· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 – 1993.2015.10.001

西藏左贡县医院妇科门诊疾病谱分析

王玢[1] 洛松次登[2] 万荣[2] 冯正勇[2] 扎西松姆[2] 德尕[2]
1 中国人民解放军空军总医院妇产科,北京 100142
2 左贡县人民医院,西藏 左贡 854400

【摘 要】 **目的:**通过分析西藏左贡县医院妇科门诊妇科疾病谱,探讨当地妇女妇科疾病的发病特点,为制定预防和治疗措施提供依据。**方法:**回顾性分析 2010 年 7 月至 2010 年 9 月期间左贡县医院妇科门诊就诊病例 1183 例。**结果:**妇科疾病发病率前 5 位顺次为:慢性宫颈炎(41.50%)、阴道炎(36.01%)、盆腔炎(14.62%)、子宫肌瘤(3.63%)、功能性子宫出血(2.87%)。同时患有 2 种以上炎症性疾病的占 33.13%,妇科炎症性疾病总发病率 92.13%,明显高于国内报道;子宫肌瘤及功能性子宫出血发病率均低于国内报道。**结论:**西藏左贡县受特殊地理环境及特殊民族风俗影响,女性性生活开始较早、分娩次数较多、卫生经济状况较差,妇科炎症性疾病发病率较高,特别是两种以上炎症同时发病较多。做好计划生育的宣教、降低人工流产率、减少分娩次数、加强流产后及产后妇女的保健、加大对于基层妇产科专业人员的帮扶等,对于降低妇科炎症性疾病发病率、提高当地妇女生殖健康水平很有必要。

【关键词】 西藏左贡县,妇科门诊,妇科炎症性疾病

Spectrum of disease at gynecology outpatient department in Zuogong county hospital *WANG Bin*[1], *Luosong Cideng*[2], *WAN Rong*[2], *FENG Zhengyong*[2], *Zhaxi Songmu*[2], *De Ga*[2]. *1. Department of Obstetrics and Gynecology, Air Force PLA General Hospital, Beijing 100142, China; 2. Zuogong County Hospital, Zuogong 854400, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To discuss the characteristics of female diseases by means of analyzing the women diseases spectrum at gynecology outpatient department of Zuogong county hospital, so as to provide evidence for making precautionary and therapeutic measures. **Methods**: 1183 patients at gynecology department of Zuogong county hospital were retrospectively analyzed From July to September in 2010. **Results**: The top five female diseases with the highest morbidity were chronic cervicitis (41.5%), vaginitis (36.01%), pelvic infection (14.62%), myoma of uterus (3.63%) and dysfunctional uterus bleeding (2.87%). About 33.13% objects suffered from two kinds of inflammatory gynecologic diseases. The total morbidity of female inflammatory diseases was 92.13%, which was superior to that reported domestically, otherwise the morbidity of myoma of uterus and dysfunctional uterus bleeding were inferior to those reported domestically. **Conclusion**: Compared with inland women, feminine in Zuogong county of Tibet, due to a special geography surroundings and unique ethnic custom, have sex activity earlier, labor more frequently, as well as worse hygiene habit and financial situation, which leads to higher morbidity of female inflammatory diseases, and especially the incidence of two kinds of diseases simultaneously is higher. It is very important to bring down the morbidity of female inflammatory disease and elevate the reproduction heath standard of local females through promoting propaganda and instruction of birth control, decreasing the rate of artificial abortion, lessening the time of delivery, reinforcing the health protection after induced abortion and giving birth, strengthening the potency about training obstetrics professionals in primary hospitals.

【**Key words**】 **Zuogong county of Tibet; Gynecology outpatient department; Female inflammation diseases**

【中图分类号】 R167 【文献标志码】 A

女性生殖器多数是对外开放性的器官,容易受到外界病原微生物的感染,同时因为承担着性交、分娩、避孕等重要的功能,生殖道上皮容易损伤,因而妇科炎症性疾病发病率居妇科所有疾病的首位。阴道炎、宫颈人乳头状瘤感染及盆腔炎等严重威胁着女性的生殖健康,造成工作、生活和身心健康等质量下降。西藏左贡县受特殊的地理环境、特殊的民族风俗习惯及卫生经济不发达等因素影响,妇科炎症性疾病发病率高于内地的报道。本研究客观分析了西藏左贡县妇科疾病谱构成特点、妇科炎症性疾病所占比重,为进一步有针对性地制定妇科疾病的防治措施提供依据和参考。

【第一作者简介】王玢(1963 –),女,主任医师、硕士,主要研究方向为优生优育与计划生育。

本文对 2010 年 7 月至 9 月空军总医院帮带西藏左贡县医院期间妇科门诊就诊的 1183 例患者进行了分析,旨在找出当地门诊妇科疾病的分类特点,为制定预防和治疗措施、提高藏族地区妇女的生殖健康水平提供科学依据。

1 资料与方法

1.1 资料

患者年龄 18 ~ 63 岁,平均(29.34 ± 2.81)岁,40 岁以下占 88.2%。藏族女性占 79.39%,汉族女性占 20.61%。结婚年龄 17 ~ 32 岁,平均(21.82 ± 3.26)岁。孕次 1 ~ 15 次,平均(4.62 ± 1.26)次;产次 1 ~ 13 次,平均(4.83 ± 2.54)次,分娩 2 次及以上者占 93.9%。最高学历小学以上者占 78.9%,大专及以上学历者占 18.67%。采取避孕措施者占 52.9%。

1.2 方法

对病例资料进行回顾性分析,盆腔炎同时合并阴道炎或/和宫颈炎按盆腔炎计算,宫颈炎合并阴道炎按宫颈炎计算,阴道炎发病例数指单一患阴道炎,不包括同时合并盆腔炎及宫颈炎者。疾病构成以百分比计算和比较。

2 结果

排在前 5 位的疾病顺位依次为:慢性宫颈炎、阴道炎、盆腔炎、子宫肌瘤、功能性子宫出血。其中慢性宫颈炎发病率 41.50%,居各种疾病之首;阴道炎发病率 36.01%,居其次;盆腔炎发病率 14.62%,居第 3 位;炎症性疾病总发病率为 92.13%,同时患 2 种以上炎症性疾病者 361 例,占炎症性疾病的 33.13%,子宫肌瘤发病率 3.63%,功能性子宫出血发病率 3.04%。1083 例妇科疾病种类及百分比见表 1。

表 1 妇科疾病种类分布情况

疾病种类	患病人数(n)	构成比(%)	顺位
慢性宫颈炎	491	41.50	1
阴道炎	426	36.01	2
盆腔炎	173	14.62	3
子宫肌瘤	43	3.63	4
功能性子宫出血	34	2.87	5
卵巢囊肿	10	0.85	6
宫外孕	2	0.17	7
外阴白斑	2	0.17	7
子宫脱垂	1	0.08	9
阴道壁囊肿	1	0.08	9

3 讨论

西藏左贡县海拔最高 5434m,平均海拔 3750m,氧气稀薄,加上早婚、早育、多产、医疗卫生条件差及特殊的民族宗教风俗习惯等影响,妇女病的发病有其特殊性。本文对 2010 年 7 月至 9 月空军总医院帮带左贡县医院期间妇科门诊就诊的 1183 例患者疾病种类特点进行了分析。就诊者平均年龄 29.34 岁,其中 88.2% 为 40 岁以下年轻女性,对于当地生育年龄妇女妇科疾病的发病情况具有代表意义,对于分析当地生育年龄妇女的妇科疾病分布具有一定的价值。1183 例患者中,妇科疾病前 5 位顺位为:慢性宫颈炎、阴道炎、盆腔炎、子宫肌瘤、功能性子宫出血。生殖道感染占比例最高达 92.13%,其中宫颈炎性疾病居首位占 41.50%,其次为阴道炎占 36.01%、盆腔炎占 14.62%,2 种以上炎症同时存在的比例较高占 33.13%。发病第 4 顺位为子宫肌瘤占 3.63%,第 5 顺位为功能性子宫出血占 2.87%,子宫肌瘤及功能性子宫出血的发病率低于内地的报道[1-3]。当地炎症性疾病比例 92.13% 明显高于国内 29.10% ~ 71.99 的报道[4-7],国外报道在 17 岁以上女性普查中盆腔炎发病率仅为 0.28% ~ 10.4%[8,9]。目前,世界范围内性传播疾病有逐年上升的趋势,严重威胁着女性的生殖健康[13-15],由于受当地的医疗条件所限制,妇科感染性疾病中的 HPV、淋病等性病[10-12]未能检测。

当地盆腔炎及宫颈炎、阴道炎等炎症性疾病高发与早婚、早育、多产等导致生殖道反复损伤以及因特殊的宗教信仰使部分患者不及时就医、卫生习惯不良、医疗设施不完善等因素密切相关。功能性子宫出血所占比例低于内地,考虑与就诊患者多为生育期,高发期的围绝经期妇女就诊比例少有关。当地妇女生殖道感染发病率之高不容忽视,慢性宫颈炎、阴道炎、盆腔炎等严重影响妇女的身心健康,可导致其劳动能力及生殖能力的下降,影响生活质量。多次人流、分娩等导致生殖道反复损伤,破坏了正常的生理防线,为病原菌乘虚而入提供了机会,因此,加强对当地医护人员的帮带,加大晚婚晚育、计划生育、生殖健康等知识的宣传力度,使其自觉自愿杜绝早婚、早育、人流、多产等行为,主动采取避孕节育措施,是从根本上减少生殖道感染性疾病的必要措施。下一步要加大对于当地帮带的力度,尽早开展 HPV 等与性病相关的筛查和检测,做好性病及相关肿瘤的早期防治工作。

参 考 文 献

[1] 赵晓青,钱立杰,张英奎,等. 河北省妇女病查治情况分析. 中国妇幼保健,2011, 26(1):18 - 19.

[2] 安方,陈建云,王彦洁,等. 北京大学人民医院妇科门诊患者就诊原因及疾病分布情况调查. 中国妇产科临床杂志,2014, 15(4):327.

[3] 刘玲瑛. 我院 2006 - 2009 年妇科门诊疾病谱调查研究. 预防医学,2011,49(14):102.

[4] 熊宏伟. 不同年龄段女性妇科炎症分析. 临床军医杂志,2012,40(6): 1484 - 1486.

[5] 杨晓燕,郑萍,朱元彻. 震后绵竹地区 2232 例妇科门诊疾病谱分析. 中国妇幼保键,2011(26):158.

[6] 朱爱平. 妇科门诊就医患者体检知识知晓及患病情况的调查分析. 中国医药指南,2012(29): 423 - 424.

[7] 韩丽华. 我院历年妇科疾病调查分析. 中国当代医药,2011,18(25):161,163.

[8] Monika Goyal, Adam Hersh, Xianqun Luan. National trends in pelvic inflammatory disease among adolescents in the emergency department. Adolecent health. 2013,8(53): 249 - 252.

[9] French CE1, Hughes G, Nicholson A, et al. Estimation of the rate of pelvic inflammatory disease diagnoses: trends in England, 2000 - 2008. Sex Transm Dis, 2011,38(3):158 - 162.

[10] Huang CT, Chen CY, Chen HY, et al. Genitourinary infections caused by nontuberculous mycobacteria at a university hospital in Tai-

wan, 1996 – 2008. Clin Microbiol Infect, 2010, 16(10): 1585 –1590.

[11] MA Salvati, TS Patrelli, S Gizzo. Can the impact of pelvic inflammatory disease on fertility be prevented? Epidemiology, clinical features and surgical treatment: evolution over 8 years. Reproductive Medicine, 2013, 58(9): 425 –433.

[12] Price MJ, Ades AE, De Angelis D, et al. Risk of pelvic inflammatory disease following Chlamydia trachomatis infection: analysis of prospective studies with a multistate model. America Epidemicology, 2013, 178(3): 484 –492.

[13] Richard L Sweet . Treatment of acute pelvic inflammatory disease. Clinical Infectious Diseases, 2011(12): 553 –561.

[14] Workowski KA, Berman S. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2010, 12(59): 63 –67.

[15] Soper DE. Pelvic inflammatory disease. Obstet Gynecol, 2010, 116(2 Pt 1): 419 –428.

(收稿日期:2015 –02 –02)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 –1993.2015.10.002

腹腔液中瘦素和白介素 –8 的水平与子宫内膜异位症患者病情进展的相关性研究

王延明[1] 呼改琴[2] 李晓林[1]

1 延安大学附属医院妇科,陕西 延安 716000

2 延安大学附属医院产科,陕西 延安 716000

【摘 要】 **目的:** 探讨子宫内膜异位(EMT)患者腹腔液中瘦素及白介素 –8(IL –8)的表达差异及其与 EMT 进展的相关关系。**方法:** 选取 53 例 EMT 患者(EMT 组)及 45 例对照组患者,采集其腹腔液并通过酶联免疫吸附法(ELISA)对瘦素及 IL –8 表达水平进行测定,分析两组患者表达水平差异及其与 EMT 患者 rAFS 分期、疼痛评分的相关性。**结果:** EMT 组患者相较对照组患者出现瘦素及 IL –8 表达水平的升高,并且差异具有统计学意义(均 $P<0.001$)。早期 EMT 患者瘦素表达水平相较晚期 EMT 组明显升高($P<0.001$),而 IL –8 表达水平则明显降低($P<0.001$)。卵巢巧克力囊肿组患者瘦素表达水平明显低于盆腔 EMT 组(4.8 ±1.7ng/L vs. 9.3 ±2.5ng/L,$P<0.001$),但两组患者腹腔液 IL –8 表达水平差异则不具有统计学意义(P =0.651)。Pearson 相关分析表明,瘦素表达水平与患者 rAFS 呈现负相关关系(r = –0.5731,$P<0.05$)而与 EMT 患者疼痛评分不具有相关关系(r =0.0036,$P>0.05$)。IL –8 表达水平与患者 rAFS 呈现正相关关系(r =0.6148,$P<0.05$)而与晚期 EMT 患者的疼痛评分具有显著的正相关关系(r =0.6391,$P<0.05$)。**结论:** EMT 患者腹腔液出现瘦素及 IL –8 的异常增高并且其与 EMT 的进展及临床症状具有一定相关性,值得在临床上对其进行关注。

【关键词】 瘦素;白细胞介素 –8;子宫内膜异位

Correlation between endometriosis and leptin and IL –8 expression in peritoneal fluid *WANG Yanming[1], HU Gaiqin[2], LI Xiaolin[1]. 1. Department of Gynecology, Yan'an University Affiliated Hospital, Yan'an 716000, China; 2. Department of Obstetrics, Yan'an University Affiliated Hospital, Yan'an 716000, China*

【**Abstract**】 **Objectives:** To explore the expression difference of leptin and interleukin –8 (IL –8) in peritoneal fluid and their correlation with the progression of endometriosis (EMT). **Methods:** 53 patients with EMT (EMT group) and 45 otherwise patients were selected and the peritoneal fluid was collected to detect the expression level of leptin and IL –8 using the ELISA. The expression level of leptin and IL –8 were compared between the two groups and their correlation with rAFS stage and pain scores were analyzed. **Results:** Level of leptin and IL –8 in EMT group increased compared with the control group ($P<0.001$). Significantly higher level of leptin and lower level of IL –8 were demonstrated in patients of EMT early stage than that of advanced stage (both $P<0.001$). Level of leptin in patients with single chocolate cyst of ovary significantly decreased (4.8 ±1.7ng/L vs. 9.3 ±2.5ng/L, $P<0.001$) compared with those with single pelvic EMT, but difference in the IL –8 expression is not statistical-

【第一作者简介】王延明(1968 –),女,副主任医师,主要从事妇产科临床、教学及研究工作。

ly significant ($P=0.651$). Pearson correlation analysis showed that expression level of leptin correlated negatively with rAFS stage of patients ($r=-0.5731$, $P<0.05$) and not correlated with patients' pain scores ($r=0.0036$, $P>0.05$). Expression level of IL-8 correlated positively with rAFS stage of patients with EMT ($r=0.6148$, $P<0.05$) and with pain scores in patients with advanced EMT ($r=0.6391$, $P<0.05$). **Conclusion**: Expression levels of leptin and IL-8 increase in peritoneal fluid in patients with EMT and correlates with the progression of EMT and clinical symptoms, which is worth more attention in clinical practice.

【Key words】 **Leptin**; **Interleukin-8**; **Endometriosis**

【中图分类号】 R711.74 **【文献标志码】** A

子宫内膜异位(endometriosis, EMT)是目前临床妇科门诊常见的一类疾病,其在育龄妇女中的发病率较高,并且在近年来的临床研究报道中,呈现逐年上升的趋势[1,2]。目前对于EMT的发病机制研究尚未明确,普遍认为"经血逆流"是其主要发病相关因素[3]。近年来的研究报道也已证实,经血逆流过程中由于炎症及免疫的发生,加剧了内膜碎片异位种植等过程,导致EMT的发生。过度血管化作用是内膜碎片进行异位种植时的一个关键性质,并且其与具有促进血管生成作用的细胞因子密切相关[4]。瘦素、白细胞介素-8(interleukin-8, IL-8)是目前已被基础研究证实与EMT腹腔种植过程密切相关的两种细胞因子,但是临床对其相关性报道不一[5]。因此,本次研究通过对EMT患者腹腔液中瘦素、IL-8水平进行检测,分析其在患者EMT发病过程中的作用及意义。

1 资料及方法

1.1 临床资料

采用随机数法选取于2012年3月至2014年12月在我院治疗并经诊断为卵巢巧克力囊肿或盆腔EMT并在我院进行腹腔镜手术治疗的患者共53例(EMT组),其中卵巢巧克力囊肿组37例,盆腔EMT组28例(合并卵巢巧克力囊肿及盆腔EMT患者12例),患者年龄在25~41岁区间内。同时选取同期在我院进行治疗的非EMT不孕患者作为对照组(45例),患者年龄在23~38岁年龄区间内。患者均同意参与本次研究并签署知情同意书。

患者纳入标准及分期:EMT组所有患者均在术后病理科诊断为EMT,内膜异位病灶于卵巢、宫骶韧带、盆腔腹膜等处。患者EMT分期标准按照美国生育协会订制标准(rAFS)进行分期,分为早期组(I期、II期EMT患者,共计29例)及晚期组(III、IV期EMT,共计24例)。所有纳入分析病例(包括EMT组及对照组)均排除具有内外科严重疾患或妇科恶性肿瘤病例,手术治疗患者术前3个月内无接受过性激素、非甾体类药物及免疫抑制剂等药物的治疗。

1.2 研究方法

标本采集及处理方法:患者取头高位进行标本收集,置入腹腔镜(德国史托斯公司,型号STORZ26003 BA30)后,使用囊肿穿刺针(美国COOK公司,型号:18-20G chida针)于患者子宫直肠陷凹处吸取腹腔液5~10mL,吸取前禁止冲洗,避免所采集标本受到污染。腹腔液收集完毕后送至实验室,经离心机离心(1800rpm),离心15min后,将上清液收集至2.5mL冻存管中并放至-80℃冰箱进行保存备用。

瘦素、IL-8测定方法:样本经过温室解冻,按照说明书要求进行稀释后,使用人瘦素-ELISA试剂盒(Abnova公司)及人IL-8 ELISA试剂盒(Abnova公司)进行反应后经自动酶标仪(美国宝特公司,型号:BLOTek ELX800)测定OD值并绘制标准工作曲线,计算相应物质含量。

患者疼痛评分标准:采用直观模拟疼痛量表法(VAS)对EMT组患者进行痛经及慢性盆腔痛的疼痛评分。对合并痛经及慢性盆腔痛患者,采用高评分进行记录,不进行疼痛评分累加。

1.3 统计学方法:

将研究所用数据录入SPSS16.0分析软件包,计量资料表示为均数±标准差($\bar{x}\pm s$),组间差异比较采用方差检验;计数资料表示为率,采用χ^2检验进行检验分析。并采用Person相关分析方法对EMT组瘦素、IL-8表达水平与患者rAFS分期以及疼痛评分的相关性进行分析。当$P<0.05$时视为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 患者基线资料比较

对EMT组及对照组患者的基线资料包括年龄、体重、身高、体质指数(body mass index,BMI)及孕次等进行统计学分析及比较,结果表明,除EMT组患者孕次相较对照组明显降低($P=0.006$)外,两组患者在其他基线资料上的差异不具有统计学意义($P>0.05$)。见表1。

表1 患者基线资料比较

组别	年龄(岁)	体重(kg)	身高(cm)	BMI(kg/m^2)	孕次(次)
EMT组($n=53$)	34.2±3.8	51.2± 9.5	153.6±6.1	22.7±3.9	0.9±0.6
对照组($n=45$)	35.7±4.1	50.8±10.3	152.9±5.3	23.4±4.1	1.3±0.8
t	-1.878	0.200	0.601	-0.865	-2.824
P	0.063	0.842	0.549	0.389	0.006

2.2 患者瘦素、IL-8 表达水平比较

在对 EMT 组及对照组患者的腹腔液瘦素、IL-8 表达水平进行测定计算后,进行统计学分析,结果表明,EMT 组患者瘦素表达水平与 IL-8 表达水平则显著降低,并且差异具有统计学意义(均 $P<0.001$)。进一步对 EMT 组患者进行早期及晚期 EMT 分类后,分别统计并分析其瘦素、IL-8 表达水平差异,统计结果表明,早期 EMT 组患者瘦素表达水平相较晚期 EMT 组明显升高($P<0.001$),而 IL-8 表达水平则明显降低($P<0.001$)。见表 2、表 3。

表 2 患者瘦素、IL-8 表达水平比较

组别	瘦素(ng/L)	IL-8(pg/L)
EMT 组($n=53$)	5.3±1.7	74.6±18.2
对照组($n=45$)	2.4±0.9	21.8± 9.3
t	10.280	17.599
P	<0.001	<0.001

表 3 早期及晚期 EMT 患者瘦素、IL-8 表达水平比较

组别	瘦素(ng/L)	IL-8(pg/L)
早期 EMT 组($n=29$)	6.8±2.1	53.8±16.2
晚期 EMT 组($n=24$)	3.7±1.6	108.3±32.5
t	5.941	-7.929
P	<0.001	<0.001

2.3 瘦素、IL-8 水平与 rAFS 分期及疼痛评分关系

明确 EMT 组患者与对照组患者、早期 EMT 患者与晚期 EMT 患者腹腔液中瘦素、IL-8 水平的差异后,应用 Pearson 相关分析进一步对 EMT 患者腹腔液中瘦素、IL-8 表达水平与 rAFS 分期进行相关性分析。结果表明,EMT 组患者中,瘦素在腹腔液中的表达水平与患者 rAFS 呈现负相关关系($r=-0.5731$,$P<0.05$),而 IL-8 在腹腔液中表达水平与患者 rAFS 呈现正相关关系($r=0.6148$,$P<0.05$),并且 EMT 患者的瘦素表达水平与 IL-8 表达水平具有负相关关系($r=-0.2647$,$P<0.05$)。

EMT 组患者疼痛评分平均统计值为(5.4±2.9)分,其中,29 例早期 EMT 患者的疼痛评分统计值为(4.4±2.3)分,24 例晚期 EMT 患者的疼痛评分统计值为(5.9±3.1)分,早期 EMT 患者与晚期 EMT 患者的疼痛评分差异具有统计学意义($t=-2.020$,$P=0.049$)。并且进一步采用 Pearson 相关分析对 EMT 患者腹腔液中瘦素、IL-8 表达水平与疼痛评分统计值进行相关性分析,结果表明,在 EMT 组患者中,瘦素在腹腔液中表达水平与疼痛评分不具有显著相关性($r=0.0036$,$P>0.05$);而 IL-8 表达水平,与早期 EMT 患者的疼痛评分同样不具有显著相关性($r=0.1285$,$P>0.05$),但与晚期 EMT 患者的疼痛评分具有显著的正相关关系($r=0.6391$,$P<0.05$)。

2.5 卵巢巧克力囊肿组与盆腔 EMT 组患者瘦素、IL-8 表达水平比较

为了进一步明确患者腹腔液中瘦素、IL-8 表达水平与患者出现 EMT 的关系,我们对 25 例单纯卵巢巧克力囊肿患者及 16 例单纯盆腔 EMT 患者的腹腔液瘦素、IL-8 水平进行统计及差异比较,结果表明,卵巢巧克力囊肿组患者瘦素表达水平明显低于盆腔 EMT 组(4.8±1.7)ng/L vs. (9.3±2.5)ng/L,$P<0.001$),但两组患者腹腔液 IL-8 表达水平差异则不具有统计学意义($P=0.651$)。见表 4。

表 4 卵巢巧克力囊肿组与盆腔 EMT 组患者瘦素、IL-8 表达水平比较

组别	瘦素(ng/L)	IL-8(pg/L)
卵巢巧克力囊肿组($n=25$)	4.8±1.7	72.8±15.7
盆腔 EMT 组($n=16$)	9.3±2.5	75.3±19.2
t	-6.873	-0.456
P	<0.001	0.651

3 讨论

在对 EMT 患者的盆腹腔微环境相关研究表明,患者常表现出局部免疫功能的异常,同时腹腔液中免疫调节因子、致炎因子等表达水平也受到相应影响,从而使患者盆腹腔微环境出现异常[6,7]。根据相关文献报道,EMT 患者常出现腹腔液中瘦素、IL-8 表达水平的异常,推测其可能参与了 EMT 的产生及后期影响过程[8,9]。

瘦素在机体中具有十分重要的促血管生成作用,而 EMT 病灶发生异位种植的早期改变正是血管生成[10]。在本次研究中,我们通过对 53 例 EMT 患者及 45 例非 EMT 患者腹腔液中瘦素、IL-8 表达水平进行测定,结果表明,在基线资料不具有统计学差异($P>0.05$)的前提下,EMT 患者出现腹腔液中瘦素水平明显升高,并且其与对照组的差异具有统计学意义($P<0.001$),这与已有的文献报道结果相一致[1]。同时进一步对 EMT 患者进行早期、晚期 EMT 亚组分类,并对其腹腔液瘦素表达水平进行测定及比较,结果表明,早期 EMT 患者瘦素表达水平相较晚期 EMT 患者明显升高($P<0.001$),提示腹腔液瘦素表达水平高低与 EMT 的进展具有一定相关关系,这在之后的进一步 Pearson 相关性分析中得到了验证。同时在单纯巧克力囊肿患者及单纯盆腔 EMT 患者腹腔液中瘦素水平的比较结果表明,卵巢巧克力囊肿患者瘦素表达水平明显低于盆腔 EMT 患者(4.8±1.7)ng/L vs. (9.3±2.5)ng/L,$P<0.001$,其产生的原因可能与两种不同病变条件下瘦素的分泌方式及机制不同有关。对这两种病变下的瘦素表达模式的研究认为,卵巢巧克力囊肿病变下,瘦素分泌后主要先进入囊液,之后再由囊液转移至腹腔液中,因此瘦素受到机体自身灭火、清廓等作用,使得在患者腹腔液中的检测水平出现降低,而盆腔 EMT 病变下,瘦素分泌后可直接向腹腔液中扩散,因此检测水平相对升高[11,12]。

IL-8 是另一种被报道与 EMT 患者腹腔微环境变化具有密切关系的因子。已有的文献报道表明,EMT 患者腹腔液中 IL-8 表达水平,与其他非 EMT 病变患者具有显著差异,并且其与 EMT 的发生和进展具有一定相关关系[13,14]。在本次研究中,我们对 EMT 患者与对照组患者腹腔液中 IL-8 水平进行测定并比较,结果表明,EMT 患者腹腔液 IL-8 水平出现明显升高($P<0.001$),并且进一步在早期及晚期 EMT 患者中对腹腔液 IL-8 水平进行测定,发现晚期 EMT 患者腹腔液 IL-8 表达水平升高更为明显($P<0.001$),提示 IL-8 表达水平在 EMT 病变的发生发展中具有一定程度的作用。

在明确 EMT 患者出现的腹腔液瘦素、IL-8 表达水平出现的差异后,我们进一步通过 Pearson 相关分析法对腹腔液瘦素、IL-8 表达与 EMT 患者的临床 rAFS 分期及疼痛评分的相关性

进行探究。分析结果表明,EMT 患者腹腔液中的瘦素表达水平与患者 rAFS 分期呈现显著负相关关系,而 IL－8 在腹腔液中表达水平与患者 rAFS 分期则呈现显著正相关关系。对疼痛评分统计分析的结果表明, EMT 患者腹腔液中瘦素表达水平与疼痛评分不具有显著相关性;而 IL－8 表达水平与晚期 EMT 患者的疼痛评分具有显著的正相关关系。这些分析结果提示,EMT 患者出现的腹腔液中瘦素、IL－8 的差异表达,参与了 EMT 病变不同阶段的症状产生过程,瘦素与 EMT 的 rAFS 分期具有较为紧密的相关关系,而 IL－8 则是在患者的疼痛症状中发挥了一定程度的影响作用。但是对于瘦素、IL－8 是如何参与 EMT 发展过程并导致症状产生,目前尚未有十分明确的机制,需要进一步的基础研究对该结果进行证明。

综上所述,EMT 腹腔种植过程中出现了瘦素、IL－8 表达的上调,并且该两种细胞因子的增强表达,对 EMT 的发展及维持具有一定的反馈作用。不同时期及类型的 EMT 病变,与腹腔液中瘦素、IL－8 表达水平具有十分密切的关系,值得临床关注,同时也证明了在临床上针对该机制对 EMT 患者采用抗血管生成治疗是一个安全有效的策略[15]。

参 考 文 献

[1] 张唯一,李亚里. 瘦素及瘦素受体与子宫内膜异位症关系的研究进展. 国际妇产科学杂志,2014(4):473－476.

[2] Alvarez P, Bogen O, Chen X, et al. Ectopic endometrium－derived leptin produces estrogen－dependent chronic pain in a rat model of endometriosis. neuroscience: An International Journal under the Editorial Direction of IBRO,2014(258):111－120.

[3] Oh HK, Choi YS, Yang Y－I, et al. Leptin receptor is induced in endometriosis and leptin stimulates the growth of endometriotic epithelial cells through the JAK2/STAT3 and ERK pathways. Molecular Human Reproduction,2013,19(3/4):160－168.

[4] 王化丽,姜盟. 子宫内膜异位症患者体重指数与血清瘦素水平的关系. 中华妇幼临床医学杂志(电子版),2012,8(5):623－625.

[5] 郑艳,李玉芳,张德葵,等. 瘦素及其受体在子宫内膜异位症中表达的意义. 浙江临床医学,2012,14(3):312－313.

[6] Shah DK, Correia KF, Harris HR, et al. Plasma adipokines and endometriosis risk: A prospective nested case－control investigation from the Nurses' Health Study II. Human Reproduction, 2013, 28(2):315－321.

[7] Malhotra N, Karmakar D, Tripathi V, et al. Correlation of angiogenic cytokines－leptin and IL－8 in stage, type and presentation of endometriosis. Gynecological endocrinology: the official journal of the International Society of Gynecological Endocrinology,2012,28(3):224－227.

[8] 吴淑英. 血清及腹腔液 LN、CA125、CA199、Lp 与子宫内膜异位症的相关性分析. 海南医学院学报,2013,19(11):1573－1575.

[9] 冯春蝶,王福玲,袁芳,等. IL－17、IL－6 和 TGF－β 在子宫内膜异位症患者组织的表达. 中国免疫学杂志,2013,29(3):243－246.

[10] Carmona F, Chapron C, Martínez－Zamora MA, et al. Ovarian endometrioma but not deep infiltrating endometriosis is associated with increased serum levels of interleukin－8 and interleukin－6. Journal of Reproductive Immunology,2012,95(1/2):80－86.

[11] 曲冬颖,李巨,陈红,等. 白细胞介素 8 基因－251A/T 多态与子宫内膜异位症的相关性研究. 现代生物医学进展,2012,12(1):39－41.

[12] 李春霞,刘伟杰. 子宫内膜异位症不孕患者血清、腹腔液中 IL－6、TNF－α 水平变化及意义. 宁夏医科大学学报,2014,36(1):71－72.

[13] Rocha ALL, Carrarelli P, Novembri R, et al. Activin A stimulates interleukin 8 and vascular endothelial growth factor release from cultured human endometrial stromal cells: Possible implications for the pathogenesis of endometriosis. Reproductive sciences,2012,19(8):832－838.

[14] 孙琳,王健. 白细胞介素－8 在子宫内膜异位症中的作用. 现代预防医学,2013,40(9):1634－1637.

[15] 丁辉. 子宫内膜异位症患者 VEGF、TNF－α 和 IL－6 的表达及与 R－AFS 分期的相关性研究. 临床和实验医学杂志,2014,(20):1690－1693.

(收稿日期:2015－03－09)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672－1993.2015.10.003

中青年男性 2 型糖尿病患者伴勃起功能障碍与血清睾酮水平的相关性研究

梁晓刚[1] 曹圣予[2]

1 怀化医专附属怀化市第三人民医院内分泌科,湖南 怀化 418000

2 中南大学湘雅医院泌尿外科,长沙 410000

【摘 要】 **目的:**分析研究中青年男性 2 型糖尿病患者伴勃起功能障碍的血清睾酮水平。**方法:**选择 2010 年 9 月至 2013 年 7 月怀化市第三人民医院中青年男性 2 型糖尿病伴勃起功能障碍的患者 40 例、糖尿

【第一作者简介】梁晓刚(1972－),男,副主任医师、硕士,主要从事男科临床与研究工作。

病无勃起功能障碍患者 40 例作为临床研究对象。对两组患者均进行血糖、血脂、黄体生成素、血清睾酮等进行测定,观察测定结果。**结果**:两组患者的空腹血糖、糖化血红蛋白、胆固醇、甘油三酯、HDL - C、LDL - C 对比差异不明显,$P>0.05$,差异无统计学意义。两组患者 LH、FSH 比较差异不明显,$P>0.05$。两组患者的 FT、cFT 对比差异不明显,$P>0.05$,差异无统计学意义。**结论**:中青年男性 2 型糖尿病伴勃起功能障碍与血清睾酮水平无明显的关系。

【关键词】 2 型糖尿病;勃起功能障碍;血清睾酮;中青年

Correlation of erectile dysfunction and serum testosterone levels in young and middle - aged men with type 2 diabetes

LIANG Xiaogang[1], CAO Shengyu[2]. 1. Endocrine Department, The Third People's Hospital Affiliated to Huaihua Medical College, Huaihua 418000, China; 2. Department of Urology, Xiangya Hospital of Central South University, Changsha 410000, China

【**Abstract**】 **Objectives**: To analyze the correlation of erectile dysfunction and serum testosterone levels in young and middle - aged men with type 2 diabetes. **Methods**: 40 patients with type - 2 diabetes and erectile dysfunction and 40 patients with only type - 2 diabetes in our hospital from September 2010 to July 2013 were selected. The blood sugar, blood lipids, luteinizing hormone, testosterone and etc. were measured to observe the measurement results. **Results**: The fasting blood glucose, glycated hemoglobin, cholesterol, triglycerides, HDL - C and LDL - C of the two groups were compared. There was no significant difference, $P>0.05$, and the difference was not statistically significant. LH and FSH of the two groups had no significant difference, $P>0.05$. FT and cFT of the two groups were not significantly different ($P>0.05$) and the difference was not statistically significant. **Conclusion**: Type - 2 diabetes and erectile dysfunction and serum testosterone levels are not significantly related in young and middle - aged male patients.

【**Key words**】 **Type 2 diabetes; Erectile dysfunction; Serum testosterone; Yong and middle - aged**

【中图分类号】 R167 【文献标志码】 A

勃起功能障碍为临床常见的一种男性疾病,为阴茎不能达到或者不能维持充分的勃起进行性生活。勃起功能障碍为临床常见的一种 2 型糖尿病并发症,发病率达到 50% 左右[1],且随着年龄和病程的增加而增加。大量临床研究发现,糖尿病患者发生勃起功能障碍的比例是非糖尿病患者的 3 倍,且发生时间会提早 10 年左右[2]。2 型糖尿病伴勃起功能障碍的发生与血清睾酮是否存在关系一直是临床研究的重点,本文研究分析了中青年男性 2 型糖尿病伴勃起功能障碍患者的血清睾酮水平,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

按整群抽样方法,选择 2010 年 9 月至 2013 年 7 月怀化市第三人民医院中青年男性 2 型糖尿病伴勃起功能障碍的患者 40 例、糖尿病无勃起功能障碍患者 40 例作为临床研究对象。入选标准:患者年龄在 30 岁以上、50 岁以下,且有长期稳定的性伴侣;病程在 3 个月以上,2 型糖尿病时间在 2 年以上;无严重性欲障碍,无生殖器解剖畸形,无严重精神疾病,无药物滥用史、酗酒史,无脊髓损伤病史,无其他内分泌疾病。本次研究通过医院伦理道德委员会的批准。

勃起功能障碍组中,使用国际勃起功能指数 5 问卷(IIEF - 5)评分在 22 分以上(包括 22 分);年龄在 32 ~ 49 岁之间,平均为(40.98 ± 6.21)岁;糖尿病病程在 7 ~ 19 年之间,平均为(10.21 ± 3.21)年;吸烟 21 例,饮酒 17 例。无勃起功能障碍组中,IIEF - 5 评分在 22 分以下;年龄在 30 ~ 49 岁之间,平均为(40.07 ± 6.86)岁;糖尿病病程在 7 ~ 18 年之间,平均为 10.37 ± 3.09 年;吸烟 20 例,饮酒 15 例。两组患者的一般资料,包括年龄、病程、吸烟史、饮酒史等差异均不明显,$P>0.05$,差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 方法

两组患者均禁食 10h。在清晨抽取空腹的肘静脉血。检测内容包括:(1)糖脂代谢指标:包括空腹血糖、糖化血红蛋白、总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白(HDL - C)、低密度脂蛋白(LDL - C)。(2)垂体激素:包括黄体生成素(LH)和卵泡刺激素(FSH),检测方法使用酶联免疫吸附法。(3)雄性激素,使用酶联免疫吸附法。

1.3 观察指标

对比观察有勃起功能障碍、无勃起功能患者的各项指标检测结果,准确核对后做统计学处理。

1.4 数据处理

所有试验数据均使用 SPSS19.0 软件包处理,并确保准确无误。当 $P<0.05$ 时,表示实验样本差异明显且有统计学意义。计量资料组间对比方法采用 t 检验,当 $P<0.05$ 时,表示样本间差异具有统计学意义。。

2 结果

两组患者的空腹血糖、糖化血红蛋白、胆固醇、甘油三酯、HDL - C、LDL - C 对比差异不明显,$P>0.05$,差异无统计学意义。两组患者 LH、FSH 比较差异不明显,$P>0.05$。两组患者的 FT、cFT 对比差异不明显,$P>0.05$,差异无统计学意义。各项检查结果见表 1。

表 1 2 型糖尿病伴勃起功能障碍、不伴勃起功能障碍患者的各项检查结果比较

指标	伴勃起功能障碍	不伴勃起功能障碍	t	P
空腹血糖(mmol/L)	9.12 ± 2.98	9.31 ± 3.13	2.42	> 0.05
糖化血红蛋白(%)	9.03 ± 1.88	9.93 ± 2.97	4.12	> 0.05
总胆固醇(mmol/L)	5.76 ± 1.22	5.82 ± 1.96	3.99	> 0.05
甘油三酯(mmol/L)	0.78 ± 0.65	0.92 ± 0.64	3.18	> 0.05
HDL - Cmmol/L)	1.21 ± 0.36	1.37 ± 0.49	2.76	> 0.05
LDL - Cmmol/L)	3.41 ± 1.99	3.62 ± 1.87	1.99	> 0.05
LH(IU/L)	5.45 ± 2.32	4.76 ± 1.56	2.10	> 0.05
FSH(IU/L)	2.32 ± 0.98	1.99 ± 0.57	3.19	> 0.05
FT(pg/mL)	9.28 ± 7.38	8.89 ± 5.68	3.77	> 0.05
cFT(nmol/L)	0.31 ± 0.14	0.29 ± 0.11	4.31	> 0.05

3 讨论

我国是糖尿病的高发国家,目前约有糖尿病患者 4 千万,且正呈逐年上升的趋势,据流行病学统计,2025 年世界糖尿病总人数可能达到 3 亿以上[3]。勃起功能障碍是糖尿病患者的常见并发症,导致此疾病的发病原因仍不清楚,大多认为是由于高血糖导致的血管内皮功能损伤,加之性激素异常、心理因素等,综合导致糖尿病勃起功能障碍[4]。尤其是糖尿病患者的周围神经、自主神经损伤,导致阴茎的器质性、功能性病变等[5]。

本次实验从 3 个方面对 2 型糖尿病勃起功能障碍患者进行了研究,包括糖脂代谢、垂体激素和性激素水平。两组患者的各项指标均无明显差异,$P > 0.05$,差异无统计学意义。

糖脂代谢方面,大量临床研究均认为高血糖会导致糖基化终末产物,引起动脉粥样硬化,导致微血管病变,并会引起蛋白质糖基化的结构与功能异常,导致神经纤维病变,并会引起海绵体平滑肌的功能[6,7]。而怀化市第三人民医院实验结果中两组患者的糖脂代谢无差异,可能是由于患者血糖控制较好有关。

垂体激素与雄性激素方面,男性睾酮为 LH 调控,并由睾丸间质细胞产生,对阴茎的勃起有重要的作用。睾酮可以维持阴茎组织结构的调节,并调节勃起有关的神经递质活性[8],影响阴茎海绵体的血流动力学。且临床对 2 型糖尿病患者给予睾酮治疗,还能够改善患者的胰岛素抵抗情况,有助于血糖控制[9,10]。但是对于 2 型糖尿病伴勃起功能障碍的患者,通过睾酮的补充治疗是否会改善患者的症状,是取决于患者是否有低睾酮[11,12]。而且国外学者[13-15]对 2 型糖尿病伴勃起功能障碍进行服用睾酮,结果显示在治疗结束时与未服用睾酮的对照组相比,两组勃起功能障碍治疗有效率疾病无差异。因此说明 2 型糖尿病伴勃起功能障碍与血清睾酮无一定的相关性。

综上所述,中青年男性 2 型糖尿病伴勃起功能障碍与血清睾酮水平无明显的关系,血清睾酮的变化不是导致 2 型糖尿病勃起功能障碍的主要原因,而我们认为,在临床研究中,还需要缩小年龄跨度,从多方面分析两者可能存在关系。

参 考 文 献

[1] 江小平,李芳萍,玄绪军,等. 血清睾酮水平在中青年男性 2 型糖尿病伴勃起功能障碍患者中的临床意义. 中华内分泌代谢杂志,2012,28(7):570 - 571.

