禁欲、可欲都是善的。没有爱,我们在精神上都是乞丐,不断追求别人或别的事物来填补我们的不足,这就是为什么我们把极普通的事搞得十分丑恶的原因。

因为爱摒弃了对快感的追逐(当然也不是禁欲),假如有爱,性就不成为一个问题。通过聆听、观察、理解欲望,一种类似爱的热情就诞生了。

克氏认为,爱可以通过师长示范展现,如果师长心中有爱,并经常同你讨论他,他会自动把路上的石头清理,不使唤仆人

做肮脏的工作,在言语、工作、游戏、吃饭中感受这份奇妙的爱,并指给你看,那么你会明白什么是爱。

爱不是空想或感觉,而是行动。感觉灌注、性行为 and 性接触之后,双方兴味索然、丧失吸引力。而真爱必须用全部身心投入和奉献,需付出足够努力甚至自我牺牲才能使爱的对象成长。爱是新鲜、活泼、充满生命力的,不受过去未来影响,不受杂念干扰,只有赤子之心才能认出它来。

爱本来内在于人,人欲泛滥障蔽了爱。爱是自发的,没有任何结果,是存在的状态。爱不能被思考,只有在忘却自我和借着认识自己来解脱自己时,爱才会出现。当心灵的全部过程完全显示并得到了解时,你才知道爱是什么。在爱的状态中,伴随着对自我的认知、焦虑和占有都不见了。

爱无法通过外在追求获得,爱来自于自我中心的消失——假如认识到我们所有的人在精神上是相同的,我们对人就会有天翻地覆的变化。要想发现人我平等无二,唯有通过冥想,通过觉知。

3.3 通过冥想创生爱与同情

个体有意把注意维持在当前的内外体验不作任何评判的自我调节即是正念技术,冥想是一组以正念技术为核心的练习方法,主要包括禅修、内观、正念减压、正念认知疗法等。许多调查发现:正念冥想有助于缓解焦虑^[5],究其原因,Shapiro 认为开放、不评判的注意加工导致思维方式改变,从而对不愉快高度容忍;Chambers 等^[8]认为正念冥想摒弃对不好环境的习惯反应,从而消除焦虑等负性情绪的自动化评价,控制了对负性情绪的沉浸思维。克氏则从冥想的对立面——思虑入手,指出冥想的结果是爱,思虑的后果是焦虑。

冥想不同于智力,它通过觉知自我,了解头脑的全过程——推理、欲望、动机、野心、妒忌、贪婪、恐惧,从而超越头脑。克氏强调:智力只能带来四分五裂的判断,而冥想却是看到整体;智力只能在已知领域中运作,冥想是飞越所有的已知。思想制造的空间里没有爱,充满欲望和争战、痛苦和恐惧。冥想就是这个思维空间的了结,以及自我的止息,然后人与人的关系才有意义。

比如我们缺乏爱,我们依赖的根源是对快感的追求,思虑的加入使快感更盲目。我们希望所有关系都建立在快感上,当某些关系中没有快感,我们便矛盾、冲突、悲伤、困惑、痛苦。思想紧随快感其后,将这种美妙记忆存档,这种记录便在脑海中不断增长,最后化为对快感的追求。如几周前你有一次性体验,你将体验记在脑中并渴望再次体验,对快感的需求涌现。快感孤立、迷惑我们,创造出不真实不实际的价值观——人我对立,带来假象和错觉,使心灵自我隔绝而恒常处于关系矛盾中。欲望通过念想(思虑)不停运作而被产生并赋予延续力,最后变成一种意志。我们按照意志行动,这种意志以快感和痛苦为基础,压制(禁欲)反而使它积攒能量渐强,并对你发起反攻^[5]。通过冥想我们能发现这点——感知觉的过程无可厚非,但不要让思想和念想趁势而入将感觉变成欲望。

我们的教育无限推崇智力,把智力培养成敏捷、狡猾、贪婪,唯独缺乏爱,所以不能称其为智慧。只有当自知、深入了解自己的全部过程以及推己及人才可能产生爱。爱一旦进入心智,心智就变得无限,包括思考力、行动力,还有一种感觉,好像你活在一个与万物一体的巨大空间里。

冥想对婚恋焦虑的指导作用表现在:首先,冥想者发达的元认知和清醒的自我认识使他很清楚自己需要什么样的伴侣,

一旦遇到他不会犹豫,一旦错过他不会痛苦因为他没有依赖,生活中没有这样的人选他也不会妥协。其次,冥想者高度的共情使他对关系互动时刻清醒,不受空幻规则和教条的制约,转化消弭冲突于无形中;安忍、替人着想、不受自我局限使他纵使遭遇挫折也不会让矛盾恶化。最后,面对失恋、离异,冥想者旁观超然的态度使他心存感恩、潇洒转身。

资讯高度发展的现代生活充满不确定性,我们需要发现、看清虚假中的真实,不断觉知不断放弃。焦虑有时让我们借着性、成瘾来忘却,但这种忘却却是短暂的。有时我们一头扎入一本书,书本带着我们远离身体和所在的现实。当我们刚从书本中抬头,又重新被忧愁和恐惧占领。我们生活肤浅、虚构那么多计划,那么多的焦虑和梦想,被恐惧占据,然后盘算如何脱围,所以看不见生活呈现的爱和美。冥想就是把注意从外拉回内。专注力训练提醒你体会呼吸,并完全安住于吸气和呼气、使心情回归身体并安住于当下。

冥想是一种不带掌控性的生活方式,是空掉心中所有的自我,把一切过去未来摆在正确位置。独断、野心、贪婪、嫉妒和恐惧都是内心及外在混乱的肇因,冥想就是与它们接触,不否认它们、不合理化、不归咎别人。无为地观察自己的心,自然会明白它有多么混乱和矛盾;譬如心里明明充满恨,却认为自己有爱——我们的混乱、自欺、困惑、冲突,被紧抓不放的罪咎感,及各种惩罚自己的方式——这些都是自我的活动,需要深刻洞察、放下。

沉溺欲望带来混乱,压抑欲望使自己麻木迟钝,纵使冥想成千上万年也不会找到上帝,唯有你的身心对所有事物极其敏感才可能发现爱为何物。所以我们需要过一种觉知的生活,冥想思想、念想的结构和运作方式。

克里希那穆提剥落了附着在爱情婚姻上的种种外相——相互利用、名利、性、攀附世俗权威和风尚,正是这些带来婚恋焦虑。没有什么可以帮你彻底摆脱焦虑,神明不可以、救世主不可以、知识和人际关系不可以。只有坚持不懈洞察心灵、大脑和全部存在,与它们共存,你就会看清那种虚妄。如果你的心不再做比较、批判、区分,你就有能力在每个刹那看见真相,而不企图去改变外相——离婚率上升的原因之一就是许多人觉得只要换人就能带来真正幸福——克氏指出:不改变内心没有爱的心灵不可能遭遇恒久的幸福。真正的生活需要大爱,需要对寂静有深刻感受,需要能清楚思考的心智,不被偏见、迷信、期望或恐惧捆绑。

参 考 文 献

- [1] 潘金洪. 出生性别比失调对中国未来男性婚姻挤压的影响. 人口学刊, 2007(2): 20-25.
- [2] 吴忠民. 社会焦虑的成因与缓解之策. 河北学刊, 2012(1): 110-114.
- [3] 田聚群. 心理依赖与性幻想依赖. 中国性科学, 2012, 21(9): 83-88.
- [4] [美] 莎伦·布雷姆. 爱情心理学. 郭辉译. 北京: 人民邮电出版社, 2010.
- [5] 克里希那穆提. 关系之境. 常霜林译. 北京: 九州出版社, 2010: 148.
- [6] 克里希那穆提. 爱的觉醒. 胡因梦译. 深圳: 深圳报业集团出版社, 2010.
- [7] Siegel DJ. The mindful brain. New York: WW. Norton, 2007.
- [8] 陈语, 赵鑫, 黄俊红, 等. 正念冥想对情绪的调节作用: 理论与神经机制. 心理科学进展, 2011, 19(10): 1502-1510.

(收稿日期: 2014-01-15)

· 性心理 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.07.035

高校已婚青年教师成人依恋现状调查

梁丽

西南石油大学学工部心理健康教育中心,成都 610500

【摘要】目的:探讨高校已婚青年教师成人依恋的现状以及性别、婚龄、有无子女对依恋的影响。方法:采用方便取样的方法,选取高校已婚(不含离婚)青年教师 210 人,运用《亲密关系经历量表》(ECR)和《关系问卷》(RQ)进行调查。结果:高校已婚青年教师安全型依恋人数占 69%,依恋回避得分为 (2.91 ± 0.91) 分,依恋焦虑得分为 (3.29 ± 0.90) 分,不同依恋类型的被试在依恋回避、依恋焦虑维度上有显著差异($F=4.70, P<0.01, F=4.57, P<0.01$);不同性别教师在依恋回避、依恋焦虑维度、依恋类型上的得分差异不具有统计学意义($t=0.19, P>0.05; t=0.61, P>0.05; \chi^2=1.55, P>0.05$),不同婚龄的青年教师在依恋回避、依恋焦虑维度、依恋类型上的得分差异有统计学意义($F=9.68, P<0.01; F=7.57, P<0.01; \chi^2=13.02, P<0.05$),是否有孩子的高校青年教师在依恋回避、依恋焦虑维度、依恋类型上差异有统计学意义($t=4.57, P<0.01; t=3.55, P<0.01; \chi^2=14.46, P<0.05$)。结论:高校已婚青年教师依恋状况处于中等偏上水平,并受性别、婚龄、有无子女的影响。

【关键词】 高校;已婚青年教师;成人依恋

Analysis of adult attachment for young married university teachers LIANG Li. Research Center of Mental Health of Southwest Petroleum University, Chengdu 610500, China

【Abstract】 **Objectives:** To investigate the adult attachment and the influence of gender, marriage age, with or without children on such attachment in young married university teachers. **Methods:** 210 young married university teachers (without divorce) were selected and surveyed with the Experiences in Close Relationship (ECR) and Relationship Questionnaire (RQ). **Results:** 69% of young married university teachers had adult attachment, with scores for attachment avoidance and attachment anxiety being 2.91 ± 0.91 and 3.29 ± 0.90 respectively, with significant differences among people of different types of attachment ($F=4.70, P<0.01, F=4.57, P<0.01$). Difference in the attachment avoidance, attachment anxiety and attachment types of people of different genders was not statistically significant ($t=0.19, P>0.05; t=0.61, P>0.05, \chi^2=1.55, P>0.05$); difference in attachment avoidance, attachment anxiety and attachment types of people with different marriage ages was of statistical significance ($F=9.68, P<0.01; F=7.57, P<0.01, \chi^2=13.02, P<0.05$); difference in attachment avoidance, attachment anxiety and attachment types between people with children and without was of statistical significance ($t=4.57, P<0.01; t=3.55, P<0.01, \chi^2=14.46, P<0.05$). **Conclusion:** The adult attachment level of young married university teachers is above average, and influenced by gender, marriage age and with or without children.

【Key words】 Young married teachers; University; Adult attachment; ECR

【中图分类号】 B849

【文献标志码】 A

依恋是指一个人对另一个人跨越时间和空间的持久的情感连接^[1]。目前,关于依恋的研究已经从早期婴儿与其母亲的依恋关系向成人的亲密关系研究拓展。国内外相关研究证实,成人依恋在个体的认知、情感和行为中有重要作用,它是个体人际关系、适应水平、社会支持、心理健康等方面差异的综合反映^[2-9]。近几年,研究者从依恋的发展病理和精神病理方面探索依恋对心理和精神发展的影响机制及其在教育、心理咨询等领域的应

高校青年教师作为一个特定的社会群体,由于他们工作时间不长,职称不高,工资收入普遍较低,然而生活压力巨大,尤其是已婚青年教师面临着住房条件差、夫妻两地分居、子女尚小不懂事、老人需要照顾等诸多压力,不可避免的会出现一些心理问题。有研究发现目前高校青年教师生活质量不容乐观,身心健康水平较低^[10-12]。因此,本研究旨在探讨高校青年教师的成人依恋现状,试图从依恋的角度来理解高校已婚青年教师的心理和精神发展状况,以期当前高校教师的思想政治工作实践提供些实证性依据和参考。

1 对象与方法

1.1 对象

本研究所指青年按照世界卫生组织在 1992 年对青年人口的年龄界定,即 14~44 岁为青年阶段^[13]。采用方便取样的方

【基金项目】四川省性社会学与性教育研究中心资助项目 (XXJYC1311)。

【作者简介】梁丽(1983-),女,讲师、硕士,主要研究方向为心理咨询与心理健康教育。

式,选取四川的西南石油大学和西南财经大学、重庆的重庆师范大学、陕西的延安大学4所高校青年教师进行问卷调查。共发放问卷300份,回收试卷260份,回收率86.67%,根据其所填婚姻状况选出已婚(不含离婚者)被试210人作为有效被试,有效率80.77%。其中男性85人,女性125人;年龄分布在26到45岁之间,平均年龄(33 ± 6)岁;婚龄分布在1年到15年之间,平均婚龄(7.5 ± 6.3)年。

1.2 方法和工具

研究工具有:(1)自编高校青年教师人口学资料调查表,包括性别、年龄、文化程度、职称、婚姻状况、婚龄、子女数量^[14]。(2)采用Bartholomew和Horowitz编制的《关系问卷(RQ)》,及Brennan, Clark和Shaver编制的《亲密关系经历量表(ECR)》^[15]。《关系问卷(RQ)》由四段短文组成,描述成人依恋的4种类型,即安全型、回避型、卷入型和恐惧型,并且测试者被要求从四段描述中选一种自己认为最符合自己的依恋类型,即RQ测得的依恋类型。《亲密关系经历量表(ECR)》由36道题目组成,奇数题目得分相加,求出均分,得到依恋回避维度得分,偶数题目相加,求出均分,得到依恋焦虑维度得分。该量表中文版具有良好的信效度。本研究对《关系问卷(RQ)》和《亲密关系经历量表(ECR)》的内部一致性重新检验,结果为关系问卷的内部一致性 α 系数为0.78,《依恋回避分量表》和《依恋焦虑分量表》的内部一致性 α 系数分别为0.81和0.80,说明该量表具有良好的信度。

1.3 统计分析

采用SPSS16.0软件进行独立样本 t 检验、单因素方差分析 χ^2 检验,以 $P \leq 0.05$ 作为有统计学差异。

2 结果

2.1 根据RQ测量的结果高校已婚青年教师成人依恋总体状况

安全型人数有145人(占69%),回避型有12人(占5.7%),卷入型有33人(占15.7%),恐惧型有20人(占9.5%)。根据ECR测量的结果,高校已婚青年教师的依恋回避得分为(2.91 ± 0.91)分,依恋焦虑得分为(3.29 ± 0.90)分。总体上看,高校已婚青年教师成人依恋类型中,安全型依恋占一半以上,而依恋维度上的得分较低,表明其依恋关系较为积极。

2.2 高校已婚青年教师成人依恋维度在依恋类型上的差异比较

为了进一步检验依恋维度和依恋类型之间的关系,将RQ测得的依恋类型作为自变量,将ECR测得的依恋回避和依恋焦虑得分分别为因变量,进行单因素方差分析,结果见表1。四种类型的被试在依恋回避上有显著差异($F = 4.70, P < 0.01$),在依恋焦虑维度上有显著差异($F = 4.57, P < 0.01$)。对依恋类型的事后检验发现,在依恋回避因子上,回避型得分>卷入型得分>恐惧型得分>安全型得分,且回避型和卷入型的得分显著高于恐惧型和安全型得分。依恋焦虑因子的得分,由大到小排列为卷入型>回避型>恐惧型>安全型,且卷入型得分显著高于安全型得分($P < 0.01$)。

表1 成人依恋维度在依恋类型上的差异比较

因子	安全型	回避型	卷入型	恐惧型	F值
依恋回避	2.79 $\pm$ 0.85	3.65 $\pm$ 0.68	3.17 $\pm$ 1.06	2.93 $\pm$ 0.97	4.57 **
依恋焦虑	3.14 $\pm$ 0.92	3.64 $\pm$ 0.47	3.71 $\pm$ 1.03	3.44 $\pm$ 0.53	4.70 **

注: ** $P < 0.01$

2.3 不同性别高校已婚青年教师的成人依恋状况

2.3.1 高校已婚青年教师成人依恋维度的性别差异 女教师在依恋回避维度上的评分(3.33 ± 0.98)分略高于男性教师的(2.90 ± 0.81)分,在依恋焦虑维度上女教师的评分(3.26 ± 0.96)分也略高于男性教师(2.92 ± 0.47)分,但均不具有统计学意义($t = 0.19, P > 0.05; t = 0.61, P > 0.05$)。

2.3.2 高校已婚青年教师成人依恋类型的性别差异

在依恋的4种类型中,男女教师均是安全型人数最多,回避型人数最少。不同性别青年教师在依恋类型上差异不显著($\chi^2 = 1.55, P > 0.05$)。见表2。

表2 不同性别被试在成人依恋类型上的差异

因子	安全型	回避型	卷入型	恐惧型	χ^2
男	56	4	15	10	1.55
女	89	8	18	10	

2.4 婚龄对高校已婚青年教师成人依恋的影响

2.4.1 高校已婚青年教师成人依恋维度的婚龄差异

表3 各婚龄组在成人依恋维度上的差异

因子	<3年	3~7年	8~15年 (含15年)	>15年
依恋回避	3.19 $\pm$ 0.84	2.59 $\pm$ 0.85	2.68 $\pm$ 0.94	3.52 $\pm$ 0.95
依恋焦虑	3.58 $\pm$ 0.79	2.95 $\pm$ 0.97	3.30 $\pm$ 0.82	3.33 $\pm$ 0.79

表3显示,不同婚龄的青年教师在依恋回避和依恋焦虑上的得分有差异($F = 9.68, P < 0.01; F = 7.57, P < 0.01$)。事后多重比较显示,在依恋回避维度上,得分为婚龄15年以上>婚龄3年以下>婚龄8~15年>婚龄3~7年,并且婚龄3年以下教师的得分显著高于婚龄3~7年的教师,婚龄15年以上教师的得分也显著高于婚龄3~7年的教师。在依恋焦虑维度上,得分为婚龄3年以下婚龄>15年以上>婚龄8~15年>婚龄3~7年,且婚龄3年以下的青年教师显著高于婚龄3~7年的教师的得分。