[2] 杨丕坚,吕以培,李舒敏,等. 糖尿病性勃起功能障碍与血管内皮功能的相关性. 中国老年学杂志,2012,32(22):5072 - 5073.

[3] 农君仁. 胰岛素强化治疗 2 型糖尿病性勃起功能障碍的临床疗效观察. 海南医学,2013,24(8):1130 - 1131.

[4] 唐正和,杨燕,邹延新,等. α - 硫辛酸治疗伴腹型肥胖的 2 型糖尿病勃起功能障碍临床研究. 疑难病杂志,2012,11(9):665 - 667..

[5] 杨松,韩辉,高聆,等. 初发 2 型糖尿病患者勃起功能障碍与同型半胱氨酸关系的初步探讨. 中华内分泌代谢杂志,2010,26(4):287 - 290.

[6] 陈友魁. 男性 2 型糖尿病患者并发勃起功能障碍临床分析. 中国实用乡村医生杂志,2013(13):46 - 47.

[7] 程团结,王位,张颖,等. 吸烟与男性 2 型糖尿病患者勃起功能障碍的相关性研究. 中国现代医生,2012,50(22):32 - 33,35.

[8] 黄松,冯栋. 安特尔联合万艾可治疗糖尿病性勃起功能障碍的临床研究. 中国现代药物应用,2013,7(3):4 - 5.

[9] 崔仁杰,傅强,包玉倩,等. 男性 2 型糖尿病与勃起功能障碍关系的临床研究. 中国男科学杂志,2013(2):29 - 32.

[10] 黄萍. 2 型糖尿病患者勃起功能障碍与性激素的相关性. 山东医药,2010,50(25):95 - 96.

[11] 谢俊维,李春燕,周玲,等. 丁咯地尔注射液联合腺苷钴铵治疗 2 型糖尿病勃起功能障碍的疗效分析. 中外医疗,2010,29(33):22 - 23.

[12] 信中,袁申元,王召平,等. 男性糖尿病患者勃起功能与睾酮、泌乳素水平关系的初步探讨. 首都医科大学学报,2007,28(6):766 - 769.

[13] Staub D, Schinkel AF. Contrast - enhanced ultrasound imaging of the vasa vasorum: From early atherosclerosis to the identification of unstable plaques. JACC Cardiovasc Imaging,2010,3(1):761 - 771.

[14] Feinstein SB. Contrast ultrasound imaging of the carotid artery vasavasorum and atherosclerotic plaque neovascularization. Am Coll Cardiol, 2014,48(3):236 - 243.

[15] Shalhoub J, Owen DR, Gauthier T, et al. The use of contrast enhanced ultrasound in carotid arterial disease. Eur Vasc Endovasc Surg,2010,39(4):381 - 387.

(收稿日期:2014 - 10 - 21)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 – 1993.2015.10.004

左氧氟沙星联合盐酸坦索罗辛及宁泌泰治疗慢性前列腺炎的疗效观察

马强 贾国金△ 金伟 陆雪强 陈卓 谢雪锋
复旦大学附属金山医院泌尿外科, 上海 201508

【摘 要】 **目的**:探讨左氧氟沙星联合盐酸坦索络辛及宁泌泰治疗慢性前列腺炎的疗效。**方法**:2013 年 1 月至 2014 年 8 月, 应用前瞻性随机平行对照研究将 355 例慢性前列腺炎患者随机分成 A、B,C,D 4 组, A 组:左氧氟沙星联合盐酸坦索罗辛及宁泌泰 89 例;B 组:左氧氟沙星和盐酸坦索罗辛 88 例;C 组:左氧氟沙星联合宁泌泰 87 例;D 组:左氧氟沙星 91 例。4 种方法各治疗 6 周,记录治疗前后慢性前列腺炎症状指数(NIH – EPSI)评分及前列腺液白细胞数目,并且比较治疗前后 4 种疗法的疗效。**结果**:4 组治疗前 NIH—CPSI 评分及前列腺液白细胞数目等基线资料比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。A 组治疗前后 NIH – CPSI 评分为(24.34 ± 4.65)和(13.72 ± 5.22)分;前列腺液白细胞数目为(15.34 ± 3.34)个和(7.08 + 2.26)个/HP,治疗前后比较差异均有统计学意义($P<0.01$)。A 组与其他 3 组治疗后 NIH – CPSI 比较差异有统计学意义($P<0.01$),而前列腺液白细胞计数比较差异无统计学意义($P>0.05$)。4 组患者均未报告不良事件。**结论**:左氧氟沙星联合盐酸坦索络辛及宁泌泰治疗慢性前列腺炎疗效满意,有良好的安全性和耐受性。

【关键词】 慢性前列腺炎;左氧氟沙星;坦索罗辛;宁泌泰

Curative effect of Levofloxacin tablets combined with Tamsulosin and Ningbitai for the treatment of chronic prostatitis

MA Qiang, JIA Guojin△, JIN Wei, LU Xueqiang, CHEN Zhuo, XIE Xuefeng. Department of Urology, Jinshan Hospital Affiliated to Fudan University, Shanghai 201508, China

【**Abstract**】 **Objectives**: To evaluate the efficacy of Levofloxacin tablets combined with Tamsulosin and Ningbitai for the treatment of chronic prostatitis. **Methods**: From January 2013 to August 2014, 355 patients were included in this prospective study. All the 355 patients were randomly divided into 4 groups (A, B, C, D): 89 patients received Levofloxacin tablets combined with Tamsulosin and Ningbitai; 88 patients received Levofloxacin tablets and Tamsulosin; 87 patients were treated with Levofloxacin tablets and Ningbitai; 91 patients were treated with Levofloxacin tablets only. NIH – chronic Prostatitis symptom index (NIH – CPSI) and white blood cell (WBC) counts in expressed prostate secretion (EPS) were evaluated before and 6 weeks after the treatment. The results of the four groups were compared. **Results**: Before the treatment, there was no significant difference in the (NIH – CPSI) and white blood cell (WBC) counts among the 4 groups. The NIH—CPSI (24.34 ± 4.65 versus 13.72 ± 5.22) and EPS WBC count (9.75 ± 2.24 versus 9.08 ± 2.26) significantly decreased in group A after 6 weeks of treatment ($P<0.01$). The NIH – CPSI in group A after treatment was significantly lower than those in the other three groups ($P<0.01$), but there was no significant difference in EPS WBC count among the 4 groups ($P>0.05$). All patients in the 4 groups did not report diverse events. **Conclusion**: The use of levofloxacin tablets combined with tamsulosin and ningbitai can improve the symptoms for patients, which is safe and effective in the treatment of chronic prostatitis.

【**Key words**】 **Chronic prostatitis; Levofloxacin; Tamsulosin; Ningbitai**

【中图分类号】 R697 + .3 【文献标志码】 A

前列腺炎是一种发病率非常高的成年男性疾病,前列腺炎患者在泌尿外科门诊就诊者中可达 1/4[1],35% ~50% 的男性在一生中的某个时期曾受前列腺炎的影响,全国大约有 10% ~14% 的男性受慢性前列腺炎的困扰,严重的影响了患者的生活质量[2]。由于目前对慢性前列腺炎的发病机制和病理生理学改变还不十分清楚,临床上常久治不愈,尚无治疗慢性前列腺炎的金标准,单一药物或治疗方法难以取得满意的疗效。本研究通过观察联合应用喹诺酮类抗生素、α 受体阻滞剂及中药制剂(左氧氟沙星 + 盐酸坦索罗辛组 + 宁泌泰组)治疗慢性前列腺炎与对照组(左氧氟沙星 + 盐酸坦索罗辛组 ,左氧氟沙星 + 宁泌泰组, 左氧氟沙星组)治疗前后 NIH – CPSI 评分和前列腺

【基金项目】上海市科学技术委员会科研计划项目(124119a3302)。

【第一作者简介】马强(1982 –),男,主治医师,主要从事男科学及前列腺疾病的临床诊疗与研究工作。

△【通讯作者】贾国金, E – mail:jguoj@126.com

液常规变化的比较,旨在探讨一种治疗慢性前列腺炎更为安全有效的药物治疗方案,为 3 种药物的联合应用提供有力的证据。现将研究方法及结果报道如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料

本研究选择来自 2013 年 1 月至 2014 年 8 月在我院门诊就诊的慢性前列腺炎患者共 355 例。均符合 1995 年美国国立卫生研究所(NIH)制定的有关慢性前列腺炎的分类方法[2],年龄 16 ~55 岁,平均 31 岁。病程 3 个月 ~10 年。

入组标准:慢性前列腺炎患者为选择具有会阴部、下腹部、腰骶部、腹股沟区疼痛坠胀或尿频、尿急、尿痛、排尿不尽感、排尿困难等排尿刺激或梗阻症状、性功能不全和心理上的紧张、焦虑等症状中至少 2 个以上症状的门诊病人,且按前列腺液细菌培养结果,阳性为慢性细菌性前列腺炎(Ⅱ型),阴性者行前列腺液常规检查以白细胞(WBS)>10/HP、<10/HP 分为 ⅢA 型和 ⅢB 型。排除标准:(1)尿路结石、前列腺增生、尿路狭窄、急性肾衰或慢性肾功能不全所致的少尿或无尿。(2)合并尿路感染。(3)合并膀胱结石。(4)神经源性膀胱功能障碍、膀胱前列腺纤维化、后尿道硬化。(5)合并有心血管、肝肾和造血系统等严重原发疾病。(6)2 周内曾接受针对前列腺炎的治疗。

按照就诊顺序将 355 例患者随机分成 A、B、C、D 4 组,4 组患者在年龄、入选时症状评分、EPS 常规中 WBC 方面差异均无显著性($P>0.05$)。见表 1。

表 1 4 组患者基线情况

组别	例数	年龄(y)	前列腺液 WBS 计数(个/HP)
A 组	89	39.45 ±6.34	12.32 ±4.34
B 组	88	37.97 ±5.76	13.97 ±3.56
C 组	87	38.38 ±5.63	13.58 ±5.33
D 组	91	39.21 ±6.03	14.15 ±4.03

1.2 治疗方法

左氧氟沙星采用山东罗欣药业股份有限公司生产的盐酸左氧氟沙星片,0.2g/片,批号 20044979。宁泌泰胶囊由贵州新天药业股份有限公司生产,0.38g/粒,批号 20025442。盐酸坦索罗辛缓释胶囊由安斯泰来制药有限公司提供,0.2mg/粒,批号 20000681。

A 组:左氧氟沙星 2 次/d,0.2 g/次, 盐酸坦索罗辛 1 次/d, 0.2mg/次, 宁泌泰 3 次/d,3 片/次; B 组左氧氟沙星 2 次/d, 0.2 g/次,盐酸坦索罗辛 1 次/d, 0.2mg/次;C 组左氧氟沙星 2 次/d,0.21 g/次, 宁泌泰 3 次/d,3 片/次;D 组左氧氟沙星 2 次/d,0.2 g/次。以上 4 组均治疗 2 周,治疗期间严禁饮酒及进食辛辣刺激性食物。

1.3 观察指标

治疗前后行前列腺炎症状指数评分(CPSI)、尿常规,前列腺液常规及前列腺液培养,并观察治疗过程中药物的不良反应。

1.4 疗效判定标准

采用 NIH – CPSI 评分对 4 组患者治疗前后的症状进行比较。治疗有效性的标准:有效:(1)CPSI 降低 >5 分;(2)前列腺触痛好转或消失;(3)前列腺液中白细胞下降≥25%。无效:(1)CPSI 降低 <5 分;(2)前列腺触痛;(3)前列腺液中自细胞下降 25% 以下或无变化[3]。好转和治愈合并计算为总有效率。

1.5 统计学方法

所得数据应用 SPSS16.0 软件包进行统计学分析。计数资料采用 χ^2 检验;计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间行 t 检验。检验水准 α 设为 0.05,结果以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 4 组患者治疗前后 NIH – CPSI 评分比较

4 组患者按 NIH – CPSI 评分(包括疼痛不适、排尿症状、生活质量及总评分 4 方面)来评价并比较治疗前后的疗效,4 组患者治疗后的 NIH – CPSI 评分均优于治疗前,有统计学意义($P<0.05$)。A 组治疗后的各症状评分及总评分均明显低于其他各组,有统计学意义($P<0.05$)。B 组在排尿症状和总评分上优于 C 组和 D 组($P<0.01$),但在疼痛不适和生活质量上无明显差异($P>0.05$)。C 组在疼痛不适评分上与 D 组有显著差异($P<0.05$),但在排尿症状、生活质量和总评分上无明显差异($P>0.05$)。见表 2。

表 2 4 组患者治疗前后 NIH – CPSI 评分比较

组别	例数	疼痛不适		排尿症状		生活质量		总评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A 组	89	15.95 ±4.58	7.63 ±4.76	7.43 ±1.98	2.69 ±1.87	8.47 ±1.36	3.43 ±1.65	24.34 ±4.65	13.72 ±5.22
B 组	88	15.64 ±3.89	9.36 ±4.54	7.56 ±1.79	3.83 ±1.76	8.17 ±1.85	4.55 ±1.87	24.46 ±5.32	16.74 ±5.36
C 组	87	16.12 ±4.32	10.55 ±4.28	7.36 ±1.76	5.24 ±1.78	8.24 ±2.29	4.25 ±1.50	24.26 ±4.73	20.04 ±5.02
D 组	91	16.16 ±4.52	11.63 ±4.18	7.29 ±2.37	5.57 ±2.06	8.35 ±1.34	4.48 ±1.64	24.53 ±4.73	21.68 ±4.92

2.2 4 组患者之间治疗 6 周后的疗效比较

通过观察 4 组患者治疗前后 CPSI 总评分下降的有效率及 EPS 中 WBC 和卵磷脂小体的变化发现:A 组的 CPSI 总评分下降的有效率及 EPS 中卵磷脂小体增加的有效率优于其他 3 组($P<0.05$);B 组 CPSI 评分有效率优于 C 组和 D 组($P<0.05$),在 EPS 中卵磷脂小体增加的有效率上仅优于 D 组($P<0.05$);C 组 CPSI 评分有效率优于 D 组($P<0.05$),在 EPS 中卵磷脂小体增加的有效率上优于 B 组和 D 组($P<0.05$);在 EPS 中 WBC 的变化上,4 组间无明显差异($P>0.05$)。见表 3。

表 3 4 组患者之间治疗 6 周后的疗效比较

组别	例数	CPSI 评分下降有效率 [n(%)]	EPS 中 WBC 下降有效率 [n(%)]	EPS 中软磷脂小体升高有效率 [n(%)]
A 组	89	70(78.65)	68(76.40)	57(64.04)
B 组	88	60(68.18)	66(75.00)	48(54.55)
C 组	87	54(62.07)	70(76.46)	54(62.07)
D 组	91	48(52.75)	69(75.82)	43(47.25)

2.3 不良反应

4 组在治疗期间 未出现体位性低血压、药疹等不良反应。

3 讨论

慢性前列腺炎是常见的男性疾病,是指前列腺在病原体或/和某些非感染因素作用下,患者出现的以骨盆区域疼痛或不适、排尿异常、性功能障碍等为特征的疾病[4]。因该疾病病程易反复,迁延不愈,严重影响了患者的生活质量,同时由于治疗的不规范及长期患病也给患者家庭总成了沉重的经济负担[5]。造成这种局面的原因主要是目前对慢性前列腺炎的发病机制及病理基础并不十分清楚,故缺乏有效的治疗手段。影响慢性前列腺炎发展的潜在原因包括:感染、炎症、盆腔神经肌肉痉挛,前列腺体压力增高等[6]。因此能够增加前列腺体压力的一些因素如梗阻、炎症、水肿等都可以影响其发展。

目前慢性前列腺炎的治疗方法很多,由于慢性前列腺炎发病机制存在多种学说,在选择治疗方法的时候往往采用多种治疗相结合的方法。故我们选择价廉且疗效确切的几种药物联合治疗慢性前列腺炎以达到理想的治疗效果。在治疗慢性前列腺炎的抗生素的选择上,对慢性前列腺炎患者常选择脂溶性、弱碱性、容易通过前列腺类脂质膜屏障、在前列腺组织内达到一定浓度,与血浆蛋白结合率低的抗生素[7]。目前研究认为哇诺酮类药物能较好的穿透前列腺包膜从而在前列腺内能达到有效抑菌及杀菌浓度[8]。盐酸坦索罗辛是一种高选择性的 α 受体阻滞剂, 可抑制膀胱颈、前列腺平滑肌张力的增高,降低尿道闭合压,缓解功能性尿道梗阻,从而改善了慢性前列腺炎患者的下尿路症候群[9]。研究显示,α 受体阻滞剂在改善患者的疼痛、排尿、生活质量及症状评分上效果显著[10]。宁泌泰胶囊的主要成分包括芙蓉叶、白茅根、连翘等。宁泌泰胶囊中的芙蓉叶具有显著的抗炎作用,其与白茅根一样都能降低血管的通透性[11]。连翘可松弛后尿道平滑肌,降低尿道压力,从而避免尿液的倒流,其可激活巨噬细胞的吞噬能力,提高机体的抗感染能力。有研究表明,宁泌泰胶囊具有消炎、抗菌等效果,对于革兰氏阴性杆菌及革兰氏阳性球菌均有一定的抑制作用[12]。本组研究显示,实验组较对照组在治疗前后各症状的改善及治疗的有效率上均有显著性差异($P<0.01$),实验组在各症状评分的下降作用更为明显,表明实验组要优于经典的左氧氟沙星 + 盐酸坦索罗辛组[13]和左氧氟沙星 + 宁泌泰组[12]。4 组在 EPS 常规 WBC 的变化上无显著差异,表明盐酸坦索罗辛组和宁泌泰对降低 WBC 方面可能没有作用,同时 EPS 中的 WBC 可能与前列腺炎症状和体征无显著相关性,这与国内外研究是相符的[14-16]。整个观察过程中 4 组均未报告不良事件。综上所述,实验组能更有效地缓解患者的疼痛不适和排尿不畅症状,提高生活质量,患者耐受性好,左氧氟沙星联合盐酸坦索罗辛及宁泌泰是临床治疗慢性前列腺炎的有效方法,值得推广和应用。但由于本文各组样本数仍相对较少,也缺乏对其作用机制的深度研究,这将是我们今后努力的方向。

参 考 文 献

[1] 胡云飞,杨思星,王玲珑,等. 盐酸坦索罗辛联合抗感染药治疗慢性前列腺炎. 临床泌尿外科杂志,2010,16(9):134 - 137.

[2] 杨明根. 慢性前列腺炎/慢性骨盆疼痛综合征治疗新进展. 中华男科学杂志,2010,14(12):1130 - 1134.

[3] Litwin MS, Mcnaughton M, Fowler FJ, et al. The Natiaonal Institutes of Health chronic prcostatis symptom index: develovnmt and validation of new outcome measure. J Urol, 1999(162):369.

[4] Glemens JQ, Brown SO, Calhoun EA, et al. Mental health diagnoses in patients with interstitial cystitis/painful bladder syndrome and chronic prostatitis/chIonic pelvic pain syndrome: A case/control study. J urol,2008,180(4):1378 - 1382.

[5] 张凯,白文俊,商学军,等. 前列腺炎诊断治疗指南. 那彦群主编. 中国泌尿外科疾病诊断治疗指南. 北京:人民卫生出版社,2014:206 - 245.

[6] 王平,王霞. 刘屹立,等. 慢性前列腺炎诊治和疗效评价(附 600 例报告). 中华泌尿外科杂志,2001(22):528 - 530.

[7] 马孟山. 特拉唑嗪联合抗感染药物治疗慢性前列腺炎的疗效观察. 临床合理用药,2012,5(5):63.

[8] 刘杰. 左氧氟沙星与前列舒通胶囊合用治疗慢性前列腺炎临床研究. 河北医学,2012, 18(3):378 - 379.

[9] Potts JM. Nonpharmacological approaches for the treatment of urological chronic pelvic pain syndromes in men. Curr Urol Rep, 2009, 10(4):289 - 294.

[10] Anothaisintawee T, Attia J, Nickel JC, et al. Management of chronicProstatitis/chronic pelvic pain syndrome: asystematic review and network meta - analysis. JAMA, 2011, 305(1):78 - 86.

[11] 康莉. 宁泌泰胶囊治疗伴慢性前列腺炎的不育 58 例. 中国药业,2013,22(4):77 - 78.

[12] 余嘉明,王华敏. 宁泌泰胶囊联合左氧氟沙星胶囊治疗慢性前列腺炎的临床疗效观察. 中外医疗,2010,11(3):25 - 26.

[13] 闵立贵. 盐酸坦索罗辛联合抗生素治疗慢性前列腺炎的疗效对比分析. 国际泌尿系统杂志,2011,31(7):462 - 463.

[14] Polls JM. Chronic pelvic pain syndrome: a non - prostatocentric perspeetive. World J Urol, 2003(21):54 - 56.

[15] Nickel JC, Alexander RB, Schaeffer AJ, et al. Leukocytes and bacteriain men with chronic prostatitis/ehronic pelvic pain syndrome cornparedto asymptomatie controls. J Urol, 2003(170):818 - 822.

[16] 陈国宏,李兰群,王传,等. 慢性前列腺炎症状评分与前列腺液白细胞及卵磷脂小体数量相关性分析. 中国性科学, 2009,18(2):17 - 19.

(收稿日期:2015 - 07 - 01)

·性医学·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.10.005

醋酸曲普瑞林治疗特发性中枢性早熟临床效果观察

王莉菁[1] 蒋键波[1] 方兴[2]
1 富阳市妇幼保健院儿科,杭州 311400
2 金华市人民医院检验科,浙江 金华 321000

【摘 要】 **目的:**探讨注射用醋酸曲普瑞林用于特发性中枢性早熟的治疗效果及安全性。**方法:**选取84例符合诊断标准且于我院进行治疗的特发性中枢性早熟患儿纳入研究,且采用随机、单盲法将其分作两组,对照组42例患儿给予醋酸甲地孕酮片,观察组42例患儿同时给予醋酸曲普瑞林,均连续治疗6个月,对其生长指标、性激素水平及不良反应情况进行比较。**结果:**两组患儿治疗前身高、体重、生长速度、预测身高及BA/CA比较差异均无统计学意义(P>0.05);而治疗后观察组患儿上述各项指标分别为(131.86±8.46)cm、(26.83±3.84)kg、(2.33±0.42)cm/半年、(161.89±2.99)cm和(1.15±0.29),与本组治疗前和对照组治疗后进行比较差异均具有统计学意义($P<0.05$)。两组患儿治疗前LH、FSH和E_2水平比较差异均无统计学意义(P>0.05),而观察组患儿治疗后上述各项指标分别为(1.89±0.43)IU/L、(2.34±0.34)IU/L、(11.29±3.02)pg/mL,与本组治疗前和对照组治疗后进行比较差异均具有统计学意义($P<0.05$)。观察组未发现药物相关的不良反应,安全性较高。**结论:**注射用醋酸曲普瑞林用于特发性中枢性早熟疗效确切,能有降低患儿性激素水平,延缓其骨龄成熟,且不良反应少,临床应用价值高。

【关键词】 醋酸曲普瑞林;特发性中枢性早熟;治疗效果

Curative effect and safety of injection of triptorelin acetate in the treatment of idiopathic central precocious puberty

WANG Lijing[1], JIANG Jianbo[1], FANG Xing[2]. 1. Pediatrics Department, Fuyang Maternal and Children Health Hospital, Hangzhou 311400, China; 2. Clinical Laboratory, Jinhua People's Hospital, Jinhua 321000, China

【**Abstract**】 **Objectives**: To investigate the curative effect and safety of injection of triptorelin acetate in treatment of idiopathic central precocious puberty. **Methods**: 84 children with idiopathic central precocious puberty in our hospital were included in the study and divided into two groups randomly. According to the single blind method, 42 cases in the control group were given megestrol acetate tablets, while 42 cases in the observation group were given triptorelin acetate in the meantime, for continuous treatment of 6 months. The growth index, sex hormone levels and adverse reaction of the two groups were compared. **Results**: The body weight, height growth rate, predicted height and BA/CA of the two groups before treatment were not significant difference ($P>0.05$); and after the treatment, the above indexes in the observation group were (131.86±8.46) cm, (26.83±3.84) kg, (2.33±0.42) cm/half year, (161.89± 2.99) cm and (1.15 + 0.29). Compared with these before the treatment and the indexes of control groups after treatment, the differences were significant ($P<0.05$). LH, FSH and E_2 levels in the two groups before treatment were not significantly different ($P>0.05$). The above indexes in the observation group after treatment were (1.89±0.43) IU/L, (2.34 ±0.34) IU/L, (11.29±3.02) pg/mL. Compared with the indexes of the observation group before treatment and the indexes of control group after treatment, the differences were statistically significant ($P<0.05$). There was no drug related adverse reaction in the observation group, which was of high security. **Conclusion**: The injection of triptorelin acetate for idiopathic central precocious puberty in children has a definite curative effect, which can reduce the level of sex hormone, delay the maturation of bone age, with less adverse reaction, and a high clinical application value.

【**Key words**】 **Triptorelin acetate; Idiopathic central precocious puberty; Therapeutic effect**

【中图分类号】 R167 【文献标志码】 A

随着近些年生活水平的不断提高和生活方式的逐渐转变,儿童特发性中枢性早熟(ICPP)的发生率也逐年增加,成为儿童内分泌科临床上的常见疾病,且女童中的发生率显著高于男童,威胁其身心健康[1,2]。ICPP患儿主要表现为青春期前出现第二性征,因患儿下丘脑-垂体-性腺功能过早启动而致,目

【基金项目】浙江省医院可持续发展华润三九研究基金项目(2014ZHA-HRSJ212)。

【第一作者简介】王莉菁(1981-),女,主治医师,主要从事儿科临床与研究工作。

前临床主要采用促性腺激素释放激素类似物治疗,疗效显著,已被临床所广泛认可[3,4]。我院于 2011 年 1 月至 2012 年 7 月对临床确诊的 84 例特发性中枢性早熟患儿采取注射用醋酸曲普瑞林治疗,以探讨其临床效果及用药的安全性,现进行如下详细报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 84 例符合诊断标准且于我院进行治疗的特发性中枢性早熟患儿纳入研究,其初治年龄为 5 ~ 10 岁,病程 6 ~ 28 个月,青春发育程度按照 Tanner 分期为 B2 期 29 例,B3 期 42 例和 B4 期 13 例。其中出现月经初潮 12 例,腋毛 5 例。纳入标准:所有患儿均符合中华医学会儿科学分会内分泌遗传代谢专业组制定的性早熟诊疗指南中的诊断标准;年龄 < 12 岁。排除标准:排除伴有其他器质性疾病者;中枢神经系统疾病引起的性早熟者;由性腺肿瘤、肾上腺疾病或外源性甾体激素解除等多种原因引起的假性早熟者;周围性性早熟或部分性性早熟等。采用随机、单盲法将上述对象分作两组,其中对照组 42 例平均年龄(7.88 ± 1.52)岁,平均病程(11.72 ± 2.03)个月,Tanner 分期[5]为 B2 期 16 例,B3 期 20 例和 B4 期 6 例;观察组 42 例平均年龄(8.32 ± 2.00)岁,平均病程(12.01 ± 1.20)个月,Tanner 分期为 B2 期 13 例,B3 期 22 例和 B4 期 7 例,且上述临床资料经统计学分析无显著性差异($P > 0.05$),资料有可比性。本研究经医院伦理委员会批准,并经患儿家长知情同意。

1.2 治疗方法

对照组患儿给予醋酸甲地孕酮片(青岛国风药业有限公司,批号:20101205),2mg/次,3 次/d,连续用药 6 个月。观察组患者同时给予醋酸曲普瑞林(青岛国风药业有限公司,批号:20101115)治疗,90μg/kg,根据患者个体生长速率及性征发育情况调节用药剂量,且最大剂量为 3.75mg,深部肌肉注射,每 4 周 1 次,连续用药 6 个月。观察治疗效果及用药安全性。

1.3 检测指标

每 3 个月对患儿进行一次随访检查,测量并记录患儿身高、体重、生长速度及预测身高 PAH 和骨龄/实际年龄(BA/CA)值。于治疗前后抽取患儿静脉血,采用免疫化学发光法测定血清黄体生成素(LH)、促卵泡成熟素(FSH)和雌激素(E_2)。记录并比较患者不良反应情况。

1.4 统计学方法

研究数据均录入电脑,两组计量指标均表示为($\bar{x} \pm s$)形式,计数资料均表示为(%)形式,分别采用 t 检验和 χ^2 检验,上述结果均采用 SPSS13.00 软件进行处理,$P < 0.05$ 则为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 对照组和观察组患儿治疗前后各项生长指标比较

两组患儿治疗前身高、体重、生长速度、预测身高及 BA/CA 比较差异均无统计学意义($P > 0.05$),而治疗后观察组患儿上述各项指标分别为(131.86 ± 8.46)cm、(26.83 ± 3.84)kg、(2.33 ± 0.42)cm/半年、(161.89 ± 2.99)cm 和(1.15 ± 0.29),与本组治疗前和对照组治疗后进行比较差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 对照组和观察组患儿治疗前后各项生长指标比较

组别	时间	身高(cm)	体重(kg)	生长速度(cm/半年)	预测身高(cm)	BA/CA
对照组	治疗前	125.56 ± 6.55	22.46 ± 3.32	4.52 ± 0.78	155.43 ± 3.56	1.36 ± 0.54
	治疗后	126.18 ± 7.56	23.29 ± 3.02	3.84 ± 0.95	156.93 ± 2.93	1.30 ± 0.38
观察组	治疗前	125.37 ± 7.43	22.10 ± 3.20	4.45 ± 0.65	155.20 ± 3.04	1.38 ± 0.40
	治疗后	131.86 ± 8.46[ab]	26.83 ± 3.84[ab]	2.33 ± 0.42[ab]	161.89 ± 2.99[ab]	1.15 ± 0.29[ab]

注:与对照组治疗后比较,[a]$P < 0.05$,与同组治疗前比较,[b]$P < 0.05$

2.2 对照组和观察组患儿治疗前后 LH、FSH 和 E_2 水平比较

两组患儿治疗前 LH、FSH 和 E_2 水平比较差异均无统计学意义($P > 0.05$),而观察组患儿治疗后上述各项指标分别为(1.89 ± 0.43)IU/L、(2.34 ± 0.34)IU/L、(11.29 ± 3.02)pg/mL,与本组治疗前和对照组治疗后进行比较差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 对照组和观察组患儿治疗前后 LH、FSH 和 E_2 水平比较

组别	时间	LH(IU/L)	FSH(IU/L)	E_2(pg/mL)
对照组	治疗前	21.03 ± 3.99	18.45 ± 2.45	28.64 ± 4.33
	治疗后	12.54 ± 2.03[b]	11.11 ± 2.94[b]	20.74 ± 3.49[b]
观察组	治疗前	20.73 ± 3.04	19.23 ± 2.04	27.93 ± 3.94
	治疗后	1.89 ± 0.43[ab]	2.34 ± 0.34[ab]	11.29 ± 3.02[ab]

2.3 对照组和观察组患儿不良反应情况

经临床随访,对照组中有 1 例头晕,而观察组未发现药物相关的不良反应,两组不良反应发生率比较差异无统计学意义($P > 0.05$),说明注射用醋酸曲普瑞林临床治疗的安全性较高。

3 讨论

特发性中枢性早熟是丘脑 - 垂体 - 性腺轴的过早启动、功能亢进致使患儿青春期与性发育的提前,表现为乳房及外生殖器的发育、腋毛和阴毛出现等,同时患儿身高和体重迅速增长,并促使骨龄提前,加速骨龄成熟,因其会影响患儿的最终身高及第二性征的过早发育给患儿带来的心理问题而影响其正常生长和生活,且易造成社会问题,已经引起家长和临床的高度重视[6,7]。

有研究显示[8,9],性早熟是一种儿童常见的发育异常,也是儿童内分泌科的常见疾病,其主要危害为因生长期缩短而导致患儿成年后的身高矮小,其中特发性中枢性早熟是较为常见的

类型,患儿经表现为青春期的提前,但患儿生长过程和青春期极为相似[10-12]。目前临床一致认为特发性中枢性早熟的治疗目的为延缓第二性征的发育程度和速度,而促性腺激素释放激素类似物是临床治疗的常用药物,能够降低垂体对下丘脑释放促性腺激素释放激素的敏感性,有效抑制性激素的分泌,使性腺发育暂停,性激素恢复正常水平,改善患儿最终身高及心理状态,其临床疗效已得到认可[13-15]。

本研究采用注射用醋酸曲普瑞林治疗特发性中枢性早熟取得了显著效果,患儿经治疗后身高、体重、生长速度、预测身高及BA/CA均有明显改善,且与对照组治疗后进行比较差异均具有统计学意义($P<0.05$)。另外患儿治疗后LH、FSH和E_2水平均有明显降低,且与对照组治疗后进行比较差异均具有统计学意义($P<0.05$)。观察组治疗过程中未发现药物相关的不良反应,安全性较高。结果说明,注射用醋酸曲普瑞林用于特发性中枢性早熟疗效确切,能降低患儿性激素水平,延缓其骨龄成熟速度,且用药安全性高,适合进行推广,可作为临床治疗的首选药物。

参 考 文 献

[1] 王凌飞,陈永兴,罗淑颖. 曲普瑞林治疗中枢性性早熟女童骨密度的变化. 中国基层医药,2010,17(6):801-802.

[2] 顾淑萍,陈美元. 曲普瑞林联合知柏地黄丸对女性特发性性早熟第二性征、骨龄及骨密度的影响. 现代中西医结合杂志,2013,22(26):2883-2885.

[3] 梁向荣,王树芳,王茹,等. 曲普瑞林治疗女童特发性中枢性性早熟29例疗效分析. 中国妇幼保健,2012,27(16):2540-2542.

[4] 谢理玲,杨玉,杨利,等. 曲普瑞林治疗特发性中枢性性早熟的疗效. 南昌大学学报(医学版),2011,51(3):46-48.

[5] 胡敏,潘未未. 曲普瑞林对女童特发性中枢性性早熟的临床有效性及安全性综合评价. 中国性科学,2014,23(12):32-34.

[6] 毛静媛,李明,潘聪. 曲普瑞林治疗特发性中枢性性早熟女童的临床效果分析. 中国医药指南,2012,10(16):135-136.

[7] 杨丽珍,侯冠楠,高丽娟,等. 儿童特发性中枢性性早熟中西医研究近况. 中国中西医结合儿科学,2012,4(2):128-130.

[8] 汪萌,鲍仕慧. 儿童特发性中枢性性早熟药物的治疗进展. 中国现代医生,2011,49(19):23-24.

[9] Giabicani E, Lemaire P, Brauner R. Models for predicting the adult height and age at first menstruation of girls with idiopathic centralprecocious puberty. PLoS One, 2015,10(3):e0120588.

[10] Krstevska-Konstantinova M, Jancevska A, Gucev Z. Autoimmune thyroiditis and diabetes mellitus type 1 after long-term gonadotropin-releasing hormone agonist treatment for central precocious puberty: evolution or coincidence. J Pediatr Endocrinol Metab, 2010,23(4):403-406.

[11] Lazar L, Meyerovitch J, de Vries L, et al. Treated and untreated women with idiopathic precocious puberty: long-term follow-up and reproductive outcome between the third and fifth decades. Clin Endocrinol (Oxf),2014,80(4):570-576.

[12] 刘丽君,刘智慧,马雪年,等. 促性腺激素释放激素类似物治疗特发性中枢性性早熟女童疗效观察. 河北医药,,2011,33(21):3277-3278.

[13] 徐璇,彭丹霞,李喆,等. 注射用醋酸曲普瑞林治疗儿童特发性性早熟60例效果分析. 当代医学,2013,19(23):7-8.

[14] Amık A, Çatlı G, Abacı A, et al. Effect of gonadotropin-releasing hormone agonist therapy on body mass index and growth in girls with idiopathic central precocious puberty. Indian J Endocrinol Metab, 2015,19(2):267-271.

[15] Atta I, Laghari TM, Khan YN,et al. Precocious puberty in children. J Coll Physicians Surg Pak, 2015,25(2):124-128.

(收稿日期:2015-03-23)

·性医学·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.10.006

全子宫与次全子宫切除对子宫恶性肿瘤患者性生活质量影响的临床对比研究

谭春梅 唐国珍 谭爱香 易建平 赵锦秀
成都医学院第一附属医院产科,成都 610500

【摘 要】 **目的:**探讨全子宫与次全子宫切除术与患者性生活质量的关系,为提高患者的性生活质量提供研究依据。**方法:**选取2010年1月至2013年7月子宫恶性肿瘤194例患者为研究对象,所有患者随机分为两组,全子宫切除术组97例,次全子宫切除术组97例。采用不同方式手术后,分别比较两组子宫恶性肿瘤患者手术后性激素变化情况、性生活质量和满意程度并进行统计学分析。**结果:**(1)全子宫切除术组患者术后黄体生成素变化情况为(34.91±1.32)mIU/mL,促卵泡激素(19.28±1.13)mIU/mL;次全子宫切除术组患者术后黄体生成素(25.67±1.44)mIU/mL,促卵泡激素(14.69±1.54)mIU/mL;手术后,全子宫切除

【第一作者简介】谭春梅(1982-),女,主治医师,主要从事产科临床与研究工作。

术组的激素变化水平明显高于次全子宫切除术组($P<0.05$),有统计学意义。(2)全子宫切除术组患者术后性欲评分(159.93±11.31)分,性高潮评分(161.25±14.17)分,性心理评分(165.71±19.64)分;次全子宫切除术组性欲评分(187.21±9.18)分,性高潮评分(190.42±12.56)分,性心理评分(184.49±16.71)分;术后次全子宫切除术组性生活质量评分明显高于全子宫切除术组($P<0.05$),具有显著性差异。**结论**:全子宫与次全子宫切除手术是子宫恶性肿瘤的常见手术方式,次全子宫切除术对患者性激素水平影响较小,性生活质量和满意程度均较高,适合临床推广使用。

【关键词】 全子宫切除术;次全子宫切除术;子宫恶性肿瘤;性生活质量

Influence of total and subtotal hysterectomy on quality of sexual life in patients with uterine malignancies

TAN Chunmei, TANG Guozhen, TAN Aixiang, YI Jianping, ZHAO Jinxiu. Department of Obstetrics, The First Affiliated Hospital of Chengdu Medical College, Chengdu 610500, China

【**Abstract**】 **Objectives**: To investigate the relationship between total and subtotal hysterectomy and the quality of sexual life of patients, in order to provide research basis for improving the life quality of patients. **Methods**: The 194 patients with uterine malignancies from January 2010 to July 2013 were selected and randomly divided into two groups, the total hysterectomy group and subtotal hysterectomy group, each of 97 cases. After surgeries, the hormone changes, quality of sexual life and sexual satisfaction of the two groups were compared and analyzed statistically. **Results**: ① The luteinizing hormone and follicle – stimulating hormone in patients after total hysterectomy was 34.91±1.32 mIU/mL and 19.28±1.13 mIU/mL respectively, while the luteinizing hormone and follicle – stimulating hormone in patients after subtotal hysterectomy was 25.67±1.44mIU/mL and 14.69±1.54 mIU/mL respectively. Changes in hormone levels of total hysterectomy group was significantly higher than the subtotal hysterectomy group ($P<0.05$), with statistically significant difference. ② The postoperative libido score, orgasm score and psychological score of total hysterectomy patients was 159.93±11.31, 161.25±14.17 and 165.71±19.64 respectively, while those in the subtotal hysterectomy group were 187.21±9.18, 190.42±12.56 and 184.49±16.71 respectively. The quality of sexual life in subtotal hysterectomy group was much higher than that of the total hysterectomy group, with significant differences ($P<0.05$). **Conclusion**: Total hysterectomy and subtotal hysterectomy surgery are common surgeries for uterine cancer. With less impact on patients' hormone levels and higher quality of sexual life and sexual satisfaction, subtotal hysterectomy is worthy of widely clinical use.