2.4.2 高校已婚青年教师成人依恋类型的婚龄差异

表4 不同婚龄组在成人依恋类型上的差异

因子	安全型	回避型	卷入型	恐惧型	χ^2
<3年(93)	20	34	31	8	13.02 *
3~7年(83)	60	2	12	9	
8~15年(23)	16	2	2	3	
>15年(11)	2	0	9	0	

注: * $P < 0.01$

表4说明,不同婚龄区间的教师在依恋类型上差异显著($\chi^2 = 13.02, P < 0.05$)。其中,婚龄3~7年的教师安全型人数较多,回避型人数最少;婚龄8~15年的教师安全型人数较多;婚龄3年以下的教师回避型、卷入型人数最多,恐惧型人数最少;本次调查中,婚龄15年以上的教师表现为卷入型,回避型、恐惧型人数无。

2.5 是否有子女对高校已婚青年教师成人依恋的影响

2.5.1 高校已婚青年教师是否有子女在成人依恋维度上的差异

表5 被试是否有子女在成人依恋维度上的差异

因子	有子($n=90$)	无子($n=120$)
依恋回避	2.68 ± 0.93	3.23 ± 0.78
依恋焦虑	3.10 ± 0.95	3.54 ± 0.80

表5显示,是否有子女的高校青年教师在依恋回避、依恋焦虑维度上差异均显著($t=4.57, P < 0.01; t=3.55, P < 0.01$),均表现为无子女的青年教师得分高于有子女的教师。

2.5.2 高校已婚青年教师是否有子女在成人依恋类型上的差异

表6 被试是否有子女在成人依恋类型上的差异

因子	安全型	回避型	卷入型	恐惧型	χ^2
有子女(90)	62	10	15	3	14.46*
无子女(120)	30	18	33	39	

表6显示,是否有子女的高校青年教师在依恋类型上差异显著($\chi^2 = 14.46, P < 0.05$)。其中有子女的教师安全型人数最多,恐惧型人数最少;无子女的教师恐惧型人数最多,其次是卷入型,回避型人数所占比例最少。

3 讨论

3.1 高校已婚青年教师成人依恋总体状况

根据RQ测得的依恋类型的结果,本研究发现有69%的高校已婚青年教师是安全型依恋,这与国内外已有研究结果一致^[16,17]。这反映出,成人的依恋类型普遍属于安全型依恋。

研究还发现,高校已婚青年教师依恋维度在依恋类型变量上都存在显著差异。这与依恋理论所预期的结论一致,Brennan等^[18]认为成人依恋存在焦虑与回避两个基本维度,这两个维度的得分高低反映了成人依恋的不同类型。安全型与低回避、低焦虑对应;卷入型与低回避、高焦虑对应;恐惧型与高回避、高焦虑对应;回避型与高回避、低焦虑对应。因此在依恋回避和依恋焦虑上,安全型依恋的个体,其得分会显著低于其他三种非安全依恋类型。在本研究中,也得到一致的结论,即与其他三种非安全依恋类型的教师相比,安全依恋类型的教师表现出更少担心与配偶的分离或者被配偶抛弃,既能与配偶建立亲密关系,也能保持个体的相对独立性。

3.2 高校已婚青年教师成人依恋的性别差异

研究结果发现,在依恋两个维度上,高校已婚青年教师的性别差异均不显著,但已婚青年女教师的依恋回避和依恋焦虑

得分均高于已婚青年男教师,这和李同归等^[19]的研究结果一致。究其原因,可能与女教师自身的生理、心理特征以及女性在家庭工作中的角色有关。已婚年轻女教师不仅要面对职业发展、他人评价以及同事关系的压力,还要更多的关心家庭生活。双重压力之下,其内心可能会产生更大的波动,体验到更多的负面情绪,在人际关系中更多的担心被拒绝和抛弃,因此回避及焦虑维度分数均高于男教师。

3.3 高校已婚青年教师成人依恋的婚龄差异

本研究发现婚龄3年以下和婚龄15年以上的高校教师成人依恋状况欠佳,表现在这两个婚龄段的教师,其依恋回避、依恋焦虑得分相对较高,并且非安全型依恋人数比例较高。这与Feldman^[20]和White^[21]关于婚姻质量与婚龄的研究结论一致,他们认为婚姻满意度与婚龄存在着较强的负相关,婚龄的负效应在于对婚姻的美好理想会随着时间的增加而逐渐消失。本研究发现婚龄3年以下的已婚青年教师在依恋焦虑和回避的得分较低,这可能由于他们刚刚进入婚姻生活,由于性格、生活习惯等的差异,更容易产生矛盾和冲突,对夫妻关系存在过多的担心和排斥。

3.4 是否有子女对高校已婚青年教师成人依恋的影响

本研究结果表明有子女的教师成人依恋状况较好,并且有子女的教师安全型人数最多,恐惧型人数最少;无子女的教师恐惧型人数最多,回避型人数最少;这与有关研究结论一致^[22,23]。子女作为夫妻血缘和感情的纽带,对稳定夫妻关系具有重要作用,夫妻双方抚养子女的过程中交流及互动的的时间和频率相对较高,虽然也会因为观念和意见的不一致发生冲突,但是这种冲突会随着抚养子女的责任和义务而逐渐弱化。而没有子女的夫妻更容易觉得生活单调,缺乏动力,夫妻之间的交流会减少,这就会严重影响到夫妻间的感情和婚姻满意度,因此婚姻中常会出现焦虑情绪和回避行为,这也是本研究结果无子女的已婚青年教师恐惧型依恋类型较多的可能原因。

参 考 文 献

- [1] Hazan C, Shaver P. Conceptualizing romantic love as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1987, 52(3): 511-524.
- [2] 李同归, 李嘉, 李和平, 等. 大学生依恋类型对心理健康的影响. *中国心理卫生*, 2008, 22(10): 740-743.
- [3] 马姝娟, 戴美林, 陈霞. 高校学生成人依恋与家庭环境的关系研究. *中国健康心理学*, 2007, 15(9): 793-794.
- [4] 杨红君, 楚艳民, 刘利, 等. 探讨述情障碍对成人依恋与抑郁的中介作用. *中国临床心理学*, 2009(2): 161-163.
- [5] 秦和平, 刘金光, 万露, 等. 公安干警依恋类型与心理健康的相关性研究. *中国健康心理学*, 2009, 17(5): 558-560.
- [6] 魏征新, 霍莉钦, 等. 大学生社交焦虑与成人依恋类型关系的研究. *中国健康心理学*, 2009, 17(8): 954-957.
- [7] 马红霞, 高志华, 李建明, 等. 大学生完美主义与成人依恋的关系研究. *中国健康心理学*, 2010, 18(6): 717-719.
- [8] 何影, 张亚林, 杨海燕, 等. 大学生成人依恋及其与自尊、社会支持的关系. *中国临床心理学*, 2010, 18(2): 247-249.
- [9] 杨红君, 朱佳. 高校辅导员依恋类型与工作压力、职业倦怠的关系. *中国临床心理学*, 2011, 19(1): 110-112.
- [10] 高峰. 高校青年教师心理健康扶助机制建设研究. 哈尔滨: 哈尔

滨工程大学硕士学位论文, 2007.

- [11] 朱志梅. 高校青年教师心理健康状况及干预对策. 江西高教, 2007, (4): 110 - 111.
- [12] 王平, 张月平, 霍涌泉. 我国高校教师心理健康状况研究 Meta 分析. 中国学校卫生, 2010, 31(10): 1209 - 1211.
- [13] 吴烨宇. 青年年龄界定研究. http://www.eyec.org/cn/article_detail.asp?id=2
- [14] Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: A test of a four - category model. Journal of Personality and Social Psychology, 1991(61): 226 - 244
- [15] 李同归, 加藤和生. 成人依恋的测量: 亲密关系经历量表(ECR) 中文版. 心理学报, 2006(38): 1 - 12
- [16] Brennan KA, Clark CL, Shaver PR. Self report measurement of adult attachment: An integrative overview. In: Simpson JA, Rholes W S eds. Attachment theory and close relationships. New York: The Guilford Press, 1998: 46 - 76.
- [17] 李同归. 母亲的依恋类型与教养方式的相关性研究. 中国行为医

学科学, 2006(15): 149 - 150.

- [18] Brennan KA, Shaver P, Tobey AE. Attachment styles, gender and parental problem drinking. Journal of Social and Personal Relationship, 1991(8): 451 - 4661.
- [19] 李同归, 李楠欣, 朱玉. 理工科大学生依恋类型与主观幸福感的的相关性研究. 中国行为医学科学, 2007, 16(1): 54 - 56.
- [20] Feldman H. A comparison of international parents and intentionally childless couples. Journal of Marriage and the Family, 1981, 43(3): 593 - 600.
- [21] White LK, et al. Children and marital happiness; why the negative correlation? Journal of Family Issues, 1986, 7(2): 131 - 147.
- [22] 郭娜. 人格、人格匹配类型及人口学变量对婚姻质量的影响研究. 郑州: 郑州大学硕士学位论文, 2011.
- [23] 叶筱珍. 新婚夫妻冲突解决、社会支持对婚姻质量的预测研究: 以实验室观察研究的视角. 杭州: 浙江师范大学硕士学位论文, 2012.

(收稿日期: 2014 - 01 - 06)

· 性心理 ·

DOI: 10.3969/j.issn.1672-1993.2014.07.036

妊娠合并梅毒患者心理干预效果分析

邵玉婷¹ 周爱华² 童和林³

1 黄石市中心医院妇产科, 湖北 黄石 435000

2 黄石市中心医院心理咨询科, 湖北 黄石 435000

3 黄石市中心医院皮肤科, 湖北 黄石 435000

【摘要】目的: 探讨妊娠合并梅毒患者的心理状况及进行心理干预的临床效果。方法: 选取妊娠合并梅毒患者 118 例, 随机分为对照组 ($n=58$) 和观察组 ($n=60$), 使其有可比性。对照组患者实施常规护理, 观察组患者在对照组基础上实施心理干预。对两组患者不良情绪进行调查, 并分别采用 SCL-90 和 CSQ 对两组患者的心理状况及应对方式进行评价。结果: 经过干预, SCL-90 量表各因子得分均明显低于对照组, 应对解决得分明显低于对照组, 应对自责得分明显高于对照组, 两组比较差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。结论: 妊娠合并梅毒患者多有自卑、焦虑、侥幸等不良情绪, 给予其积极的心理干预, 可以有效减少不良情绪的发生, 改善患者的心理状况, 提高其解决问题的能力。

【关键词】妊娠; 梅毒; 心理调查; 心理干预

Psychological intervention for pregnant women with syphilis SHAO Yuting¹, ZHOU Aihua², TONG Helin³.

1. Department of Gynaecology and Obstetrics, Huangshi Central Hospital, Huangshi 435000, China; 2. Psychological Counseling Department, Huangshi Central Hospital, Huangshi 435000, China; 3. Department of Dermatology, Huangshi Central Hospital, Huangshi 435000, China

【Abstract】Objectives: To investigate the psychological status of pregnant women with syphilis and clinical effects of psychological intervention. Methods: 118 pregnant women with syphilis were randomly divided into control group ($n=58$) and observation group ($n=60$). Patients in the control group received routine care, while patients in the observation group were given additional psychological intervention on such basis. Unhealthy emotions of the two groups were investigated and SCL-90 and CSQ were adopted to evaluate the psychological status and coping

【第一作者简介】邵玉婷 (1982 -), 女, 主管护师, 主要从事妇科临床护理工作。

styles of the two groups. **Results:** After intervention, compared with the control group, the SCL-90 scale scores of observation group were significantly lower; scores for response to solve were significantly lower and scores for response to remorse were significantly higher, with statistically significant difference ($P < 0.05$). **Conclusion:** Many pregnant women with syphilis are of low self-esteem, anxious and other negative emotions. Positive psychological intervention can effectively reduce the incidence of negative emotions, improve their psychological status and improve their ability to solve problems.

【Key words】 Pregnancy; Syphilis; Psychological investigation; Psychological intervention

【中图分类号】 R714.251 【文献标志码】 A

梅毒是一种传染性疾病,性行为为其主要传播途径,近年来在我国发病率逐渐上升,很多孕妇也检测出梅毒感染^[1]。梅毒螺旋体是其主要病原体,可以侵害胎盘内小动脉,破坏胎盘组织而侵犯胎儿,导致流产、早产、死胎等妊娠期并发症,给孕妇带来极大的心理负担,进一步增加了对胎儿的危害,也严重影响到孕产妇的生活质量^[2]。本研究调查分析了 118 例妊娠合并梅毒患者的心理状况,并对其中 60 例患者实施心理干预取得较好效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取 2011 年 4 月至 2013 年 5 月期间我院收治的合并梅毒的孕产妇 118 例,将其采用数字随机表法随机分为两组。其中对照组 58 例,年龄 23~34 岁,平均(28.39±5.28)岁;外地户籍 49 例,本地户籍 9 例;文化程度初中 28 例,高中 6 例,大专及以上学历 24 例;其中 16 例建立围产期保健卡,7 例曾接受梅毒治疗。观察组 60 例,年龄 23~35 岁,平均(28.44±5.38)岁;外地户籍 49 例,本地户籍 11 例;文化程度初中 29 例,高中 5 例,大专及以上学历 26 例;其中 17 例建立围产期保健卡,8 例曾接受梅毒治疗。所有孕产妇均经梅毒快速血浆反应实验和复查梅毒螺旋体血凝实验,均呈阳性。两组孕产妇在年龄、户籍、文化程度等方面均无明显差异,具有可比性($P > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 心理干预 对照组患者实施常规护理,主要是保护患者隐私,在妊娠晚期每 2 周进行 1 次脐血流图,对胎儿情况进行观

察,产褥期严格消毒隔离,密切观察子宫收缩以及阴道出血情况,要求产妇勤换内衣和被褥,每天 2 次进行会阴部护理,指导患者合理饮食。观察组患者在对对照组基础上给予心理护理。与患者建立良好的护患关系,主动与患者进行交流,鼓励患者说出心中所想,了解其真实的心理状况和不良情绪,并给予患者针对性的疏导和安慰。以患者可以接受的方式向患者介绍梅毒相关知识,使其了解梅毒的相关知识,告诉患者梅毒是可以治愈的,并通过不断的向产妇反馈婴儿状况,坚定患者治疗的决心和恒心^[3]。与患者家属进行沟通,请他们给予患者以安慰和鼓励,并要求他们同时接受治疗。

1.2.2 观察指标 采用症状自评量表(SCL-90)对两组患者心理症状进行比较,涉及躯体化、强迫、人际关系、抑郁、焦虑、敌对、恐怖、偏执和精神病性 9 个方面,得分越高心理状况越差。采用应付方式问卷(CSQ)对两组患者解决问题、自责、求助、幻想、退避以及合理化的方式进行评价,每个条目仅有是与否两个选择,分别记为 1 分和 0 分,计算平均值。

1.2.3 统计学处理 采用 SPSS13.0 软件进行分析,计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,且以 $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 SCL-90 经过干预,观察组患者 SCL-90 量表各因子得分均明显低于对照组,两组比较差异明显,具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者 SCL-90 量表得分比较

组别	<i>n</i>	躯体化	强迫	人际关系	抑郁	焦虑	敌对	恐怖	偏执	精神病性
对照组	58	1.55±0.38	1.72±0.48	1.92±0.47	1.65±0.63	1.77±0.48	1.76±0.42	1.43±0.36	1.63±0.49	1.66±0.51
观察组	60	1.33±0.37	1.53±0.42	1.68±0.39	1.50±0.52	1.61±0.39	1.56±0.47	1.28±0.38	1.38±0.44	1.52±0.39
<i>t</i>		-3.185	-2.285	-3.013	-1.408	-1.983	-2.439	-2.202	-2.913	-1.671
<i>P</i>		0.0009	0.0121	0.0016	0.0809	0.0248	0.0081	0.0148	0.0021	0.0487

2.3 CSQ 经过干预,观察组患者应对解决得分明显低于对照组,应对自责得分明显高于对照组,两组比较差异明显,具有统

计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表2 两组患者 CSQ 量表得分比较

组别	<i>n</i>	应对解决	应对自责	应对求助	应对幻想	应对退避	应对合理
对照组	58	0.79 ± 0.14	0.23 ± 0.22	0.53 ± 0.21	0.38 ± 0.26	0.46 ± 0.25	0.43 ± 0.22
观察组	60	0.58 ± 0.28	0.39 ± 0.26	0.54 ± 0.24	0.36 ± 0.22	0.47 ± 0.27	0.44 ± 0.20
<i>t</i>		-5.178	3.613	0.241	-0.450	0.209	0.258
<i>P</i>		0	0.0002	0.405	0.3266	0.4175	0.3984

3 讨论

产妇是一个相对特殊的群体,这部分人群在得知自己患有某种疾病,特别是性传播疾病后,首先会考虑到是否会对子女造成影响,从而产生一系列严重的心理问题,而这些不良情绪又会加重流产以及早产等不良妊娠结局的几率^[4]。因此通过心理干预积极改善患者的心理状况对于母婴而言都有着重要的临床意义。

自卑是妊娠合并梅毒患者最为常见的不良情绪,患者往往担心受到医护人员的歧视,特别是有不洁性生活史的患者,往往思想负担严重^[5]。针对这个情况,护理人员一定要保持温和的态度,给予患者充分的尊重,给予患者更多的关注,多与其进行交流,使其感受到来自他人的关心,克服自卑情绪^[6]。由于患者普遍对梅毒知识相对缺乏,孕妇在确诊之后担心会对婴儿的健康造成影响,部分无不洁性生活史者疑心丈夫有外遇,有不洁性生活史者担心被丈夫所抛弃,这些原因都会导致焦虑情绪的产生^[7]。据此我们要通过与患者的沟通了解到其产生忧虑情绪的原因,然后根据患者的接受能力进行适当的健康教育,经常向产妇反馈婴儿状况,婴儿的健康不仅可以减轻患者的焦虑情绪,还会坚定患者治愈自身疾病以给予婴儿良好照料信念;告诉产妇梅毒不仅可以通过性传播,也可通过输血、接触等其他原因感染,从而消除夫妻间的猜忌,为产妇的治疗营造良好的环境^[8]。也有少数患者心存侥幸,认为梅毒不一定会对母婴造成危害,从而拒绝接受治疗,针对这样的患者,必须使用数据对其进行说服,必要时可以列举真实事例,或者向患者展示具有权威的教科书^[9,10],使她们充分认识到对梅毒进行治疗的重要性,从而主动接受正规的治疗^[11,12]。