【**Key words**】 **Total hysterectomy; Subtotal hysterectomy; Uterine malignancies; Quality of sexual life**

【中图分类号】 R711.74 【文献标志码】 A

子宫恶性肿瘤也称为子宫癌,是指发生在子宫的一系列恶性肿瘤,最为常见的有子宫内膜癌和子宫颈癌等。诱发子宫恶性肿瘤的原因有很多,一般认为是多种因素共同参与的,主要包括子宫颈发炎、经期卫生不清洁、性生活紊乱、内分泌失调等[1]。子宫恶性肿瘤主要发生在绝经后妇女、生育少或未生育、不育、子宫内膜增殖以及月经不规则的女性[2]。子宫恶性肿瘤病情发展缓慢,通常经淋巴、血液或直接扩散转移,早期主要是直接蔓延,而淋巴转移主要发生在晚期,部分严重患者在晚期可能经血行转移至肝、肺等[3]。有研究资料显示,子宫恶性肿瘤已在妇科肿瘤中位列第一,全世界每年新增病例约 45 万,中国约有 13 万以上[4]。目前,中国子宫恶性肿瘤死亡人数已在女性癌症死亡总数中高居不下,严重威胁我国女性身心健康。为了探讨全子宫与次全子宫切除术与患者性生活质量的关系,提高患者的性生活质量,本实验通过研究 194 例子宫恶性肿瘤患者,随机分为两组,采用不同方式手术后,分别观察两组子宫恶性肿瘤患者手术后性激素变化水平、性生活质量和满意程度并进行统计学分析。现临床结果总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

按照数字随机表法选取 2010 年 1 月至 2013 年 7 月患子宫恶性肿瘤的 194 例患者为研究对象,所有患者经妇科检查、细胞学检查、B 超检查确诊为子宫恶性肿瘤,患者无性病史,无肝、肾、脑等其他严重疾病。所有患者均充分了解此次研究的利弊,并签署知情同意书,所有患者随机分为两组:全子宫切除手术组 97 例,次全子宫切除手术组 97 例。其中全子宫切除手术组的患者最小年龄 28 岁,最大年龄 67 岁,平均年龄(47.1±1.4)岁,孕次(1.4±0.4)次,24 例患者有流产史,43 例为子宫颈癌,37 例为子宫内膜癌,10 例为恶性葡萄胎,7 例为绒毛膜癌,85 例有阴道炎症史,12 例无生殖系统炎症史。次全子宫切除手术组中最小年龄 31 岁,最大年龄 73 岁,平均年龄(48.5±1.9)岁,孕次(1.4±0.3)次,25 例患者有流产史,44 例为子宫颈癌,38 例为子宫内膜癌,9 例为恶性葡萄胎,6 例为绒毛膜癌,86 例有阴道炎症史,11 例无生殖系统炎症史。采用两种手术方式切除后,分别观察两组子宫恶性肿瘤患者手术后性激素变化水平、性生活质量和满意程度并进行统计学分析。两组患者在年龄、肿瘤部位、孕次、流产史、生殖系统炎症史方面比较,差异无统计学意义,$P>0.05$,具有可比性。

1.2 方法

两组子宫恶性肿瘤患者确诊后,检查无其他重大疾病,病

人身体情况可耐受手术。术前所有患者麻醉。全子宫切除术组:取下腹正中切口,进入腹腔后先探查病变范围,缝扎盆漏斗韧带及圆韧带,切断韧带及切开子宫膀胱腹膜反折,分离暴露子宫颈,剪断宫体旁阔韧带后叶,游离子宫体和子宫颈。提起子宫,沿阴道前穹窿切开,切除子宫,立即缝合阴道断端和盆腔腹膜[5]。次全子宫切除术组:耻骨联合上取横切,了解子宫大小和子宫颈情况,距宫角 1cm 处钳夹切断圆韧带,处理附件,暴露子宫下段,处理子宫血管,拉开膀胱,在子宫峡部做环形切口,贯穿宫颈黏膜层,切除子宫。将双侧附件切断,宫颈残端包埋于盆腔,缝合腹膜[6]。采用不同方式手术后,分别观察两组子宫恶性肿瘤患者手术后性激素变化水平、性生活质量和满意程度并进行统计学分析。

1.3 疗效标准

(1)采用不同手术治疗后,分别于卵泡晚期测定两组子宫恶性肿瘤患者的性激素变化水平:术后 1 个月,在空腹情况下采集患者 2 ~ 3mL 静脉血,分离血清,测定黄体生成素、促卵泡激素水平[7]。(2)根据女性性功能评价表,分别从性欲、性高潮、性心理等方面综合评价患者性生活质量。分值越低代表性生活质量越低[8]。

1.4 统计学处理

统计学软件为 SPSS15.0,计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,$P<0.05$ 为有显著性差异。

2 结果

2.1 比较两组子宫恶性肿瘤患者术前术后的激素变化水平

两组患者术前黄体生成素和促卵泡激素水平比较差异无统计学意义,手术后,全子宫切除术组的激素变化水平明显高于次全子宫切除术组,$P<0.05$,有统计学意义。见表 1。

表 1 两组子宫恶性肿瘤患者术后的激素变化水平比较

组别		黄体生成素(mIU/mL)	促卵泡激素(mIU/mL)
次全子宫切除术组	术前	11.91 ± 4.67	11.57 ± 1.23
	术后	19.28 ± 1.13 *#	14.69 ± 1.54 *#
全子宫切除术组	术前	12.04 ± 4.80	11.60 ± 1.24
	术后	34.91 ± 1.32 *	25.67 ± 1.44 *

注:* 表示与术前比较,$P<0.05$,# 表示与全子宫切除术比较,$P<0.05$

2.2 比较两组子宫恶性肿瘤患者术后的性生活质量

两组患者术前性欲评分、性高潮评分、性心理评分比较差异无统计学意义,术后次全切除术组的性欲、性高潮和性心理评分均明显高于全子宫切除术组,上述指标组间差异有统计学意义($P<0.05$),可见次全子宫切除术患者术后性生活质量明显高于全子宫切除组患者,有统计学意义。见表 1,表 2。

表 2 两组子宫恶性肿瘤患者术后的性生活质量比较

组别		性欲	性高潮	性心理
次全子宫切除术组	术前	194.67 ± 11.21	198.58 ± 11.45	193.97 ± 11.69
	术后	187.21 ± 9.18 *#	190.42 ± 12.56 *#	184.49 ± 16.71 *#
全子宫切除术组	术前	195.64 ± 11.25	198.67 ± 1139	193.87 ± 11.72
	术后	159.93 ± 11.31 *	161.25 ± 14.17 *	165.71 ± 19.64 *

注:* 表示与术前比较,$P<0.05$,# 表示与全子宫切除术比较,$P<0.05$

3 讨论

子宫切除术是妇产科常见手术之一,全球每年约有 65 万患者接受该手术治疗。需要切除子宫的妇产科疾病有:子宫和卵巢的恶性肿瘤,大的或多发性的子宫肌瘤,经中西药医治无效的功能失调性子宫出血,严重的子宫破裂、子宫积脓、子宫内翻、子宫脱垂,因需行双侧输卵管卵巢切除而不必保留子宫者,严重的子宫腺肌症,子宫内膜或宫颈的癌前病变等。子宫切除有全子宫、次全子宫与部分子宫切除之分,又有经腹腔与经阴道的不同途径,输卵管与卵巢的保留与否也应视病情而定。子宫切除术会破坏部分神经或韧带,给患者的身心健康带来一定的损伤。有文献报道,子宫切除术会影响患者的盆底功能,导致直肠移位以及直肠的自主神经功能障碍,引起便秘[9]。此外,手术后卵巢位置下降会引起腹痛,子宫切除还会导致卵巢功能减退,雌激素分泌减少,诱发骨质疏松、心血管疾病等[10,11]。为了研究全子宫与次全子宫切除术与患者性生活质量的关系,为提高患者的性生活质量提供研究依据,本文对子宫恶性肿瘤患者分别采取全子宫切除术和次全子宫切除术进行治疗,术后两组患者的性激素水平发生了一定的改变,全子宫切除术组患者术后黄体生成素变化明显高于对照组,差异有统计学意义。说明全子宫切除术对子宫恶性肿瘤患者性激素水平影响较大。全子宫切除术组患者术后性欲评分、性高潮评分、性心理评分明显低于对照组,具有显著性差异,说明不同子宫切除方式对女性性生活质量存在明显的影响。目前临床部分学者主张,在年纪较轻的妇女采用保留部分宫颈的子宫切除术,这样使阴道的长度不会缩短,顶部不会变窄,不影响术后的性生活。国外众多研究表明[12-15],子宫切除不同术式对女性术后性生活质量有一定影响,应根据女性个体情况,在保证病变部位得到有效治疗的前提下,选择适合的术式。

总之,次全子宫切除术对于子宫恶性肿瘤患者的性激素水平、性生活质量影响较小,患者性生活满意度较高。综上所述次全子宫切除术相比全子宫切除术对患者伤害较小,适合临床广泛推广。

参 考 文 献

[1] 杨亚培,王武亮,邓克红,等. 子宫恶性肿瘤介入治疗 35 例. 中国老年学杂志,2012,32(11):2385 - 2386.

[2] 林仲秋,卢淮武. 子宫恶性肿瘤诊治研究—子宫颈癌. 国际妇产科学杂志,2012,39(4):322 - 326.
[3] 凌婉文,刘建华. 子宫附件切除对女性生殖激素的影响. 上海交通大学学报(医学版),2011,31(4):455 - 457.
[4] 李玲,吴雪斌. 三种次全子宫切除术式的评价. 福建医科大学学报,2010,44(6):443,455.
[5] 卢蓉,徐云钊,张玉泉,等. 全子宫切除和次全子宫切除对卵巢功能远期影响的研究. 中国实用医药,2009,4(8):51 - 52.
[6] 刘蕾. 全子宫切除与次全子宫切除术后性生活变化. 工企医刊,2013,26(1):60 - 61.
[7] 齐辉,蒋利华. 全子宫切除与次全子宫切除术后性生活变化. 中国临床实用医学,2010,04(5):253 - 255.
[8] 李菊芳,刘瑞云,李国栋,等. 中青年妇女子宫全切术后性生活质量影响因素分析. 肿瘤研究与临床,2013,25(11):769 - 771.
[9] 张冬梅. 不同术式子宫切除对妇科性生活的影响. 中外医疗,2012,31(3):109.
[10] 苗娅莉,周蓉,王建六,等. 全子宫切除术后远期女性性生活现状的调查研究. 实用妇产科杂志,2011,27(10):741 - 744.
[11] 苟凯红. 子宫切除患者机体骨密度变化的研究. 中国妇幼保健,2011,26(10):1597 - 1598.
[12] Matteson KA, Abed H, Wheeler TL, et al. A systematic review comparing hysterectomy to less [12] Invasive treatments for abnormal uterine bleeding. Journal of Minimally Invasive Gynecology, 2012,19(1):13 - 28.
[13] Gavin KM, Jankowski C, Kohrt WM, et al. Hysterectomy is associated with large artery stiffening in estrogen - deficient postmenopausal women. Menopause (New York, NY), 2012,19(9):1000 - 1007.
[14] Wright JD, Neugut AI, Wilde ET, et al. Use and Benefits of Laparoscopic Hysterectomy for Stage I Endometrial Cancer Among Medicare Beneficiaries. Journal of Oncology Practice, 2012,8(5):e89 - e99.
[15] Stewart EA, Shuster LT, Rocca WA. Reassessing Hysterectomy. Minnesota medicine, 2012,95(3):36 - 39.

(收稿日期:2015 - 02 - 13)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 - 1993.2015.10.007

中青年男性高血压患者中同型半胱氨酸含量与勃起功能障碍发生的关系

李明[1] 丁连芹[2] 唐文豪[3] 张万峰[1] 于宏颖[2]
1 大庆市龙南医院(齐齐哈尔医学院第五附属医院)泌尿外科,黑龙江 大庆 163453
2 大庆市油田总医院心内科,黑龙江 大庆 163000
3 北京大学第三医院生殖医学中心 北京 100191

【摘 要】 **目的:**探讨高同型半胱氨酸(HHcy)是否为高血压患者同时患有勃起功能障碍(ED)的原因。**方法:**入选 120 例高血压 III 级中青年男性患者,测定不同程度高血压患者的勃起功能障碍发病率,分别测定血清同型半胱氨酸(Hcy)浓度,进行 IIEF - 5 评分,并且比较二者的相关性。**结果:**随着血清 Hcy 平均水平升高,患者平均血压水平越高,ED 的发病率越高,平均 IIEF - 5 评分越低。**结论:**高血压患者同时患有勃起功能障碍的原因与血清中 Hcy 水平升高有一定关系。

【关键词】 同型半胱氨酸; 高血压; 勃起功能障碍

Relationship between content of Hcy and incidence rate of ED in young male hypertensives *LI Ming*[1], *DING Lianqin*[2], *TANG Wenhao*[3], *ZHANG Wanfeng*[1], *YU Hongying*[2]. *1. Department of Urology, Longnan Hospital of Daqing City, Daqing 163453, China; 2. Department of Cardiology, Oilfield General Hospital of Daqing City, Daqing 163000, China; 3. Department of Reproductive Center, The Third Hospital of Peking University, Beijing 100191, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To investigate whether high homocysteine (HHcy) is the cause of erectile dysfunction (ED) for hypertensive patients. **Methods**: 120 young male patients with grade III hypertension were selected. The concentration of serum Hcy and the score of IIEF - 5 were measured to understand the correlation of them. The incidence of erectile dysfunction in patients with different degrees of hypertension was measured. **Results**: With the increase of the serum Hcy level, the blood pressure and the incidence of erectile dysfunction increased, and the IIEF - 5 scores decreased. **Conclusion**: The reason that hypertension patients suffer erectile dysfunction may be a

【第一作者简介】李明(1980 -),男,主治医师、硕士,主要从事泌尿外科及性功能障碍专业研究。

high level of homocysteine.

【Key words】 Cysteine; Hypertension; Erectile dysfunction (ED)

【中图分类号】 R167 【文献标志码】 A

高血压是一种常见病,由于环境、饮食、工作压力的原因,高血压逐渐有年轻化的倾向。在中青年高血压患者人群中,有部分患者出现勃起功能障碍(ED)症状。在德国及韩国进行的临床流行病学研究表明高血压人群 ED 的发病率(36% ~45%)是血压正常人群的 2 ~3 倍[1,2]。中青年高血压患者同时患有勃起功能障碍的原因目前有多种说法,其中治疗高血压类药物,尤其是利尿剂类药物导致勃起功能障碍已经被证实。同型半胱氨酸(Hcy)分别与高血压、勃起功能障碍的关系已有研究,但 Hcy 是否为高血压患者发生勃起功能障碍的原因及他们之间的相关性仍缺乏具体研究与分析。Hcy 是由体内的必需氨基酸蛋氨酸经甲基团转移活化等反应生成。Hcy 在蛋氨酸合成酶的作用下,以维生素 B_{12} 为辅因子,以 N5 - 甲基四氢叶酸为甲基供体,甲基化生成蛋氨酸[3]。根据流行病学和临床研究可以发现,血清中 Hcy 水平的升高是导致高血压的危险因素之一。高 Hcy 血清水平能引起血管内皮的损伤,从而引起一系列病理生理反应。Hcy 致病性大概综合为 5 个方面[4,5]:(1)Hcy 可使小动脉易于栓塞并促进血管粥样硬化形成。(2)谷胱甘肽与一氧化氮互相作用能起到保护血管作用,但 Hcy 干扰谷胱甘肽合成。(3)Hcy 损伤血管内皮细胞,增加血栓形成。(4)Hcy 可影响体内甲基化反应,引起 DNA 损伤,影响细胞分化。(5)Hcy 的活化形式可与载脂蛋白 - B 形成致密的复合物,引起血管壁脂肪堆积。

血管内皮功能在阴茎勃起的过程中有着十分重要的作用,血管内皮功能障碍是 ED 的病理基础之一[6]。Hcy 通过氧化应激对血管内皮的损伤使一氧化氮合酶(NOS) 合成减少,活性下降,从而使 cGMP 浓度下降,血管平滑肌舒张功能下降,同时内皮依赖性血管舒张反应受损,引起内皮功能障碍,从而导致 ED[6]。Hotston 等[7]发现 Hcy 能够抑制阴茎海绵体平滑肌舒张功能,在 Cu^{2+} 存在时,抑制作用被放大,Hcy 与 Cu^{2+} 相互作用可上调 5 型磷酸二酯酶(PDE5) 的表达水平,从而导致 ED。本文通过测量中青年男性高血压患者中同型半胱氨酸含量,评估患者的勃起功能并分析二者的相关性,从而找出高血压导致 ED 的原因。

现将我院 2011 年 3 月至 2014 年 3 月收治的 120 例高血压 III 级患者血清 Hcy 水平及 IIEF - 5 评分处理分析,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2011 年 3 月至 2014 年 3 月收治男性高血压患者 120 例,年龄 25 ~45 岁,平均 37.5 岁,根据《中国高血压防治指南》确定的分级标准进行分类,均为高血压 III 级患者(收缩压≥180mmHg 以上),且高血压病史 5 年以上者。

排除标准:年龄大于 45 岁的患者,服用利尿剂类降压药物者,脑血管意外史、严重肝肾功能不全、糖尿病、严重的精神病史、有酒精或药物滥用史、患者入选前连续使用 PDE - 5 类药物 4 周以上。随着高选择 β 受体阻滞剂的出现,β 受体阻滞剂类降压药物对阴茎勃起功能的影响很小。而利尿剂类降压药物仍然为导致勃起功能障碍的主要降压药物。为防止治疗高血压药物的影响,所有入选患者均未服用利尿剂类降压药。

1.2 检测方法

入选人员上午空腹静脉采血 4 mL,试剂为美国雅培有限公司生产的同型半胱氨酸检测试剂盒(批号为 Lot31328HN00),仪器为美国雅培制药有限公司的 i2000SR 型全自动免疫分析仪。中青年患者空腹血浆总 Hcy 水平正常值为 4 ~12umol/L,高于 15umol/L 为高同型半胱氨酸。

1.3 对 120 患者进行国际勃起功能指数 5 项(IIEF - 5)[8]评分

IIEF - 5 评分有以下五项:(1)性生活满足感;(2)性生活成功率;(3)维持勃起状态;(4)勃起后插入成功率;(5)对于勃起功能的自信程度。以上 5 项每项满分为 5 分,总分共 25 分,0 ~7 分为重度 ED,8 ~11 分为中度 ED,12 ~21 分为轻度 ED,22 分以上为正常。统计分数以进行量化分析。

1.4 统计学方法

采用 SPSS13.0 软件进行统计学处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料用率表示,分析重度高血压患者的 ED 发生率,随平均同型半胱氨酸浓度的增加,IIEF - 5 评分的变化,评价其相关性。

2 结果

2.1 不同程度高血压患者 ED 患病率

120 例重度高血压中青年男性 ED 患病率为 67.5% (81 例),其中轻、中、重度 ED 患者分别有 65 例、10 例和 6 例。

2.2 重度高血压患者血清平均半胱氨酸浓度均由不同程度的升高,并且随着平均同型半胱氨酸浓度的增加,患者 IIEF - 5 评分逐渐降低。见表 1。

表 1 不同血清半胱氨酸浓度与 IIEF - 5 评分关系

Hcy 水平(μmol/L)	例数	Hcy(μmol/L)平均值	IIEF - 5 评分平均值
[0,10)	39	8.92 ±0.72	23.01 ±1.91
[10,15)	36	13.10 ±0.98	17.89 ±1.72
[15,20)	29	16.91 ±1.12	13.21 ±1.21
[20,30)	10	25.08 ±2.03	9.76 ±0.86
≥30	6	37.93 ±4.12	6.71 ±0.27

3 讨论

中青年患者对于性生活有较高的要求,治疗高血压并同时降低高血压患者的 ED 发病率有着实际的意义。通过本研究可以发现,随着患者平均血压水平的升高,血清 Hcy 平均水平越高,ED 的发病率越高,平均 IIEF - 5 评分越低,三者之间存在一定的相关性。血浆内 Hcy 浓度增高有许多因素。比如遗传因素、不良的营养因素及饮食习惯也可以导致血浆内 Hcy 浓度增高。Hcy 可在还原酶的催化下,转化为蛋氨酸和四氢叶酸,转化过程所需的维生素 B_{12}、B_6 和叶酸等会影响 Hcy 转化关键酶的

活性,从而影响 Hcy 的转化过程。吸烟、饮酒等不良生活习惯可能致使维生素 B_6、B_{12}和叶酸缺乏,从而导致高同型半胱氨酸(HHcy)。HHcy 的治疗有基因治疗,药物治疗等方法。目前 HHcy 的基因治疗无法应用于临床。药物治疗主要有 B 族维生素,叶酸等。国内的研究表明血浆 Hcy 水平随年龄增大而逐渐增高,可能是由于老年人的辅助因子如维生素 B_{12}、维生素 B_6、叶酸等缺乏,导致 Hcy 的增高。[9,10],有研究发现同型半胱氨酸水平与维生素 B_{12}和维生素 B_6水平呈负相关,同型半胱氨酸水平升高往往与机体叶酸水平偏低相关,它们的缺乏可致血浆同型半胱氨酸水平升高[11,12],同时大量报道证实叶酸可降低血浆 Hcy 浓度,Cotlarciuc 等[13]实验结果也证实了补充叶酸具有显著降低血浆总 Hcy 水平的作用。

综上所述,HHcy 不仅是高血压的危险因素,也是勃起功能障碍的危险因素,HHcy 为高血压患者同时患有勃起功能障碍的原因之一。临床中,我们不但要治疗高血压,同时还应该重视患者同时出现的勃起功能障碍症状。在临床中对于中青年高血压患者,未应用利尿剂,同时伴有勃起功能障碍的患者,如血清 Hcy 浓度增高,我们可以考虑通过给予应用 B 族维生素及叶酸来预防和治疗,目前已有研究初步发现青年人群早期高剂量的叶酸摄入能降低高血压的发生[14]. 根据 HHcy 导致高血压及勃起功能障碍的机理及其相关性,能否根据其研究出同时治疗高血压和 ED 的药物还需要进一步的研究。

参 考 文 献

[1] Park HJ,Choi HK,Ahn TY,et al. Efficacy and safety of oral mirodenafil in the treatment of erectile dysfunction in diabetic men in korea: A Multicenter, randomized, double - blind, place - bo - controlled clinical trial. J Sex Med,2010,7 (8):2842 - 2850.

[2] Kriston L,Gunzler C,Harms A,et al. Confirmatory factor analysis of the German version of the international index of erectile func - tion (IIEF) : A comparison of four models. J Sex Med,2008,5(1):92 - 99.

[4] Skurk C,Walsh K. Death receptor induced apoptosis a new mechanism of homocysteine - mediated endothelial cell cytotoxicity. Hypertension,2004,43(6):1168 - 1170.

[5] 鲍晓梅. 高同型半胱氨酸血症致血管内皮损伤与早期动脉粥样硬化. 医学综述,2009,15(1):191 - 193.

[6] Dong JY,Zhang YH,Qin LQ. Erectile dysfunction and risk of cardiovascular disease: Meta - analysis of prospective cohort studies. J Am Coll Cardiol,2011,58(13) : 1378 - 1385.

[7] Hotston M,Jeremy JY,Bloor J,et al. Homocysteine and copperinteract to promote type 5 phosphodiesterase expression in rabbit cavernosal smooth muscle cells. Asian J Androl,2008,10 (6):905 - 913.

[8] Rosen RC,Riley A,Wagner G,et al. The international index of erectile function (IIEF): multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction . Urology, 1997,49(6):822 - 830.

[9] 薛莉,陈树兰,贾绍斌,等. 同型半胱氨酸与冠心病的相关性及其机制探讨. 中华心血管病杂志, 2002,30(9): 520.

[10] 李建华,刘红丹. 血浆同型半胱氨酸及血脂与老年脑梗死的关系. 中国基层医药,2008,15(3):417 - 418.

[11] 钟少华,何坚,郭晓玲,等. 大豆异黄酮和叶酸对同型半胱氨酸糖尿病动物模型免疫功能的影响. 新乡医学院学报, 2008, 25(2): 190 - 192.

[12] 应映芬,李建凯,何坚,等. 大豆异黄酮和叶酸对同型半胱氨酸糖尿病小鼠模型心肌组织血小板衍生生长因子 - B 表达的影响. 新乡医学院学报, 2008, 25(4): 400 - 402.

[13] Cotlarciuc I,Andrew T,Dew T,et al. The Basis of Differenti - al Responses to Folic Acid Supplementation. J Nutrigenet Nutrigenomics, 2011(4):99 - 109.

[14] Xun P,Liu K,Loria CM,et al. Folate in take and incidence of hypertension among American young adults:a 20 - y follow - up study . Am J Clin Nutr,2012,95(5):1023 - 1030.

(收稿日期:2014 - 12 - 05)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 - 1993.2015.10.008

经尿道 2μm 激光前列腺剜除术后暂时性尿失禁 4 种处理方法疗效比较分析

江志勇 李学德△ 何庆鑫 樊胜海 汪中兴
中国人民解放军第一八一医院男科中心,广西 桂林 541002

【摘 要】 **目的:**探讨经尿道 2μm 激光前列腺剜除术后短暂性尿失禁最佳治疗方法。**方法:**对经尿道 2 微米激光前列腺剜除术后尿失禁患者 80 例,分成 A、B、C、D 四组,各 20 例,分别行观察等待、提肛肌功能训练,中药结合针灸治疗,盆底生物反馈结合提肛肌功能训练治疗,对尿失禁治疗效果分析比较。**结果:** A 组患者术后尿失禁持续天为 5 ~ 62d(18 ± 2.4)d,B 组患者术后尿失禁持续天为 4 ~ 52d(17 ± 1.8)d,C 组患

【第一作者简介】江志勇(1975 -),男,主治医师,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

者术后尿失禁持续天为4~17d(9±1.2)d,D组患者术后尿失禁持续天为3~15d(8±0.8)d。**结论**:经尿道前列腺剜除术后并发尿失禁,中药结合针灸治疗和盆底生物反馈结合提肛肌功能训练治疗效果均较理想,明显优于单纯提肛肌功能训练及观察等待组。

【关键词】 前列腺增生 激光疗法 经尿道前列腺剜除术 尿失禁 生物反馈 中药疗法 针灸

Clinical analysis of treatment for urinary incontinence after 2μm continuous wave – laser enucleation of theprostate

JIANG Zhiyong, LI Xuede△, HE Qingxin, FAN Shenghai, WANG Zhongxing. Department of Andrology, The 181st Hospital of People's Liberation Army of China, Guilin 541002, China

【**Abstract**】 **Objectives**: To explore the best treatment for patients with urinary incontinence after 2 μm continuous wave – laser enucleation of the prostate. **Methods**: 80 patients with urinary incontinence after 2 μm continuous wave – laser enucleation of the prostate were evenly distributed into 4 groups: group A (watchful waiting), group B (treatment for muscle levator ani exercise), group C (treatment by Chinese traditional medicine combine with acupuncture), group D (biological feedback treatment of pelvic floor combine with muscle levator ani exercise). The curative effects of the patients in these groups were compared and analyzed retrospectively. **Results**: The duration of urinary incontinence in 4 groups were Group D (8±0.8days), Group C (9±1.2days), Group B (17±1.8days) and Group A (18±2.4days). **Conclusion**: Chinese traditional medicine combined with acupuncture and biological feedback treatment of pelvic floor and muscle levator ani exercise is effective for urinary incontinence after 2 μm continuous wave – laser enucleation of the prostate, which is superior to watchful waiting patients and patients treated with muscle levator ani exercise.

【**Key words**】 **Prostate hyperplasia; Laser therapy; Transurethral enucleation of the prostate; Urinary incontinence; Biological feedback treatment; Chinese traditional medicine treatment; Acupuncture**

【中图分类号】 R167 【文献标志码】 A

随着社会老年化,前列腺增生需接受手术治疗患者亦越来越多;随着手术技术提高及医疗设备改进,激光结合经尿道前列腺剜除技术亦广泛应用治疗前列腺增生。但目前发现术后尿失禁发生率仍较高,对患者带来严重困扰。我们对80例行经尿道2μm激光前列腺剜除术后并发暂时性尿失禁患者做分组处理,观察其疗效,以探论最佳治疗方法。现报告如下。

1 临床资料

1.1 纳入及排除标准:

1.1.1 纳入标准 ①前列腺增生行经尿道前列腺2μm激光剜除术后并发尿失禁患者;②术前已行尿动力学检查:提示膀胱出口梗阻患者。

1.1.2 排除标准:①术前已有尿失禁患者;②术前已有明显不稳定膀胱及膀胱逼尿肌收缩无力患者;③合并有神经系统疾病如脑血管意外、帕金森病、腰椎疾病;④合并有尿道狭窄患者;⑤尿路感染并有明显下尿路症状患者。

1.2 资料来源及分组:

选择2010年7月至2013年9月我科行经尿道2μm激光前列腺剜除术患者,共760例,术后出现尿失禁102例,符合以上标准的80例尿失禁患者入选,年龄54~82岁,平均年龄(70±8.2)岁。依据随机、知情、自愿原则分成A、B、C、D四组,各20例,尿失禁程度、年龄、全身合并症、身体状况、术前前列腺体积,均无统计学意义(P均>0.05)。所有患者均于拔除尿管后第2d开始处理。分别行观察等待、提肛肌功能训练、中药结合针灸治疗、盆底生物反馈结合提肛肌功能训练治疗,对尿失禁治疗效果分析比较。见表1。

表1 四组资料基线情况

组别	尿失禁程度(n)			年龄	前列腺体积
	轻度	中度	重度	($\bar{x}\pm s$)	($\bar{x}\pm s$)
A组	14	4	2	70±7.2	67±10.2
B组	13	5	2	71±6.2	64±11.2
C组	14	3	3	70±8.1	70± 8.3
D组	12	5	3	71±5.2	69± 9.1

2 方法

2.1 经尿道前列腺剜除术

应用德国产的RevoLix 2μm激光系统,激光波长2μm,功率70 W。激光切割镜为STROZ F26激光切割镜。术中以生理盐水作为冲洗液,在WOLF监视系统下进行手术操作。分三叶剜除前列腺:在精阜与膀胱颈之间作5、7点汽化出一沟槽,远端在精阜近侧处连通,用镜鞘于精阜近侧处逆行剜除中叶,对外科包膜出血点用2μm激光点状止血,将腺体切成碎块。于精阜右侧向右推出一外科包膜界面,镜鞘伸入推开外科包膜与腺体之间,镜鞘向右外、上旋转把前列腺右侧尖部剜出,镜鞘继续于8点向近端、向12点方向剜除右侧叶,于12点把左右两侧叶腺体切开,把右侧叶腺体切成碎块。同法处理左侧叶腺体。术后用艾力克式吸引器将膀胱内前列腺组织碎块彻底吸出。留置F20导尿管,生理盐水行膀胱冲洗。术后留置导尿管3~7d,平均5d。

2.2 观察等待

对于术后出现尿失禁患者,只给予心理疏导教育,缓解患者情绪,不做特殊治疗。

2.3 提肛肌功能训练

患者知情并同意后实施,食指插入肛门,嘱患者行肛门收缩运动,感觉肛门收缩有力,持续收缩 30s 以上为有效。患者学会正确提肌训练方法后,一天早上、中午、晚上各锻炼 1 次,每次连续缩肛 100 下,每下不少于 30s。

2.4 中药结合针灸治疗

方用固浮汤加减治疗,基本方:熟地 12g,山芍 15g,附片 6g,补骨脂 10g,菟丝子 15g,金樱子 15g,桑螵蛸 12g,益智仁 10g,黄芪 30g,党参 30g,焦白术 15g,乌药 10g,桔壳 15g,少腹坠胀者加升麻 10g,柴胡 6g;少腹冷痛者加肉桂 6g,腰痛者加杜仲 10g,纳差者加焦三仙各 15g。1 剂/d,水煎服。针灸交替针刺气海、关元、足三里、三阴交和肾俞和脾俞两组穴位,穴位常规消毒,依不同穴位,且一次性不锈钢针 1 ~ 2 寸毫针在选定穴位入针,平补与泻针法;得气后留针 20min,留针期间,每 10min 运针 1 次,治疗 1 次/d。

2.5 生物反馈治疗

采用丹麦丹密特公司生产的 AM800B 生物反馈治疗,其参数:频率(10 ~ 100Hz)、电流强度(0 ~ 50mA)、波宽(200 ~ 500μS)、电刺激持续时间(2 ~ 20s)、电刺激间歇时间(2 ~ 50s)。患者取截石位,工作电极置入直肠,深度以表面电极恰好位于直肠内为宜。设置刺激参数 40Hz、15 ~ 23mA,以患者刺激感而无疼痛为度,每次 10s,然后反馈的 10s 指导患者盆底肌肉收缩与放松,并交替进行,并要求患者通过屏幕上的肌电曲线观察自己收缩放松的效应进行调整,使其达至最佳治疗状态,每次治疗 20min,2 次/d,每周 5d。

2.6 疗效评介及随访

根据病史问卷进行评价。问卷的设计参考国际尿失禁咨询委员会尿失禁问卷表简表(ICI - Q - SF)。治愈标准:尿失禁临床症状消失,日常活动及增加腹压情况下无漏尿,剧烈活动后出现少量漏尿,估计 24h 量小于 2g 者亦按无尿失禁处理。

2.7 统计学方法

正态分布计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,应用 χ^2 分析和 q 检验,用 SPSS10.0 统计软件进行数据处理。$P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

四组患者经治疗均达到治愈标准,A 组患者术后尿失禁持续天为 5 ~ 62d (18 ± 2.4)d,B 组患者术后尿失禁持续天为 4 ~ 52d(17 ± 1.8)d,C 组患者术后尿失禁持续天为 4 ~ 17d(9 ± 1.2)d,D 组患者术后尿失禁持续天为 3 ~ 15d(8 ± 0.8)d。A 组与 B 组比较差异无统计学意义($P > 0.05$);C 组与 D 组比较差异无统计学意义($P > 0.05$);A、B 组与 C、D 组比较差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

4 讨论

前列腺增生是老年男性常见病与多发病,手术治疗是主要方法之一,2μm 激光系统结合前列腺剜除方法,因其安全性高、切除高效、增生腺体切除彻底、并发症少、术后排尿困难改善理想[1,2],是治疗前列腺增生的重要手段。但其术后暂时性尿失禁发生率较高[3,4],与如下因素有关:(1)后尿道横纹肌括约肌热损伤:手术致后尿道平滑肌括约肌受损伤,控尿主要依靠后尿道横纹肌括约肌,手术完全剜除增生的前列腺体后,于外科包膜表面止血,尽管 2μm 激光对创面热损伤小,但其失去 TURP 时残留增生腺体阻隔作用,仍可对尿道横纹肌括不同程度损伤。(2)剜除前列腺时镜鞘摆动角度过大对膜部处后尿道横纹肌括肌的机械损伤亦是并发尿失禁主要原因之一。(3)前列腺尖部切除完全,导致后尿道横纹肌括约肌关闭不全;增生腺体切除完全,前列腺部尿道明显扩张,尿道压明显降低,导致尿道内压低于膀胱内压。(4)患者增生腺体长期压迫后尿道横纹括约肌导致其慢性损害,收缩功能减弱;患者年龄较大,后尿道纹肌括约肌功能减退[5]。经尿道前列腺剜除术后出现尿失禁虽绝大多数为暂时性尿失禁,即使不做特殊治疗亦可逐渐恢复,但不做治疗可较长时间存在,对患者生活有严重影响。治疗以保守治疗为主,治疗主要目的是促进后尿道横纹括约肌功能尽快恢复,提高尿道关闭压以达到控尿。

提肛肌功能训练是通过盆底肌肉锻炼,提高盆底肌强度、体积及功能,以改善盆底肌肉功能来达到控尿目的[6]。理论上其可促进损伤的后尿道横纹括肌功能恢复,但盆底肌肉十分抽象,正确掌握盆底肌肉的收缩运动及长时间坚持盆底肌锻炼对训练效果起决定性作用[7]。我们 B 组单纯提肛肌功能训练效果不理想,与观察等待无明显差异。考虑与患者对提肛肌训练未能正确理解与掌握及进行有效训练有关。此类患者大部分均为老年高龄,且部分文化水平较低,对训练掌握与配合能力相对较差。有研究指出,在简单指令下有一半病人未能做出正确收缩动作,有接近 1/4 病人努力训练后实际上还加重了尿失禁病情[8]。

生物反馈治疗是通过治疗仪探头检测盆底肌肉肌电活动,并通过视觉信号反馈给患者和治疗者,患者可依据视觉信号调整盆底肌肉收缩与放松,并学会控制盆底的收缩和放松。生物反馈治疗尿失禁其作用在于可指导患者进行正确自主的盆底肌训练,获得正确的、有效的盆底肌训练,从而提高患者治疗的积极性和依从性。生物反馈电刺激就是进行生物电兴奋的治疗,电刺激可加速神经轴突损伤修复,缩短肌肉失神经支配时间,促进神经兴奋和传导功能恢复,促进肌纤维代偿性增生和终末运动单位增加[9]。从而增强后尿道横纹肌的收缩功能,提高后尿道闭合而促进控尿功能的恢复。且电刺激经传入纤维通过神经元连接到达骶髓尿肌核,抵制膀胱逼尿肌核兴奋,从而抑制逼尿肌收缩;电刺激冲动还可上行至胸腰段,兴奋交感神经,使膀胱颈部及后尿道肌肉收缩,膀胱底部松。对盆底肌、后尿道横纹括约肌功能恢复和逼尿肌的稳定双重作用来达到控尿目的[10,11]。生物反馈治疗压力性尿失禁已取得较好效果[12,13]。我们 D 组患者进行盆底生物反馈治疗加提肛肌功能训练使患者获得正确的、更有效的盆的盆底训练 ,缩短手术损伤的后尿道横纹括约肌功能恢复时间,并能抑制因手术创面刺激导致的逼尿肌收缩,术后尿失禁时间明显短于单纯提肛肌训练患者。

尿失禁属于中医“遗尿”、“遗溺”等范畴,中医对于尿失禁治疗有很好疗效[14-16]。中老年男性,天癸渐竭,阳气虚弱,加之手术耗气伤血,脾气亏虚,肾气不足,命门火衰,不能温煦膀胱,则膀胱气化无权,膀胱不能固摄所致[17]。治疗以补肾健脾,益气固摄为主。取穴以中极、关元、肾俞、膀胱俞为主穴,三阴交、足三里、气海、太渊为配穴。关元为肾经募穴,又为人身元气之根,与肾俞相配,温肾壮阳,培补元气,固摄下元;中极为膀胱的募穴,与膀胱俞相伍,助阳利膀胱,可振奋膀胱之气,恢复其气化功能。气海属经脉穴,可温补肾之元气,以益脾肺之气。足三里、三阴交健脾益气,肺经原穴太渊可补肺气,又是输出

穴,故可益脾,有虚则补其母之意。以上诸穴相配,相得益彰,加上艾灸的温煦作用,增强了温肾壮阳,调理膀胱之功,使固摄约束有权,尿液得以控制。中药方中熟地、山药滋肾补精,附片温肾助阳化气,补骨脂、菟丝子温补肾阳;金樱子、桑螵蛸、益智仁补肾固涩而缩小便;黄芪、党参、焦白术健脾益气;乌药温肾散寒、除膀胱冷气;枳壳行气使补而不滞。诸药合用达补肾健脾,益气固摄之功效。我们C组患者行中药结合针灸治疗,治愈天数明显较对照组缩短,与盆底生物反馈结合提肛肌功能训练治疗效果相当,但其有治疗方便、便宜、无需特殊器械等优点。

前列腺增生术后出现尿失禁虽绝大多数均为暂时性,但给患者生活带来严重影响,提肛肌功能训练结合盆底生物反馈治疗及中药结合针灸均是较理想的治疗方法,对于没条件医院可选择简单、副作用小的中药结合针灸治疗。

参 考 文 献

[1] Mattioli S, Mnuoz R, Racasens R, et al, Treatment of benign prostatic heperplasia with the Recolix laser. J Arch Esp Urol, 2008(61): 1037-1043.

[2] 郭和清,周高标,刘红明,等.经尿道2μm激光前列腺剜除术治疗良性前列腺增生的疗效分析.中华泌尿外科杂志,2011,32(6):411-414.

[3] 杜传军,白福鼎,陈继民,等.前列腺钬激光剜出术与电切术安全性及疗效比较.中华泌尿外科杂志,2004,25(9):627-630.

[4] Hurle R, Vavassori I, Piccinelli A, et al, Holmium laser enucleation of the prostate combined with mechanical morcellation in 155 patients with binign prostatic hyperplasia. Urology, 2002(60): 449-453.

[5] 杨帝宽,刘春晓.经尿道前列腺剜除术,中华腔镜泌尿外科杂志(电子版),2011,5(6):516-518.