在与患者的交流中一定要真诚,努力获得患者的信任,使患者感觉到隐私会受到保护。在了解情况时避免使用使患者感觉到是在盘查的词语和语气,而是要给予患者充分的尊重,恰如其分的表达对患者的理解和同情,对患者表示愿意给予患者以帮助^[13,14]。

孕妇是一个特殊的群体,妊娠期间可以发生一系列的生理改变,这些改变所带来的不适很容易使她们情绪脆弱,当确诊感染梅毒之后,诸多的不良情绪会一起出现,使其失去理智的判断力和应付突发事件的能力,从而不能接受良好的治疗^[15]。在本研究中我们通过给予部分患者心理干预,发现有效减少了不良情绪的发生,改善了其心理状况,提高了解决问题的能力,从而有利于患者更好的配合治疗,减少母婴危害。

参 考 文 献

- [1] 叶克凤,全丽丽.循证护理在妊娠合并梅毒产妇分娩期的应用.当代护士(专科版),2013(3):68-70.
- [2] Tornatore M, Gonalves CV, Bianchi MS, et al. Co-infections associated with human immunodeficiency virus type 1 in pregnant women from southern Brazil: High rate of intraepithelial cervical lesions. *Memorias do Instituto Oswaldo Cruz*, 2012, 107(2):205-210.
- [3] 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.
- [4] 陈国菊,刘跃,刘江波,等.妊娠梅毒母婴传播干预后不良妊娠结局分析.中国皮肤性病学杂志,2012,26(4):321-323,331.
- [5] 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.
- [6] 冯海娣,颜娟,张宏宇,等.妊娠梅毒患者临床诊治与护理体会.临床医学工程,2012,19(3):440-441.
- [7] Ndowa F, Lusi - Narasimhan M, Unemo M, et al. The serious threat of multidrug-resistant and untreatable gonorrhoea: The pressing need for global action to control the spread of antimicrobial resistance, and mitigate the impact on sexual and reproductive health. *Sexually Transmitted Infections*, 2012, 88(5):317-318.
- [8] 谭小平,熊海燕,宁景春,等.潜伏期妊娠梅毒 168 例临床及母婴传播干预分析.河北医学,2011,17(9):1172-1174.
- [9] 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.
- [10] 许宗严,邱莉霞,李频,等.妊娠梅毒患者 772 例母婴梅毒传播阻断效果回顾性分析.中国皮肤性病学杂志,2012,26(8):720-722.
- [11] 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.
- [12] 李慧,梁钰龙.妊娠合并梅毒 118 例临床分析.现代中西医结合杂志,2012,21(32):3587-3588.
- [13] 施云,李丽萍,王蓉,等.循证护理在妊娠合并梅毒产妇中的运用.中国医师杂志,2012(21):178-179.
- [14] 冯娟.妊娠合并梅毒患者的多元化护理干预.实用临床医药杂志,2012,16(8):72-73.
- [15] 刘瑾,张凤英,刘长明,等.妊娠合并梅毒 69 例临床分析.安徽医学,2011,32(4):445-446.

(收稿日期:2013-12-24)

· 性社会学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.07.037

南宁市 HIV 感染者/艾滋病患者遭遇相关羞辱和歧视的影响因素调查研究

黎湘娟¹ 陈世艺² 徐永芳² 农全兴² 刘宏杰³

1 广西国际旅行卫生保健中心医学实验室, 南宁 530023

2 南宁市疾病预防控制中心, 南宁 530011

3 美国马里兰大学, 美国

【摘 要】目的:了解南宁市 HIV 感染者/艾滋病患者遭遇的艾滋病相关羞辱和歧视的现状,并分析其产生相关羞辱和歧视的原因。方法:采用进行面对面的问卷调查方式,调查广西南宁市 151 例 HIV 感染者/艾滋病患者。结果:南宁市 HIV 感染者/艾滋病患者的文化程度、是否进行抗病毒治疗、职业及婚姻状况等因素可能与其产生自我相羞辱和歧视有关。结论:受教育的程度、社会网络及抗病毒治疗可能对 HIV 感染者/艾滋病患者产生自我羞辱和歧视有较大的影响,因此应加强对 HIV 感染者/艾滋病患者的艾滋病相关知识的宣传和教育以及足够的人文关怀,并培育公众的同情和互助意识,营造社会支持环境氛围,消除艾滋病歧视观念。

【关键词】 艾滋病;羞辱;歧视;南宁市

Investigation on related stigma and discrimination among HIV/AIDS patients in Nanning LI Xiangjuan¹, CHEN Shiyi², XU Yongfang², NONG Quanxing², LIU Hongjie³. 1. Medical Laboratory, Guangxi International Travel Healthcare Center, Nanning 530023, China; 2. Nanning Disease Prevention and Control Center, Nanning 530011, China; 3. University of Maryland, USA

【Abstract】 Objectives: To investigate the stigma and discrimination perceived by HIV/AIDS patients as well as reasons of such stigma and discrimination. Methods: 151 HIV/AIDS patients in Nanning were anonymously surveyed face to face. Results: The stigma and discrimination perceived by HIV/AIDS patients in Nanning was related to their educational background, anti-retrovirus treatment, profession and marital status. Conclusion: The influencing factors of HIV related-stigma and discrimination include educational background, anti-retrovirus treatment, profession and marital status. Therefore, it is necessary to strengthen education of AIDS-related knowledge and humanistic care, cultivate public sense of mutual assistance, and build a supportive environment, in order to eliminate discrimination over HIV/AIDS patients.

【Key words】 Acquired immune deficiency syndrome (AIDS); Discrimination; Stigma; Nanning

【中图分类号】 R512

【文献标志码】 A

艾滋病相关羞辱与歧视的存在,阻碍大众对艾滋病的认知,使其不愿主动咨询和检测,因此消除大众对艾滋病及艾滋病患者的羞辱与歧视已成为艾滋病防治工作的一种重要的行为干预手段。Mann II 在 1987 年的世界艾滋病大会上也强调 AIDS 的流行以及艾滋病相关羞辱与歧视的流行,是全球艾滋病面临疾病自身挑战的关键时期^[1]。

本研究对广西南宁市 151 例 HIV 感染者/艾滋病患者进行问卷调查,通过相关的问卷问题,了解其遭遇相关羞辱和歧视的现状,分析其影响因素,为在该人群中开展有效的艾滋病反歧视活动提供科学的依据。

1 方法

1.1 研究对象

2010 年 11 月至 2011 年 5 月,采用随机抽样的方法,在艾滋

病综合管理信息系统中的随机抽取现住址为广西南宁市的 HIV 感染者/艾滋病患者进行面对面的访谈调查,共收到有效问卷调查 151 份。

1.2 调查方法

采用调查问卷形式。第一部分为调查对象的一般情况,包括性别、年龄、文化程度等。第二部分包括艾滋病相关知识知晓率、内在及外在的相关羞辱和歧视等项目。艾滋病相关知识知晓率共 11 个项目,回答正确得 1 分,错误或不知道得 0 分,计算总得分;内在羞辱、自我歧视分别为 9、13 个项目,有很多感觉、有感觉、有点感觉和一点都没有等 4 个分类,按 3、2、1、0 分计分;外在的羞辱和歧视共 11 个项目,按答案有无分别记 1 或 0 分。第三部分是自我效能、安全感及自我满意度项目。一般自我效能量表共 10 条项目,每条项目的答案分别是:完全正确、正确、不正确、完全不正确,分别按照 4、3、2、1 分赋值,计算总的得分,然后除以 10 即为自我效能的总分。安全感量表(Security Questionnaire, SQ)包含 16 个项目,主要测试个体在人际交往和生活中的安全感、确定感。每个项目的答案均为非常符合、基

【第一作者简介】黎湘娟(1977-),女,博士,从事传染病监测及流行病学研究工作。

本符合、基本不符合和非常不符合 4 个等级。分别记为 1、2、3、4 分;自我满意度共有 10 个项目,有非常满意、满意、一般满意、不满意、非常不满意等 5 个分类,分别记为 4、3、2、1、0 分。

1.3 质量控制

由相关专家共同研究、制定调查表,进行预调查后再次修改调查问卷,直至问卷能被调查对象所接受和理解;培训调查员,使用一对一在独立的房间内访谈方式,时间约 30~60min;访谈结束后进行问卷的审核与核查,及时补充不完善的问卷;资料使用双人录入法,以核对录入数据资料的准确性。

1.4 统计学分析

将所用的问卷录入 EpiData 3.1 数据库,同时使用 SPSS17.0 软件进行数据分析,用 t 检验、 χ^2 检验、方差分析及多元线性回归进行分析,以 $P \leq 0.05$ 作为具有统计学差异。

2 结果

2.1 一般情况

共随机抽样了 156 名研究对象,收回有效问卷 151 份,有效率为 96.79%。其中男 105 例,女 46 例,平均年龄为 $(41.03 \pm$

11.61) 岁;HIV 确诊时间 ≤ 12 个月有 49 例,13~24 个月和 > 24 个月各为 51 例;以性传播途径感染的有 113 例,注射吸毒感染有 31 例;已经进行抗病毒治疗为 81 例,尚未治疗的人数为 70 例;婚姻状况以已婚有配偶为主,占 73.5% (111 例),未婚为 31 例,离异或丧偶 9 例;文化程度分有小学及以下为 39 例,初中为 78 例,高中或中专为 28 例,大学以上为 6 例;职业以农民工、家政及待业为主,农民占 43 例,工人 22 例,个体户 19 例,家政及待业 42 例,其他职业为 25 例。

2.2 HIV 感染者/艾滋病患者遭遇相关羞辱和歧视的影响因素

HIV 感染者/艾滋病患者的人口学特征及一般情况的各变量对调查者实际收到的羞辱和歧视、自我效能、安全感及自我满意度等 4 个方面均无统计学意义。但在艾滋病相关知识的知晓率方面,除了性别方面没有统计学差异,其 HIV 抗体确诊时间的长短、传播途径的区别、有无抗病毒治疗、学历、职业、婚姻均对其有一定的影响 ($P < 0.01$)。婚姻因素对其自我羞辱和歧视方面有统计学意义,学历及有无抗病毒治疗在其内在权益性歧视方面有统计学意义。见表 1。

表 1 HIV 感染者/艾滋病患者的一般情况与相关羞辱和歧视问卷各维度得分的关系

项目	艾滋病知晓率	自感受到羞辱歧视	自我羞耻感	内在性权益的歧视	自我效能	安全感	自我满意度
性别							
男	9.62 $\pm$ 2.95	2.63 $\pm$ 3.15	6.11 $\pm$ 5.79	21.95 $\pm$ 4.83	2.50 $\pm$ 0.35	42.71 $\pm$ 5.49	20.75 $\pm$ 6.00
女	9.98 $\pm$ 2.19	2.70 $\pm$ 3.27	6.93 $\pm$ 5.65	21.24 $\pm$ 3.35	2.52 $\pm$ 0.34	41.57 $\pm$ 6.21	21.09 $\pm$ 5.59
HIV 确诊时间							
≤ 12 个月	8.45 $\pm$ 3.71 *	2.08 $\pm$ 2.94	5.65 $\pm$ 5.54	21.80 $\pm$ 4.87	2.45 $\pm$ 0.34	41.45 $\pm$ 6.11	20.45 $\pm$ 5.91
13~24 个月	10.37 $\pm$ 1.40	2.90 $\pm$ 3.19	6.86 $\pm$ 5.70	21.98 $\pm$ 4.65	2.48 $\pm$ 0.33	43.31 $\pm$ 5.66	20.14 $\pm$ 6.15
> 24 个月	10.31 $\pm$ 2.21	2.94 $\pm$ 3.36	6.55 $\pm$ 6.02	21.43 $\pm$ 3.79	2.58 $\pm$ 0.36	42.29 $\pm$ 5.35	21.96 $\pm$ 5.47
传播途径							
吸毒传播	10.74 $\pm$ 0.73	3.29 $\pm$ 3.40	8.00 $\pm$ 6.51	21.94 $\pm$ 3.45	2.55 $\pm$ 0.38	41.94 $\pm$ 5.92	20.94 $\pm$ 5.53
性传播	9.37 $\pm$ 3.06 *	2.50 $\pm$ 3.08	5.86 $\pm$ 5.16	21.74 $\pm$ 4.78	2.49 $\pm$ 0.34	42.57 $\pm$ 5.77	20.83 $\pm$ 5.86
抗病毒治疗							
有	10.33 $\pm$ 1.61	3.02 $\pm$ 3.28	6.90 $\pm$ 5.44	22.43 $\pm$ 3.90	2.53 $\pm$ 0.35	42.54 $\pm$ 5.98	20.94 $\pm$ 5.72
无	9.03 $\pm$ 3.51 *	2.21 $\pm$ 3.01	5.74 $\pm$ 6.05	20.93 $\pm$ 4.88 *	2.47 $\pm$ 0.34	42.16 $\pm$ 5.45	20.76 $\pm$ 6.07
婚姻状况							
未婚	9.41 $\pm$ 3.08 *	2.43 $\pm$ 3.02	5.89 $\pm$ 5.21 *	21.66 $\pm$ 4.46	2.53 $\pm$ 0.34	42.47 $\pm$ 5.86	21.13 $\pm$ 5.69
已婚	10.74 $\pm$ 0.93 *	3.03 $\pm$ 3.61	6.39 $\pm$ 6.18 *	21.94 $\pm$ 4.78	2.43 $\pm$ 0.34	42.39 $\pm$ 5.12	19.65 $\pm$ 6.92
离异/丧偶	10.22 $\pm$ 1.09	4.00 $\pm$ 3.32	12.11 $\pm$ 7.83	22.00 $\pm$ 3.00	2.46 $\pm$ 0.39	41.00 $\pm$ 5.72	21.67 $\pm$ 3.50
学历							
小学	7.97 $\pm$ 4.06 *	2.41 $\pm$ 3.17	6.85 $\pm$ 6.12	20.21 $\pm$ 4.20 *	2.46 $\pm$ 0.36	41.62 $\pm$ 5.62	19.82 $\pm$ 5.53
初中	10.38 $\pm$ 1.26	2.83 $\pm$ 3.21	6.14 $\pm$ 5.52	21.51 $\pm$ 4.29	2.49 $\pm$ 0.35	41.81 $\pm$ 5.65	20.96 $\pm$ 5.84
高中/中专	10.07 $\pm$ 2.78	2.68 $\pm$ 3.09	6.71 $\pm$ 6.17	24.29 $\pm$ 4.55	2.59 $\pm$ 0.34	44.14 $\pm$ 5.36	20.71 $\pm$ 5.45
大学	11.00 $\pm$ 0.00	1.67 $\pm$ 3.62	4.50 $\pm$ 4.81	22.67 $\pm$ 1.86	2.67 $\pm$ 0.16	46.17 $\pm$ 7.14	26.83 $\pm$ 7.86
职业							
农民	7.95 $\pm$ 4.07 *	2.81 $\pm$ 3.18	5.88 $\pm$ 4.79	20.98 $\pm$ 5.07	2.41 $\pm$ 0.36	42.00 $\pm$ 6.69	19.58 $\pm$ 5.64
工人	10.23 $\pm$ 1.57	2.64 $\pm$ 3.13	5.77 $\pm$ 5.14	22.77 $\pm$ 4.06	2.55 $\pm$ 0.36	43.86 $\pm$ 4.47	19.77 $\pm$ 6.13
个体户	11.00 $\pm$ 0.00	1.63 $\pm$ 2.03	4.53 $\pm$ 4.46	21.47 $\pm$ 2.93	2.65 $\pm$ 0.25	44.58 $\pm$ 5.43	23.84 $\pm$ 6.47
家政/待业	10.40 $\pm$ 1.13	2.93 $\pm$ 3.35	7.62 $\pm$ 7.05	22.14 $\pm$ 4.67	2.52 $\pm$ 0.37	41.29 $\pm$ 5.84	21.43 $\pm$ 5.45
其他	10.24 $\pm$ 2.30	2.68 $\pm$ 3.67	7.00 $\pm$ 6.05	21.64 $\pm$ 4.15	2.49 $\pm$ 0.30	41.80 $\pm$ 4.48	20.76 $\pm$ 5.70

注: * 指 $P < 0.01$

2.3 相关羞辱和歧视影响因素分析

影响 HIV 感染者/艾滋病患者艾滋病知识知晓率的因素有职业、是否治疗及学历;影响内在自我羞耻感的因素为其婚姻

状况;影响其内在性权益羞辱和歧视及安全感的因素均为学历。见表 2。

表 2 HIV 感染者/艾滋病患者遭遇相关羞辱和歧视的相关因素多元线性回归分析

项目	模型	偏回归系数		标准偏回归系数 ()	t 值	P 值	95% CI
		B	SE				
相关知识知晓率	职业	0.46	0.14	0.25	3.22	0.002	0.18 - 0.74
	是否治疗	1.15	0.41	0.21	2.81	0.006	0.34 - 1.96
	学历	0.69	0.28	0.20	2.50	0.014	0.14 - 1.23
内在羞辱	婚姻状况	2.04	0.79	0.21	2.59	0.110	0.48 - 3.60
内在权益	学历	1.56	0.49	0.28	3.49	0.001	0.69 - 2.45
安全感	学历	1.37	0.59	0.19	2.32	0.022	0.20 - 2.54

3 结论

3.1 HIV 感染者/艾滋病患者自我羞辱和歧视的特点

本研究显示,女性病例在除安全感项目外,其它各维度得分均高于男性病例,表明女性产生自我羞辱和歧视可能与其生理敏感性有关;另外, HIV 抗体确诊时间 ≤ 1 年、未进行抗病毒治疗的病人、未婚人群、低文化程度的各项维度得分都较低。

3.2 HIV 感染者/艾滋病患者产生自我羞辱和歧视的影响因素分析

在多元线性回归分析中,进入回归方程有文化程度、婚姻状况、职业及是否接受抗病毒治疗等因素,提示这些因素均可能与 HIV 感染者/艾滋病患者产生自我羞辱和歧视有很大的关系。

文化程度在一定程度影响其自我羞辱的水平。大部分 HIV 感染者/艾滋病患者因自身文化程度较低,缺乏系统的艾滋病相关知识,而且由于人的知行分离,即使其认识到社会对艾滋病的歧视的危害性,但潜意识中仍对艾滋病存有不同程度的歧视态度。