[6] Brostrom S, Lose G. Pelvie floor musclc training in the prevention and treatment ofurinary incontinence in women: what is the evidence?. Acta Obstet Gynecol Scand, 2008,87:384-402.

[7] Aukee P, Immonen P, Penttinen J, et al. Increase in pelvic floor muscle activity after 12 weeks, training: a randomized prospective pilot study. Urology 2002, 60(6):1020-1023.

[8] 沃尔什(Walsh, P. D)主编.坎贝尔泌尿外科学.7版,英文影印版/(美).北京:科学技术出版社,2001:2253.

[9] 王晓光,裴兆辉.女性产后压力性尿失禁康复治疗的研究进展.中国实用妇科与产科杂志,2007(7):575-576.

[10] Greer JA, Smith AL, Arya LA. Pelvic floor muscle training for urgency uninary incontinence in women: a systemic review. Int Urogy necol J, 2012,23(6):687-697.

[11] 孙丽,董继革,李广庆.阴道、肛门内电刺激治疗脑卒中后尿失禁的疗效观察,中国康复医学杂志,2011(3):263-264.

[12] 封海霞,陆雪松,秦洪云,等.肌电生物反馈电刺激治疗尿失禁的疗效分析,中华物理医学与康复杂志,2007,29(5):328-330.

[13] 李雯华,王小婕,张秀清.盆底肌电刺激特殊反馈治疗对产后压力性尿失禁的疗效观察,临床医学工程,2014,21(7):814-816.

[14] 宓轶群,陈一.针灸治疗压力性尿失禁36例.中国针灸,2003,23(11):640.

[15] 杨春光,廖明霞.针刺加艾炷灸治疗老年性尿失禁42例.上海针灸杂志,2004,23(11):23.

[16] 宋国华.中医药治疗配合功能训练治疗压力性尿失禁的体会.世界最新医学信息文摘,2013,13(5):388-390.

[17] 张蕾,杨颐,刘慧林,等.古代中医文献对于尿失禁的认识和治疗述要.中医文献杂志,2013,31(2):54-56.

(收稿日期:2014-11-03)

·性医学·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.10.009

单通道微创经皮肾镜取石术微创治疗复杂性肾结石对患者性功能影响的临床效果研究

宋慧卿 张雪军

湖北文理学院附属襄阳市中心医院泌尿外科,湖北 襄阳 441003

【摘 要】 **目的:**研究单通道微创经皮肾镜取石术(MPCNL)微创治疗复杂性肾结石的临床疗效及其对患者性功能的影响。**方法:**选取我院2012年1月至2014年2月接受治疗的116例复杂性肾结石患者,以抽签随机分组方法分为观察组与对照组,每组各58例,观察组予以MPCNL治疗,对照组为开放性手术治疗,随访6个月,对比并观察两组治疗效果及治疗后对患者性功能的影响。**结果:**治疗结果显示:(1)观察组在手术时间(58.59±31.79)min、手术出血量(201.66±22.54)mL、住院时间(5.12±1.29)d、并发症出现率(11.00%)方面均低于对照组手术时间(101.32±27.46)min、手术出血量(408.54±35.16)mL、住院时间(8.49±2.34)d、并发症出现率(21.00%),差异有统计学意义($P<0.05$);(2)两组结石清除率分别为93.10%、91.38%,观察组略高但与对照组差异无统计学意义($P>0.05$);(3)治疗随访6个月后,观察组患

【第一作者简介】宋慧卿(1964-),男,主治医师,主要从事泌尿外科微创临床与研究工作。

者的勃起功能、患者及其配偶的性生活满意度及性功能质量评分与对照组相比,差异均具有统计学意义($P<0.05$),但两组性欲对比无差异($P>0.05$)。**结论**:在复杂性肾结石的治疗中采用 MPCNL 可缩短手术时间和住院时间,抑制术中出血以及术后并发症,具有较高的临床推广价值。

【关键词】 单通道;微创经皮肾镜取石术;复杂性肾结石;性功能

Effect of single channel minimally invasive percutaneous nephrolithotomy in minimally invasive treatment of complicated renal calculi and its effect on sexual function of patients

SONG Huiqing, ZHANG Xuejun. Department of Urology, Xiangyang Central Hospital of Hubei College of Arts and Science, Xiangyang 441003, China

【**Abstract**】 **Objectives**: To study the clinical effect of single channel minimally invasive percutaneous nephrolithotomy in minimally invasive treatment of complicated renal calculi and its effect on sexual function of patients. **Methods**: 116 complex renal calculi patients in our hospital from January 2012 to February 2014 were selected and randomly divided into observation group and control group, 46 cases in each group. The observation group received MPCNL treatment and the control group received open operation treatment, with 6 months of follow – up. The influence and therapeutic effect of the two groups before and after the treatment were observed. **Results**: The results showed that (1) in the observation group, operation time was (58.59 ± 31.79) min, amount of bleeding was (201.66 ± 22.54) ml, the time of hospitalization was (5.12 ± 1.29) d, the incidence of complications was (11%), which were lower than these of the control group, operation time of (101.32 ± 27.46) min, operation hemorrhage of (408.54 ± 35.16) ml, hospitalization time of (8.49 ± 2.34) d, the incidence of complications of (21%). The difference was statistically significant ($P<0.05$); (2) in the two groups, the stone clearance rate were 93.10% and 91.38% respectively, without significant difference ($P>0.05$); (3) after 6 months' treatment, the differences in the erectile function, sexual satisfaction and sexual function and quality of patients and their spouses score between the two groups were statistically significant ($P<0.05$), but not difference in the aspect of sexuality, ($P>0.05$). **Conclusion**: MPCNL in the treatment of complicated renal calculi can shorten the operation time and discharge time, decrease intraoperative bleeding and postoperative complications, which has higher clinical value.

【**Key words**】 **Single channel; Minimally invasive percutaneous nephrolithotomy; Complex renal calculi; Sexual function**

【中图分类号】 R167 【文献标志码】 A

随着输尿管镜取石以及经皮肾镜技术的不断成熟,目前单通道微创经皮肾镜取石术(MPCNL)已经成为治疗输尿管结石以及复杂性肾结石的有效方式,在临床运用较广[1-4]。临床研究发现,MPCNL 具有并发症几率小、结石清除率高、恢复快、术中出血少等优势[5],但其与传统开放性手术相比,对患者术后的生活质量,尤其是术后性功能等是否存在影响,目前尚未见到相关报道。本研究对我院 116 例复杂性肾结石患者中的 58 例采取单通道 MPCNL 治疗,取得了较好的临床疗效,主要研究内容总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

经本院伦理委员会批准,本次选择的 116 例复杂性肾结石患者均在 2012 年 1 月至 2014 年 2 月在我院接受治疗,以抽签随机分组方法分为观察组与对照组,两组均为 58 例。观察组:男性 27 例,女性 31 例,年龄 20 ~ 73 岁,平均年龄(37.44 ± 4.02)岁,病程 6 ~ 17 月,平均(9.12 ± 0.89)月。对照组:男性 29 例,女性 29 例,年龄 22 ~ 72 岁,平均年龄(36.98 ± 3.98)岁,病程 8 ~ 15 月,平均(9.02 ± 0.77)月。两组患者复杂性肾结石类型主要包括:多发性肾结石 58 例,鹿角形肾结石 42 例,孤立性肾结石 16 例。所有患者术前均知晓本研究,并签署知情同意书,进行常规术前检查,排除存在手术禁忌症患者。两组患者男女性别比、发病年龄、平均病程等一般资料相比,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表 1。

表 1 两组一般资料对比

组别	例数	男/女	平均年龄	平均病程
观察组	58	27/31	37.44 ± 4.02	4.12 ± 0.89
对照组	58	29/29	36.98 ± 3.98	4.02 ± 0.77
χ^2	–	0.138	–	–
t	–	–	0.619	0.647
P	–	>0.05	>0.05	>0.05

1.2 治疗方法

对照组:采取传统开放手术取石术,在 11 肋或者 12 肋下进行切口,其次游离肾脏并且钝性分离,将肾窦以及肾盂切开,将结石取出后缝合切口,最后关闭手术切口完成手术。术后比较 B 超检查的结石数量以及实际取出的结石数量,如果还有残留待 3 个月后采取体位冲击波方式消除剩余结石。

观察组:采取全麻或者硬膜外麻醉术,当麻醉生效后患者保持取截石位,进行常规消毒之后,将尿道膀胱镜放置到导尿管中,当导管到达肾盂后将膀胱镜退出同时留置导尿管,矫正患者体位为俯卧位,并将软垫置于患者腹部,根据术前 B 超检测显示的结石数量以及位置进行穿刺,通常在 11 肋间或者 12 肋缘下进行穿刺,人工肾积水需注入 0.9% 氯化钠注射液,后利用肾穿刺针穿刺,当穿刺针进入到肾集合系统后将肾穿刺针拔

出，如果有尿液渗出则代表穿刺成功，后将斑马导丝导入，进入肾盂后盘曲，将穿刺针鞘拔除，沿着导丝用扩张器对 8F 扩张至 16F，置入 16F 套管，完成经皮肾镜取石通道建立[6,7]。在输尿管置入后观察结石的大小和具体部位，如果较小可以直接利用输尿管注水冲出，大块可以使用气压弹道碎石机击碎之后排出，还可以利用取石钳取出较大块的结石。完成结石清除操作后，将输尿管导管拔出，将双 J 管置入引流，并留置造瘘管，缝合固定后完成手术[8,9]。手术完成后行 B 超检查，无残留在术后 7d 内将肾造瘘管拔出，双 J 管在术后 20d 左右拔出。

两组患者均由我科同一组医生完成，主刀医生为同一高年资副主任医师，术后均由同一组医生开展相关治疗。

1.3 观察指标与评价方法

观察并对比分析：(1)两组患者手术时间、术中出血量(通过测定手术前后的血浆容量和红细胞压积比)、住院时间、结石清除率以及术后并发症；(2)并发症主要包括输尿管损伤、切口感染、大出血、尿瘘；(3)性功能质量评分：根据国际通行的性功能评价方法，结合本科室与本地区实际情况，由研究者自行编制入组患者的性功能评分，包括性欲、勃起功能、患者及其配偶的性生活满意度三个方面，分制采用百分制计算，满分 100 分，分值越高，性功能质量评分也就越高。

1.4 统计学方法

采用 SPSS17.0 统计软件，计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示，组间比较用单因素方差分析和 t 检验，计数资料采用 χ^2 检验，组间比较采用 χ^2 检验，以 $\alpha = 0.05$ 为检验水准，当 $P < 0.05$，认为差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗效果比较

治疗结果显示观察组在手术时间(58.59 ± 31.79) min、手术出血量(201.66 ± 22.54) mL、住院时间(5.12 ± 1.29) d、并发症出现率(11.00%)方面均低于对照组手术时间(101.32 ± 27.46) min、手术出血量(408.54 ± 35.16) mL、住院时间(8.49 ± 2.34) d、并发症出现率(21.00%)，差异有统计学意义($P < 0.05$)。另外在两组结石清除率分别为 93.10%、91.38%，观察组略高但与对照组差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 两组疗效分析

组别	例数	手术时间(min)	手术出血量(mL)	住院时间(d)	结石清除率[n(%)]	并发症出现率
观察组	58	58.59 ± 31.79	201.66 ± 22.54	5.12 ± 1.29	54(93.10)	11
对照组	58	101.32 ± 27.46	408.54 ± 35.16	8.49 ± 2.34	53(91.38)	21
t	–	1.944	37.725	9.605	–	–
χ^2	–	–	–	–	0.120	4.315
P	–	< 0.05	< 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

2.2 两组患者治疗前后性功能质量评分比较

治疗随访 6 个月后，观察组患者的勃起功能、患者及其配偶的性生活满意度及性功能质量评分与对照组相比，差异均具有统计学意义($P < 0.05$)，但两组性欲对比无差异($P > 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者治疗前后性功能质量评分比较

组别(n)	性欲	勃起功能	患者及其配偶的性生活满意度	性功能质量评分
观察组(n = 58)				
治疗前	23.1 ± 4.8	23.2 ± 5.6	26.1 ± 7.4	75.1 ± 8.9
治疗后 6 个月	33.7 ± 7.8	33.1 ± 4.2①	38.1 ± 1.8②	93.1 ± 1.2③
对照组(n = 58)				
治疗前	22.1 ± 3.8	23.1 ± 5.1	23.2 ± 2.1	73.1 ± 4.5
治疗后 6 个月	29.1 ± 5.1	25.1 ± 4.3	25.1 ± 4.4	74.3 ± 6.1

注：①②③表示，观察组与对照组相比，差异具有统计学意义($P < 0.05$)

3 讨论

临床上的复杂性肾结石主要包括巨大结石、多发结石、鹿角状结石以及铸型结石，相比一般结石的清除难度大，因此目前仍然属于我国泌尿外科的主要研究课题之一。Skolarikos 等[10]研究表明，对此类结石的治疗方式主要为开放手术或者体位冲击波碎石两种方式，开放手术的结石清除率较高，但是手术创伤大、术中出血多，同时容易出现感染导致并发症出现。且 Süelözgen 等[11]研究发现，体位冲击波有时必须重复操作才能够起到实际效果，但是容易导致患者出现肾间质出血，进而使得肾实质受到损害。

本研究发现，在采取单通道 MPCNL 治疗复杂性肾结石时仍要注意一下几点：(1)术前利用 X 线检查掌握结石的大小、方位，以采取针对性的措施；(2)穿刺应尽量避免过深为患者带来不必要的创伤；(3)术后尽量保证肾盂输尿管交界处、结石和穿刺点为一条直线，从而提高结石的清除率[12,13]。本次治疗结果显示观察组在手术时间(58.59 ± 31.79) min、手术出血量(201.66 ± 22.54) mL、住院时间(5.12 ± 1.29) d、并发症出现率(11.00%)方面均低于对照组手术时间(101.32 ± 27.46) min、手术出血量(408.54 ± 35.16) mL、住院时间(8.49 ± 2.34) d、并发症出现率(21.00%)，差异有统计学意义($P < 0.05$)，另外两组结石清除率分别为 93.10%、91.38%，观察组略高但与对照组差异无统计学意义($P > 0.05$)。表明采用 MPCNL 在治疗复杂性肾结石方面，与开放性手术相比，疗效确切，且可以有效避免复杂性肾结石术后并发症。

查阅文献，杨山[14]研究发现，微创经皮肾镜碎石术治疗输尿管上段结石患者与经皮肾镜下气压弹道碎石术相比，其性欲

和性高潮情况明显优于后者,差异具有统计学意义;而毕革文等[15]发现,斜卧位经皮肾镜超声气压弹道碎石在治疗复杂肾输尿管上段结石的生存质量及性功能评分均优于俯卧位手术。这表明,不同的手术方式对肾结石患者术后的性功能影响具有直接关系。在本研究中,治疗随访 6 个月后,观察组患者的勃起功能、患者及其配偶的性生活满意度及性功能质量评分与对照组相比,差异均具有统计学意义($P<0.05$),但两组性欲对比无差异($P>0.05$),与上述研究相类似。

综上可知,本次治疗采取 MPCNL 治疗的观察组在手术时间、手术出血量、住院时间、抑制并发症方面以及治疗后性功能质量评分均优于传统开放手术的对照组,表明 MPCNL 微创治疗复杂性肾结石的安全性与有效性确切,在今后相关临床上应广泛推广。

参 考 文 献

[1] 白玫,乔够梅,杏玲芝,等. 微创经皮肾镜取石术治疗小儿复杂性肾结石术后并发症的护理. 护士进修杂志,2012(7):620 - 621.

[2] 商昌欢. 经皮肾镜取石术微创治疗传统开刀术后复发的复杂性肾结石临床分析. 四川医学,2013,34(1):142 - 143.

[3] 徐桂彬. 微创经皮肾镜取石术联合输尿管软镜治疗复杂性肾结石临床系列研究. 南方医科大学,2013.

[4] 柳小龙,梁小东,王玉杰,等. 微创经皮肾镜(MPCNL)与开放手术在复杂性肾结石的治疗对比. 新疆医学,2014,44(6):62 - 63.

[5] 余兆雄,廖泽明,王超,等. 微创和标准通道经皮肾镜取石术治疗复杂性肾结石的疗效比较. 临床泌尿外科杂志,2010(11):812 - 814.

[6] 张雪培,郭旭,刁长会,等. mPCNL 双通道和单通道两期取石治疗复杂性肾结石的疗效比较. 临床泌尿外科杂志,2009(7):530 - 532.

[7] 廖松柏,于永刚,李学德,等. 微创经皮肾镜取石术治疗复杂性肾结石. 浙江临床医学,2011(4):361 - 363.

[8] 马宇杰,黄志远,杨建设,等. 微创经皮肾镜取石术治疗复杂性肾结石. 中国临床保健杂志,2010(4):402 - 403.

[9] Lunardi P, Timsit MO, Roumiguie M, et al. Single procedure treatment of complex nephrolithiasis: About a modern series of anatrophic nephrolithotomy. Progrès en urologie : journal de l' Association française d' urologie et de la Société française d' urologie,2015, 25(2): 90 - 95.

[10] Skolarikos A, Dellis A, Knoll TUreteropelvic obstruction and renal stones: etiology and treatment. Urolithiasis,2015, 43(1): 5 - 12.

[11] Süelözgen T, Budak S, Celik O, et al. Percutaneous nephrolithotomy in patients with a solitary kidney. Archivio italiano di urologia, andrologia : organo ufficiale [di] Societù italiana di ecografia urologica e nefrologica / Associazione ricerche in urologia,2014, 86(4): 253 - 256.

[12] 宋乐明,刘泰荣,杜传策,等. 经皮肾微造瘘吸引碎石清石鞘在微创经皮肾镜取石术中的应用. 临床泌尿外科杂志,2010,25(6):440 - 443.

[13] 李逊,李天,何永忠,等. 微创经皮肾镜取石术治疗肾脏鹿角型感染性结石的临床评价与风险防范. 临床泌尿外科杂志,2010,25(1):11 - 13.

[14] 杨山. 不同术式治疗输尿管上段结石的临床疗效和安全性. 中国性科学,2013,22(5):17 - 20.

[15] 毕革文. 斜卧位经皮肾镜超声气压弹道碎石在治疗复杂肾输尿管上段结石的临床应用及其对患者性功能等方面的影响研究. 中国性科学,2012,21(10):24 - 26.

(收稿日期:2014 - 12 - 29)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 - 1993.2015.10.010

女性生殖系统淋巴瘤的超声表现和病理特征分析

沈艳[1] 王方[2]

1 湖州市第一人民医院特检科,浙江 湖州 313000

2 湖州市第一人民医院妇产科,浙江 湖州 313000

【摘 要】 **目的:**分析女性生殖系统淋巴瘤的超声表现和病理特征。**方法:**回顾性分析 2012 年 1 月至 2014 年 1 月期间我院经手术及病理证实的 28 例女性生殖系统淋巴瘤患者的超声和病理特征。**结果:**对 28 例女性生殖系统淋巴瘤患者进行超声检查,结果显示 28 例患者共发 30 个病灶,其中 12 个病灶位于宫颈,12 个病灶位于卵巢,6 个病灶位于子宫体。其中 20 个病灶内部回声均匀,10 个病灶为极低回声,且所有的病灶均为后方回声增强,26 个病灶边界比较清晰,10 个宫颈病灶表现为叶状,10 个卵巢的病灶表现为椭圆形,所有子宫内膜均完整,且病灶宫体表现为弥漫性增大,其中 26 个病灶血流信号比较丰富。其中 28 例患者的病理结果表现为弥漫大 B 细胞非霍奇金淋巴瘤。**结论:**对于女性生殖系统淋巴瘤患者进行超声检查,其主要特征为后方回声增强、极低均匀性回声,且患者最终的诊断需要结合病理和临床。

【关键词】 女性生殖系统淋巴瘤;超声检查;病理特征

【第一作者简介】沈艳(1978 -),女,主治医师,主要从事超声影像临床工作。

Ultrasound manifestations and pathological features of female reproductive system lymphoma

SHEN Yan[1], *Wang Fang*[2]. *1. Clinical Laboratory, Huzhou First People's Hospital, Huzhou 313000, China; 2. Department of Obstetrics and Gynecology, Huzhou First People's Hospital, Huzhou 313000, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To analyze the ultrasound manifestation and pathological features of female reproductive system lymphoma. **Methods**: A retrospective analysis of 28 cases of female reproductive system lymphoma in our hospital from January 2012 to January 2014 was done to analyze the pathological features. **Results**: The ultrasound examination showed that there were 30 lesions in the 28 patients, including 12 lesions in the cervix, 12 lesions in the ovary and 6 lesions in the uterus, of which 20 lesions were with uniform internal echo, 20 lesions were with low echo and all lesions were with rear echo enhancement. The boundaries of 26 lesions were relatively clear, including 10 lobate cervical lesions in cervix, 10 oval lesions in ovary. All the uteruses were with integrity endometrium, and the corpus of the lesions showed diffuse increased, including 26 lesions with rich blood flow. Pathological results of 28 cases showed diffuse large B - cell non - Hodgkin's lymphoma. **Conclusion**: According to the ultrasound examination of female reproductive system lymphoma, its main features are the rear echo enhancement and low echo, and final diagnosis requires a combination of clinical pathology.

【**Key words**】 **Female reproductive system lymphoma; Ultrasound examination; Pathological features**

【**中图分类号**】 R167 【**文献标志码**】 A

原发性女性生殖系统淋巴瘤(primary female genital system lymphoma,PFGSL)属于结外型淋巴瘤,在临床中比较少见,仅占结外淋巴瘤的1%左右,在女性生殖系统恶性肿瘤中约占0.13%[1]。原发性女性生殖系统淋巴瘤的主要临床体征和主要临床症状与其他女性生殖系统的恶性肿瘤相似,临床比较容易造成误诊[2],因此为了加强对此病的了解和认识,于2012年1月至2014年1月期间对我院经手术及病理证实的28例女性生殖系统淋巴瘤患者的超声和病理特征进行了回顾性分析。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析2012年1月至2014年1月期间我院经手术及病理证实的28例女性生殖系统淋巴瘤患者的超声和病理特征。其中2例患者的卵巢和子宫体同时受到侵入。年龄为16~72岁,平均年龄为(46.09±17.98)岁。进行超声检查结果显示28例患者共30个病灶,其中12个病灶位于宫颈,6个病灶位于卵巢,且左右两侧各累及3个共12个,6个病灶位于子宫体。其中28例患者的病理结果表现为弥漫大B细胞非霍奇金淋巴瘤。

诊断标准:(1)经手术及病理证实的女性生殖系统淋巴瘤患者;(2)已签署知情书并自愿参加本项研究者。

排除标准:(1)不符合上述纳入标准者;(2)合并多种急慢性疾病和免疫系统疾病者;(3)严重精神疾病患者。

1.2 方法

(1)仪器:采用MyLab 90(意大利百胜彩超)、MyLab 60(意大利百胜彩超)、GE Logiq E9型(美国GE)彩色多普勒超声诊断仪,采用频率为3.5~5.0MHz的经腹部二维凸阵探头,频率为5.0~7.5MHz的经阴道腔内探头。(2)方法:嘱咐患者适度充盈膀胱后先进行腹部常规超声检查,对患者的子宫和双附件区,病灶的形态、位置、回声、大小、边界、后方回声等彩色多普勒血流成像特点和二维灰阶超声特点进行观察。至患者排空膀胱后采取截石位,采用经阴道超声扫查对患者的双侧附件区、子宫和病灶的情况进行检查。

2 结果

2.1 28例患者的临床表现

本文所选取的28例女性生殖系统淋巴瘤患者的发病部位多位于宫颈、卵巢和子宫体。其中4例子宫体淋巴瘤和10例卵巢淋巴瘤患者均存在无痛性的盆腔肿块,其中6例患者的卵巢淋巴瘤随着月经的改变而变化,8例患者的肿块直径>10cm。其中2例患者的卵巢和子宫体同时受到侵害并且伴有腹痛和腹部肿块。10例患者的阴道发生不规则出血,12例患者的宫颈淋巴瘤有接触性出血。

2.2 28例患者的超声表现

本文所选取的28例患者,经超声检查共检查出30个病灶。所有患者的病灶后方回声均增强,其中部分病灶表现为叶状且边界清晰。其中子宫体、宫颈、卵巢的病灶平均最大径线分别为(7.56±3.12)cm、(5.45±3.87)cm、(12.36±5.78)cm。见表1。

表1 女性生殖系统淋巴瘤的超声声像图特点

声像图特点	卵巢病灶数[n(%)]	宫颈病灶数[n(%)]	子宫体病灶数[n(%)]
内部回声			
均匀	8(66.67)	8(66.67)	4(66.67)
不均匀	4(33.33)	4(33.33)	2(33.33)
回声			
极低回声	8(66.67)	8(66.67)	4(66.67)
低回声	4(33.33)	4(33.33)	2(33.33)
边界			
清晰	10(83.33)	10(83.33)	6(100.00)
不清晰	2(16.67)	2(16.67)	0(0.00)
形状			
椭圆形	10(83.33)	2(16.67)	6(100.00)
分叶状	2(16.67)	10(83.33)	0(0.00)

续表

声像图特点	卵巢病灶数[n(%)]	宫颈病灶数[n(%)]	子宫体病灶数[n(%)]
后方回声			
增强	12(100.00)	12(100.00)	6(100.00)
无明显变化	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
肿块内部血流			
Ⅰ型	2(16.67)	2(16.67)	0(0.00)
Ⅱ型	8(66.67)	8(66.67)	
Ⅲ型	2(16.67)	2(16.67)	0(0.00)

注:肿块内部的血流丰富程度可以根据肿瘤断面内部血管的条数分为Ⅰ型、Ⅱ型和Ⅲ型。其中Ⅰ型为肿块周边可见短线状或星点闪烁状血流或无血流,肿瘤内部没有血流信号。Ⅱ型为肿瘤内部可见短线状或星点闪烁状血流信号,血管呈走形规则。Ⅲ型为肿瘤内部有网状或树枝状的血流,能够看到丰富的长条状或短条血流,血管走行杂乱、迂曲

3 讨论

女性生殖系统淋巴瘤属于外型淋巴瘤,在临床中比较罕见,发病部位主要为宫颈和卵巢,少数患者出现阴道、子宫体和外阴部受到累及[3]。女性生殖系统淋巴瘤主要临床表现为腹痛、腹部肿块,子宫体淋巴瘤和宫颈常表现为不规则的阴道出血,临床表现缺乏特异性[4]。常见的女性生殖系统淋巴瘤病理类型为 B 细胞来源的非霍奇金淋巴瘤,其中最常见为弥漫大 B 细胞非霍奇金淋巴瘤[5]。女性生殖系统淋巴瘤超声主要表现为内部回声均匀和近似囊肿的极低回声,所有病灶的后方回声均增强,有时病灶内部能够看到网络样的高回声,这与某些文献所报道的结外淋巴瘤的超声特征表现一致[6]。为了更好的研究女性生殖系统淋巴瘤的超声表现和病理特征,本文对 2012 年 1 月至 2014 年 1 月期间我院经手术及病理证实的 28 例女性生殖系统淋巴瘤患者的超声和病理特征进行了回顾性分析。

临床中对女性生殖系统淋巴瘤的诊断标准为:(1)女性生殖系统没有发现原病灶且数月后患者体内会出现远处病灶[7]。(2)肿瘤发生的位置是以女性生殖系统为主的,且肿瘤局限于女性生殖系统,可以对邻近淋巴结或邻近器官造成侵袭[8]。(3)患者以往没有淋巴瘤病史。(4)患者骨髓和外周血并未出现任何异常状况[9]。(5)经病理形态学观察和证实为淋巴瘤[10]。本文所选取的 28 例女性生殖系统淋巴瘤患者均符合上述诊断标准。文中对 28 例女性生殖系统淋巴瘤患者进行超声检查,结果显示 28 例患者共发 30 个病灶,其中 12 个病灶位于宫颈,12 个病灶位于卵巢,6 个病灶位于子宫体。其中 20 个病灶内部回声均匀,10 个病灶为极低回声,且所有的病灶均为后方回声增强,26 个病灶边界比较清晰,10 个宫颈病灶表现为叶状,10 个卵巢的病灶表现为椭圆形,所有子宫内膜均完整,且病灶宫体表现为弥漫性增大,其中 26 个病灶血流信号比较丰富。28 例患者的病理结果表现为弥漫大 B 细胞非霍奇金淋巴瘤。女性生殖系统淋巴瘤病理表现为肿瘤组织是由弥漫分布大小比较一致的淋巴细胞、弥漫分布单一类型构成的,与后方回声增强和均匀性极低回声的超声表现比较吻合[11]。同时在其病理切片上可见胶原组织和纤维增生并分割肿瘤细胞呈巢团样的结构,这与声像图网络样的高回声相对应[12]。因为病灶的不同女性生殖系统淋巴瘤的超声表现具有不同的特点,卵巢淋巴瘤表现为边界清晰且呈椭圆形,这可能是由于瘤组织均有膨胀的生长且瘤体有完整的包膜[13]。瘤组织的超声表现和病理基础与宫颈癌不同,这是由于瘤组织起源于宫颈间质,宫颈癌起源于腺上皮细胞或宫颈林状上皮细胞,多呈浸润性生长[14]。子宫体淋巴瘤宫体内膜没有受到破坏,弥漫性不断增多,其病理基础为宫体中的瘤细胞表现为弥漫浸润性生长,因而对宫体结构和内膜的侵犯较少。因此淋巴瘤与其他宫体内的恶性肿瘤的重要不同为其子宫内膜是完整的[15,16]。

综上所述,对于女性生殖系统淋巴瘤患者进行超声检查,其主要特征为后方回声增强、极低均匀性回声,且患者最终的诊断需要结合病理和临床。

参 考 文 献

[1] 张红娟,许传杰,沈卫章,等. 原发性女性生殖系统淋巴瘤一例. 白血病·淋巴瘤,2013,22(4):254 - 255.

[2] Bronden LB, Nielsen SS, Toft N, et al. Data from the Danish Veterinary Cancer Registry on the occurrence and distribution of neoplasms in dogs in Denmark.. The Veterinary Record, 2010, 166(19): 586 - 590.

[3] 孙莉红. 女性生殖系统原发性恶性淋巴瘤 2 例分析. 中国当代医药,2013,20(35):140 - 141.

[4] Bohle W, Meier C, Zoller WG, et al. Validity of endoscopic ultrasonography - guided fine needle aspiration of mediastinal and abdominal lymph nodes in daily clinical practice [Endosonographisch gesteuerte Feinnadelpunktion bei mediastinalen und abdominellen Lymphknotenvergr?? erungen: Ergebnisse im klinischen Alltag]. DMW,2013,138(9):412 - 417.

[5] 韩肖燕,王慧英,吴珊珊,等. 双侧卵巢伯基特淋巴瘤一例报告及文献复习. 中华妇产科杂志,2013,48(6):464 - 466.

[6] 李强,原韶玲,翟建敏,等. 女性生殖系统淋巴瘤的超声表现和病理特征分析. 中华超声影像学杂志,2013,22(7):599 - 601.

[7] 朱劲松,张秀彩,毕学汉,等. 原发性子宫及双侧附件恶性淋巴瘤一例并文献复习. 中国医师进修杂志,2013,36(21):76 - 77.

[8] 邹姮,傅璟. 原发女性生殖系统恶性淋巴瘤研究进展. 实用妇产科杂志,2011,27(5):339 - 341.

[9] 张秀萍,景东丽,国玉寒. 聚甲酚磺醛溶液治疗女性生殖器尖锐湿疣 20 例临床观察. 中国性科学,2010,19(6):34,36.

[10] 吴圆圆,牛家增,周慧杰,等. 原发性子宫内膜非霍奇金淋巴瘤(T 细胞)1 例. 中国临床医学影像杂志,2012,23(12):909 - 910.

[11] 黄裕,李敏,姜青明,等. 原发性子宫恶性淋巴瘤病例报告. 重庆医科大学学报,2011,36(8):1018 - 1019.

[12] 徐淑芬,白海,王存邦,等. 原发性卵巢非霍奇金淋巴瘤 2 例及文献复习. 临床血液学杂志,2011,24(1):58 - 60.

[13] 李洪洲. 妊娠合并淋巴瘤的研究进展. 医学综述,2014,20(10):1792 - 1794.

[14] 马捷,石群立,周航波,等. 原发性女性生殖道恶性淋巴瘤 19 例临床病理分析. 医学研究生学报,2010,23(9):938 - 942.

[15] 刘丽超,刘立鑫. 女性生殖系统支原体培养与药物敏感性分析. 中国性科学,2012,21(8):40 - 41,44.

[16] 欧阳周,易平勇,孙中义,等. 培门冬酶治疗结外 NK/T 细胞淋巴瘤的疗效及安全性分析. 中国全科医学,2014(18):2136 - 2138.

(收稿日期:2014 - 12 - 19)

·性医学·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.10.011

阴茎皮片/口腔黏膜移植物尿道成形术治疗尿道狭窄预后的Meta分析

葛鹏 杨新宇 王子成 喻希 林健△

北京大学第一医院泌尿外科,北京大学泌尿外科研究所,北京 100034

【摘 要】 **目的:**比较评价阴茎皮片/口腔黏膜移植物尿道成形术治疗尿道狭窄优劣。**方法:**利用数据库Medline,EMbase,Cochrane library,Web of Science,Scopus和中国生物医学文献数据库,检索关于阴茎皮片/口腔黏膜移植物尿道成形术治疗尿道狭窄临床研究文章,提取资料,应用State12.0进行Meta分析。**结果:**纳入10个非随机对照研究和1个随机对照试验,共699人。唯一的随机对照试验显示,口腔黏膜组与阴茎皮片组成功率差别无统计学意义(90.5% vs 87.5%,$P=0.07$)。非随机对照研究Meta分析表明,口腔黏膜组优于阴茎皮片组(RR=0.86,95% CI 0.77-0.96,$P=0.008$)。按手术方式亚组分析表明,采用背侧镶嵌尿道成形术,口腔黏膜与阴茎皮片效果相当(RR=0.90,95% CI:0.77-1.06)。**结论:**阴茎皮片移植物与口腔黏膜游离移植物在前尿道狭窄一期背侧镶嵌成形术中效果相当,皆可选择。但此结论仍需大样本随机对照试验进一步证实。

【关键词】 尿道狭窄;尿道成形术;口腔黏膜;阴茎皮片;移植物;Meta分析

Penile skin/buccal mucosa graft urethroplasty for urethral stricture: a meta-analysis

GE Peng, YANG Xinyu, WANG Zicheng, YU Xi, LIN Jian△. Department of Urology, Peking University First Hospital, Institute of Urology of Peking University, Beijing 100034, China

【**Abstract**】 **Objectives**: To compare and assess the efficacy of penile skin graft (PSG)/buccal mucosa graft (BMG) urethroplasty in the treatment of urethral stricture. **Methods**: Related papers on the use of PSG/BMG urethroplasty in the reconstruction of urethral defect associated with urethral stricture were searched via Medline, EMbase, Cochrane library, Web of Science, Scopus and CBMDISC. The data extracted from eligible studies were pooled using Stata 12.0 software. **Results**: A total of 11 studies, including 10 non-randomized studies and a randomized controlled trial, involving 699 patients, were included. The randomized controlled trial demonstrated that success rate of BMG was 90.5% versus 87.5% of PSG ($P=0.07$). Meta-analysis of non-randomized studies showed overall success rate of urethroplasty with BMG was better than PSG (RR=0.86, 95% CI 0.77-0.96, $P=0.008$). Subgroup analysis by surgery indicated dorsal-onlay urethroplasty with PSG or BMG had a similar overall success rate (RR=0.90, 95% CI: 0.77-1.06). **Conclusion**: One-stage dorsal-onlay urethroplasty with PSG or BMG has a comparable success rate in the treatment of anterior urethral stricture. Additional high-quality and large-scale randomized controlled trials are warranted to further validate these conclusions.

【**Key words**】 **Urethral stricture; Urethroplasty; Mouth mucosa; Penis skin; Graft; Meta-analysis**

【中图分类号】 R167 【文献标志码】 A

尿道狭窄(urethral stricture)是泌尿外科的常见病,在工业化国家,发病率约为0.9%(6897/100000)[1]。对于短的、非复杂的尿道狭窄,内镜治疗在短期改善尿流率方面往往能取得不错的效果,然而,对于较长、复杂病例,开放性尿道成形术目前仍被视为治疗尿道狭窄的金标准[2]。

1914年,Russell等[3]首次报道了尿道重建在治疗尿道狭窄中的应用。1953年,Presman等[4]率先提出运用包皮全厚游离皮片进行尿道球部重建。1963年,Devine等[5]报道了包皮游离皮片在尿道下裂患者成功应用后,游离皮片技术在尿道狭窄中的应用得到了极大推广。相当长一段时间,包皮游离皮片/皮瓣被认为是尿道替代术的"金标准"[6]。在包皮片作为尿道修复材料被首次提出的近40年后,Burger等[7]将尿道狭窄修复材料扩展到口腔黏膜,极大地丰富了尿道替代组织的来源。

目前,阴茎皮片游离物(penile skin graft, PSG)和口腔黏膜游离物(buccal mucosa graft, BMG)是治疗尿道狭窄最为常用的尿道成形替代物[8,9]。然而,在尿道狭窄治疗中,PSG和BMG孰优孰劣,尚不清楚[10-18]。本研究主要应用循证医学的原理和方法,全面且系统地分析了PSG(包括包皮片)及BMG尿道成形术的结果,旨在为尿道狭窄的临床治疗提供参考依据。

【第一作者简介】葛鹏(1988-),男,硕士研究生,主要从事泌尿外科临床诊治及研究工作。

杨新宇(1967-),女,副主任医师,主要研究方向为泌尿病理。

△【通讯作者】林健,主任医师、硕士研究生导师,Email:linjianbj@163.com

1 资料与方法

1.1 问题的定义

1.1.1 研究对象 临床诊断为尿道狭窄的男性患者。

1.1.2 干预措施 尿道成形术(PSG 尿道成形术和 BMG 尿道成形术)。规定,PSG(包括包皮片)组为研究组,BMG 组为对照组。

1.1.3 结局 两种手术的成功率。成功定义为:术后没有因梗阻症状需要再次行外科治疗,包括尿道扩张、尿道内切开等。可自行愈合的尿瘘不认为是手术失败。

1.1.4 研究类型 已公开发表的随机或半随机对照研究,前瞻性或回顾性队列研究、病例对照研究。

1.2 纳入和排除标准

纳入标准:公开发表的比较 PSG 和 BMG 尿道成形术的预后研究;手术描述清楚(如手术方式、手术部位);两组纳入病例数均不小于两例。排除标准:PSG 或 BMG 成形术联合带蒂皮瓣(flap)尿道成形术;PSG 组与 BMG 组采用不同术式(不同术式使两组数据可比性降低);PSG 组与 BMG 组狭窄部位不同;明显重复发表的文章;单纯尿道下裂修复手术(尿道下裂手术失败导致的尿道狭窄而再次手术者不排除);报告病例病因全部为硬化性苔藓样病;失访率≥30%。若同一人群存在重复发表,仅最新/最全/信息齐全的研究纳入分析。硬化性苔藓样病为一种皮肤疾病,包皮和阴茎皮肤可能已有病变或潜在病变,游离生殖器皮肤作为硬化性苔藓样病所致狭窄尿道修复替代物,由于再狭窄率高,已遭弃用[19]。口腔黏膜可以应用于此种情况。为了避免高估口腔黏膜在尿道成形术中的作用,对于报告病例全部为硬化性苔藓样病文献,我们予以排除[20]。

1.3 文献检索

计算机检索数据库 Medline(1946 ~ 2014 on OVID)、EMbase(1972 ~ 2014 on OVID)、Cochrane library(Issue 9 of 12, June 2014), Web of Science(1900 – 2014,核心合集),Scopus(所有年份至今), 和中国生物医学文献数据库(1978 – 2014, CBMDISC)。最后一次检索时间为 2014 年 10 月 25 日。检索词考虑到尿道狭窄"urethral stricture/urethral stenosis",尿道成形术"urethroplasty/urethral reconstruction",口腔黏膜"mouth(cheek/oral/buccal/lip/labial) mucosa",阴茎皮片"foreskin(prepuce)/ skin transplantation/penile(preputial) skin"各种表达形式。未限定文献语种,手工检索入选文献的参考文献以扩大检索。运用 Endnote X6 进行文献管理。

1.4 研究的方法学质量评价

随机或半随机对照研究参考 JADAD/Grade 评分、前瞻性或回顾性队列研究/病例对照研究参考 Newcastle – Ottawa(NOS)评价清单,质量评估由双人独立完成。

1.5 数据提取

用设计好的表格提取资料。提取的条目主要是:研究类型、患者年龄、狭窄原因、狭窄部位、狭窄长度、手术方式、随访时间、术后成功/失败人数、术后并发症等。若一篇文献中报道多种术氏,PSG 组和 BMG 组数据按手术方式、狭窄部位分别提取,以减少不同手术之间差异造成的影响。手术方式主要有背侧镶嵌(dorsal onlay,DO)、腹侧镶嵌(ventral onlay, VO)、侧面镶嵌(lateral onlay,LO)、扩大吻合修复术(augmented anastomotic repair,AAR)、Ascope 术[18]等。所有数据双人提取,交叉核对,意见不一致时由第三人评估。

1.6 统计分析

纳入文献采用 Stata 12.0 进行分析,以 RR 为效应评价指标,使用 Q 检验对所包含研究的异质性做定性评价,$P < 0.10$,认为多个研究异质性具有统计学意义,选择随机效应模型,反之,选择固定效应模型。同时应用 I^2 检验对研究间异质性定量分析,$I^2 > 50\%$ 认为异质性较明显[21]。按照作者、手术方式、狭窄部位不同进行亚组分析。倒漏斗图,Egger 检验和 Begg 检验检测发表偏倚。敏感性分析考察单项研究对综合病效应的影响。

2 结果

2.1 检索结果及数据特征

文献筛选流程见图 1。六个数据库中共检索出 640 条记录,去重 269 条,通过浏览题目和摘要,排除 341 篇文献,40 篇文献获取全文(其中 10 篇来自参考文献手工检索),最终纳入 9 篇文献,按照手术方式和狭窄部位不同共提取 11 组研究数据。见表 1。11 个研究发表于 1998 至 2014 年间,共纳入 699 例患者,PSG 组 239 例,BMG 组 460 例,两组总成功率分别为 79.1% 和 83.5%。在提取的 11 个研究中,应用最多的术式为 DO 7 个(63.4%),其次 AAR 2 个。9 个研究是关于尿道球部修复,剩余 2 个研究为阴茎部和球部 – 阴茎部。9 个研究提供充足信息可供进行质量评价,3 个研究评价为 5 星,6 个研究评价为 6 星,表明研究总体质量不高。见表 1。

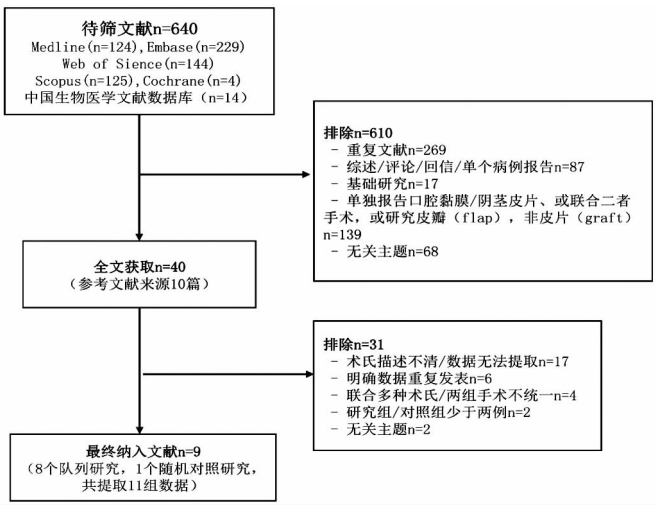

图 1 文献筛选和选择流程图

2.2 初步分析结果解释

所纳入研究中仅一个随机对照试验[15],其余均为队列研究。考虑到研究类型的不同,我们对于仅有的随机对照试验进行描述,其余队列研究进行合并分析。Hussein 等[15]报道的随机对照研究共纳入 45 例球部 – 阴茎部狭窄患者,随机分配到 PSG 组(24 人)和 BMG 组(21 人),所有患者均行 DO 尿道成形术。两组病例术前狭窄长度($P = 0.16$)、术后随访时间($P = 0.09$)均无统计学差别,PSG 组手术时间明显短于 BMG 组(121 min vs 132 min,$P = 0.04$),具有统计学意义。至随访终点 PSG 组再狭窄 3 例(12.5%),BMG 组再狭窄 2 例(9.5%),差别无统计学意义($P = 0.07$)。说明 PSG 和 BMG 在腹侧尿道镶嵌成形术治疗尿道球部 – 阴茎部狭窄效果相当。

表 1 纳入研究基本资料

编号	纳入文献	发表年份	国家	纳入病例时间跨度	手术方式(例数)		狭窄位置	阴茎皮片		口腔黏膜		质量评价(星数)
					阴茎皮片	口腔黏膜		成功例数(%)	失败例数(%)	成功例数(%)	失败例数(%)	
1	Barbagli[12]	1998	意大利	1994 – 1997	DO(31)	DO(6)	球部	28(90.3)	3(9.7)	6(100)	0(0)	5
2	Raber[10]	2005	意大利	1998 – 2003	DO(17)	DO(13)	球部	13(76.5)	4(23.5)	11(84.6)	2(15.4)	5
3	Lumen[11]	2008	比利时	2000 – 2004	VO(33)	VO(8)	球部	31(93.9)	2(6.1)	7(87.5)	1(12.5)	6
4	Barbagli[18]	2008	意大利	NA	Asopa(23)	Asopa(22)	阴茎部	18(78.3)	5(21.7)	18(81.8)	4(18.2)	6
5	Tran[13]	2010	瑞士	1998 – 2005	DO(20)	DO(15)	球部	15(75)	5(25)	11(73.3)	4(26.7)	–
6	Regueiro[14]	2013	西班牙	2005 – 2010	DO(5)	DO(8)	球部	5(100)	0(0)	6(75)	2(25)	5
7	Granieri[16]	2014	美国	1996 – 2011	DO(6)	DO(14)	球部	6(100)	0(0)	14(100)	0(0)	6
8	Granieri[16]	2014	美国	1996 – 2011	AAR(37)	AAR(103)	球部	29(78.4)	8(21.6)	97(94.2)	6(5.8)	6
9	Barbagli[17]	2014	意大利印度	1994 – 2007	AAR(DO,10)	AAR(DO,24; VO,9)	球部	2(20)	8(80)	19(57.6)	14(42.4)	6
10	Barbagli[17]	2014	意大利印度	1994 – 2007	DO(33)	DO(81),LO(6) VO(130)	球部	21(63.6)	12(36.4)	176(81.1)	41(18.9)	6
11	Hussein[15]※	2014	埃及	2008 – 2012	DO(24)	DO(21)	球部 – 阴茎部	21(87.5)	3(12.5)	19(90.5)	2(9.5)	–

注:DO:dorsal onlay 背侧镶嵌;VO:ventral onlay 腹侧镶嵌;LO:lateral onlay 侧面镶嵌;Asopa:Ascope 术,详见参考文献;AAR:augmented anastomotic repair 扩大吻合修复术;NA:not available 数据不可得

※RCT,随机对照试验

应用 Stata 12.0 对其余 10 个研究数据进行 Meta 分析。首先,我们进行研究间异质性检验, Q 统计量(χ^2 = 9.60, P = 0.29)和 I^2(16.7%)检验均表明异质性检验无统计学意义,选用固定效应模型。Granieri 的研究[16]由于两组成功率都为 100%,在合并分析中被排除,其余 9 个研究,有 8 个研究的 RR 的 95% CI 均跨过"无差异线",差异无统计学意义,认为 PSG 与 BMG 尿道成形术效果相同。然而,合并的 RR = 0.86, 95% CI 0.77 – 0.96,表明 PSG 效果劣于 BMG 效果,差别具有统计学意义(P = 0.008)。见图 2A。

2.3 亚组分析

我们按照作者、手术方式和手术部位不同,进行亚组分析。表 2 展示了亚组分析的结果。所纳入的 10 个研究中,Barbagli 为作者有 4 个,占比 40%。我们将 Barbagli 发表的研究归为一组进行亚组分析。Barbagli 的 4 个研究合并结果仍旧支持 BMG 优于 PSG 这一观点(RR = 0.80,95% CI:0.66 – 0.96),然而,其余研究的合并结果表明 BMG 与 PSG 相比并无明显优势(RR = 0.92,95% CI: 0.81 – 1.05)。

手术方式亚组分析表明,采用 DO 术式两种游离物效果相同(RR = 0.90,95% CI:0.77 – 1.06);若采用 AAR 术式,BMG 效果好于 PSG(RR = 0.76,95% CI:0.62 – 0.93)。

2.4 敏感性分析

我们考察单项研究对综合效应的影响,每次剔除一个研究,将剩余的研究进行合并。剔除任一研究,剩余的 9 个研究合并效应量的点估计都落在总的合并效应量 95% CI 之内,表明单个研究对合并结果的影响不大。

2.5 发表偏倚

对纳入研究应用 LogRR 为指标进行"漏斗图"分析,图形基本对称,表明不存在发表偏倚。我们进一步用 Egger 检验和 Begg 检验检测发表偏倚,两者都表明不存在发表偏倚,P 值分别为 0.91 和 0.60。见图 2B。

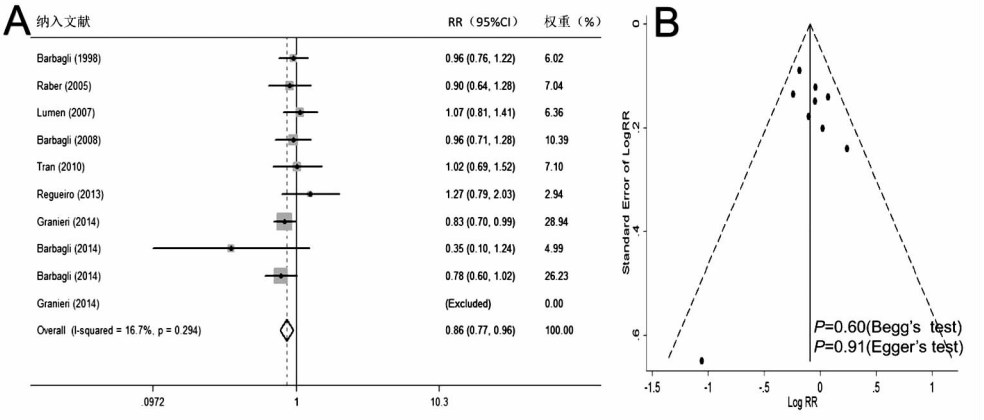

图 2 PSG 组与 BMG 组术后成功率比较森林图(A)和漏斗图(B)

表 2 亚组分析结果

	研究个数	合并 RR (95% CI)	Chi^2 (P)	I^2
作者				
Barbagli	4	0.80(0.66 – 0.96)	5.40(0.15)	44.4%
其他	6	0.92(0.81 – 1.05)	4.51(0.34)	11.4%
手术方式				
DO	6	0.90(0.77 – 1.06)	3.48(0.48)	0.0%
AAR	2	0.76(0.62 – 0.93)	2.45(0.12)	59.2%
VO	1	1.07(0.81 – 1.41)	–	–
ASOPA	1	0.96(0.71 – 1.28)	–	–
狭窄部位				
球部	9	0.85(0.76 – 0.96)	9.66(0.21)	27.5%
阴茎部	1	0.96(0.71 – 1.28)	–	–

3 讨论

临床上,前尿道狭窄较后尿道狭窄更为常见[22]。本研究纳入的所有文献均为前尿道狭窄一期修复。导致尿道狭窄的原因据部位不同而异,其中尿道球部狭窄最常见原因为创伤性和医源性损伤,而引起阴茎部尿道狭窄病因往往是硬化性苔藓样病[23]。除外病因,手术方式[24]、狭窄部位[25]、狭窄长度、患者年龄[14]、随访时间长短等,都可能是影响尿道成形术预后的因素。

随机对照试验可以平衡两组间的混杂影响,被认为是临床试验的"金标准",可惜的是,在纳入的 11 个研究中,仅有一个随机对照试验。该研究表明 PSG 和 BMG 在修复球部 – 阴茎部狭窄中作用相当,差别无统计学意义。对于另外的非随机对照试验,为了尽可能使数据具有可比性,我们在提取数据时,综合考虑了狭窄原因、手术方式和狭窄部位等,将数据分开提取,只提取记录详细的数据。联合各种术式的研究,使结果难以解释,我们予以舍弃。然而,10 个非随机对照研究的合并结果表明,BMG 优于 PSG。这与随机对照研究的结果存在不一致。通过进一步分析数据发现,仅有的一个随机对照研究,探讨的是 DO 术式,而我们提取的术式包含了 DO、AAR、Asapo、VO 等多种术式,为了降低各种术式对结果造成的可能影响,我们进行了亚组分析。在只含有 DO 术式的 6 个研究中,合并结果亦说明 BMG、PSG 在尿道成形中效果相当,差别并无统计学意义。由此推断,不同术式可能是导致文献报道存在不一致的原因之一。这提示我们在分析尿道狭窄预后情况时,同时需要考虑手术方式的影响。AAR 亚组中表明 BMG 效果好于 PSG,然而考虑到此分析只纳入了两个研究,确切的结果仍需要进一步研究。

另外一个有意思的发现是,来自 Barbagli 组的数据较多,按照作者的亚组分析的结果显示 Barbagli 组仍旧支持 BMG 修复优于 PSG 修复这一观点,然而,其余研究的合并结果表明 BMG 与 PSG 相比并无明显优势。有以下几个可能原因来解释这一矛盾结果。其一是,Barbagli 组发表的数据共包含 PSG 修复患者 97 人,BMG 患者 278 人,BMG 修复组患者是 PSG 组近三倍,然而其余 6 个研究共报道的 PSG 和 BMG 患者却基本相等(118 和 167)。说明 Barbagli 组更倾向于选择 BMG,这可能是造成偏倚的原因之一。除此之外,手术方式可能是潜在的影响因素,Barbagli 组较其余 6 组合并数据手术方式更为多样。

镶嵌尿道成形术(onlay urethroplasty)在治疗尿道狭窄上应用较广,主要包括 DO、VO 和 LO 三种术式,其中前两种在临床应用最多。Wang 等[25]在一篇 Meta 分析中指出,VO 尿道成形术劣于 DO,球部尿道狭窄较其他部位更适合行移植物镶嵌尿道成形术。然而这一结论仍值得商榷(http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/cldare/articles/DARE – 12009110408/frame.html)。随后发表的一些研究中,报道了 DO 和 VO 相当的效果[24]。尽管目前关于 DO 和 VO 疗效比较的结论尚不明确,不过,DO 较 VO 相比具有以下几点优势[14, 26]:(1)阴茎海绵体背侧相对稳固、平整,移植物缝合固定确切;(2)白膜血供丰富,移植物易于存活;(3)降低尿道小囊、憩室、尿瘘等的发生率;(4)减少阴茎海绵体出血;(5)由于背侧疤痕组织相对较少,对于背侧术后再次狭窄者,此术式仍然适用。

对于尿道狭窄手术,有两个问题值得注意。其一是如何及时发现手术失败并及早处理。Andrich 等[17]指出,尿流率并非是及早发现手术失败的有效方法,因为只有尿道狭窄到一定程度的时候,才能反映到尿流率的降低,此时监测到的手术失败往往有滞后,因此作者建议应适时考虑内镜检查。与此相反,Erichson 等[17, 27, 28]认为尿流率是评估尿道狭窄术后患者再狭窄的有效手段,因为其不光具有无创、患者易于接受的特点,还具有很高的敏感性。笔者在临床实践中,对于术后随访的患者首先考虑尿流率检查,详细记录检查结果,动态监测其变化,若尿流率有持续降低的趋势(排除拔出尿管后的前两次检查),且降幅较大,即使尿流率尚未降到 15mL/s 以下,我们倾向于及早行尿道扩张或内镜检查。另外一个值得探讨的问题是如何去评价手术成功,尿道狭窄术后患者如何确定随访终点。Barbagli 等[17]近期发表于 The Journal of Urology 上的文章报道了 359 例前尿道狭窄行替代术的预后情况,最短随访时间为 6 年。文章指出,手术失败多发生在术后 5 年内,描述术后预后情况的 Kaplan – Meier 曲线 5 年以后变得平坦。该研究作者建议术后前 2 年应 0.5 年行 1 次尿流率检查,然后 1 年 1 次,直到第 7 年,7 年以后患者可视为手术成功,是否继续随访取决于患者。

需要指出的是,本研究所纳入研究,大多数(10/11)为观察性研究,尽管我们在提取数据时综合考虑了狭窄原因、手术方式和狭窄部位等,但是仍无法避免观察性研究存在选择偏倚及其他混杂偏倚,且目前能纳入研究的总人数较少,随访时间差别较大,故结果需要更大样本量的随机对照试验去进一步证实。在临床应用中需综合考虑 PSG 和 BMG 的优缺点,按照个体化的原则选择。PSG 修复具有手术用时更少、无需口腔二处手术等优点。BMG 具有黏膜剥离容易,有弹性和抗感染的特点;对于长段尿道狭窄,依然适用,可以双颊取材,拼接修复;避免应用 PSG 修复造成外生殖器,皮片取材部位瘢痕形成,影响外观等[29]。除此之外,纳入的所有研究都是前尿道狭窄一期成形,对于后尿道狭窄/全尿道狭窄、二期尿道成形术的治疗效果,两种修复材料是否存在差别,无法给出确切的答案。下一步研究的重点,应该着眼于(1)不同手术方式之间预后是否相同;(2)不同狭窄部位移植物尿道成形术效果是否相同;(3)一期、二期尿道成形术尿道替材料效果是否具有可比性;(4)对于自体组织来源不足的患者,探讨组织工程材料应用的可

能性[30]。

综上所述,目前的 meta 分析结果显示口腔黏膜移植物与阴茎游离皮片移植物在前尿道狭窄一期背侧镶嵌成形术(one - stage dorsal - onlay urethroplasty)中效果相当,皆可选择。但此结论仍需大样本随机对照试验进一步证实。

参 考 文 献

[1] Anger JT, Buckley JC, Santucci RA, et al. Trends in stricture management among male Medicare beneficiaries: underuse of urethroplasty. Urology, 2011, 77(2):481 - 485.

[2] Waxman SW, Morey AF. Management of urethral strictures. Lancet, 2006, 367(9520):1379 - 1380.

[3] Iselin CE, Webster GD. Dorsal onlay graft urethroplasty for repair of bulbar urethral stricture. J Urol, 1999, 161(3):815 - 818.

[4] Presman D, Greenfield DL. Reconstruction of the perineal urethra with a free full - thickness skin graft from the prepuce. J Urol, 1953, 69(5):677 - 680.

[5] Devine PC, Horton CE, Devine CS, et al. Use of Full Thickness Skin Graft in Repair of Urethral Strictures. J Urol, 1963(90):67 - 71.

[6] Barbagli G, Lazzeri M. Penile urethral stricture reconstruction - flap or graft Graft. J Urol, 2011, 186(2):375 - 376.

[7] Burger RA, Muller SC, El - Damanhoury H, et al. The buccal mucosal graft for urethral reconstruction: a preliminary report. J Urol, 1992, 147(3):662 - 664.

[8] Mangera A, Chapple C. Management of anterior urethral stricture: an evidence - based approach. Curr Opin Urol, 2010, 20(6):453 - 458.

[9] Patterson JM, Chapple CR. Surgical techniques in substitution urethroplasty using buccal mucosa for the treatment of anterior urethral strictures. Eur Urol, 2008, 53(6):1162 - 1171.

[10] Raber M, Naspro R, Scapaticci E, et al. Dorsal onlay graft urethroplasty using penile skin or buccal mucosa for repair of bulbar urethral stricture: results of a prospective single center study. Eur Urol, 2005, 48(6):1013 - 1017.

[11] Lumen N, Browaeys H, Hoebeke P, et al. Ventral onlay graft urethroplasty using genital skin or buccal mucosa in the treatment of bulbar strictures: A retrospective analysis of 41 cases. Current Urology, 2008, 2(1):10 - 14.

[12] Barbagli G, Palminteri E, Rizzo M. Dorsal onlay graft urethroplasty using penile skin or buccal mucosa in adult bulbourethral strictures. J Urol, 1998, 160(4):1307 - 1309.

[13] Tran S, Fateri F, Venzi G, et al. Long - term follow - up of dorsal onlay graft urethroplasty using penile skin or buccal mucosa in adult bulbar urethral strictures. European Urology, Supplements, 2010, 9(2):143.

[14] Regueiro JC, Carrasco JC, Alvarez J, et al. Surgical treatment options in bulbar urethral stenosis. Actas Urol Esp, 2013, 37(3):167 - 173.

[15] Hussein M, Zaki M, Gamal W, et al. Dorsal onlay skin graft versus buccal mucosal graft for repair of long anterior urethral stricture; A prospective randomized study. Journal of Urology, 2014(1):390.

[16] Granieri MA, Webster GD, Peterson AC. The evolution of urethroplasty for bulbar urethral stricture disease: lessons learned from a single center experience. J Urol, 2014, 192(5):1468 - 1472.

[17] Barbagli G, Kulkarni SB, Fossati N, et al. Long - term followup and deterioration rate of anterior substitution urethroplasty. J Urol, 2014, 192(3):808 - 813.

[18] Barbagli G, Morgia G, Lazzeri M. Retrospective outcome analysis of one - stage penile urethroplasty using a flap or graft in a homogeneous series of patients. BJU Int, 2008, 102(7):853 - 860.

[19] Pugliese JM, Morey AF, Peterson AC. Lichen sclerosus: review of the literature and current recommendations for management. J Urol, 2007, 178(6):2268 - 2276.

[20] Lumen N, Oosterlinck W, Hoebeke P. Urethral reconstruction using buccal mucosa or penile skin grafts: systematic review and meta - analysis. Urol Int, 2012, 89(4):387 - 394.

[21] Higgins JP, Thompson SG, Deeks JJ, et al. Measuring inconsistency in meta - analyses. BMJ, 2003, 327(7414):557 - 560.

[22] Tritschler S, Roosen A, Fullhase C, et al. Urethral stricture: etiology, investigation and treatments. Dtsch Arztebl Int, 2013, 110(13):220 - 226.

[23] 岳中瑾. 前尿道狭窄的病因和治疗. 现代泌尿外科杂志, 2012(3):222 - 224.

[24] Jinga V, Hurduc M, Voinescu V, et al. Ventral buccal mucosa graft urethroplasty for penile urethral strictures: a predictable failure. Chirurgia (Bucur), 2013, 108(2):245 - 249.

[25] Wang K, Miao X, Wang L, et al. Dorsal onlay versus ventral onlay urethroplasty for anterior urethral stricture: a meta - analysis. Urol Int, 2009, 83(3):342 - 348.

[26] 缪勋忠, 王坤杰, 王莉, 等. 腹侧/背侧移植物镶嵌尿道成形术治疗尿道狭窄. 中国循证医学杂志, 2008, 8(3):182 - 189.

[27] Erickson BA, Breyer BN, McAninch JW. The use of uroflowmetry to diagnose recurrent stricture after urethral reconstructive surgery. J Urol, 2010, 184(4):1386 - 1390.

[28] Erickson BA, Breyer BN, McAninch JW. Changes in uroflowmetry maximum flow rates after urethral reconstructive surgery as a means to predict for stricture recurrence. J Urol, 2011, 186(5):1934 - 1937.

[29] Barbagli G, Sansalone S, Djinovic R, et al. Current controversies in reconstructive surgery of the anterior urethra: a clinical overview. Int Braz J Urol, 2012, 38(3):307 - 316.

[30] 林健, 张明华, 谌诚, 等. 异种真皮去细胞基质在尿道重建中的临床应用. 中华泌尿外科杂志, 2012, 33(2):143 - 145.

(收稿日期:2015 - 03 - 06)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 – 1993.2015.10.012

Efficacy and safety of tamsulosin on treating benign prostatic hyperplasia: a systematic review and updated meta – analysis

AN Qi[1,2★], LIU Dezhong[2★], CHEN Yiran[3★], Russell Smith[4★], LIU Ang[4★], ZOU Lian[2△]. 1. Department of Urology, the Second Artillery General Hospital of People's Liberation Army, Beijing 100088, China; 2. Soochow University, the Postgraduate Training Base of the Second Artillery General Hospital of People's Liberation Army, Beijing 100088, China; 3. Department of Hematology, Zhujiang Hospital of Southern Medical University, Guangzhou 510282, China; 4. Department of Urology, Auckland City Hospital, Auckland 1142, New Zealand

【**Abstract**】 To systematically update and review the efficacy and safety of different dosages of tamsulosin treatments on lower urinary tract symptoms (LUTS) in male benign prostatic hyperplasia (BPH) patients to provide more reliable evidence for the use of tamsulosin. **Methods**: Relevant paper in PubMed (1966 – May 2014), Embase (1974 – May 2014), the Cochrane Library Database (2014, Issue 5) and China National Knowledge Infrastructure (CNKI) (1995 – 2014) were reviewed. The assessed outcome measures included international Prostate Symptom Score (IPSS) / Boyarsky symptom score, quality of life (QOL) score, maximum flow rate (MFR/Q_{max}) and AEs (adverse events). Two authors independently assessed the study quality and extracted data. All data were analyzed through RevMan 5.2. The meta – analysis included ten randomized controlled trials and the study durations ranged from 4 weeks to 12 weeks. **Results**: The pooled results showed that the change in the tamsulosin group was significantly higher than the placebo group in the aspects of the IPSS/ Boyarsky symptom score, Q_{max}/MFR, QoL score [standardized mean difference (SMD) = −0.34, $P<0.00001$; weighted mean difference (WMD) = 1.10, $P<0.00001$; WMD = −0.39, $P=0.0007$ respectively]. According to the AEs pooled results, abnormal ejaculation, dizziness, rhinitis (nasal congestion), infection, back pain and asthenia/fatigue were the most commonly reported adverse events, and the risk ratio (RR) of 1.12 was significantly different from the placebo group ($p<0.0001$). **Conclusion**: The current meta – analysis suggests that tamsulosin is effective in treating LUTS of male BPH patients, but its side effects also need further attention.

【**Key words**】 **Tamsulosin; Benign prostate hyperplasia (BPH); Evidence – based medicine; Meta – analysis; Review**

盐酸坦索罗辛治疗前列腺增生症的系统回顾及更新荟萃分析

安琪[1,2★] 刘德忠[2★] 陈一然[3★] Russell Smith[4★] 刘昂[4★] 邹练[2△]

1 中国人民解放军第二炮兵总医院泌尿外科,北京 100088

2 苏州大学 中国人民解放军第二炮兵总医院研究生培养基地,北京 100088

3 南方医科大学附属珠江医院血液科,广州 510282

4 奥克兰城市医院泌尿外科,新西兰 奥克兰 1142

【**摘 要**】 **目的**:利用 Meta 分析系统观察盐酸坦索罗辛治疗前列腺增生症的疗效。**方法**:检索 Co-

【**第一作者简介**】安琪(1988 –),男,医师、硕士研究生在读,主要研究方向为泌尿外科学及男科学。

刘德忠(1966 –),男,副主任医师、医学博士,主要研究方向为泌尿系肿瘤、肾移植免疫及男科学。

陈一然(1994 –),男,本科在读,主要研究方向为循证医学。

Russell Smith(1988 –),男,住院医师,主要研究方向为心脏外科学。

刘昂(1989 –),男,住院医师,主要研究方向为泌尿外科学。

★者均为共同第一作者。

△【**通讯作者**】邹练,主任医师、教授、博士研究生导师,E – mail: lianzou@126.com

★These authors contributed equally to this work and should be considered as co – first authors.

Correspondence: Professor L Zou, E – mail: lianzou@126.com

chrane 图书馆,Embase 数据库,Pubmed 数据库,中国生物医学文献数据库, CNKI 数据库, VIP 数据库,万方数据库,纳入盐酸坦索罗辛治疗前列腺增生症的随机对照治疗(RCT),并进行方法学质量评价,采用 RevMan5. 2 软件进行统计分析,并发表偏倚评估和敏感性分析。**结果**:最终有 10 篇 RCT 文献纳入本项研究,Meta 分析结果显示盐酸坦索罗辛在 IPSS/ Boyarsky symptom score, Q_{max}/MFR 以及 QoL score[SMD = -0. 34, P <0. 00001; WMD = 1. 10, P <0. 00001; WMD = -0. 39, P = 0. 0007]效果方面明显优于安慰剂组(P <0. 01),但该药的某些副作用较安慰剂相比亦有显著差别(RR = 1. 12, P <0. 0001)。**结论**:盐酸坦索罗辛在治疗前列腺增生症中疗效确切,是治疗前列腺增生症的有效方法,但需注意其潜在的副作用。

【关键词】 盐酸坦索罗辛;前列腺增生症;循证医学;荟萃分析;系统回顾

【中图分类号】 R697 + . 32 **【文献标志码】** A

INTRODUCTION

BPH is a pathological and non - malignant enlargement of the prostate caused by cellular hyperplasia of both glandular and stromal elements in the prostate gland.[1,2] BPH clinically manifests itself with LUTS that include urinary frequency, urgency, intermittency, straining, weak stream, incomplete emptying, nocturia and can lead to severe complications, including acute urinary retention.[3,4] LUTS has a significant negative influence on IPSS/ Boyarsky symptom score, Q_{max}/MFR and QOL score. The development of male BPH correlates with increasing age,[5] and LUTS are fairly common after the age of 50 years old,[6] therefore, a great number of middle - aged to elderly men seek treatment.[7] As is well known, the treatment options include alpha - blockers, five alpha - reductase inhibitors, transurethral resection of the prostate, transurethral microwave thermotherapy and herbal treatments (e. g. Serenoa repens, Pygeum africanum, pollen extracts).[8-10] According to the EAU 2011 guidelines, alpha - blockers are currently the preferred first - line therapy for all men with moderate to severe LUTS/BPH.[11] Five Alpha - blockers for BPH include alfuzosin, prazosin, doxazosin, tamsulosin and terazosin, which are selective alpha1 - adrenergic blockers.[12-16]

Compared with non - selective $alpha_{1A}$ - adrenoceptor (AR) blockers, drugs with a high selectivity for $alpha_{1A}$ - AR may be more prostate - specific and maintain a therapeutic response in the treatment of symptomatic BPH with less effect on blood pressure and fewer cardiovascular side effects.[17,18] Therefore, to reduce the risk of side effects in patients with BPH, an ideal alpha - blocker should increase the $alpha_{1A}$ - receptor subtype selectivity and reduce the non - $alpha_{1A}$ - receptor subtype selectivity.[19] Tamsulosin (YM 617) is a potent $alpha_{1A}$ - adrenoceptor antagonist which is selective for the predominant and functional $alpha_1$ - adrenoceptor subtype in the prostate. Several studies have shown that tamsulosin has higher selectivity for the pharmacological $alpha_{1A}$ - adrenoceptor subtype and the cloned $alpha_{1C}$ subtype than for $alpha_{1B}$ subtype.[20-24] Several randomized controlled trials have reported the clinical effectiveness and safety of tamsulosin for BPH.[25-38] To date, however, there have been no recent systematic reviews or meta - analyses that including randomized controlled trials (RCTs) to determine the effectiveness and safety of tamsulosin for BPH.

The aim of this study was to systematically update and review the evidence on the efficacy and safety of different dosages of tamsulosin treatments on LUTS in men with BPH for providing more reliable evidence for the use of tamsulosin.

MATERIALS AND METHODS

Search strategy

A literature search of the PubMed, Embase, Cochrane Controlled Clinical Trials Register Database and CNKI databases was completed up until May 2014 without language restrictions. The relevant studies were identified using the following search terms: "tamsulosin orflomax or harnal" AND "prostatic hyperplasia or BPH" AND "Randomized Controlled Trails or RCT". All searched studies were retrieved, and their references were also checked for other potential studies. If the data was published in more than one article, only the study with the latest data was included.

The above mentioned search strategy was used to obtain the titles and abstracts of RCTs that were relevant to this review. The titles and abstracts were screened independently by two reviewers, who discarded the studies that were not applicable. The two reviewers independently assessed the titles and abstracts of all identified trials to confirm the fulfillment of the inclusion criteria. Disagreements were resolved in consultation with the third reviewer. The data extraction was performed independently by the same authors using standard data extraction forms.

Inclusion and exclusioncriteria

The following criteria were used for the inclusion of eligible articles for the meta - analysis: (1) The double - blind, placebo - controlled, randomized controlled trails (RCTs) with 4 months or greater duration; (2) Studies comparing the efficacy and safety of tamsulosin, alone or in combination, to placebo or control; (3) The participants were adult males with benign prostatic hyperplasia determined by international prostate symptom score (IPSS) or Boyarsky symptom score, maximum flow rate (MFR) or average flow rate (AFR); (4) Outcome measures included symptom - scale scores, such as the IPSS or Boyarsky symptom score, MFR, the quality of life (QOL) score, and the adverse events (before/after treatment). The exclusion criteria were as follows: (1) Non - randomized studies or non - placebo - controlled studies; (2) Studies with small sample size and cause heterogeneity ;(3) Studies with-

out the data of follow – up; (4) Studies without complete data to calculate; (5) Studies that contained overlapping data.

Statistical analysis

Statistical analyses were performed using Review Manager Software (RevMan 5.2; Cochrane Collaboration, Oxford, UK). Continuous descriptive data of the tamsulosin group and the placebo group were reported as the mean ± standard deviation and dichotomous data were recorded as the case number (n). The Mantel – Haenszel Q – statistic was used to assess heterogeneity among the studies and the I^2 statistic was computed to examine the proportion of total variation in the study estimate due to heterogeneity. The meta – analysis considered $P > 0.10$ or $P \leqslant 0.10$, $I^2 \leqslant 50\%$ to indicate no significant heterogeneity between the trials and selected a fixed – effect model to perform analysis. Furthermore, $P \leqslant 0.10$, $I^2 > 50\%$ values were considered to indicate significant heterogeneity and used a random – effect model to perform analysis. If the data were not depicted by mean ± SD , the standard deviation was estimated using the Cochrane statistical method.[39] The integration results regarded $P < 0.05$ as the standard for statistical significance. Extensive effort was made to remove all duplicated data and to include all studies published to date. Publication bias in outcomes was assessed and treated using standard methodology. Funnel plots were used to visually inspect the relationship between sample size and treatment effects for the two groups.

RESULTS

Search results

339 potential relevant studies were identified after a comprehensive literature screening from the previous mentioned databases, of which 262 were English articles and 77 Chinese articles. Publication dates ranged from their inception to May 2014. According to the inclusion and exclusion criteria defined for the studies available for this meta – analysis, 317 publications were excluded for being not relevant or non – randomization after reading the titles and abstracts. After reading the full texts, 8 studies[35, 36, 38, 40 – 44] were excluded for lacking complete data, 2 studies[37, 45] were excluded for small sample sizes, and one study[46] was excluded for lack of follow – up visit and another one study[47] was excluded for short – term treatment. Thus, 10 studies[25 – 34] were eventually included in this meta – analysis. The process of selection of studies was summarized in Figure 1. The main characteristics of the studies were listed in Table 1 and Table 2.

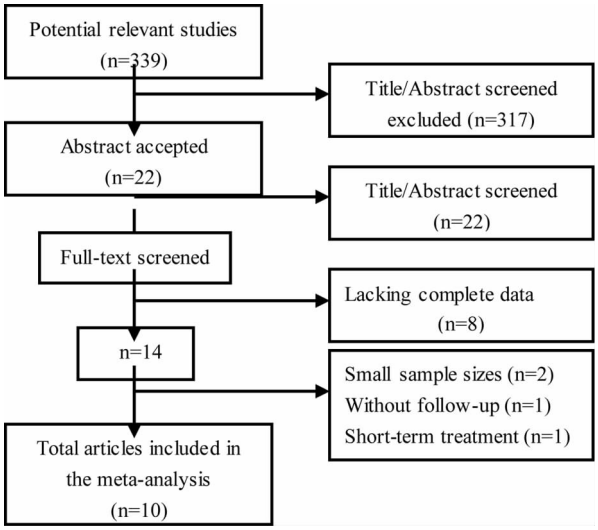

Figure 1 Flow diagram for selection of studies.

Study characteristics

Table 1 Characteristic of included studies

Authors	Publishing Year	Area	Methodological quality					
			Study design	Randomized method	Allocation	Blind	Withdraw	Jadad Score
Abrams	1995	UK	RCT	Unclear	Unclear	Double	Yes	3
Chapple	1996	European	RCT	Unclear	Unclear	Double	Yes	3
Abrams	1997	UK	RCT	Unclear	Unclear	Double	Yes	3
Lepor	1998	USA	RCT	Unclear	Unclear	Double	Yes	3
Narayan	1998	USA	RCT	Unclear	Unclear	Double	Yes	3
Nordling	2005	Denmark	RCT	Unclear	Unclear	Double	Yes	3
Kawabe	2006	Japan	RCT	Unclear	Unclear	Double	Yes	3
Yokoyama	2013	Japan	RCT	Unclear	Unclear	Double	Yes	3
Kim	2011	Korea	RCT	Unclear	Unclear	Double	Yes	3
Oelke	2012	European	RCT	Unclear	Unclear	Double	Yes	3

Table 2 Baseline Characteristic of included studies

Authors	Publishing Year	Dosage	Intervention(n)	Mean age (year)	Baseline	Study duration (week)	Outcomes
Abrams	1995	0.4mg	Placebo(n=98)	64.4(8.1)	Similar	12	①②④
			Tamsulosin(n=197)	63.3(8.3)			
Chapple	1996	0.4mg	Placebo(n=190)	64.4(8.1)	Similar	12	①②④
			Tamsulosin(n=374)	63.6(8.3)			
Abrams	1997		Placebo(n=28)	/	Similar	4	②④
		0.2mg	Tamsulosin(n=35)	/			
		0.4mg	Tamsulosin(n=30)	/			
Lepor	1998		Placebo(n=254)	/	Similar	13	①②④
		0.4mg	Tamsulosin(n=254)	/			
		0.8mg	Tamsulosin(n=248)	/			
Narayan	1998		Placebo(n=239)	/	Similar	13	①②③④
		0.4mg	Tamsulosin(n=248)	/			
		0.8mg	Tamsulosin(n=244)	/			
Nordling	2005	0.4mg	Placebo(n=153)	64.0(?)	Similar	12	①④
			Tamsulosin(n=158)	64.0(?)			
Kawabe	2006	0.2mg	Placebo(n=89)	65.0 (6.9)	Similar	12	①②③④
			Tamsulosin(n=192)	65.6 (7.0)			
Yokoyama	2013	0.2mg	Placebo(n=154)	63.7(8.1)	Similar	12	①②③④
			Tamsulosin(n=152)	62.6(7.9)			
Kim	2011	0.2mg	Placebo(n=51)	62.2(6.8)	Similar	12	①②③④
			Tamsulosin(n=49)	61.5(6.4)			
Oelke	2012	0.4mg	Placebo(n=172)	63.7(?)	Similar	12	①②③④
			Tamsulosin(n=168)	63.5(?)			

①IPSS/ Boyarsky symptom score ②Qmax/MFR ③QoL score ④AEs

Meta – analysis

Primary comparison was made between symptom score, MFR, QOL and AEs for tamsulosin in the treatment of BPH. In order to further detect any differences in symptom score, Q_{max}/MFR, QOL and AEs based on the different treatment dosages, subgroup analysis based on the treatment dosages (0.2mg/0.4mg/0.8mg) was performed. The results of meta – analysis for each indicator are listed below.

Efficacy outcomes

Improvement on symptom score: one of ten studies did not report symptom score while the remaining articles described the differences before and after treatment, five used IPSS and four used Boyarsky symptom score. Therefore, nine studies including 4102 cases compared the tamsulosin groups and the placebo groups with regard to the symptom score were included into our meta – analysis. Taking the standardized mean difference (SMD) as an indicator of the effect of measures, an X^2 test was performed to examine the heterogeneity; the result was $P = 0.82$ (>0.10), $I^2 = 0\%$ ($<50\%$), which indicated that there was no heterogeneity between the two groups. Therefore, a fixed – effect model was used to perform a meta – analysis. The results (SMD = −0.34; 95% confidence interval (CI) = −0.40 to −0.28, $P<0.00001$) indicated that statistically significant differences were found between tamsulosin and placebo in symptom score.

In order to further reinforce the conclusion above, subgroup analyses based on the treatment dosages were performed. An X^2 test was performed to examine the heterogeneity; the results were $P = 0.28$ (>0.10), $I^2 = 21\%$ ($<50\%$); $P = 0.91$ (>0.10), $I^2 = 0\%$ ($<50\%$) and $P = 0.82$ (>0.10), $I^2 = 0\%$ ($<50\%$), respectively, indicating slight heterogeneity. A fixed – effect model was therefore used. The results (SMD = −0.37; 95% CI = −0.52 to −0.21; $P<0.00001$ for 0.2mg tamsulosin; SMD = −0.31; 95% CI = −0.39 to −0.23; $P<0.00001$ for 0.4mg tamsulosin; and SMD = −0.40; 95% CI = −0.53 to −0.27; $P<0.00001$ for 0.8mg tamsulosin) indicated that there were significant differences between the tamsulosin groups and the placebo groups for

BPH in all three dose subgroups (Figure 2).