婚姻因素也是其产生相关羞辱和歧视的一个重要方面,家庭成员是 HIV 感染者/艾滋病患者最重要的社会支持来源,能够给予其精心照顾和精神安慰的还是其家庭成员^[2]。艾滋病患者最大的精神压力不仅仅是对死亡的恐惧和社会对自己的歧视,更大的来自于社会对其家庭成员(非感染者)的歧视,因此出于保护声誉和家庭成员离异等因素考虑,很多患者都选择了隐瞒病情^[3]。社会人员对感染者及其家庭成员产生歧视,家庭成员受到消极影响后对其产生负面情绪,这种负面情绪加倍地表现在因艾滋病而导致家庭破裂、亲人疏远的 HIV 感染者/艾滋病患者身上,所以离异的 HIV 感染者/艾滋病患者产生的自我羞辱和歧视感比已婚感染者更明显。在刚感染 HIV 的时候,由于对相关知识缺乏足够的认识,很多感染者可能会受到其家庭成员的歧视和排斥,而一些社会规范和道德判断也会造成人们对艾滋病患者产生羞辱和歧视。有些人认为艾滋病与某些不光彩的行为有关(如同性恋、吸毒、嫖娼等),甚至认为感染艾滋病是道德败坏的结果,应受到惩罚,因而存在一些对艾滋病的错误认识,这就是可能造成人们不愿意与 HIV 感染者及其家庭成员交往、甚至歧视的重要原因。

文献^[4-7]显示,来自于家庭内部和社交网络各方面的羞辱和歧视,使 HIV 感染者/艾滋病患者失去经济和情感上的支撑,医疗卫生服务、就业等方面受到阻碍;他们就会变得异常的焦虑,有较大的愧疚或负罪感,其自杀倾向和自杀死亡率明显高于一般人群。而受此观念的影响,有高危行为的人群不愿意主动接受咨询与检测,故疾病的流行变得不透明化。还有一些艾滋病患者不能正视自己的疾病,因而产生报复社会思想和行为,从而增加了艾滋病防治的难度。

是否进行抗病毒治疗对其产生自我羞辱和歧视也有一定的影响,这可能与疾病自身的影响有关。因为目前艾滋病仍是一种不可治愈性的疾病,没有疫苗可以预防,而在发展中国家,患者进行抗病毒治疗也更受到不完善的经济和体制的限制^[8]。

HIV 感染者进入发病期后,身体免疫能力逐渐下降,再加上抗病毒药物的不良作用,使艾滋病患者承受更多来自机体的病痛及相关的羞辱^[9]。有研究显示:使用抗病毒的药物以后,反而增加其自我羞辱感^[10]。本研究结果与其相似。同时,歧视也严重影响抗病毒治疗的开展,此外,就算是已经服用抗病毒药的患者也因为害怕歧视,不敢主动向医生咨询,从而影响了治疗的效果^[11]。

本研究提示,研究对象社会网络、抗病毒治疗及文化程度可能对 HIV 感染者/艾滋病患者产生自我羞辱和歧视有较大的影响,因此应加强对 HIV 感染者/艾滋病患者的艾滋病相关知识教育和人文关怀,特别是要对女性进行有针对性的宣传和教育^[12],消除其自我歧视和羞辱心理,并在宣传和教育中,营造社会支持环境氛围,消除大众的艾滋病歧视观念。

参 考 文 献

- [1] Mann J. Statement at an informal briefing on AIDS to the 42nd session of the United Nations General Assembly. Journal of the Royal Statistical Society, 1998, 151(1): 131 - 136.
- [2] 占发先,陈晶,吴均林. 艾滋病感染者和患者心理健康状况分析. 中国公共卫生, 2010, 26(12): 1481 - 1482.
- [3] 张源洁. 佤族农村社区艾滋病感染者的污名应对策略研究. 中国性科学, 2010, 19(12): 41 - 47.
- [4] Ahsan UIah AK. HIV/AIDS - related stigma and discrimination: A study of health care providers in Bangladesh. J Int Assoc Physicians AIDS Care(Chic), 2011, 10(2): 97 - 104.
- [5] Feng Y, Wu Z, Detels R. Evolution of men who have sex with men community and experienced stigma among MSM in Chengdu, China. J Acquir Immune Defic Syndr, 2010, 53(1): 98 - 103.
- [6] Ateka GK. HIV status disclosure and partner discordance: A public health dilemma. Public health, 2006, 120(6): 493 - 496.
- [7] 孙丽娜,孙业恒,张栋栋,等. 艾滋病毒感染者/艾滋病患者与其家属艾滋病相关羞辱和歧视的研究. 中华流行病学杂志, 2010, 31(11): 1219 - 1222.
- [8] Visser MJ, Makin JD, Vandormael A, et al. HIV/AIDS stigma in a South African community. AIDS Care, 2009, 21(2): 197 - 206.
- [9] Wight RG, Aneathensel CS, Murphy DA. Perceived HIV stigma in AIDS care - giving dyads. Social Science Medicine, 2006(62): 444 - 456.
- [10] Siegel K, Schrimshaw EW. Stress, appraisal, and coping: a comparison of HIV - infected women in the pre - HAART and HAART eras. J Psychosom Res, 2005, 58(3): 225 - 233.
- [11] 张源洁. 歧视对佤族农村社区艾滋病防治及感染者生活的负面效应. 中国性科学, 2010, 19(11): 45 - 48.
- [12] 简华慧. 2009 年桂西山区规范化性病门诊艾滋病 VCT 求询及 HIV 感染状况分析. 中国性科学, 2013, 22(6): 48 - 51.

(收稿日期: 2013 - 12 - 24)

· 性学人物研究 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2014.07.038

叶干运

薛大奇

北京大学医学部性学研究中心, 北京, 100191

【摘要】 叶干运(1924-2013), 1948年毕业于北京大学医学院, 著名性病、麻风病专家。1979年任中国医学科学院皮肤病研究所副所长、学术委员会主任, 并曾任卫生部性病专家咨询委员会和麻风病专家咨询委员会主任委员、中国麻风防治协会理事长、《中华皮肤科》杂志副总编、《中国麻风》杂志主编、中国性学会顾问、《中国性科学》杂志顾问和世界卫生组织专家咨询委员、国际麻风学会理事等职。叶干运还是第五届江苏省人大代表, 第六、七届全国人大代表。

【关键词】 性病; 麻风病

YE Ganyun XUE Daqi. Sexology Research Center of Peking University Health Science Center, Beijing 100191, China

【Abstract】 Ye Ganyun, born in 1924, was a renowned expert in sexologist and leprosy, who graduated from medical school of Peking University in 1948. He once was the vice president of Institute of Dermatology in Chinese Academy of Medical Sciences and was its president of academic board, who also served as the chairman of Advisory Committee on Sexology and Leprosy of Ministry of Health respectively, the counselor of China Sexology Association, member of Advisory Committee of WHO, and council member of International Society for Leprosy. He once took the host of deputy editor-in-chief of Chinese Journal of Dermatology, editor-in-chief of Chinese Journal of Leprosy. He was the deputy to the fifth People's Congress of Jiangsu Province and the deputy to the Sixth and Seventh NPC.

【Key words】 Sexology; Leprosy

【中图分类号】 D826.2

【文献标志码】 A

叶干运, 1924年生, 福建闽侯人。1948年7月毕业于北京大学医学院医疗系。毕业后, 留校任北京大学医院皮肤性病科助教、住院医师。在当时的医学院院长胡传揆教授和皮肤科主任王光超教授的精心培养下, 他的专业学识和技术能力不断提高, 并因良好的医德获得患者好评。

1951年9月, 叶干运在中南海怀仁堂聆听了周恩来总理所作的关于思想改造的报告, 深受教育。从此, 为人民服务的思想开始扎根在他的脑海中, 并一直引导着他的人生道路。

1 造福各族人民的白衣天使, 促进民族团结的一代功臣

1949年11月, 新中国成立不久, 北京市第二届各界人民代表会议通过了封闭全市妓院的决定。为了给解放了的妓女诊治性病, 在胡传揆教授的带领下, 组织了一支医疗队, 叶干运自始至终参加了这项工作。他克服困难, 辛勤工作, 终于胜利地完成了任务。这项工作对叶干运来说, 不仅是一项政治任务, 提高了思想觉悟, 同时在专业技术上, 也积累了丰富的诊疗经验, 为他今后开展大规模的性病防治研究打下了坚实的基础。

1950年, 中央卫生部根据全国人民政治协商会议的提案, 组织中央防疫大队前往西北少数民族地区开展巡回医疗防治性病工作。经胡传揆教授推荐, 叶干运被任命为中央防疫总队第七大队队长。他带领60多名医务人员赴甘肃省的夏河、卓尼、东乡、临夏及青海省的湟源、海晏等地进行了为期9个月的防治工作。他们爬雪山、过草地, 深入农牧地区, 为患病的各族