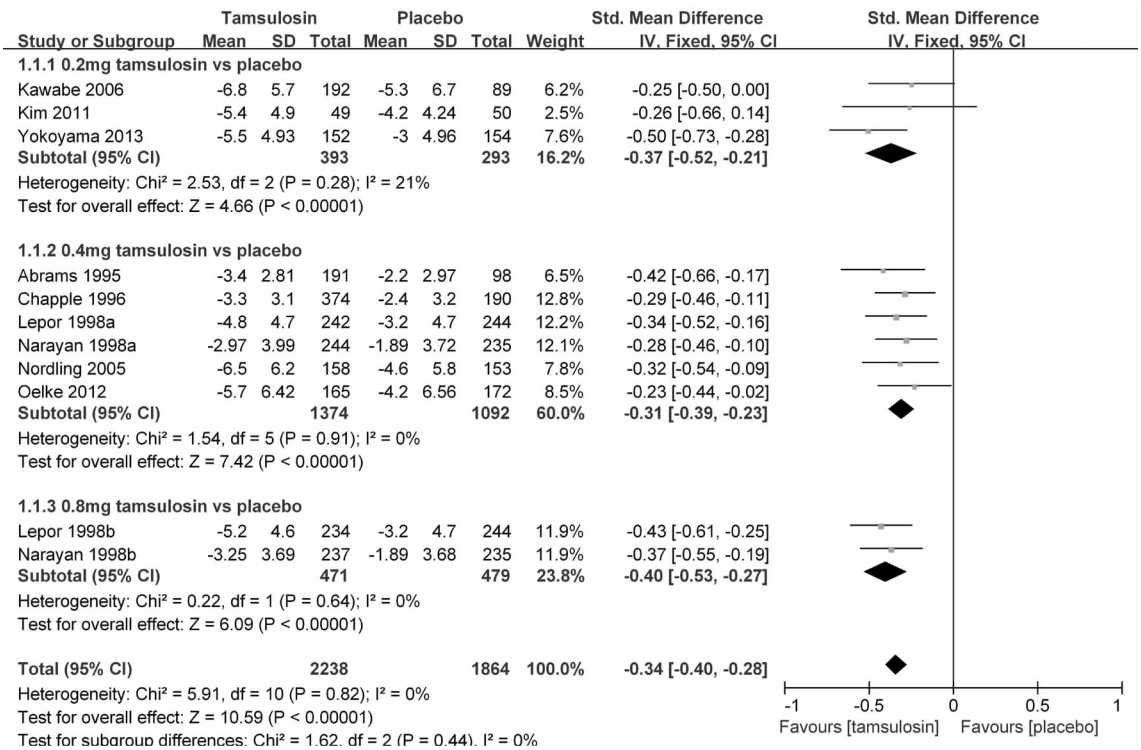

Figure 2 Effect of tamsulosin on symptom score

Improvement on MFR (Q_{max}): one of ten did not report MFR, and it was excluded. The remaining nine studies which described the differences before and after treatment were included. Thus, nine studies including 3898 cases compared the tamsulosin groups and the placebo groups with regard to the MFR (Qmax) were included into our meta – analysis. Taking the weighted mean difference (WMD) as an indicator of the effect of measures, an X^2 test to examine the heterogeneity was performed; the result was $P = 0.02$ (<0.10), $I^2 = 53\%$ ($>50\%$), which indicated that there was moderate heterogeneity between the groups. Therefore a random – effect model was used to perform a meta – analysis. The results (WMD = 1.10; 95% confidence interval (CI) = 0.76 to 1.45, $P<0.00001$) indicated that statistically significant differences were found between tamsulosin and placebo in improvement of MFR (Q_{max}).

In order to further reinforce the conclusion above, further subgroup analyses were performed based on the treatment dosages. Again an X^2 test was completed to examine the heterogeneity; the results were $P = 0.002$ (<0.10), $I^2 = 80\%$ ($>50\%$); $P = 0.38$ (>0.10), $I^2 = 5\%$ ($<50\%$) and $P = 0.35$ (>0.10), $I^2 = 0\%$ ($<50\%$), respectively, which indicated that there was heterogeneity. Therefore a random – effect model was used. The results (WMD = 0.97; 95% CI = −0.38 to 2.32; $P = 0.16$ for 0.2mg tamsulosin; WMD = 1.02; 95% CI = 0.71 to 1.34; $P<0.00001$ for 0.4mg tamsulosin; and WMD = 1.07; 95% CI = 0.65 to 1.48; $P<0.00001$ for 0.8mg tamsulosin) indicated that there were significant differences between the tamsulosin groups and the placebo groups for BPH in the 0.4mg and 0.8mg dose subgroups (Figure 3).

Improvement on QOL: five studies including 1972 cases compared the tamsulosin groups and the placebo groups with regard to the QOL were included into the meta – analysis. Taking the weighted mean difference (WMD) as an indicator of the effect of measures, an X^2 test to examine the heterogeneity was performed; the result was $P = 0.04$ (<0.10), $I^2 = 57\%$ ($>50\%$), which indicated that there was moderate heterogeneity between the groups. Therefore a random – effect model was used to perform a meta – analysis. The results (WMD = −0.39; 95% confidence interval (CI) = −0.61 to −0.16, $P=0.0007$) indicated that statistically significant differences were found between tamsulosin and placebo in improvement of QOL.

In order to further reinforce the conclusion above, we performed subgroup analyses based on the treatment dosages. An X^2 test to examine the heterogeneity was performed; the results were $P = 0.18$ (>0.10), $I^2 = 42\%$ ($<50\%$); and $P = 0.25$ (>0.10), $I^2 = 23\%$ ($<50\%$), respectively, which indicated that there was no heterogeneity. Only one study however, reported the 0.8mg tamsulosin dose. Therefore, according to the total heterogeneity, a random – effect model was used. The results (WMD = −0.39; 95% CI = −0.66 to −0.12; $P=0.004$ for 0.2mg tam-

sulosin; WMD = −0.20; 95% CI = −0.47 to 0.07; P = 0.14 for 0.4mg tamsulosin; and WMD = −0.84; 95% CI = −1.28 to −0.40; P = 0.0002 for 0.8mg tamsulosin) indicated that there were significant differences between the tamsulosin groups and the placebo groups for BPH in all three dose subgroups (Figure 4).

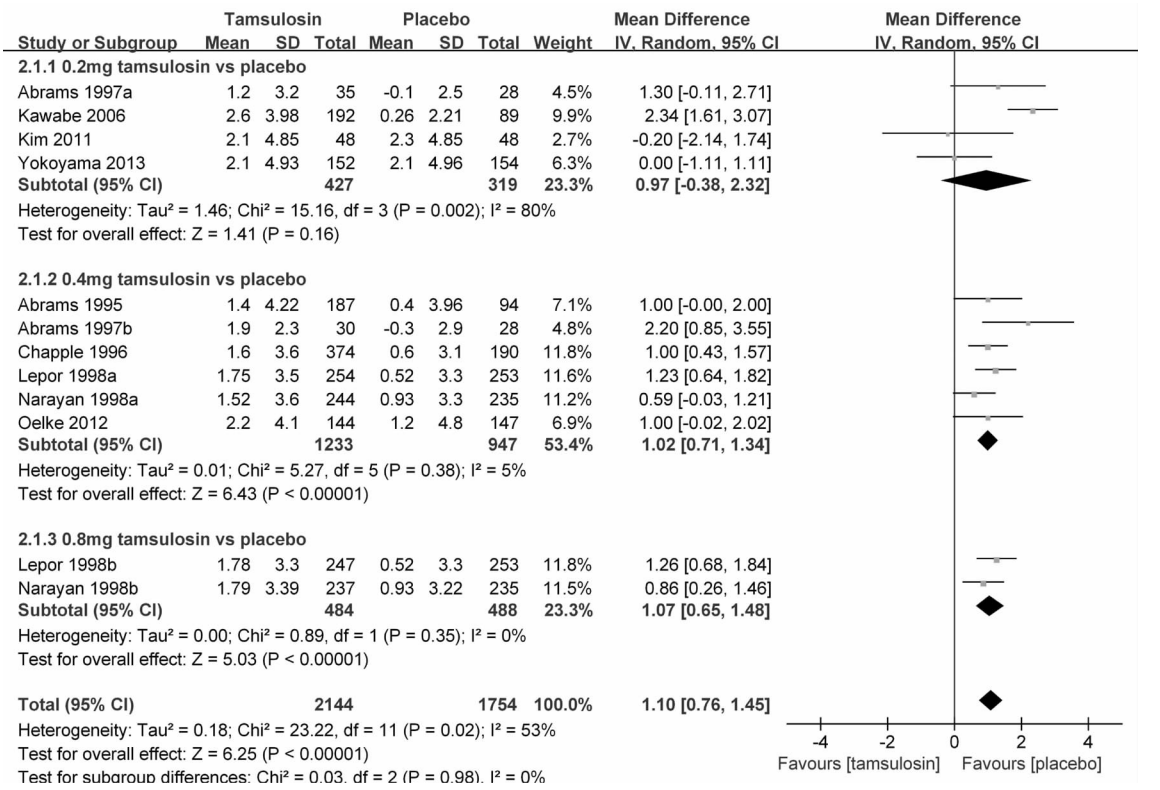

Figure 3 Effect of tamsulosin on Q_{max} (MFR)

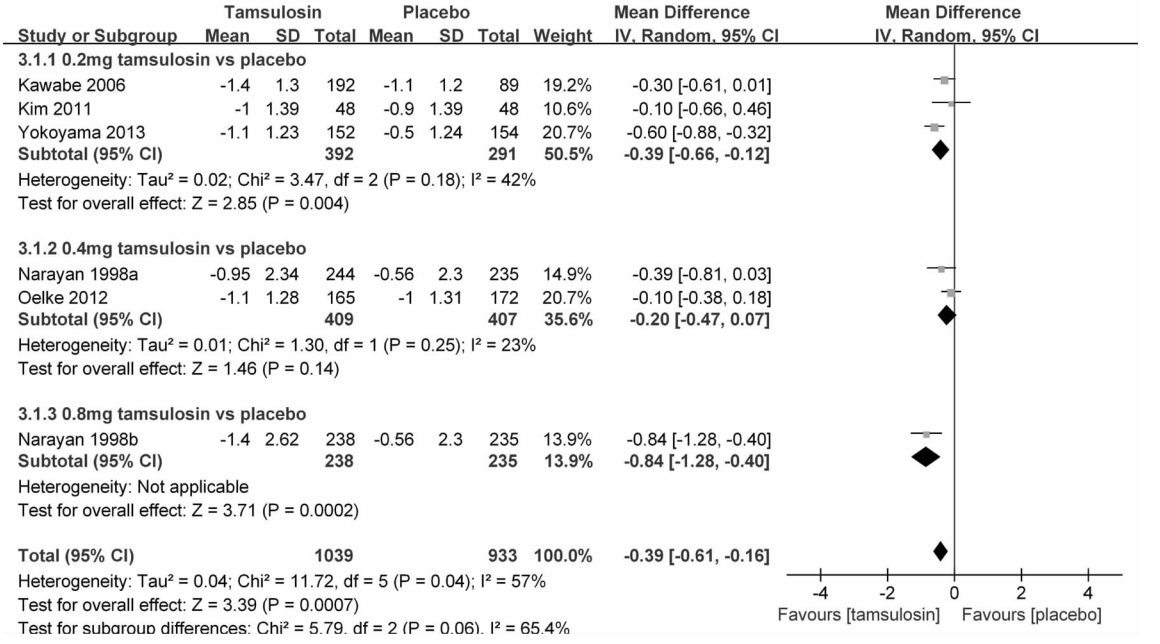

Figure 4 Effect of tamsulosin on QOL

Safety outcomes

Ten studies including 4308 cases compared the tamsulosin group and the placebo group with regard to the AEs. Taking the risk ratio (RR) as an indicator of the effect of measures, an X^2 test to

examine the heterogeneity was performed; the result was P = 0.003 (<0.10), I^2 = 28% (<50%), which indicated that there was no heterogeneity between the groups. Therefore, a fixed – effect model was used to perform a meta – analysis. The results (RR = 1.12; 95% confidence interval (CI) = 1.07 to 1.18, P < 0.0001) indicated that statistically significant differences were found between tamsulosin and placebo in AEs.

In order to further reinforce the conclusion above, subgroup analyses based on the treatment dosages was performed. An X^2 test to examine the heterogeneity was performed; the results were P = 0.06(<0.10), I^2 = 59% (>50%); P = 0.76(>0.10), I^2 = 0% (<50%) and P = 0.02 (<0.10), I^2 = 80 % (> 50%), respectively, which indicated that there was heterogeneity. Therefore, a random – effect model was used. The results (RR = 1.26; 95% CI = 0.84 to 1.88; P = 0.27 for 0.2mg tamsulosin; RR = 1.08; 95% CI = 1.00 to 1.15; P = 0.04 for 0.4mg tamsulosin; RR = 1.11; 95% CI = 0.93 to 1.33; P = 0.26 for 0.8mg tamsulosin and the total RR = 1.11; 95% CI = 1.04 to 1.18) indicated that there were significant differences between the tamsulosin groups and the placebo groups for AEs. This is the first instance in which the Tamsulosin groups did less well in comparison to the placebo group (Figure 5).

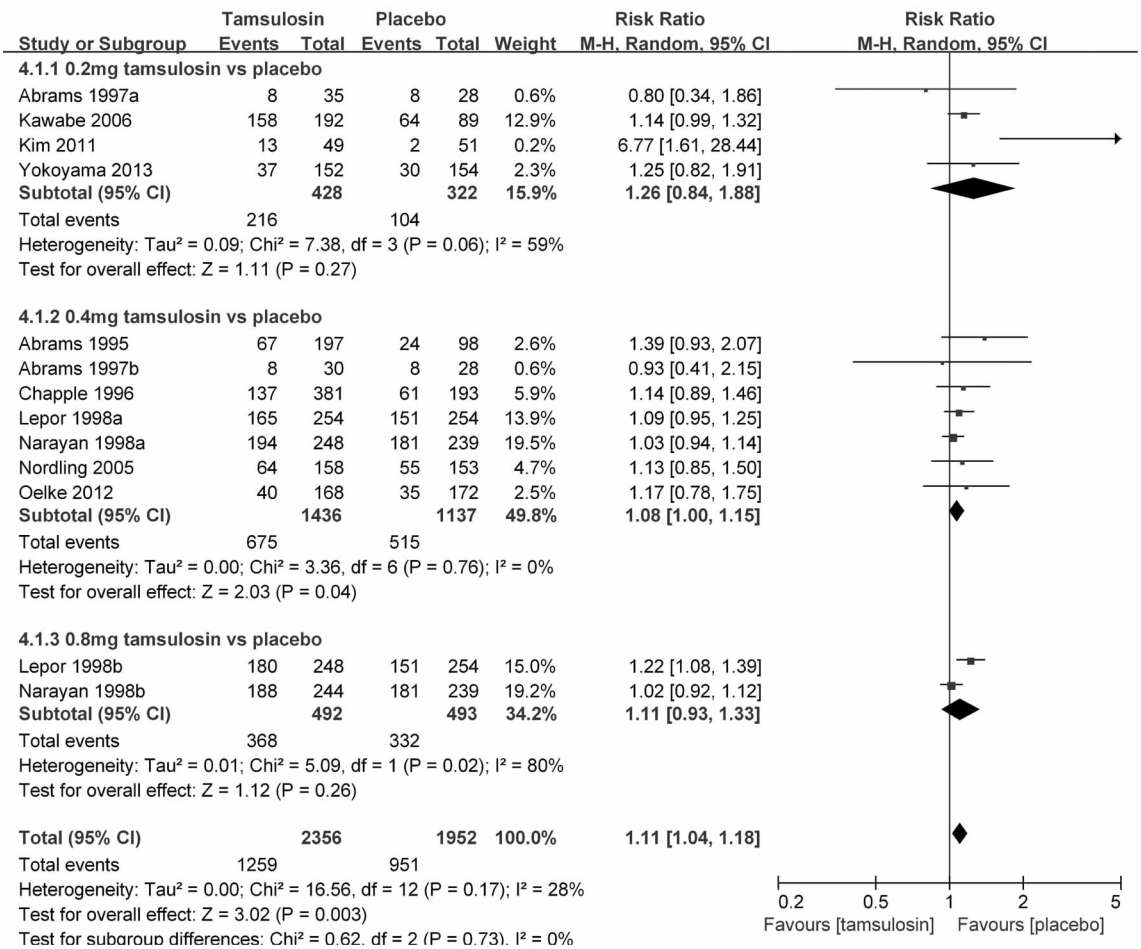

Figure 5 adverse events of tamsulosin

Table3 summarizes all of the reported adverse events. Regarding individual events, back pain (RR: 1.40, 95% CI: 1.01 – 1.95, four studies, I^2 = 0%), infection (RR: 1.55, 95% CI: 1.21 – 1.99, five studies, I^2 = 0%), rhinitis (nasal congestion) (RR: 1.79, 95% CI: 1.40 – 2.30, three studies, I^2 = 49%), dizziness (RR: 1.58, 95% CI: 1.28 – 1.94, nine studies, I^2 = 0%), asthenia/fatigue (RR: 1.30, 95% CI: 1.02 – 1.98, five studies, I^2 = 0%) and abnormal ejaculation (RR: 18.93, 95% CI: 9.30 – 38.51, six studies, I^2 = 31%) were found to be more frequent in patients taking tamsulosin than those on placebo. Most importantly was the significant difference of AEs in nervous system (RR: 1.48, 95% CI: 1.22 – 1.80, three studies, I^2 = 0%), respiratory system (RR: 1.39, 95% CI: 1.10 – 1.74, two studies, I^2 = 0%) and urogenital system (RR: 1.87, 95% CI: 1.41 – 2.46, three studies, I^2 = 49%).

Table 3 Risk ratio of all reported adverse events in studies

Adverse event	Total events/group total		RR(95% CI)	NO. of studies	Heterogeneity(I^2),%
	Tamsulosin	Placebo			
Headache	231/2164	215/1863	1.03(0.87 – 1.22)	9	0
Chest pain	22/541	22/529	0.97(0.55 – 1.73)	2	0
Back pain	79/1314	56/1312	1.40(1.01 – 1.95)	4	0
Pain	88/994	96/986	0.91(0.69 – 1.20)	2	0
Myalgia	1/201	0/205	3.21(0.13 – 74.80)	2	NA
Arthralgia	13/502	26/508	0.51(0.26 – 0.97)	1	29
Musculoskeletal chest pain	1/49	0/51	3.12(0.13 – 74.80)	1	NA
Infection	169/1764	85/1381	1.55(1.21 – 1.99)	5	0
Nasopharyngitis	9/369	12/377	0.78(0.11 – 5.62)	3	64
Rhinitis(nasal congestion)	154/1375	84/1179	1.79(1.40 – 2.30)	3	49
Pharyngitis	54/996	46/986	1.16(0.79 – 1.70)	2	2
Cough	25/492	20/478	1.23(0.67 – 2.24)	1	0
flu syndrome	6/381	5/193	0.61(0.19 – 1.97)	1	NA
Dizziness	205/2207	121/1901	1.58(1.28 – 1.94)	9	0
Syncope	3/736	2/444	0.89(0.19 – 4.15)	3	0
Hypotension	1/736	2/444	0.48(0.11 – 2.11)	3	2
Asthenia/fatigue	92/1598	63/1388	1.39(1.02 – 1.98)	5	0
Somnolence	30/1031	18/824	1.54(0.88 – 2.68)	3	47
Insomnia	0/49	1/51	0.35(0.01 – 8.31)	1	NA
Thirst	7/192	4/89	0.81(0.24 – 2.70)	1	NA
Loose stool	7/192	5/89	0.65(0.21 – 1.99)	1	NA
Dyspepsia	42/1211	80/1209	0.53(0.37 – 0.75)	4	40
Diarrhea	65/1186	49/1085	1.18(0.82 – 1.70)	3	0
Epigastric discomfort	1/49	0/51	3.12(0.13 – 74.80)	1	NA
Gastric ulcer hemorrhage	1/49	0/51	3.12(0.13 – 74.80)	1	NA
Abdominal pain	24/492	27/478	0.86(0.49 – 1.51)	1	0
Hyperlipidemia	1/49	0/51	3.12(0.13 – 74.80)	1	NA
Inguinal hernia	1/49	0/51	3.12(0.13 – 74.80)	1	NA
Skin laceration	1/49	0/51	3.12(0.13 – 74.80)	1	NA
Acute myocardial infarction	1/49	0/51	3.12(0.13 – 74.80)	1	NA
Tachycardia/palpitation	7/578	4/291	0.88(0.26 – 2.99)	2	0
Abnormal ejaculation	163/1922	5/1519	18.93(9.30 – 38.51)	6	31
Impotence	7/158	0/153	14.53(0.84 – 252.20)	1	NA
Abnormal semen	1/158	0/153	2.91(0.12 – 70.78)	1	NA
Accidental injury	15/492	24/478	0.60(0.31 – 1.15)	1	0
Nausea	23/492	22/478	1.02(0.56 – 1.85)	1	0
Intentional overdose	1/49	0/51	3.12(0.13 – 74.80)	1	NA
Drug – related adverse events	74/578	33/291	1.13(0.77 – 1.66)	2	0
Digestive system	131/1070	126/769	0.87(0.69 – 1.09)	3	0
Nervous system	209/1070	124/769	1.48(1.22 – 1.80)	3	0
Respiratory system	142/689	97/576	1.39(1.10 – 1.74)	2	0
Urogenital system	146/1070	62/769	1.87(1.41 – 2.46)	3	49
Cardiovascular system	30/578	20/291	0.76(0.44 – 1.31)	2	0
Skin/appendages	5/197	2/98	1.24(0.25 – 6.30)	1	NA
Elevated triglyceride	42/192	18/88	1.07(0.65 – 1.75)	1	NA
Elevated C – reactive protein	32/192	13/88	1.13(0.63 – 2.04)	1	NA
Elevated γ – glutamyl transpeptidase	7/192	6/88	0.53(0.19 – 1.54)	1	NA
Urinary sediment abnormality	13/192	7/87	0.84(0.35 – 2.04)	1	NA
Elevated total cholesterol	6/192	2/88	1.38 (0.28 – 6.68)	1	NA
Glycosuria	16/192	6/88	1.22(0.50 – 3.02)	1	NA

Abbreviations: NA, not applicable; CI, confidence interval; RR, risk ratio.

Sensitivity analysis and publication bias

Fixed and random effect models were used to test each indicator, and the results were correlated. Funnel plots for each comparison were created (Figure6 – 9). These four plots were basically inverted and funnel – shaped with bilateral symmetry, indicating a lack of publication bias and reliable conclusions.

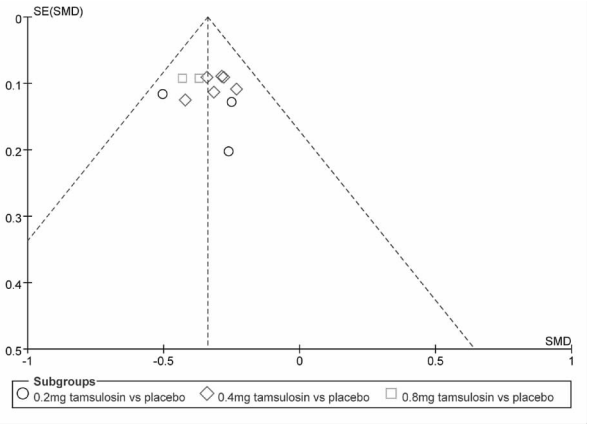

Figure 6 Funnel plot for effect of tamsulosin on symptom score

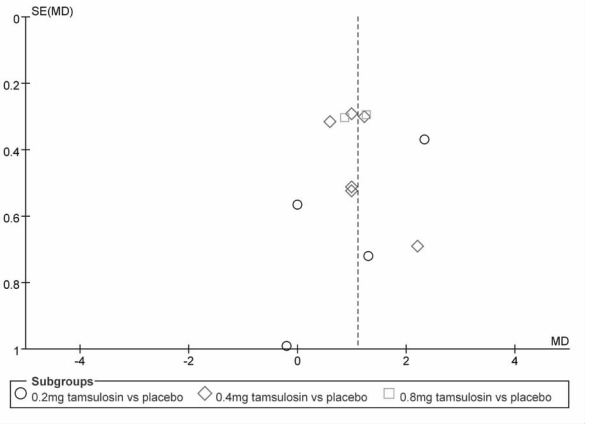

Figure 7 Funnel plot for effect of tamsulosin on Q_{max} (MFR)

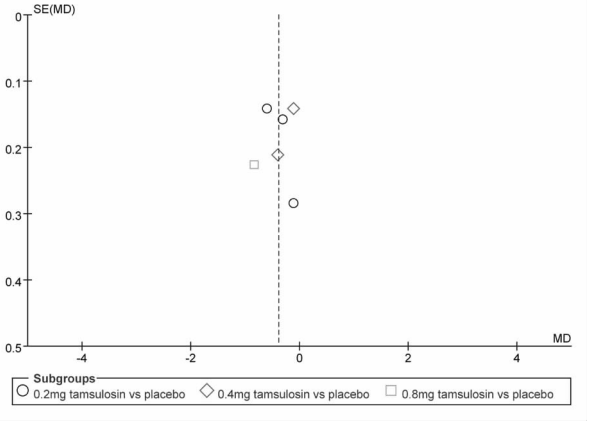

Figure 8 Funnel plot for effect of tamsulosin on QOL

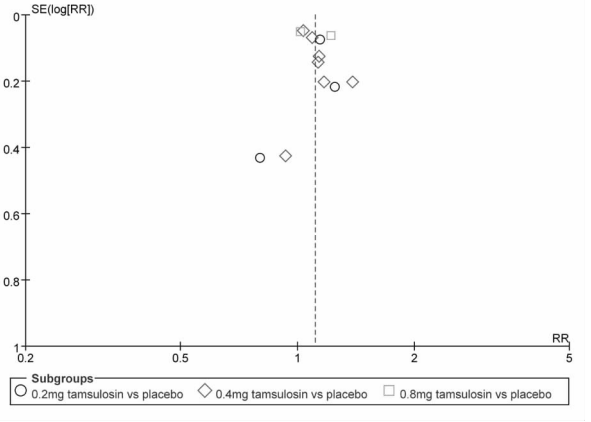

Figure 9 Funnel plot for adverse events of tamsulosin

DISCUSSION

This report represents the most up to date systematic review and meta – analysis on the efficacy and adverse events associated with the selective alpha – antagonist tamsulosin for the treatment of men with LUTS compatible with BPH.[48] This report includes ten trials in English whose Jadad score was three. All the placebo – controlled trials are double – blinded and randomized, however none reported the randomization methods and allocation concealment; clearly, it is a global medical problem to standardize medical papers and improve the clinical research methodological quality. Future trials should adhere to recommendations designed to enhance the conduct, reporting and evaluation of randomized controlled trials.

The meta – analysis results indicate that tamsulosin, in dosages ranging from 0.2 to 0.8 mg, provides a small to modest improvement in IPSS, Q_{max} and QOL than placebo. Looking at the differing dosages, the 0.2mg dosage is only available for use in areas Asian countries, and the 0.4 mg capsules are only available in the United States at present. Therefore, efficacy and especially safety data from studies utilizing 0.2, 0.4 or 0.8 mg dosages of tamsulosin are most relevant for treatment in most countries of the world. Tamsulosin was generally well tolerated but rates of AEs and withdrawals were not dosage dependent according to the outcome of meta – analysis. AEs were generally mild but abnormal ejaculation, dizziness, rhinitis (nasal congestion), infection, back pain and asthenia/fatigue were greater in men receiving tamsulosin then those receiving placebo. AEs including withdrawals did not increase markedly with higher doses of tamsulosin (0.2 mg versus 0.8 mg) in this report.

At present, the treatment of BPH includes observation, pharmacological therapy and minimally invasive surgery, and operation. For symptomatic BPH patients, we should consider age symptom score, prostate volume, residual urine, urinary flow rate, serum prostate – specific antigen level and complications in order to get better therapeutic effects.[49] The advantages of pharmacological therapy are effectiveness, safety and fewer AEs. The goal of pharmacological therapy is to alleviate symptoms, to relieve smooth muscle spasms of the prostatic capsule and bladder neck, relieve urination

resistance, and to prevent urine retention, urinary tract infection and renal dysfunction. Pharmacological therapy currently includes three major categories: (1) alpha$_1$ – adrenoceptor blockers, (2) 5alpha – reductase inhibitor, and (3) plant medicine. There are four subtypes for alpha$_1$ – adrenoceptors, of which alpha$_{1A}$ – adrenoceptor subtypes are mainly located in the prostate, accounting for 70% of alpah$_1$ – adrenoceptor of the prostate.

This study reveals that tamsulosin is better than placebo in improving IPSS, MFR/Q_{max} and QOL with a significant difference between the two groups ($P < 0.05$). Meanwhile, it is also the first time that the meta – analysis detected there a significant difference in the AEs between the two groups ($P < 0.05$). A retrospective study reviewed questionnaire responses of 7974 men using tamsulosin compared with those taking other medications for BPH symptoms and those without any medication. It showed that erectile function was best preserved in men taking tamsulosin. The most benefit was observed in men with more severe lower urinary tract symptoms.[50] A randomized, placebo controlled, crossover study however showed that 0.8 mg of tamsulosin decreased mean ejaculate volume in almost 90% of men with 35% having no antegrade ejaculation.[51] In this study, tamsulosin does not associate with a dose – related incidence of abnormal ejaculation. This anejaculation is attributed not only to the selectivity of tamsulosin for alpha$_{1A}$ – adrenoceptors located in the seminal vesicle and vas deferens but also to its strong affinity for 5 – hydroxytryptamine 1A and D2 – like receptors involved in the central command of ejaculation.[52]

The heterogeneity of some variables in this study is worthy of comment. Five variables exhibited significant heterogeneity (I^2 more than 50%). Explanations may include the following. First, the studies in this review were done in 3 regions, including Asia, Europe and North America. The differences in outcomes observed might reflect genetic, environmental or cultural differences among populations. Second, the standard tamsulosin dosage used in clinical practice in the USA and Europe ranges from 0.4 to 0.8 mg/day. However, three Asian trials[31, 32, 33] adopted the dose of tamsulosin 0.2 mg/day. Studies have shown that because of relatively smaller transitional zone growth and bodyweight in Asian men, low – dose tamsulosin(0.2 mg/day) is an effective treatment, and is generally well tolerated as well.[53, 54, 55] After all, the effect on outcome measures can not be overlooked. Third, the number of the RCTs included is small, which has limited the ability to compare the relative efficacy of the treatments. A final source of heterogeneity is that the trials had different inclusion – exclusion criteria and sample sizes, which brought selection bias.

This Meta analysis only includes ten studies, the sample size is small and unpublished studies were not enrolled. These factors may cause bias. All studies had no description of randomized methods and allocation concealment. This Meta analysis only includes the 0.2mg/d, 0.4 mg/d or 0.8 mg/d tamsulosin and placebo controlled studies. Some studies used 0.6 mg/d tamsulosin, which requires further study. At present, drug dosage study, follow – up time and prognostic indicators are not consistent, which bring many difficulties to data analysis. Because of these restrictions, some efficient indicators of BPH are not involved in this meta – analysis such as AFR, residual urine, and prostate volume. It is suggested that we should conduct those RCTs including long – time follow – up, multiple time point, internationally – efficient indicators, which might provide more efficient evidence for clinical practice and scientific research. Overall, the results indicate that tamsulosin can improve total symptom score, MFR/Q_{max} and QOL of BPH patients, which provides clinical practice for evidence – based medicine.

CONCLUSION

The current meta – analysis suggested that tamsulosin is an effective therapy for LUTS in men with BPH. The incidence of AEs [ejaculation disorder, dizziness, rhinitis (nasal congestion), infection, back pain and asthenia/fatigue] however, were higher in the Tamsulosin group than in the placebo group, especially AEs in the nervous, urogenital and respiratory systems. In the future, higher – quality and long – term RCTs are needed to verify thefindings of this update review.

AUTHOR CONTRIBUTION

QA, YRC and AL conceived the study, participated in its design, and coordinated and drafted the manuscript. YRC collected the data. QA performed the statistical analysis. QA, YRC, AL and XL participated in the critical revision of the manuscript, gave their professional comments to the data and manuscript, and gave final approval of the version to be published. All authors read and approved the final manuscript.

COMPETING FINANCIAL INTEREST

All authors declare that there are no competing financial interests.

REFERENCES

[1] Wei JT, Calhoun E, Jacobsen SJ. Benign prostatic hyperplasia. In: Litwin MS, Saigal CS, editors. Urologic Diseases in America. Washington, DC: NIH Publication; 2007. p43 – 67.

[2] Chapple C. Medical treatment for benign prostatic hyperplasia. BMJ 1992; 304: 1198 – 1199.

[3] Barry MJ, Williford WO, Chang Y, Machi M, Jones KM et al. The American Urological Association Symptom Index for benign prostatic hyperplasia. J Urol 1992; 148: 1549 – 1557.

[4] McNicholas T, Kirby R. Benign prostatic hyperplasia and male lower urinary tract symptoms (LUTS). Clin Evid (Online) 2011; pii: 1801.

[5] Berry SJ, Coffey DS, Walsh PC, Ewing LL. The development of human benign prostatic hyperplasia with age. JUrol 1984; 132: 474 – 479.

[6] Trueman P, Hood SC, Nayak US, Mrazek MF. Prevalence of lower urinary tract symptoms and self – reported diagnosed 'benign prostatic hyperplasia', and their effect on quality of life in a community – based survey of men in the UK. BJU Int 1999; 83: 410 – 415.

[7] Jacobsen SJ, Guess HA,Panser LA, Girman CJ, Chute CG et al. A population – based study of healthcare – seeking behavior for treatment of urinary symptoms. The Olmsted County Study of Urinary Symptoms and Health Status among Men. Arch Fam Med1993; 2: 729 – 735.

[8] Bales GT,Christiano AP, Kirsh EJ, Gerber GS. Phytotherapeutic agents in the treatment of lower urinary tract symptoms: a demographic analysis of awarenessand use at the University of Chicago. Urology 1999; 54: 86 – 89.

[9] DiSilverio F, Flammia GP, Sciarra A, Caponera M, Mauro M et al. Plant extracts in BPH. Minerva Urol Nefrol. 1993; 45: 143 – 149.

[10] Buck AC. Phytotherapy for the prostate. Br J Urol 1996; 78: 325 – 336.

[11] Oelke M, Bachmann A, Descazeaud A, Emberton M, Gravas S et al. Guidelines on the Treatment of Non – neurogenic Male LUTS. Arnhem: EAU; 2011. p8 – 12.

[12] MacDonald R, Wilt TJ. Alfuzosin for treatment of lower urinary tract symptoms compatible with benign prostatic hyperplasia: a systematic review of efficacy and adverse effects. Urology 2005;66: 780 – 788.

[13] Jonler M, Riehmann M, Bruskewitz RC. Benign prostatic hyperplasia. Current pharmacological treatment. Drugs 1994; 47: 66 – 81.

[14] MacDonald R, Wilt TJ, Howe RW. Doxazosin for treating lower urinary tract symptoms compatible with benign prostatic obstruction: a systematic review of efficacy and adverse effects. BJUInt 2004; 94: 1263 – 1270.

[15] Wilt TJ, MacDonald R, Rutks I. Tamsulosin for benign prostatic hyperplasia. Cochrane Database Syst Rev 2003; (1): CD002081.

[16] Wilt TJ, Howe RW,Rutks IR, MacDonald R. Terazosin for benign prostatic hyperplasia. Cochrane Database Syst Rev 2002; (4): CD003851.

[17] Schwinn DA, Roehrborn CG. Alpha1 – adrenoceptor subtypes and lower urinary tract symptoms. Int J Urol 2008; 15: 193 – 199.

[18] Forray C, Bard JA, Wetzel JM, Chiu G, Shapiro E et al. The alpha1 – adrenergic receptor that mediates smooth muscle contraction in human prostate has the pharmacological properties of the cloned human alpha 1c subtype. Mol Pharmacol 1994; 45: 703 – 708.

[19] Ding H, Du W,Hou ZZ, Wang HZ, Wang ZP. Silodosin is effective for treatment of LUTS in men with BPH: a systematic review. Asian J Androl. 2013; 15:121 – 128.

[20] Michel MC,Buscher R, Kerker J, Kraneis H, Erdbrugger W et al. u, – Adrenoceptor subtype affinities of drugs for the treatment of prostatic hypertrophy. Evidence for heterogeneity of chloroethylclonidine – resistant rat renal ctIadrenoceptors. Naunyn – Schmiedbergs Arch Pharmacol 1993; 348: 385 – 395.

[21] Michel MC, Griibbel B, Mollhoff S et al. 1 – Adrenoceptor allhities of drugs for the treatment of benign prostatic hyperplasia in human prostate, rat tissues and at cloned subtypes. Proc 23rd Congress Societd Internationale d'Urologie,Sydney, 18 – 22 September 1994: 254 (Abstract 649)

[22] Yazawa H, Honda K. a, – adrenoceptor subtype in the rat prostate is preferentially the a_{1A} – type. Jpn J Pharmacol 1993; 62: 297 – 304.

[23] Chapple CR, Couldwell CJ, Noble AJ, Chess – Williams R. The in vitro a, – adrenoceptor mediated effects of tamsulosin on the human prostate. Proc 23rd Congress SocietC lnternationale d'Urologie, Sydney, 18 – 22 September 2 994: 210 (Abstract 487)

[24] Foglar R, Shibata K, Horie, K, Hirasawa A, Tsujimoto G. Use of recombinant a_1 – adrenoceptors to characterize subtype selectivity of drugs for the treatment of prostatic hypertrophy. Eur J Pharmacol 1995; 288:201 – 207.

[25] Abrams P,Speakman M, Stott M, Arkell D, Pocock R. A dose – ranging study of the efficacy and safety of tamsulosin, the first prostateselective alpha 1A – adrenoceptor antagonist, in patients with benign prostatic obstruction (symptomatic benign prostatic hyperplasia). Br J Urol 1997; 80: 587 – 596.

[26] Abrams P, Schulman CC,Vaage S. Tamsulosin, a selective alpha 1c – adrenoceptor antagonist: a randomized, controlled trial in patients with benign prostatic 'obstruction' (symptomatic BPH). Br J Urol 1995; 76: 325 – 336.

[27] Chapple CR, Wyndaele JJ, Nordling J, Boeminghaus F, Ypma AF et al. Tamsulosin, the first prostate – selective alpha$_{1A}$ – adrenoceptor antagonist. A meta – analysis of two randomized, placebo – controlled, multicentre studies in patients with benign prostatic obstruction (symptomatic BPH). Eur Urol 1996; 29: 155 – 167.

[28] Lepor H. Phase III multicenter placebo – controlled study of tamsulosin in benign prostatic hyperplasia. Urology 1998; 51:892 – 900.

[29] Narayan P,Tewari A. A second phase III multicenter placebo controlled study of 2 dosages of modified release tamsulosin in patients with symptoms of benign prostatic hyperplasia. J Urol 1998; 160: 1701 – 1706.

[30] Nordling J. Efficacy and safety of two doses (10 and 15 mg) of alfuzosin or tamsulosin (0.4 mg) once daily for treating symptomatic benign prostatic hyperplasia. BJU Int 2005; 95:1006 – 1012.

[31] Kawabe K, Yoshida M, Homma Y. Silodosin, a new alpha1A – adrenoceptor – selective antagonist for treating benign prostatic hyperplasia: results of a phase III randomized, placebo – controlled, double – blind study in Japanese men. BJU Int 2006; 98:1019 – 1024.

[32] Yokoyama O, Yoshida M, Kim SC, Wang CJ,Imaoka T et al. Tadalafil once daily for lower urinary tract symptoms

suggestive of benign prostatic hyperplasia: a randomized placebo – and tamsulosin – controlled 12 – week study in Asian men. Int J Urol 2013; 20:193 – 201.

[33] SC Kim, JK Park, SW Kim, SW Lee, TYAhn et al. Tadalafil Administered Once Daily for Treatment of Lower Urinary Tract Symptoms in Korean men with Benign Prostatic Hyperplasia: Results from a Placebo – Controlled Pilot Study Using Tamsulosin as an Active Control. LUTS 2011; 3: 86 – 93.

[34] Oelke M, Giuliano F, Mirone V, Xu L, Cox D, Viktrup L. Monotherapy with tadalafil or tamsulosin similarly improved lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia in an international, randomised, parallel, placebo – controlled clinical trial. Eur Urol 2012; 61: 917 – 925.

[35] Kaplan SA, Roehrborn CG, Chancellor M, Carlsson M, Bavendam et al. Extended – release tolterodine with or without tamsulosin in men with lower urinary tract symptoms and overactive bladder: effects on urinary symptoms assessed by the International Prostate Symptom Score. BJU Int 2008; 102:1133 – 1139.

[36] Nayan KM, Rajiba LN, Vineet M, Rajender PA. A double – blind placebo controlled study of tamsulosin in the management of benign prostatic hyperplasia in an Indian population. Annals of the College of Surgeons of Hong Kong 2003; 7:88 – 93.

[37] Singh P, Singh A, Indurkar M, Raj B. Efficacy and safety of tamsulosin (0.4 mg) once daily for treating symptomatic benign prostatic hyperplasia. Asian J Pharm Clin Res 2012; suppl 4:87 – 91.

[38] Tsukamoto T, Endo Y, Narita M. Efficacy and safety ofdutasteride in Japanese men with benign prostatic hyperplasia. Int J Urol 2009; 16:745 – 750.

[39] Higgins. J, Green. S. Cochrane Handbook for Systematic Reviews ofInterventions, Version 5.0.2, Updated September 2009. Oxford: The Cochrane Collaboration; 2009.

[40] Kawabe K, Ueno A, Takimoto Y, Aso Y, Kato H. Use of an alpha 1 – blocker, YM617, in the treatment of benign prostatic hypertrophy. YM617 Clinical Study Group. J Urol 1990; 144:908 – 11; discussion 911 – 912.

[41] Yamanishi T, Mizuno T, Kamai T, Yoshida K, Sakakibara R et al. Management of benign prostatic hyperplasia with Silodosin. Open Access J Urol 2009; 20; 1:1 – 7.

[42] Chapple CR, Montorsi F, Tammela TL, Wirth M, Koldewijn E et al. Silodosin therapy for lower urinary tract symptoms in men with suspected benign prostatic hyperplasia: results of an international, randomized, double – blind, placebo – and active – controlled clinical trial performed in Europe. Eur Urol 2011; 59:342 – 352.

[43] Chapple CR, Montorsi F, Tammela TL, Wirth M, Koldewijn E et al. Silodosin therapy for lower urinary tract symptoms in men with suspected benign prostatic hyperplasia: results of an international, randomized, double – blind, placebo – and active – controlled clinical trial performed in Europe. Urologiia 2012; 5:38 – 42, 44 – 45.

[44] Saidi S, Stankov O, Dohcev S, Stavridis S, Mickovski A et al. Our experience with the treatment of benign prostatic hyperplasia(BPH) with tamsulosin in patients with normotension or orthostatic hypotension. Eur Urol Suppl 2010; 9: 598 – 598.

[45] Fan YZ, Xie JJ. Efficacy and safety observation of tamsulosin monotherapy for BPH. J Clin Urol Surg 2009; 6:478 – 480.

[46] Zhang JG, Wang YL, Ren XQ, Gao ZW, Cheng YH. Sexual function of men with symptomatic benign prostatic hyperplasia and effect of tamsulosin. Zhonghua Nan Ke Xue 2006;12:723 – 725.

[47] Hellstrom WJ, Sikka SC. Effects of alfuzosin and tamsulosin on sperm parameters in healthy men: results of a short – term, randomized, double – blind, placebo – controlled, crossover study. J Androl 2009; 30:469 – 474.

[48] Djavan B, Marberger M. A meta – analysis on the efficacy and tolerability of alpha1 – adrenoceptor antagonists in patients with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic obstruction. Eur Urol 1999; 36:1 – 13.

[49] Wu JP. WuJieping urology. Jinan: Shandong Science and Technology Press; 2004: 1143 – 1170.

[50] Barqawi AB, Myers JB, O′Donnell C, Crawford ED. Theeffect of alpha – blocker and 5 alpha – reductase inhibitor intake on sexualm health in men with lower urinary tract symptoms. BJU Int 2007; 100: 853 – 857.

[51] Giuliano F. Impact of medical treatments for benign prostatichyperplasia on sexual function. BJU Int 2006; 97 (Suppl 2):44 – 45.

[52] Ren RM, Kou M, Lan XX. Efficacy and safety of tamsulosin for the treatment of benign prostatic hyperplasia: a meta analysis. Chin Med J (Engl). 2010; 123:234 – 238.

[53] Chen TI, Wu TT. The efficacy and safety of tamsulosin in treating symptomatic benign prostatic hyperplasia. JUrol ROC 2000; 11: 155 – 160.

[54] Li NC, Chen S, Yang XH, Du LD, Wang JY, Na YQ et al. Efficacy of low – dose tamsulosin in Chinese patients with symptomatic benign prostatichyperplasia. Clin Drug Investig 2003; 23: 781 – 787.

[55] Park CH, Chang HS, Oh BR, Kim HJ, Sul CK, Chung SK et al. Efficacy of low – dose tamsulosin on lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia: a nonblind multicentre Korean study. Clin Drug Investig 2004;24: 41 – 47.

(收稿日期:2015 – 01 – 26)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 – 1993.2015.10.013

慢性前列腺炎合并性功能障碍患者 SCL – 90 调查及其心理干预

戴丽君 苏红侠 陈红粟 何有华△ 王帅斌
温州医科大学附属第二医院泌尿外科,浙江 温州 325000

【摘 要】 **目的:**探讨心理干预应用在慢性前列腺炎合并性功能障碍患者中对症状自评量表(SCL – 90)各因子的影响。**方法:**对我院就诊的 78 例慢性前列腺炎合并性功能障碍患者开展心理干预措施,采用 SCL – 90 量表进行调查,观察心理干预对患者的影响。**结果:**患者治疗后症状自评量表评分其中躯体化(1.66 ±0.19)分,强迫症状(1.44 ±0.17)分,人际关系(1.41 ±0.18)分,焦虑(1.81 ±0.34)分,抑郁(1.69 ±0.25)分,恐怖(1.13 ±0.21)分,偏执(1.24 ±0.16)分,敌对(1.01 ±0.11)分,精神病性(1.34 ±0.22)分,其他(1.43 ±0.23)分,同治疗前比较统计学分析显示差异具有统计学意义(t = 19.8748、6.2428、6.4291、12.0147、11.7154、5.1469、10.1706、9.3522、11.7451、10.4746;P < 0.05)。患者治疗后焦虑自评量表评分(47.28 ±3.0)分,抑郁自评量表评分(43.76 ±3.17)分,NIH – CPSI 评分(10.32 ±2.08)分,IIEF – 5 评分(18.37 ±1.45)分,同治疗前比较统计学分析显示差异具有统计学意义(t = 15.4093、16.4215、8.2473、24.7599,P < 0.05)。**结论:**采用心理干预应用在慢性前列腺炎合并性功能障碍患者中可以有效地改善患者心理状态,减轻患者负性心理压力,提升临床治疗效果,值得在临床上推广应用。

【关键词】 慢性前列腺炎;性功能障碍;心理干预

Psychological intervention and SCL – 90 survey in patients with chronic prostatitis combined with sexual dysfunction *DAI Lijun, SU Hongxia, CHEN Hongsu, HE Youhua△, WANG Shuaibin. Department of Urology, The 2nd Hospital Affiliated to Wenzhou Medical University, Wenzhou 325000, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To discuss the application of psychological intervention in patients with chronic prostatitis combined with sexual dysfunction and its effect on each factor of symptom self – assessment scale (SCL – 90). **Methods**: 78 patients with chronic prostatitis combined with sexual dysfunction were treated with psychological intervention measures by SCL – 90 questionnaire surveys to observe the influence of psychological intervention on patients. **Results**: After treatment, in symptoms self – rating scale, somatization was 1.66 ±0.19 points, forcing symptom was 1.44 ±0.17 points, human relationship was 1.41 ±0.18 points, anxiety was 1.81 ±0.34 points, depression was 1.69 ±0.25 points, terror was 1.13 ±0.21 points, paranoid was 1.24 ±0.16 points, hostility was 1.01 ±0.11 points, psychoticism was 1.34 ±0.22 points and other was 1.43 ±0.23 points. Compared with the scores before treatment, there were statistically significant differences (t = 19.8748, 6.2428, 6.4291, 12.0147, 11.7154, 5.1469, 10.1706, 9.3522, 11.7451, 9.3522; P < 0.05). After treatment, anxiety self – assessment rating scale score was 47.28 ±3.0 points, depression self – rating scale score was 43.76 ±3.17 points, the NIH – CPSI score was 10.32 ±2.08 points, IIEF score – 5 was 18.37 ±1.45 points. Compared with the scores before treatment, there were statistically significant differences (t = 15.4093, 16.4215, 8.2473, 16.4215, P < 0.05). **Conclusion**: Psychological intervention can effectively improve the psychological condition of patients with chronic prostatitis combined with sexual dysfunction, reduce the patients' negative psychological stress and enhance clinical therapeutic effect, which is worth popularizing in clinical application.

【**Key words**】 **Chronic prostatitis; Sexual dysfunction; Psychological intervention**

【中图分类号】 R697 + .3 【文献标志码】 A

慢性前列腺炎属于临床上男性常见的疾病,有近一半以上的男性会在不同时期出现前列腺炎症状,表现为排尿异常、腰骶部疼痛或者不适,严重的可能出现性功能障碍[1]。国外研究显示慢性前列腺炎合并性功能障碍发病率极高,尤其是性欲减退和射精疼痛等,经过调查显示合并性功能障碍患者心理和生理受到极大影响,对患者的生活、夫妻情感产生负面影响,目前逐渐被广大医患所重视[2,3]。我院对慢性前列腺炎合并性功能障碍患者开展了心理干预措施取得了满意的效果,现报告如下。

【第一作者简介】戴丽君(1985 –),女,护师,主要从事临床护理工作。
△【通讯作者】何有华,主任医师,E – mail:dailijunzj@163.com

1 资料与方法

1.1 一般资料

随机选取我科 2010 年 8 月至 2014 年 8 月治疗的慢性前列腺炎合并性功能障碍患者 78 例作为研究对象,患者符合美国国立卫生研究院制定慢性前列腺标准症状积分超过 10 分,性功能障碍即在性刺激下不能持续达到或维持足够的阴茎勃起完成满意的性交,病程超过 3 个月,所有患者年龄在 18 ~ 70 岁并签署知情同意书, 本研究经我院伦理学委员会批准后实行。年龄 26 ~ 58 岁,平均年龄(34. 89 ± 2. 66)岁;病程 3 月 ~ 8 年,平均病程(2. 19 ± 0. 43)年。

1.2 治疗方法

给予患者常规治疗,采用 ECO - 100 多模微波前列腺治疗仪体外照射治疗,选用圆形体外探头,功率 25 ~ 40W,以病人感到温热为宜,取会阴部或小腹部,每次 20min,间隔 2d 治疗 1 次。同时给予患者头孢类和喹诺酮类药物二联治疗;抗焦虑治疗采用盐酸曲唑酮片口服,第 1 周 1 次 50mg,1 次/d,第 2 周后改为 1 次 100mg,1 次/d。

1.3 护理干预

对患者开展心理干预措施:(1)开展一般心理疏导,护士要加强和患者进行沟通,通过聊天、座谈会等方法对患者进行开导,同时了解患者对慢性前列腺炎合并性功能障碍的认识程度,耐心聆听患者对病情的陈述,取得患者的充分信任与配合,鼓励患者战胜疾病的信心;(2)改变患者的认知,护士要向患者讲述疾病的发病机理,告诉患者慢性前列腺炎属于男性常见疾病,同性功能障碍发生没有必然的关系,让患者认识到心理因素是相关症状产生的重要因素,动员患者积极改变以往错误的认识,主动配合心理干预;(3)进行生物反馈干预,对久治不愈或者认为是性病的患者要将疾病和预后进行细致的解释,缓解患者紧张与恐惧的情绪,分析产生疾病出现的原因,改变患者不良的生活习惯,同时让患者通过学习认识到心理变化同躯体变化之间的关系,客观的了解身心变化同环境因素的关系,指导患者进行放松练习,解除患者的紧张焦虑情绪。

1.4 观察指标

采用症状自评量表(SCL - 90)对患者进行测定,包括 90 个项目 10 个不同心理因子,严重程度从 1(无症状)到 5(极严重)5 级评分,对干预前后评分变化进行比较。采用焦虑自评量表和抑郁自评量表对患者治疗前后负性情绪变化进行比较,采用美国国立卫生院制定的慢性前列腺炎症状评分(NIH - CPSI)评定患者前列腺治疗效果,采用国际勃起功能指数问卷调查表(IIEF - 5)评定患者性功能障碍改善情况。

1.5 统计学方法

所有收集数据录入 Excel 2003,在 SPSS 17. 0 中进行统计分析。计量数据均以 $\bar{x} \pm s$,计数数据以(%)表示,检验方法分别应用独立样本 t 检验及 χ^2 检验。当 $P < 0.05$ 时认定有统计学意义。

2 结果

2.1 患者症状自评量表(SCL - 90)变化比较

患者治疗后症状自评量表评分其中躯体化(1. 66 ± 0. 19)分,强迫症状(1. 44 ± 0. 17)分,人际关系(1. 41 ± 0. 18)分,焦虑(1. 81 ± 0. 34)分,抑郁(1. 69 ± 0. 25)分,恐怖(1. 13 ± 0. 21)分,偏执(1. 24 ± 0. 16)分,敌对(1. 01 ± 0. 11)分,精神病性(1. 34 ± 0. 22)分,其他(1. 43 ± 0. 23)分,同治疗前比较统计学分析显示差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 患者症状自评量表(SCL - 90)变化比较

观察项目	干预前评分	干预后评分	t	P
躯体化	2. 78 ± 0. 46	1. 66 ± 0. 19	19. 8748	0. 0000
强迫症状	1. 82 ± 0. 51	1. 44 ± 0. 17	6. 2428	0. 0000
人际关系	1. 79 ± 0. 49	1. 41 ± 0. 18	6. 4291	0. 0000
焦虑	2. 82 ± 0. 66	1. 81 ± 0. 34	12. 0147	0. 0000
抑郁	2. 54 ± 0. 59	1. 69 ± 0. 25	11. 7154	0. 0000
恐怖	1. 43 ± 0. 47	1. 13 ± 0. 21	5. 1469	0. 0000
偏执	1. 79 ± 0. 45	1. 24 ± 0. 16	10. 1706	0. 0000
敌对	1. 48 ± 0. 43	1. 01 ± 0. 11	9. 3522	0. 0000
精神病性	2. 24 ± 0. 64	1. 34 ± 0. 22	11. 7451	0. 0000
其他	2. 17 ± 0. 58	1. 43 ± 0. 23	10. 4746	0. 0000

2.2 患者治疗前后疗效评分变化比较

患者治疗后焦虑自评量表评分(47. 28 ± 3. 0)分,抑郁自评量表评分(43. 76 ± 3. 17)分,NIH - CPSI 评分(10. 32 ± 2. 08)分,IIEF - 5 评分(18. 37 ± 1. 45)分,同治疗前比较统计学分析显示差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 患者治疗前后疗效评分变化比较

观察项目	干预前评分	干预后评分	t	P
焦虑自评量表评分	58. 43 ± 5. 18	47. 28 ± 3. 03	15. 4093	0. 0000
抑郁自评量表评分	53. 47 ± 4. 15	43. 76 ± 3. 17	16. 4215	0. 0000
NIH - CPSI 评分	14. 13 ± 3. 51	10. 32 ± 2. 08	8. 2473	0. 0000
IIEF - 5 评分	8. 75 ± 3. 11	18. 37 ± 1. 45	24. 7599	0. 0000

3 讨论

慢性前列腺炎目前病因以及发病机理尚不十分明确,但是大多数学者认为慢性前列腺炎同心理因素具有密切关系。研究显示,慢性前列腺炎患者出现性功能改变会表现出不同程度的性欲降低、勃起的功能发生障碍和射精障碍,目前认为前列腺炎患者合并性功能障碍除部分器质性因素外应更加注重的是心理因素[4-6]。目前认为引发性功能障碍的主要因素:(1)是前列腺具有药物屏障作用,疾病的病程较长,治疗起效慢,因此患者心理压力较大,随着病情的延长心理问题不断加重;(2)慢性前列腺炎所引发的如不育、精囊炎会造成患者生理与心理的双重障碍;(3)部分患者在对疾病的认识上存在误区,将本病同性传播疾病相混淆,部分患者出现的尿道口“滴白”等症状很容易引发患者心理障碍;(4)部分医生在诊治时以及媒体宣传时会夸大疾病可能出现的后遗症导致患者心理发生扭曲,对疾病的治疗失去信心[7-10]。

针对慢性前列腺炎合并性功能障碍患者主要采取药物治疗,尽可能消除炎症反应、减轻患者疼痛不适和排尿异常,通过改善临床症状增强患者治疗的信心,研究显示心理干预可以有

助于提高患者对基本认知和了解。国外大量的实验研究证实应用唑嗪可以有效的改善患者下尿路症状,有效改善患者性功能障碍体征[11-13]。我们在研究中发现,慢性前列腺炎合并性功能障碍患者对自己身体状况十分敏感,均存在疑虑、缺乏自信等表现,常将心理问题进行躯体的转换,心理干预治疗则是对出现心理障碍患者重要的治疗方法,通过改变患者心理状态、错误认知等行为并在改变认知的过程中纠正患者不良的行为与情绪,对存在心理障碍的患者疗效显著[14-16]。我院通过聊天、座谈会等形式拉近了和患者的距离,让患者畅所欲言,表达出内心的真实感受,护士通过心理疏导让患者消除负性的情绪,树立患者战胜疾病的信心与勇气,鼓励患者走出负性情绪的困扰[17]。此外通过健康教育和讲解等方式让患者充分认识本病,了解本病不是不治之症,告诉其和性病的本质区别,鼓励已婚患者保持正常的性生活,并指导患者性生活频度,对未婚患者则要解除其思想顾虑,让患者了解虽然发生前列腺炎但是仍然可以正常生育,同时指导患者养成良好的生活习惯,加强体育锻炼,消除负性情绪对患者的影响[18]。还要注重对患者随访干预,护士要积极对患者开展随访干预,了解患者院外情况,叮嘱患者及时复诊,对存在可能影响疾病复发的因素进行消除,确保患者院外治疗效果,提升治疗的依从性。

综上所述,心理干预应用在慢性前列腺炎合并性功能障碍患者中可以有效地改善患者心理状态,减轻患者负性心理压力,提升临床治疗效果,值得在临床上推广应用。

参 考 文 献

[1] 施秀英,吕天虎,张丽波,等. 综合护理干预对慢性前列腺炎患者生存质量的影响. 当代护士,2012,1(1):45-46.

[2] 邓敏,赵洪福. 心理干预在慢性前列腺炎伴性功能障碍治疗中的作用. 中国性科学,2011,20(5):56-58.

[3] 李旭东,邵洪兰,宋贯杰,等. 复方玄驹胶囊治疗Ⅲ型前列腺炎合并性功能障碍的疗效分析. 中华男科学杂志,2012,18(7):665-668.

[4] 张翼飞,梁朝朝. 心理精神因素对慢性前列腺炎影响研究进展. 安徽医学,2013,34(9):1420-1421.

[5] 裴景堂,刘丽军. 慢性前列腺炎患者的心理状况及相关因素. 河南大学学报(医学版),2011,1(3):185-186.

[6] 刘娇. 心理干预在慢性前列腺炎患者护理中的应用体会. 中外医学研究,2012,10(2):66.

[7] 陈智彬,傅承忠,程支利,等. 慢性前列腺炎相关性性功能障碍的研究. 中国性科学,2013,22(2):27-29.

[8] 罗会治. 中西医结合治疗慢性前列腺炎伴勃起功能障碍的临床疗效分析. 现代中西医结合杂志,2013,22(15):1602-1604.

[9] 戴灿英,詹娟梅,蒋美萍,等. 慢性前列腺炎伴性功能障碍患者心理问题及相关因素分析. 中国性科学,2014,23(9):93-94.

[10] 吴学良,张瑞明,闵新民,等. 慢性前列腺炎伴性功能障碍的心理因素研究. 中国性科学,2013,22(5):7-10.

[11] Hao ZY,Li HJ,Wang ZP,et al. The prevalence of erectile dysfunctionand its relation to chronic prostatitis in Chinese men. J Androl,2011,32(5):496-501.

[12] Tran CN,Shoskes DA. Sexual dysfunction in chronic prostatitis/chron-ic pelvic pain syndrome. World J Urol,2013,31(4):741-746.

[13] Faydaci G,Kuyumcuoglu U,Eryildirim B,et al. Effectiveness ofdoxazosin on erectile dysfunction in patients with lower urinary tractsymptoms. Int Urol Nephrol,2011,43(3):619-624.

[14] 吴小军,周占松,张恒,等. 单纯治疗慢性前列腺炎对其合并 ED 的影响. 局解手术学杂志,2014,23(4):367-369.

[15] 郭晓宇,冉令霞,刘照旭,等. 慢性前列腺炎伴发勃起功能障碍与心理因素相关性研究. 护理研究,2013,27(30):3360-3362.

[16] 江山,朱春燕,马季,等. 慢性前列腺炎患者抑郁症状相关因素分析. 中华男科学杂志,2012,18(3):212-215.

[17] 吴学良,张瑞明,闵新民,等. 心理治疗在伴性功能障碍的ⅢB 型慢性前列腺炎患者中作用的临床研究. 中国性科学,2013,22(7):91-93.

[18] 朱少红,陈景宇,谢进东,等. 慢性前列腺炎患者的心理护理干预效果及生存质量分析. 中国医药导报,2013,10(20):109-110.

(收稿日期:2014-12-17)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.10.014

胰岛素与血清性激素水平与子宫内膜增生相关性研究

陈琪[1] 杨勇[1] 杜静[2]

1 武警浙江总队嘉兴医院检验科,浙江 嘉兴 314001

2 武警浙江总队嘉兴医院妇科,浙江 嘉兴 314001

【摘 要】 **目的:**探讨胰岛素与血清性激素水平与子宫内膜增生相关性,并对其危险因素进行分析,探讨造成子宫内膜增生的危险因素,以其为临床防治提出可靠的依据。**方法:**纳入我院在 2013 年 4 月至 2014 年 4 月期间接受诊治的子宫内膜增生患者 96 例。根据子宫内膜增生程度分为子宫内膜处于增生期及分泌

【第一作者简介】陈琪(1982-),女,技师,主要从事临床检验与免疫方面研究。

期(对照组)52 例与子宫内膜增生过长者 44 例。比较两组患者一般资料、胰岛素水平及血清性激素水平,对各研究因素首先进行单因素分析,对具有统计学差异的因素给予多因素 Logistic 回归分析。**结果**:单因素分析,在胰岛素、胰岛素抵抗指数、垂体催乳素、孕酮、黄体生成素、雌二醇 6 个因素上具有统计学差异($P < 0.05$);多因素 Logistic 回归分析,雌二醇、垂体催乳素、胰岛素抵抗指数进入回归模型($P < 0.05$)。**结论**:雌二醇、垂体催乳素、胰岛素抵抗指数为子宫内膜增生过长患者独立危险因素,三者联合检测可对子宫内膜增生过程患者的病变程度进行有效地评估,提示当患者出现 E_2、PRL、HOMA - IR 异常时,应及早采取积极的治疗以及预防措施,防止子宫内膜增生病变进一步发展。

【关键词】 胰岛素;血清性激素水平;子宫内膜增生;相关性

Correlation between insulin and serum sex hormone levels and endometrial hyperplasia

CHEN Qi[1], *YANG Yong*[1], *DU Jing*[2]. *1. Clinical Laboratory, Armed Police Zhejiang Corps Jiaxing Hospital, Jiaxing 314001, China; 2. Department of Gynecology, Armed Police Zhejiang Corps Jiaxing Hospital, Jiaxing 314001, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To investigate the correlation between insulin and serum sex hormone levels and endometrial hyperplasia and analyze the risk factors causing endometrial hyperplasia to provide reliable basis for its prevention and treatment. **Methods**: 96 patients with endometrial hyperplasia treated in our hospital from April 2013 to April 2014 were selected. According to the degree of endometrial hyperplasia, they were divided into proliferative and secretory phase group (the control group) with 52 cases and endometrial hyperplasia mecism phase group with 44 cases. General information, insulin levels and serum sex hormone levels of the two groups were compared. Univariate analysis of each factor was first studied. Multivariate logistic regression analysis was done among factors with statistically significant differences. **Results**: In univariate analysis, INS, HOMA - IR, PRL, P, LH and E_2 had statistically significant differences ($P < 0.05$); in multivariate logistic regression analysis, E_2, PRL and HOMA - IR were in the regression model ($P < 0.05$). **Conclusion**: E_2, PRL and HOMA - IR are independent risk factors for endometrial hyperplasia patients. Combined detection can be an effective assessment on the severity of endometrial hyperplasia. When E_2, PRL and HOMA - IR are abnormal, early aggressive treatment and preventive measures should be taken to prevent the further development of endometrial hyperplasia.

【**Key words**】 **Insulin; Serum sex hormone levels; Endometrial hyperplasia; Correlation**

【中图分类号】 R167 【文献标志码】 A

子宫内膜增生症是常见的一种妇科多发病,并且与子宫内膜癌的发生关系密切[1-3]。目前,普遍认为子宫内膜增生的发生与胰岛素和性激素分泌及功能紊乱相关[4]。近年来,子宫内膜增生症发病率呈上升趋势,严重威胁女性健康和生命[5]。关于子宫内膜癌目前的发病机制尚不十分清楚。大部分学者认为子宫内膜增生发病与患者体内雌激素长期无孕酮拮抗,同时刺激子宫内膜出现增生性改变相关[6,7]。并且也有研究报道显示,胰岛素与子宫内膜增生发生有着一定的关系[8]。本文研究纳入 2013 年 4 月至 2014 年 4 月期间接受诊治的 96 例子宫内膜增生患者,对其一般资料及胰岛素相关指标和血清性激素相关指标进行单因素分析和多因素回归分析,探讨造成子宫内膜增生过长的危险因素,以为临床的防治工作,提供可靠的依据。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入我院在 2013 年 4 月至 2014 年 4 月期间接受诊治的子宫内膜增生患者 96 例。所有患者均供应病理组织学检查以及刮宫诊断确诊为子宫内膜增生患者 96 例。年龄 28 ~ 75 岁,平均年龄(49.27 ± 7.26)岁 ;其中有糖尿病史者 12 例,有高血压病史者 10 例。根据刮宫病理结果将其分为子宫内膜处于增生期及分泌期(对照组)52 例与子宫内膜增生过长者(观察组)44 例。

1.2 纳入标准及排除标准

1.2.1 纳入标准 ①符合病理组织学检查以及刮宫诊断确诊为子宫内膜增生;②年龄 24 ~ 75 岁;③均已经医院伦理委员会审核通过者;③签署知情同意书者。

1.2.2 排除标准 ①不符合上述标准者;②年龄 < 24 岁或 > 75 岁者;③合并严重心、肝、肾及造血系统等功能异常者;④精神疾病者及合并其他生殖系统恶性肿瘤者。

1.3 子宫内膜增生程度检测

均在患者月经来潮后 6h 或者于患者阴道淋漓出血及闭经期期间给予诊断性刮宫术检查。子宫内膜增生程度依据《1998 年国际病理协会诊断标准》。

1.4 胰岛素及血清性激素相关指标测定

1.4.1 胰岛素相关指标测定 所有研究对象均于清晨空腹抽取 5mL 静脉血,离心,分离血清,测定胰岛素(INS)水平,采用全自动化学发光免疫分析检测仪(美国贝克曼 DxI800),并测算胰岛素抵抗指数(HOMA - IR)。胰岛素抵抗标准:HOMA - IR > 2.69。

1.4.2 血清性激素相关指标测定 所有研究对象均于清晨空腹抽取 5mL 静脉血,离心,分离血清,采用全自动化学发光免疫分析检测仪(美国贝克曼 DxI800),严格按照说明书标准测定血清性激素水平,包括卵泡刺激素(FSH)、垂体催乳素(PRL)、孕酮(P)、黄体生成素(LH)、雌二醇(E_2)。

1.5 统计学方法

采用统计学软件 SPSS 22.0 对本研究数据结果进行统计分析,计量资料采用($\bar{x} \pm s$)进行表示,计数资料采用% 进行表示,结果分别采取 t 检验以及 χ^2 检验,差异具有统计学意义的判断标准为 $P<0.05$。

2 结果

2.1 单因素分析

两组患者在糖尿病史、高血压病史、年龄、FSH 4 个因素不存在统计学差异($P>0.05$),而在胰岛素、胰岛素抵抗指数、垂体催乳素、孕酮、黄体生成素、雌二醇 6 个因素上具有统计学差异($P<0.05$)。见表 1,表 2。

表 1 两组患者计数资料单因素比较

因素	观察组($n=52$)	对照组($n=44$)	χ^2	P
糖尿病史				
有	5	7	0.863	>0.05
无	47	37		
高血压病史				
有	6	4	0.003	>0.05
无	46	40		

表 2 两组患者计量资料单因素比较

因素	观察组($n=52$)	对照组($n=44$)	t	P
年龄	47.41±6.64	49.08±7.68	1.143	>0.05
胰岛素(pmo/L)	10.39±3.24	15.48±3.47	7.424	<0.05
胰岛素抵抗指数	2.04±0.57	3.42±0.87	9.320	<0.05
卵泡刺激素(U/L)	9.16±2.61	9.30±3.09	0.241	>0.05
垂体催乳素(ng/mL)	24.18±3.48	29.43±2.97	7.870	<0.05
孕酮(ng/mL)	4.75±0.95	7.34±0.57	15.827	<0.05
黄体生成素(U/L)	7.67±1.58	8.76±1.63	3.320	<0.05
雌二醇(ng/L)	69.05±1.57	73.75±1.89	13.311	<0.05

2.2 多因素回归分析

对单因素分析结果由统计学意义的进行多因素 Logistic 回归分析,其中雌二醇、垂体催乳素、胰岛素抵抗指数进入回归模型($P<0.05$)。见表 3。

表 3 多因素 Logistic 多因素回归分析

重要影响因素	β	*OR*	*Walds* x^2	P
雌二醇	1.628	3.895	8.371	0.018
垂体催乳素	1.772	3.105	7.582	0.027
胰岛素抵抗指数	1.834	2.615	6.492	0.048

3 讨论

子宫内膜增生症为组织病理学名称,子宫内膜增生在 1987 年由国际妇科病理协会将其分为不典型增生、复杂性增生及单纯性增生[9,10]。而子宫内膜增生过长常由于单一雌激素对子宫内膜长期刺激,从而缺乏雌激素引起。最常见的临床症状为子宫不规则出血,并且经量不定,甚至可能出现大量出血,出血时间长或出血多常继发感染或贫血,是一种常见病症,其中部分为子宫内膜癌的癌前病变[11-13]。大量研究表明,雌激素主要通过与细胞内 ER 相结合后转移至细胞核,从而使核内 DNA 与蛋白质合成增加,最终致使子宫内膜上皮细胞增生[14]。并且研究报道表明,大量雌激素替代治疗后增加子宫内膜癌的危险度 2~10 倍[15]。孕激素具有拮抗雌激素的功能,其表现具体包括以下几方面[16]:(1)提高雌二醇脱氢酶的作用,从而使雌二醇转为雌酮;(2)减少可利用的雌激素受体位置数目;(3)促使子宫内膜由增生期转为分泌期;(4)抑制雌激素促使的 DNA 合成。目前,有关促使子宫内膜病变程度发展的相关危险因素尚不十分清楚,近年来,研究报道显示代谢综合征与子宫内膜增生过长具有一定的相关性[17]。临床研究认为不典型内膜增生过长为子宫内膜癌的一种癌前病变病理特质。目前,报道发现,子宫内膜增生过长与缺乏孕激素拮抗的雌激素单一过量持续刺激相关,并且均存在长期雌激素暴露状态下,部分仅为简单性增生过长,且仅部分患者进展为子宫内膜癌。研究报道显示,血清胰岛素水平增加在子宫内膜增生过长病变中具有重要作用,其机制主要可为直接刺激卵巢间质细胞生成雄激素过多,并且自身也能够在酶的作用下转为雌激素。目前,对于胰岛素与血清性激素水平与子宫内膜增生相关性分析报道极少。本文旨在分析造成子宫内膜增生过长危险因素。

本文研究结果表明,单因素分析胰岛素、胰岛素抵抗指数、垂体催乳素、孕酮、黄体生成素、雌二醇 6 个因素上具有统计学差异($P<0.05$);对以上 6 个因素进行多因素回归分析,雌二醇、垂体催乳素、胰岛素抵抗指数进入回归模型($P<0.05$)。综上所述,雌二醇、垂体催乳素、胰岛素抵抗指数为子宫内膜增生过长患者独立危险因素,三者联合检测可对子宫内膜增生过程患者的病变程度进行有效地评估,提示当患者出现雌二醇、垂体催乳素、胰岛素抵抗指数异常时,应及早采取积极的治疗以及预防措施,防止子宫内膜增生病变进一步发展。

参 考 文 献

[1] Moritani S, Ichihara S, Hasegawa M, et al. Stromal p16 expression differentiates endometrial polyp from endometrial hyperplasia. Virchows Archiv, 2012, 461(2):141-148.

[2] 王志启, 杨筱青, 王建六, 等. 子宫内膜非典型增生 79 例临床病理特征分析. 中华妇产科杂志, 2011, 46(1):19-23.

[3] Morelli M, DiCello A, Venturella R, et al. Efficacy of the levonorgestrel intrauterine system (LNG-IUS) in the prevention of the atypical endometrial hyperplasia and endometrial cancer: Retrospective data from selected obese menopausal symptomatic women. Gynecological endocrinology, 2013, 29(2):156-159.

[4] 吉梅, 陈超, 林流芳, 等. 植物性雌激素对子宫内膜及异位子宫内膜的影响. 生殖与避孕, 2012, 32(3):185-189.

[5] Holm NSL, Glintborg D, Andersen MS, et al. The prevalence of endometrial hyperplasia and endometrial cancer in women with polycystic ovary syndrome or hyperandrogenism. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 2012, 91(10):1173-1176.

[6] 刘玉环, 宋冬梅, 冯向东, 等. 子宫内膜增生中 PTEN、ER、PR 的

表达与子宫内膜切除术预后的相关性. 山东医药, 2012, 52(12):23 - 25.
[7] 翟芬菊, 李彩菊, 杨利, 等. 子宫内膜增生相关因素分析. 中国妇幼保健, 2012, 27(16):2455 - 2456,2501.
[8] 王艳杰, 陈晓军. 血清性激素及胰岛素水平与子宫内膜增生程度的相关性分析. 中国医药导报, 2014, 11(12):148 - 150,154.
[9] Pashov AI, Tskhay VB, Ionouchene SV, et al. The combined GnRH - agonist and intrauterine levonorgestrel - releasing system treatment of complicated atypical hyperplasia and endometrial cancer: A pilot study. Gynecological Endocrinology, 2012, 28(7):559 - 561.
[10] 聂莉, 章柏花, 江丽琴, 等. 孕激素及左炔诺孕酮宫内缓释系统治疗子宫内膜增生症疗效观察. 中华实用诊断与治疗杂志, 2012, 26(10):1007 - 1008.
[11] England GCW, Moxon R, Freeman SL, et al. Delayed uterine fluid clearance and reduced uterine perfusion in bitches with endometrial hyperplasia and clinical management, with postmating antibiotic. Theriogenology, 2012, 78(7):1611 - 1617.
[12] 翁梅英, 李琳, 冯淑英, 等. 左炔诺孕酮宫内缓释系统对增生过长子宫内膜的雌孕激素受体的影响. 南方医科大学学报, 2012, 32(9):1350 - 1354.
[13] Yilmaz E, Celik O, Simsek Y, et al. C - Kit proto - oncogene expression in endometrial hyperplasia and endometrial cancer. Archives of gynecology and obstetrics, 2012, 286(1):197 - 200.
[14] 张慧英, 韩玉崑, 宋学茹, 等. 胰岛素受体及胰岛素样生长因子Ⅰ在多囊卵巢综合征患者子宫内膜的表达及意义. 中国计划生育学杂志, 2011, 19(11):650 - 654.
[15] 王颖. 子宫内膜癌患者性激素及胰岛素水平的相关研究. 中国妇幼保健,2011, 26(19):1916 - 1917.
[16] 施宽华, 陆东红. 化学发光免疫分析检测血清性激素水平对性功能异常的诊断价值. 中国性科学, 2014, 23(2):32 - 34.
[17] Kurosawa H, Ito K, Nikura H, et al. Hysteroscopic inspection and total curettage are insuffcient for discriminating endometrial cancer from atypical endometrial hyperplasia. The Tohoku Journal of Experimental Medicine, 2012, 228(4):365 - 370.

(收稿日期:2014 - 12 - 09)

· 性传播疾病 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 - 1993.2015.10.015

西安市不同人群梅毒预防知识知晓率调查分析

李焕枝 卫晓丽
西安市疾病预防控制中心 西安 710054

【摘 要】 **目的:**分析西安市不同人群梅毒预防知识的知晓水平,为制定梅毒防治策略提供科学依据。**方法:**按照中国疾病预防控制中心性病控制中心提供的方案和问卷,在知情同意的前提下,通过面对面的调查城市居民、农村居民、暗娼(FSM)、男男性行为人群(MSM)、流动人群、在校学生 6 类人群梅毒防治知识知晓情况。**结果:**共计调查 2200 人,人群整体梅毒防治知识知晓率是 65.9%。在各类人群中,FSM 的知晓率最高,达到 86.8%,MSM 的梅毒知晓率最低,只有 42.8%;不同年龄组中,20 ~ 29 岁年龄组的梅毒预防知识知晓率最高,达到 74.0%,60 岁以上最低,为 20.0%;文化程度以初中学历者知晓率最高,为 69.3%,大专以上组的知晓率为 67.5%,文盲组的知晓率最低,为 52.0%;大部分人获取梅毒预防知识的途径是电视、宣传活动和网络。**结论:**西安市不同人群的梅毒知识知晓率普遍偏低,而且不同人群梅毒预防知识知晓率之间差异较大,因此有必要根据不同人群进行有针对性的宣传,以提高人群梅毒知识知晓率,实现《中国预防与控制梅毒规划(2010 - 2020 年)》的目标。

【关键词】 不同人群;梅毒预防知识;知晓率

Survey on the awareness rate of syphilis related knowledge among different types of population in Xi'an city

LI Huanzhi, WEI Xiaoli. Xi'an City Center for Disease Prevention and Control, Xi'an 710054, Shanxi, China

【**Abstract**】 **Objectives**: To investigate the awareness rate of syphilis related knowledge among different population groups in Xi'an city for further controlling syphilis. **Methods**: Using scheme and questionnaire developed by the Chinese Centre for Disease Control and Prevention as well as face - to face investigation, the syphilis prevention knowledge of urban residents, rural residents, sex workers (FSM), MSM, floating population and school students were surveyed with informed consents obtained. **Results**: Of the 2200 subjects surveyed, the overall awareness rate of syphilis prevention knowledge was 65.9%, and the highest rate was 86.8% among FSM, while the lowest rate was 42.8% among MSM. The awareness rate of syphilis related knowledge in 20 ~ 29 age group was the

【第一作者简介】李焕枝(1978 -),女,副主任医师,主要从事性病监测管理工作。

highest of 74.0% , and the lowest rate of awareness was 20.0% in over – 60 age group. Participants with the higher educational level reported higher awareness of syphilis related knowledge; and the highest rate was 71.5% among participants having received college education or above. Most participants got syphilis related knowledge through television, propaganda and internet. **Conclusion**: There is a large difference in the awareness rates of syphilis related knowledge among different groups. We should strengthen propagandizing the syphilis prevention knowledge to realize the goals put forward by "Chinese syphilis prevention and control program (2010 – 2020)".