人民精心诊治, 治愈了大批性病患者, 深受缺医少药的当地群众的热烈欢迎, 也为控制性病传播创造了有利的条件。1951年7月防疫大队返京后, 叶干运又奉命率领中央内蒙古卫生队前往内蒙古新巴尔虎旗开展性病防治工作。同年9月, 全国民族卫生工作会议在京召开, 叶干运应邀到会, 介绍了在少数民族地区开展性病防治工作的经验, 会议结束时还受到毛泽东主席的接见。这次会议明确了性病防治工作是民族卫生工作的三个重点任务之一, 为此, 1951年10月中央民族事务委员会和中央卫生部联合组建了中央民族卫生工作大队, 再次任命叶干运为大队长, 率领100多名医务人员于1951年11月前往西藏自治区开展性病防治、巡回医疗、妇幼保健、卫生防疫和人员培训等工作。叶干运以身作则, 不畏艰险, 战胜了种种险阻和重重困难, 在两年多时间里走遍了全区20多个县, 胜利完成了各项任务, 共诊治患者20多万人次, 其中确诊梅毒患者8000多人, 淋病患者1700人, 均以青霉素治疗, 取得了良好疗效。同时在他的精心安排下, 两年来为当地培养了40多名中级卫生技术人员, 他们后来都成为当地卫生战线的技术骨干。中央民族卫生工作大队的工作不仅仅是治病救人, 同时也是促进民族团结与友谊的纽带和桥梁, 卫生大队所到之处都受到当地群众的热烈欢迎, 藏族同胞亲切称呼卫生大队的同志是毛主席派来的好“门巴”(藏语为医生)。2001年10月, 为纪念中央民族卫生工作大队赴藏区巡回医疗50周年, 国家民委和卫生部联合在北京人民大会堂召开座谈会, 充分肯定了叶干运带领的卫生大队当年在藏区的工作业绩, 并向他颁发了“造福藏区人民的白衣天使, 促进民族团结的一代功臣”的荣誉证书。中央电视台、东方时空节目组评选叶干运为“东方之子”并进行了专题报道。

【作者简介】 薛大奇(1942-), 男, 研究员, 主要从事皮肤性病临床诊治与研究工作。

2 中央皮肤性病研究所的奠基人之一,新中国性病防治工作的开拓者

1953年底,中央民族卫生工作大队圆满完成各项任务后,叶干运率队返回北京,适逢中央卫生部在北京筹建中央皮肤性病研究所,叶干运服从组织分配,调入该所参加筹建工作。1954年5月,中央皮肤性病研究所正式成立,从此,叶干运就一直在该所工作,先后担任主治医师、门诊部主任、性病麻风防治研究组副组长、麻风病研究室主任、研究员、副所长、学术委员会主任、博士生导师、顾问等职,并一直从事性病麻风病的防治研究工作。

在中央皮研所建所初期,当时正值全国普遍学习苏联经验的高潮中,皮研所也不例外。一次讨论梅毒的治疗方案的会议上,该所顾问、苏联专家叶果洛夫强调要采用苏联保健部制定的以砷剂为主的间歇疗法,疗程需两年。胡传揆对此持有不同意见,他认为间歇疗法疗程太长,副作用较多,不如采用青霉素疗法。叶干运根据自己多年来在基层防治性病的实践经验,也提出为了符合基层防治性病的需要,必须采用起效快、疗效高、疗程短、副作用少,而且患者易于接受的疗法。青霉素疗法远远优于间歇疗法。最后中央卫生部采用了胡传揆所长的建议,在梅毒治疗方案中将青霉素疗法列入首选。这一决定对广大基层开展性病防治工作起到了促进作用。为此,叶干运还专门撰写了《从多快好省的角度来看青霉素治疗梅毒的方案》一文,发表在《中级医刊》上,向基层防治人员推荐这一方案,取得了良好效果。在卫生部的领导下,中央皮研所负责全国性病防治的组织协调与技术指导任务,为了取得第一手资料,叶干运会同马海德博士等带领工作组深入到江西省宁都县进行了3个月的现场调查与防治研究工作,总结出一套在农村地区开展性病防治的工作经验,并在1959年3月召开的全国性病、麻风、头癣现场防治经验交流会上作报告,进一步推动了全国性病防治工作的全面展开。

叶干运和他的团队以满腔的热忱,全身心地投入到性病防治工作,他的足迹遍布了祖国的山山水水,从城市到乡村、到偏远山村、到边疆民族地区,开展了大规模群众性的性病防治工作。到1964年,全国除个别地方外已基本消灭了性病,他和胡传揆教授、陈锡唐教授撰写了《我国对梅毒的控制和消灭》一文,在1964年北京召开的科学讨论会上向世界宣布,新中国成立后仅仅用了15年时间就将危害人民身心健康的性病基本消灭了。1964年,我国性病控制和基本消灭成为我国性病防治史上的里程碑,这一辉煌成绩受到国际舆论的高度重视与赞扬。

3 老骥伏枥,志在千里

进入20世纪80年代,随着国内外人员广泛交流,再加上人们观点和行为改变,致使性病在我国死灰复燃,并不断由沿海向内地、由城市向农村蔓延。1985年艾滋病也传入国门,并不断流行蔓延。面对这一严峻形势,作为老一辈性病防治专家,叶干运教授深感忧虑和不安,他和吴阶平、李洪迥、王光超、陈锡唐等老一辈性病防治专家,共商对策。由于叶干运先后当选为江苏省第五届人大代表和全国第六届、第七届人大代表,在全国人大开会期间,他多次提出提案,大声疾呼加强性病防治工作,控制性病蔓延,并多次向卫生部提出我国性病防治策略措施的建议,得到了领导部门的高度重视。这一时期,国家先后下发了《中办发(86)15号文》和《国发85号文》,卫生部成立了性病专家咨询委员会,并指定中国医学科学院皮肤病研究所作为全国性病控制研究中心,各地也相继建立了防治专业机构。叶干运被任命为卫生部性病专家咨询委员会主任委员,虽年已古稀,他仍积极投入到防治工作中,建立全国性病监测网

络,培训专业技术人员,编写性病防治手册,制订防治工作规范,组织经验交流,开展性病咨询活动,指导科研,做了大量工作。他还多次通过电视和广播宣讲防治性病、艾滋病的科学知识,主编《性传播疾病诊疗与预防》、《实用性病学》、《皮肤性病防治》、《性传播疾病》等专著,为控制性病的蔓延作出了贡献。

在全国人大开会期间,他对我国《婚姻法》中有关麻风病的条文提出了修改建议。2000年,全国人大法制工作委员会召开《婚姻法》修改意见座谈会时,叶干运应邀到会,他从医学发展的角度陈述删改麻风条文的必要性,得到了采纳。2001年,全国人大常委会通过的《婚姻法》修正案中删除了有关麻风病的不妥之处。

4 高风亮节,一代宗师

叶干运教授在麻风防治工作上付出了毕生心血,在国内外麻风病学与性病学界享有较高的声誉。早在1951年,在任中央民族卫生工作大队队长、赴康藏高原工作的两年多时间里,他遇到了不少前来求医的藏族同胞麻风病患者,因当时规定麻风病必须进行隔离治疗,只好动员患者去泸定麻风医院住院治疗。为解除麻风病人疾苦控制麻风病流行,1956年他参加了中央卫生部派出的麻风考察组,亲自带头深入各麻风村进行调查,协助卫生部草拟麻风防治规划,并多次参加麻风防治会议。1963年起,他任麻风研究室副主任,与马海德博士提出《以县为单位控制麻风综合防治措施的研究》,效果明显,在全国推广,并在1978年全国科学大会上获奖。

十年动乱期间,皮研所(1957年划归中国医学科学院)于1970年从北京搬迁至江苏泰州。叶干运教授也随整个搬迁大军来到江苏泰州,他克服了重重困难,在军代表的安排下,跟着小分队奔赴泰兴滨江医院及泰县溱湖、盐城建湖、扬州等麻风防治现场,和麻风病人打交道,因地制宜地开展麻风普查普治,并培训当地医疗卫生技术人员,进行流行病学调查和科学研究。叶干运还和他的同事们在麻风病流行病学、社会医学、早期诊断、治疗方法、康复医学等方面取得了多项科研成果,曾获国家和卫生部及江苏省科技进步奖,为我国麻风防治事业上做出了贡献。改革开放后,他历任卫生部性病专家及麻风专家咨询委员会主任委员、中国医学科学院皮肤病研究所副所长、中华皮肤科杂志副总编、全国性病控制中心主任、中国性学会顾问、《中国性科学》杂志顾问、中国麻风防治协会理事长、中国麻风杂志主编、中国性病艾滋病防治协会常务理事。叶干运教授代表国家参加了很多国际会议,发表了许多学术论文,是1998年第15届国际麻风大会组委会副主席,还担任过世界卫生组织专家咨询委员、国际麻风协会理事和国际麻风杂志编委、世界银行性病贷款项目专家评审组组长、亚洲皮肤科学会名誉理事、美国临床皮肤科杂志编委等等。

叶干运教授是医科院皮研所首位获得资格的硕士和博士研究生导师,先后培养了5名博士研究生,在国内国际杂志上发表论文60余篇,主编专著10余部,并在古稀之年参加了中国共产党,是优秀党员。1991年开始获国务院政府特殊津贴,是国家防疫防病先进个人,医科院先进工作者。2006年被授予中国医师协会杰出贡献奖,2008年被中华医学会授予专家会员奖,是第六、七届全国人大代表。叶老治学严谨,淡泊名利,在耄耋之年还兼任北京大学医学部性学研究中心顾问,指导我们的性病防治研究工作。生命不息,奋斗不止,先天下之忧而忧,后天下之乐而乐,这是叶干运教授一生的真实写照。

(收稿日期:2014-04-29)