【Key words】 Different population group; Syphilis – related prevention knowledge; Awareness rate

【中图分类号】 R759.1 **【文献标志码】** A

梅毒是一种性传播疾病,预防知识的缺乏是造成感染的重要因素之一。通过对西安市不同人群进行梅毒预防知识知晓率的问卷调查,了解西安市不同人群对梅毒预防知识知晓率水平,为今后制定梅毒防治策略提供科学依据,从而更好地贯彻落实《中国预防与控制梅毒规划(2010 – 2020)》[1]。

1 材料和方法

1.1 调查对象

根据中国疾病预防控制中心性病控制中心提供的调查问卷[2],选择 6 类调查对象,分别是城市居民:年龄在 15 ~ 49 岁居住在市区的常住人口,共调查新城区和碑林区各 150 人;农村居民:年龄在 15 ~ 49 岁居住在农村的常住人口,共调查高陵县和周至县各 150 人;在校学生:共调查未央区某公立普通高等大学 400 人;流动人口:年龄 18 岁以上的农民工,共调查户县外来农民工 400 人;暗娼(FSM):年龄 18 岁以上在娱乐场所提供性服务的女性,共调查雁塔区和长安区各娱乐场所 FSM 400 人;男男性行为者(MSM):共调查莲湖区某非政府社区小组 MSM 400 人。

1.2 调查内容

调查问卷由中国疾病预防控制中心性病控制中心统一提供,内容包括调查对象基本情况,梅毒预防知识(共 8 个问题)等。

1.3 调查方法

由经过培训的调查员一对一当面调查并填写问卷。能正确回答梅毒预防知识 8 个问题中的 6 个即判定为知晓。

1.4 统计方法

采用 EpiData 3.1 软件对资料进行录入,用 Excel 和 SPSS13.0 对数据进行分析。

2 结果

2.1 基本情况

本次研究调查的 2200 份问卷中,男性 1242 名,占 56.5%,女性 958 名,占 43.5%;民族以汉族为主,占 99.6%;在年龄分组中,以 20 ~ 29 岁、30 ~ 39 岁和 40 ~ 49 岁为主,分别占 37.5%、25.0% 和 18.0%。文化程度方面,以初中以上学历为主,其中初中、高中或中专以及大专以上分别占 26.3%、26.5% 和 38.0%。见表 1。

表 1 各类人群基本情况表

基本信息		城市居民	农村居民	在校学生	流动人口	FSM	MSM	总计
年龄	<20 岁	1(0.3)	10(3.3)	274(68.5)	4(1.0)	21(5.3)	30(7.5)	340(15.5)
	20 ~ 29 岁	37(12.3)	80(26.7)	126(31.5)	102(25.5)	303(75.8)	176(44.0)	824(37.5)
	30 ~ 39 岁	132(44.0)	73(24.3)	0(0.0)	151(37.8)	74(18.5)	119(29.8)	549(25.0)
	40 ~ 49 岁	130(43.3)	95(31.7)	0(0.0)	118(29.5)	2(0.5)	52(13.0)	397(18.0)
	50 ~ 59 岁	0(0.0)	42(14.0)	0(0.0)	24(6.0)	0(0.0)	19(4.8)	85(3.9)
	>60 岁	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.3)	0(0.0)	4(1.0)	5(0.2)
性别	男	127(42.3)	120(40.0)	285(71.3)	310(77.5)	0(0.0)	400(100.0)	1242(56.5)
	女	173(57.7)	180(60.0)	115(28.7)	90(22.5)	400(0.0)	0(0.0)	958(43.5)
文化程度	文盲	6(2.0)	1(0.3)	0(0.0)	5(1.3)	5(1.3)	8(2.0)	25(1.1)
	小学	50(16.7)	12(4.0)	0(0.0)	58(14.5)	45(11.3)	9(2.3)	174(7.9)
	初中	150(50.0)	62(20.7)	0(0.0)	208(52.0)	128(32.0)	28(7.0)	576(26.2)
	高中或中专	68(22.7)	137(45.7)	6(1.5)	106(26.5)	128(32.0)	145(36.3)	590(26.8)
	大专以上	26(8.7)	88(29.3)	394(98.5)	23(5.8)	94(23.5)	210(52.5)	835(38.0)

2.2 各类人群梅毒知晓率调查结果

在调查的 2200 名对象中,整个人群的知晓率为 65.9%。其中暗娼(FSM)的知晓率最高,达到 86.8%;其次是城市居民人群,知晓率为 74.0%;男男性行为人群(MSM)的知晓率最低,只有 42.8%。不同人群梅毒知晓率之间差异有统计学意义(χ^2 = 192.323, P < 0.0001)。见表 2。

表 2 不同人群梅毒知晓率调查结果

人群类别	人数	知晓率[n(%)]
城市居民	300	222(74.0)
农村居民	300	192(64.0)
在校学生	400	238(59.5)
流动人口	400	280(70.0)
FSM	400	347(86.8)
MSM	400	171(42.8)
合计	2200	1450(65.9)

2.3 不同年龄组梅毒知晓率调查结果

在调查 2200 名对象中,20 ~ 29 岁年龄组知晓率最高,达到 74.0%,其次为 30 ~ 39 岁年龄组,知晓率为 66.5%,60 岁以上梅毒知晓率最低,为 20.0%,不同年龄组梅毒知晓率之间差异有统计学意义($\chi^2 = 38.660$, $P < 0.0001$)。见表 3。

表 3 不同年龄组梅毒知晓率调查结果

年龄(岁)	调查人数	知晓率[n(%)]
<20	340	191(56.2)
20 ~ 29	824	610(74.0)
30 ~ 39	549	365(66.5)
40 ~ 49	397	235(59.2)
50 ~ 59	85	48(56.5)
>60	5	1(20.0)
合计	2200	1450(65.9)

2.4 不同文化程度之间梅毒知晓率调查结果

在调查的 2200 名对象中,初中文化程度的知晓率最高,为 69.3%,其次为大专以上,知晓率为 67.5%,最低为文盲,知晓率为 52.0%。不同文化程度之间梅毒知晓率差异有统计学意义($\chi^2 = 11.129$, $P < 0.05$)。见表 4。

表 4 不同文化程度梅毒知晓率调查

年龄(岁)	人数	知晓率[n(%)]
文盲	25	13(52.0)
小学	174	108(62.1)
初中	576	399(69.3)
高中或中专	590	366(62.0)
大专以上	835	564(67.5)
合计	2200	1450(65.9)

2.5 单个问题知晓率

知晓率最高的是问题 1“梅毒主要是通过性接触传播的吗”,知晓率达到 86.7%;知晓率最低的是问题 5 “梅毒会增加艾滋病的传播吗”,知晓率为 62.0%。见表 5。

表 5 梅毒预防知识问题的调查结果

年龄(岁)	知晓率[n(%)]
1、梅毒主要是通过性接触传播的吗	1908(86.7)
2、梅毒可以治好吗	1718(78.1)
3、一个看上去健康的人会是梅毒患者吗	1557(70.8)
4、正确使用安全套,可以预防梅毒的传播吗	1701(77.3)
5、梅毒会增加艾滋病的传播吗	1365(62.0)
6、梅毒患者的性伴需要去医院检查吗	1858(84.5)
7、孕产妇感染梅毒会传染给胎儿吗	1537(69.9)
8、与梅毒患者一起吃饭、握手等日常接触会传播梅毒吗	1490(67.7)

2.6 获取信息途径

被调查的各类人群得到梅毒预防知识知晓率的信息来源中,电视(56.7%)、宣传活动(52.3%)和网络(41.1%)来源比较普遍,宣传材料(36.5%)、报刊(33.2%)、广播(33.1%)来源次之,书籍(25.6%)、朋友或同伴(20.7%)、医生咨询(18.8%)和学校讲座(8.3%)来源较少。

3 讨论

近年来,我国梅毒发病率呈逐年上升趋势[3,4],有报道称缺乏预防知识是造成梅毒感染传播的重要原因[5]。本次调查结果是西安市不同人群梅毒预防知识知晓率为 65.9%,其中城市居民、农村居民、学生、流动人口、FSW 和 MSM 梅毒预防知识知晓率分别为 74.0%、64.0%、59.5%、70.0%、86.8% 和 42.8%,与国家卫生计生委要求到 2015 年全国 15 ~ 49 岁人口中,城市居民梅毒防治知识知晓率达到 85%、农村居民达到 75%、流动人口达到 80%、FSW 和 MSM 达到 90%[1]还有较大的距离。本次调查中,MSM 对梅毒预防知识知晓率最低,为 42.8%。据报道:MSM 人群感染梅毒较其他人群高[6],而且无保护性的性行为与梅毒感染风险增加相关[7]。由于 MSM 群体的特殊性,而且这一群体高危行为的发生率较高,提示我们做好梅毒防控工作还需要在高危人群中加大知识宣传的力度。

在此次调查的人员中,20 ~ 29 岁年龄组知晓率最高为 74.0%,60 岁以上梅毒知晓率最低为 20.0%。从本研究结果可以看出,应该加强对性活跃人群的梅毒预防知识的教育,在文化程度方面,初中学历者知晓率最高为 69.3%,大专以上的知晓率为 67.5%,文盲最低为 52.0%,由此可见文化程度相对高的,梅毒预防知识的知晓率也相对高一些,说明文化教育对一个人生活行为的重要性。而且,有研究表明文化程度与健康行为的形成呈正相关[8]。

在梅毒预防知识方面,“梅毒会增加艾滋病传播吗”这个问题,人群的知晓率最低,仅为 62.0%。有报道,得了性病后会增加艾滋病的感染几率,因为性病会造成生殖道溃疡,而溃疡面会加剧艾滋病感染的风险[9,10]。“孕产妇感染梅毒会传染给胎儿吗”这个问题的知晓率也不是很高,结果使先天梅毒儿增加,严重影响到我国人口素质提高[11],研究表明,防控梅毒母婴传播不仅具有经济效益,而且还有社会效益[12]。对于“与梅毒患者一起吃饭、握手等日常接触会传播梅毒吗”这个问题,仍然有很多人由于对梅毒不够了解,造成对梅毒患者的歧视,结果被歧视者更是隐瞒自己的病情,甚至恶意报复,造成性病传播。

在获得梅毒预防知识途径方面,通过电视、宣传活动和网络途径比较普遍,而学校讲座、医生咨询等途径比较薄弱,这跟其他地市形势相似[13,14]。因此,在今后的性病防控工作中要加强宣传力度,学校应该把性病知识教育纳入课程中,做好梅毒等其他性病预防知识的普及;医疗机构的皮肤性病门诊或社区卫生服务中心也应设立专职人员负责性病监测工作,以便提高性病相关知识的健康宣教,养成良好的健康行为[15]。

本次调查研究表明,西安市整个人群的梅毒预防知识知晓率还处于一个较低的水平,必须加大投入,通过多方途径来宣传梅毒等性病的预防知识,特别是在 MSM 人群和学校开展性病的预防知识教育,从而控制梅毒等性病传播。

参 考 文 献

[1] 卫生部. 中国预防与控制梅毒规划(2010 - 2020)(卫疾控发[2010])52 号. 2010.

[2] 陕西省皮肤性病防治所. 陕西省梅毒预防知识知晓率调查方案(陕皮防发[2012])16 号. 2012.

[3] 薛大奇. 我国梅毒防治面临的挑战及对策. 中国性科学,2012,21(1):15 - 16.

[4] 傅志宜. 性传播疾病的现状和防控. 中国性科学,2013,22(3):1.

[5] 张永梅. 马勇. 我国梅毒预防现况. 中国医疗前沿,2011,6(4):27.

[6] 陈炳莲,朱平,刘利,等. 大安区特殊人群艾滋病、梅毒和丙肝监测结果及对策. 中国卫生事业管理,2012,26(10):798 - 799.

[7] 宋亮,胡尧,姜树林,等. 北京市男男性工作者艾滋病与梅毒感染状况及相关危险行为研究. 中华流行病学杂志,2012,33(6):640 - 642.

[8] 田本淳. 健康教育与健康促进使用方法. 北京:北京大学医学出版社,2005:210 - 213.

[9] Gray RH, Wawer MJ, Brookmeyer R, et al. Probability of HIV - 1 transmission per coital act in monogamous, hetcrosexual, HIV - 1 Discordantcouples in Rakai Uganda. Lancet, 2001, 357 (9263): 1149 - 1153.

[10] Wright TC Jr. Human immunodeficiency virus 1 expression in the female genital tract in association with cervical inflammationand ulceration. An J Obstet Gynecol,2001,184(3):279 - 285.

[11] Tucker JD, Chen XS, Peeling RW. Syphilis and social upheavalin China. N Engl J Med,2010,362(18):1658 - 1660.

[12] 黄喜明,周华,凌梨,等. 深圳市预防与控制梅毒母婴传播项目成本效益分析. 中国卫生统计,2012,29(4):582 - 585.

[13] 还锡萍,王小亮,傅更锋,等. 江苏省不同人群梅毒预防知识知晓率调查. 南京医科大学学报(自然科学版),2012,32(9):1320 - 1323.

[14] 郭晓嘉,周超,郑建琼,等. 重庆市不同人群梅毒预防知识知晓率调查分析. 中国艾滋病性病,2012,18(11):776 - 778.

[15] 郭玉清. 专职人员对性病就诊者进行健康宣教效果的分析. 中国性科学,2014,23(4):75 - 78.

(收稿日期:2014 - 11 - 28)

· 性传播疾病 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 - 1993.2015.10.016

甲苯胺红血清试验与酶联免疫吸附试验在妊娠期女性梅毒筛查中的应用对比

谢桂容[1] 杨林[2]

1 资阳市第四人民医院检验科,四川 资阳 641300

2 资阳市人民医院皮肤科,四川 资阳 641300

【摘 要】 **目的:**探讨不同梅毒检测方法用于妊娠期女性梅毒筛查的临床价值,寻找最为适合的筛查方法。**方法:**选取妊娠期女性 1529 例作为研究对象,采用梅毒特异性抗体检测法判断孕妇是否感染梅毒,并据此分为感染梅毒的观察组(n = 14)和未感染梅毒的对照组(n = 1515)。分别采用 TRUST(甲苯胺红不加热血清试验)、ELISA(酶联免疫吸附试验)、TPPA(梅毒螺旋体明胶凝集试验)进行检测,并对结果进行比较和分析。**结果:**TRUST、ELISA、TPPA 敏感性分别为 64.29%、85.71%、100.00%,阳性预测值分别为 56.25%、85.71% 和 100.00%,TPPA > ELISA > TRUST,三种检测方法差别有统计学意义($P < 0.05$)。TPPA 敏感性和特异性均高达 100%,其阳性患者 14 例标本滴度为 1∶16 ~ 1∶128,其余患者标本滴度均≤1∶4。通过 pearson 直线相关性分析,TRUST 法滴度与 ELISA 法 A 值之间没有明显的相关性($r = 0.391$, $P > 0.05$);TRUSR 法与 TPPA 法滴度具有明显的相关性($r = 0.927$, $P < 0.05$)。**结论:**与 TRUST 相比 ELISA 的敏感性更高,可用于妊娠期梅毒筛查,而 TRUST 滴度可用于梅毒疗效监测。

【关键词】 梅毒;孕妇;筛查

【第一作者简介】谢桂容(1969 -),女,副主任技师,主要从事临床检验工作。

Comparative study of different methods of syphilis screening testing for pregnant women

XIE Guirong[1], *YANG Lin*[2]. *1. Clinical Laboratory, Ziyang Fourth People's Hospital, Ziyang 641300, China; 2. Dermatology Department, Ziyang People's Hospital, Ziyang 641300, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To investigate the clinical value of different methods to detect syphilis for pregnant women, so as to find the most appropriate screening method. **Methods**: 1529 pregnant women were selected as research subjects. A specific antibody detection of syphilis in pregnant women was used to determine whether they were infected with syphilis. According to the results, they were divided into observation group (n = 14) and control group (n = 1515). TRUST (toluidine red unheated serum test), ELISA (enzyme – linked immunosorbent assay), TPPA (Treponema pallidum wise teaching agglutination test) were used and the results of the two groups were compared and analyzed. **Results**: Sensitivity of TRUST, ELISA and TPPA were 64.29%, 85.71% and 100.00% respectively and positive predictive values were 56.25%, 85.71% and 100.00% respectively, TPPA > ELISA > TRUST. Differences among three detection methods were statistically significant ($P < 0.05$). TPPA sensitivity and specificity were both 100%, titer of 14 patients whose specimens were positive was 1∶16 to 1∶128, and the other patient specimens' titers were ≤1∶4. By Pearson linear correlation analysis, there was no clear correlation between titer of ELISA method and A value of TRUST (r = 0.391, $P > 0.05$); TRUSR method and TPPA titer method had significant correlation (r = 0.927, $P < 0.05$). **Conclusion**: Compared with TRUST, ELISA has higher sensitivity, which can be used for syphilis screening during pregnancy, and TRUST titer can be used to monitor the efficacy of syphilis treatment.

【**Key words**】 **Syphilis; Pregnant women; Screening**

【**中图分类号**】 R759.1 【**文献标志码**】 A

梅毒是由梅毒螺旋体感染所致的慢性全身性传染性疾病，性传播和母婴传播是最为常见的传播途径[1]。近年来，随着性观念开放与性行为保护意识的不足，梅毒发生率越来越高，妊娠梅毒以及胎传梅毒的发病率也逐年上升。胎传梅毒可以导致流产、死胎、早产、胎儿畸形以及分娩先天梅毒患儿等严重后果[2]。有效的预防以及控制梅毒传播是产前保健的重要内容，而对携带梅毒螺旋体的孕妇进行准确、快速的筛查是采取预防措施的关键。本研究回顾分析了 1529 例孕妇的临床资料，对不同梅毒检测方法筛查结果进行统计，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取 2014 年 5 月至 2014 年 9 月期间来我院行产前检查的孕妇 1529 例作为研究对象。其中 14 例孕妇通过梅毒特异性抗体检测确诊为梅毒，其余 1515 例为梅毒阴性。所有孕妇年龄 20 ~ 37 岁，孕周 16 ~ 20 周。

1.2 方法

TRUST(甲苯胺红不加热血清试验)试剂来自上海荣盛神武技术有限公司。所有孕妇于清晨抽取肘静脉空腹血 3mL，室温下静置凝固之后取血清。取 50μL 血清放在卡片的圆圈中并均匀涂布，轻轻摇匀 TRUST 抗原，使用 9 号针头加一滴抗原，使用水平旋转仪旋转卡片 8min，立即在亮光下进行观察。对于 TRUST 试验阳性的患者使用 0.9% NaCl 溶液倍比稀释血清后测定反应素，以可以引起阳性反应的最高的稀释度作为反应素滴度。以 TPPA 法作为确认试验。以圆圈内出现红色或粉色絮状物为阳性，以圆圈内仅见甲苯胺红颗粒集于中央一点或均匀分散为阴性[3]。

此外 ELISA(酶联免疫吸附试验)以及 TPPA(梅毒螺旋体明胶凝集试验)所需试剂分别来自上海科华生物有限公司以及日本富士瑞必欧株式会社，且使用时均在有效期内，所有操作以及结果判读均按试剂盒说明进行。三种检测方法同时进行。

1.3 试剂评价指标

以观察组阳性例数/观察组总例数为敏感性；对照组阴性例数/对照组总例数为特异性；以观察组阳性例数/两组阳性总例数为阳性预测值；以对照组阴性例数/两组阴性总例数为阴性预测值。

1.4 统计学处理

采用 SPSS13.0 软件进行分析，计量资料采用 t 检验，不同筛查方法敏感性、特异性采用 χ^2 检验，采用 pearson 直线相关分析进行相关性检验，且以 $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 不同筛查试剂检测结果

TRUST、ELISA 敏感性分别为 64.29%、85.71%，阳性预测值分别为 56.25%、85.71%，TPPA > ELISA > TRUST，三种检测方法差别有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1、表 2。

表 1 三种检测方法检测结果比较

		TPPA		合计
		+	−	
TRUST	+	9	7	16
	−	5	1508	1513
ELISA	+	12	2	14
	−	2	1513	1515
合计		14	1515	1529

表 2 三种检测方法评价指标比较

方法		敏感性	特异性	阳性预测值	阴性预测值
TRUST		64.29	99.54	56.25	99.67
ELISA		85.71	99.87	85.71	99.87
TRUST 与 ELISA 比较	χ^2	4.181	0.937	4.937	0.834
	P	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05
TRUST 与 TPPA 比较	χ^2	5.002	1.293	5.428	1.184
	P	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05
ELISA 与 TPPA 比较	χ^2	4.019	1.093	4.322	1.093
	P	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05

2.2 滴度相关性

TPPA 敏感性和特异性均高达 100%,其阳性患者 14 例标本滴度为 1∶16 ~ 1∶128,其余患者标本滴度均≤1∶4。通过 pearson 直线相关性分析,TRUST 法滴度与 ELISA 法 A 值之间没有明显的相关性($r = 0.391$, $P > 0.05$);TRUSR 法与 TPPA 法滴度具有明显的相关性($r = 0.927$, $P < 0.05$)。

3 讨论

梅毒由梅毒螺旋体感染所致,具有高度的传染性。孕妇如果合并梅毒而不及时进行治疗,可以引起胎儿肝、肺、脾以及骨骼等器官和组织发生病变,影响妊娠结局,因此危害极大[4]。我院 2014 年 5 月至 2014 年 9 月期间行产前检查的 1529 例孕妇中检出梅毒患者 14 例,检出率高达 0.92%,因此做好孕期梅毒筛查有着重要的意义。

由于妊娠期女性体内免疫系统处于抑制状态,很多孕妇即使感染梅毒,也没有明显的症状和体征,在这种状况下血清学检查是诊断梅毒的重要依据[5]。

梅毒螺旋体感染人体之后可致机体产生两种抗体,其中特异性抗体在感染 2 ~ 4 周后可以检出,另一种是梅毒螺旋体对患者组织造成破坏之后释放出来的非特异性抗体,又称为反应素,检出的时间与特异性抗体相比要晚 2 周左右[6]。

TPPA 法是在明胶颗粒外包被纯致病性梅毒螺旋体特异性抗原,梅毒感染者血清中的抗体可以和致敏颗粒发生特异性的反应而出现凝集现象,而且凝集的强度与抗体的浓度呈现出正相关,是目前公认的梅毒感染确诊试验,但是在进行测定时需要反复进行稀释,操作复杂,并不适合大批量的进行测定[7];而且由于检测结果需要通过肉眼进行判断,因此对于操作人员的要求也较高,而且试剂昂贵,在溶解之后必须在短期内用完,否则就会造成浪费,因此用于基层医院筛查很难推广。

TRUST(甲苯胺红不加热血清试验)是针对非特异性抗体所进行的检测,具有操作简便、用时短、试剂成本低的优点[8,9],目前在临床应用较为广泛,但是在本研究中,我们发现,其敏感性和阳性预测值分别仅有 64.29% 和 56.25%,5 例患者出现了假阴性,漏检率高达 35.71%,这可能一方面与非特异性抗体出现较晚有关,另一方面梅毒晚期此类抗体可以部分转阴也会影响到治疗的敏感性。此外,当采集标本时如果有人类脂质混入或因细菌污染、溶血等因素而导致血清中游离脂肪酸析出,则有可能引起结果的假阳性[10,11],在本研究中未感染梅毒螺旋体的孕妇中有 7 例患者出现假阳性。这都提示我们 TRUST 用于妊娠期梅毒筛查是容易造成漏诊和误诊的,并不适合。但是在滴度相关性检查时我们发现,TRUSR 法与 TPPA 法滴度呈现明显的正相关,因此当确诊孕妇感染梅毒之后,对其治疗效果以及是否有复发和再感染,使用 TRUST 定量滴度是有效的。

ELISA 法是一种双抗原夹心试验,通过基因重组表达的方式对血清中的特异性抗体进行测定,操作简单,而且结果稳定[12,13],可以使用酶标仪判读结果,因此相对而言是客观而且准确的[14,15]。在本研究中使用 ELISA 法进行测定敏感性达到 85.71%,虽然有 2 例患者出现假阳性,但是较 TRUST 法已经明显减低。由于在进行 ELISA 检测的同时也会对 IgG 和 IgM 进行测定额,人梅毒患者虽然经过足量治疗,但是 IgG 水平仍然会长期保持阳性,因此 ELISA 测定 A 值与 TRUST 法的测定并没有相关性,也不能作为评价治疗效果以及是否复发的指标。

由于梅毒传播方式的特殊性以及其对妊娠所造成的不良影响,一旦出现假阳性,会给孕妇造成极大的心理压力甚至引发家庭矛盾,且因为延误治疗而给社会和家庭造成巨大的经济和精神损失,因此选择适宜的筛查模式有着重要的意义。与 TRUST 相比 ELISA 的敏感性更高,但是也有可能出现漏检和假阳性,临床工作中可以根据自己实验室的条件,必要时选择联合测定。

参 考 文 献

[1] Onoe T, Honda M, Matsuo K, et al. Examination of the correlation between the manual and automated serological testing methods for syphilis. The Journal of Dermatology, 2012, 39(4): 355 - 361.

[2] 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.

[3] 郭家权,洪敏,林永前,等. 酶联免疫吸附法检测与甲苯胺红不加热血清试验在梅毒检验中应用价值的比较. 广东医学, 2014, 35(5): 738 - 740.

[4] 徐丹,黄崇斌,钱小泉,等. 妊娠合并梅毒母儿健康状况分析. 重庆医学, 2014(13): 1611 - 1613.

[5] 朱巧英,李宁,罗红权,等. 三种方法检测潜伏妊娠梅毒的临床评价. 中国实验诊断学, 2014(6): 929 - 931.

[6] 马开富. 梅毒血清学诊断实验方法研究进展. 国际检验医学杂志, 2012, 33(1): 63 - 66.

[7] 王珍光,郭建巍,马骢,等. 梅毒检测方法的临床应用研究. 现代检验医学杂志, 2011, 26(1): 152 - 155.

[8] 肖春梅,朴桂花,李富荣,等. 梅毒血清学实验室检查及临床应用. 实用医学杂志, 2011, 27(8): 1485 - 1486.

[9] 周先军. TPPA、TP - ELISA、TRUST 试验在梅毒诊治中的联合应用. 国际检验医学杂志, 2011, 32(19): 2275 - 2277.

[10] 李志艳,刘平,高健,等. 梅毒螺旋体抗体筛查方法的比较性研究. 中华检验医学杂志, 2012, 35(12): 1176 - 1179.

[11] Tucker JD, Muessig KE, Cui R, et al. Organizational characteristics of HIV/syphilis testing services for men who have sex with men in South China: a social entrepreneurship analysis and implications for creating sustainable service models. BMC Infect Dis, 2014, 14(1): 601.

[12] Shahrook S, Mori R, Ochirbat T, et al. Strategies of testing for syphilis during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev, 2014, 29(10): CD010385.

[13] 蒋银,王红华,冯娅萍,等. 三种梅毒血清学试验在梅毒诊断中的临床对比研究. 中国性科学, 2013, 22(11): 40 - 42.

[14] 徐成芬,吴晓. 不同检验方法对梅毒不同时期的敏感性和特异性分析. 中国性科学, 2014, 23(10): 49 - 51.

[15] 毛远丽,陈霖. 梅毒检测方法的现状. 中华检验医学杂志, 2013, 36(10): 883 - 886.

(收稿日期:2014 - 12 - 08)

·性传播疾病·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.10.017

重组白介素-2 联合微米光治疗妊娠期尖锐湿疣的疗效观察与安全性分析

辛秀芳[1] 王珊[2△]

1 临朐县人民医院产房,山东 潍坊 262600

2 山东省立医院产科,济南 250021

【摘 要】 **目的:**探究与分析重组白介素-2 联合微米光治疗妊娠期尖锐湿疣的临床疗效与安全性。**方法:**选取我院自 2012 年 10 月至 2014 年 10 月收治的妊娠期尖锐湿疣患者 120 例,采取随机数字表法分为对照组与观察组,每组各 60 例,对照组给予单纯微米光治疗,观察组在单纯微米光将疣体气化的基础上对其基底部注射重组白介素-2 治疗,每 5d 1 次,以 10 次为 1 个疗程。观察两组患者的痊愈率及复发率。**结果:**对照组痊愈 43 例,痊愈率为 71.67%,观察组痊愈 53 例,痊愈率为 88.33%,两组痊愈率相比具有显著差异($\chi^2=4.24$,$P<0.05$)。对照组复发 17 例,复发率为 28.33%,观察组复发 7 例,复发率为 11.67%,两组复发率相比具有显著差异($\chi^2=4.49$,$P<0.05$)。对照组未出现 1 例不良反应,观察组在进行局部封闭治疗后仅出现 7 例患部轻度红肿的情况,占 11.67%,但胀痛未给予特殊处理,在治疗结束后 2 天内自行缓解,随后继续使用药物治疗。**结论:**采用重组白介素-2 联合微米光治疗妊娠期合并尖锐湿疣的临床疗效显著,无明显不良反应,安全性较高,值得推广。

【关键词】 微米光;重组白介素-2;妊娠期;尖锐湿疣

Curative effect observation and safety analysis of recombinant interleukin - 2 joint micron light therapy on genital warts during pregnancy

XIN Xiufang[1], *WANG Shan*[2△]. *1. Maternity Ward, Linqu County People's Hospital, Weifang 262600, China; 2. Department of Obstetrics, Shandong Provincial Hospital, Jinan 250021, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To analyze the curative effect and safety of recombinant interleukin - 2 joint micron light therapy on genital warts during pregnancy. **Methods**: 120 patients with genital warts during pregnancy in our hospital from October 2012 to October 2014 were selected. According to random number table method, they were divided into control group and observation group, 60 cases in each group. Control group was given pure micron light therapy on the basis of pure micron light therapy, while observation group received injection treatment of recombinant interleukin - 2, once every 5 days, 10 times as a course of treatment. The healing rate and the recurrence rate of the two groups were observed. **Results**: There were 43 cured patients in control group and the cured rate was 71.67%. There were 53 cured patients in observation group and the cured rate was 88.33%. The difference in recovery rate between the two groups was significant (chi - square = 4.24, $P<0.05$). There were 17 cases of recurrence in control group and the recurrence rate was 28.33%. There were 7 cases of recurrence in observation group and the recurrence rate was 11.67%. The difference in recurrence rate between the two groups was significant (chi - square = 4.49, $P<0.05$). **Conclusion**: The recombinant interleukin - 2 joint micron light treatment of condyloma acuminatum during pregnancy has distinct curative effect with no obvious adverse reaction and high security, which is worth promoting.

【**Key words**】 **Micron light; Recombinant interleukin - 2; Pregnancy; Acuteness wet wart**

【中图分类号】 R752.5+3 【文献标志码】 A

尖锐湿疣作为临床上一类发病率较高的性传播疾病,主要由人类乳头瘤病毒所致,对患者的生命健康造成较大的影响。当患者处于妊娠期后,其体内雌激素水平不断增高,使得分泌物不断增多,免疫力随之下降,这就使得细胞免疫中 T 辅助细胞与 T 抑制细胞的比值明显降低,因此,妊娠期合并尖锐湿疣的疾病发展速度较快,且复发率较高。大量临床研究资料显示,当孕妇患病时或孕妇携带了人类乳头瘤病毒均可造成胎儿发生传染,为此,采取积极有效的方法治疗妊娠期尖锐湿疣至关重要,以此保障母婴身体健康[1]。现我院针对收治的 120 例妊娠期尖锐湿疣患者分别采用微米光及微米光联合重组白介素-2 治疗,将其临床疗效进行对比,研究结果总结报告如下。

1 资料与方法

【第一作者简介】辛秀芳(1968-),女,主治医师,主要从事产科临床工作。

△【通讯作者】王珊,副主任医师,E-mail:lqxxf11@163.com

1.1 一般资料

采取随机数字表法选取我院自 2012 年 10 月至 2014 年 10 月收治的妊娠期尖锐湿疣患者 120 例,全部患者均在我院确诊,临床症状表现为于外阴、阴道、尿道口、肛周围发现长有扁平状、鸡冠状以及羊齿状的赘生物,均未使用过免疫增强剂及抑制剂治疗,并签署了关于本次试验的知情权同意书。本次试验通过伦理学审查后批准实施。采取随机数字表法分为对照组与观察组,每组各 60 例,对照组年龄在 24 ~ 36 岁之间,平均年龄为(29.7 ± 2.5)岁,病程在 1 ~ 14 周之间,平均病程为(7.6 ± 1.5)周。观察组年龄在 21 ~ 35 岁之间,平均年龄为(28.5 ± 2.9)岁,病程在 2 ~ 13 周之间,平均病程为(7.8 ± 1.3)周。两组患者年龄及病程等一般资料无明显差异,具有可比性。

1.2 治疗方法

对照组仅给予微米光治疗,治疗方法为:所采用的仪器为大连可尔科技开放有限公司生产的微米光治疗仪(Ⅱ),在治疗时嘱患者取截石位,对阴部行常规消毒处理,在行局麻处理后启动微米光治疗机,以 10 ~ 20W 的选择照射功度,观察到患部表面迅速产生蛋白固化进而形成焦黄色与灰白色时则可关闭[2],后将患部表面的赘生物去除。在治疗结束后,嘱患者保持局部清洁,2 次/d 于患处涂抹百多帮软膏(中美天津史克制药有限公司,国药准字:H10930064)与涂京万红软膏(天津达仁堂京万红药业有限公司,国药准字:Z12020345),并使用 3 ~ 5d 的 1/5000 的高锰酸钾(吉林省东盟制药有限公司,国药准字:H22026515)坐浴。观察组在对照组基础上使用重组白介素 -2(北京远策药业有限责任公司,国药准字:S10980068),治疗方法为:每隔 5d 在病灶局部给予封闭白介素 -2 治疗,每次 20 万 U,封闭范围需超过病灶周围 1 ~ 2cm,以 10d 为 1 个疗程[3]。两组患者均在治疗 3 个月后对其临床进行评价,若出现新的皮损则继续使用原来的方法进行治疗。

1.3 疗效评价指标

将患者经过治疗后,全部疣体皮损消失,在治疗 3 个月内未见到新鲜的皮损评为痊愈。将患者治疗后的 3 个月内于原发部位或其他部位又出现新鲜的赘生物生长评为复发。

1.4 统计学处理

采用 SPSS18.0 统计软件对本次研究所取得的数据进行分析,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 代表有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的痊愈率及复发率对比

对照组痊愈 43 例,痊愈率为 71.67%;观察组痊愈 53 例,痊愈率为 88.33%,两组痊愈率相比具有显著差异($\chi^2=4.24$,$P<0.05$)。对照组复发 17 例,复发率为 28.33%;观察组复发 7 例,复发率为 11.67%,两组复发率相比具有显著差异($\chi^2=4.49$,$P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者的痊愈率及复发率对比[n(%)]

组别	例数	痊愈率	复发率
对照组	60	43(71.67)	17(28.33)
观察组	60	53(88.33)	7(11.67)

2.2 两组患者的不良反应对比

对照组未出现 1 例不良反应,观察组在进行局部封闭治疗后仅出现 7 例患部轻度红肿的情况,占 11.67%,但胀痛未给予特殊处理,在治疗结束后 2d 内自行缓解,随后继续使用药物治疗。

3 讨论

大量临床试验研究资料显示,妊娠期尖锐湿疣相比于非妊娠期尖锐湿疣多表现器官皮损等症状,因此,在治疗过程中应以清除病灶作为重点内容,并将在产妇分娩时对已经出现的皮损降低至最小,从而达到减少新生儿接触人乳头瘤病毒的机会[4]。有研究报道指出,妊娠尖锐使用的患者体内的雌激素与孕激素在发病期间常存在着协同作用[5]。而妊娠尖锐使用的疣体在妊娠中期的生长速度可迅速增快,即使在去除疣体之后也常存在复发的情况,临床研究资料显示,妊娠尖锐使用的复发多于亚临床潜伏感染具有密切的相关性,但仅通过肉眼观察无法察觉。由于妊娠期细胞免疫功能受到抑制,即使胎儿正常存在,但也可能显著降低机体的抗病毒感染能力,同时由于妊娠期尖锐湿疣的患者存在着不同程度的细胞免疫功能降低[6]。因此,妊娠期尖锐湿疣患者相比于其他时期的尖锐湿疣患者来说,病情更加难以控制,同时具有较高的复发率。另外,由于妊娠期妇女的体质本身较为特殊,在用药方面需引起格外的注意,这就使得该病在治疗方面更加的困难。

有临床研究报道指出,妊娠期尖锐湿疣患者的细胞免疫功能异常与其体内血清白介素 -2 水平降低具有密切的相关性[7]。血清重组白介素 -2 作为一种淋巴因子,不仅可有效促进细胞病毒 T 细胞的增值,同时可增强其杀伤活性。另外,它还可以有效促进淋巴细胞分泌出抗体与干扰素,在发挥抗病毒、抗肿瘤方面具有突出的临床应用价值。有研究表明,血清重组白介素 -2 天然杀伤细胞活化后,不仅使病毒感染细胞的溶解遭到了破坏,同时对病毒的复制起到了一定的干扰作用,进一步的增强了机体抵抗感染的能力[8],在此种良性循环的状态下,血清重组白介素 -2 起着重要的桥梁作用。另外,血清重组白介素 -2 所诱导产生的干扰素可起到显著的抗病毒作用,同时增强自然杀伤细胞的活动以及其他免疫调节作用,可充分发挥对人乳头瘤病毒的抑制作用[9]。经过大量的临床试验证实,此种通过间接性发挥的作用是强大的,将血清重组白介素 -2 局部注射进入人体内所诱导产生的干扰素作用要明显多于局部外用抗病毒的作用,且作用时间更加长久[10,11]。妊娠期尖锐湿疣患者在患病后,人体内若原本存在水平较高的血清重组白介素 -2 也具有较低的复发率,提示水平较高的重组人白介素 -2 则可显著提高患者的抗病毒能力。因此,我们认为重组人白介素 -2 具有显著抑制细胞增值,增强机体免疫功能的作用,这就使得重组人白介素 -2 在妊娠期尖锐湿疣的治疗过程中发挥了越来越显著的作用,并引起了广大患者的重视。

大量研究资料显示,应用白介素 -2 在治疗该病时所采用的副作用较小,且对胎儿不造成任何不良影响。而微米光气热在使用过程中无烟无味,不易对患者造成损伤,这就使得患者所受到的痛苦较小,同时不易发生引起宫缩,孕妇耐受性较高,易于接受[12,13]。本次研究现针对收治的 120 例妊娠期尖锐湿疣患者展开分析,分别将单纯微米光以及微米光联合重组白介素 -2 应用于治疗过程中,研究结果显示,对照组痊愈 43 例,痊愈率为 71.67%,观察组痊愈 53 例,痊愈率为 88.33%,两组痊愈率相比具有显著差异($\chi^2=4.24$,$P<0.05$)。对照组复发 17

例,复发率为 28.33%;观察组复发 7 例,复发率为 11.67%,两组复发率相比具有显著差异($\chi^2 = 4.49$,$P < 0.05$)。提示重组白介素 -2 联合为微米光治疗妊娠期尖锐湿疣的临床疗效显著,不仅具有较高的痊愈率,同时具有较低的复发率,证实其显著的应用价值。

此外,我们在研究中发现,在使用重组白介素 -2 联合微米光行局部治疗妊娠期尖锐湿疣时,可先采用微米光将患者的局部病变部位进行去除,再配合重组白介素 -2 治疗,不仅可将局部病变以及其临近组织产生抗病毒蛋白,同时对病毒复制起到有效的阻止作用,以达到控制妊娠期尖锐湿疣亚临床状况目的的同时,减少妊娠期尖锐湿疣的复发,还可进一步提高患者对人乳头瘤病毒的抵抗能力[14,15]。一方面可显著提升疾病的治愈率,另一方面可有效解决妊娠期尖锐湿疣的复发问题,由于此种治疗方法安全可靠,因此,可将其广泛应用于临床工作中。

参 考 文 献

[1] 魏国,岳春霞,张春敏,等. 冷冻联合干扰素治疗尖锐湿疣临床分析. 临床皮肤科杂志,2001,30(03):174 -175.

[2] 吴志华. 现代性病学. 2 版. 广东:广东人民出版社,2002:192 -193.

[3] Frank RG, Bos JD. Photodynamic therapy for condylomata acuminata with local application of 5 - aminolevulinic acid. Genitourin Med, 2012,72(1):70 -71.

[4] 袁少英,伦新,覃湛,等. 穴位注射对复发性尖锐湿疣患者免疫功能的影响. 广州中医药大学学报,2008,25(1):47 -50.

[5] 熊俊浩,刘刚,宋翔,等. 免疫调节剂抗尖锐湿疣复发的应用研究. 实用医院临床杂志,2006,3(2):19 -20.

[6] 张姝,刘付友萍,宋顺兰,等. 妊娠期尖锐湿疣保胎者治疗后外用中药的临床分析. 中药材,2007,30(8):1055 -1056.

[7] Fierlbeck G, Breuninger H, Fierlbeck B, et al. Condylomata acuminata topical and systemic interferon thetapy. Hautarzt, 2011, 42 (1): 39 -43.

[8] 王秀丽,张春荣. α - 氨基酮戊酸光动力疗法治疗尖锐湿疣的机理探讨. 中国皮肤性病学杂志,2001,11(4):234 -237.

[9] 茅於彤,王琴,成蓓,等. 5% 咪喹莫特软膏联合 CO2 激光治疗尖锐湿疣的疗效观察. 实用医院临床杂志,2006,3(3):62 -63.

[10] Holamn DM, Kalaaji AN. Cytokines in dermatology. J Drugs Dermatol,2006,5(6):520 -524.

[11] 张薇,林昭春,杨戈,等. 光动力联合重组人白介素 -2 治疗尖锐湿疣疗效观察. 实用医院临床杂志,2012,9(4):164 -165.

[12] 胡卫彬. 微米光联合重组白介素 -2 治疗妊娠期尖锐湿疣疗效观察. 中国热带医学,2010,10(4):889 -890.

[13] Saenz B, Ramirez J, Aluja A, et al. Human and porcine neurocysticerocosis: differentces in the distribution and developmental stage of cysticerci. Trop Med Int Health,2011,13(5):680 -697.

[14] Gongora - Rivera F, Soto - Hernandez JL, Gozalez Esquivel D, et al. Albendazole trial at 15 or 30 mg/kg/day for subarachnoid and intraventricular cysticecosis. Neurology,2012,66(3):436 -437.

[15] Anadh B, Mohanty A, Sampath S, et al. Endoscopic approach to intraventricular cysticeral lesions. Minin Neurosurg, 2011, 44 (4): 194 -196.

(收稿日期:2014 -11 -13)

· 性传播疾病 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 -1993.2015.10.018

液基薄层细胞学检查与阴道镜活检在宫颈癌诊断中的应用对比研究

伊丽达娜·米吉提 黄修菊 马彩玲△

新疆医科大学第一附属医院妇科,乌鲁木齐 830054

【摘 要】 **目的:**对液基薄层细胞学检查与阴道镜活检在宫颈癌筛查中的应用价值进行评价研究分析。**方法:**选取我院 2012 年 5 月至 2014 年 3 月行宫颈癌筛查的妇科患者 440 例,采用随机数字表法分为两组,观察组 220 例采用液基薄层细胞学检查,对宫颈部分细胞进行基薄层细胞检测,检测结果用巴氏系统细胞学进行分类诊断。对照组 220 例行阴道镜活检。**结果:**观察组液基薄层细胞检测法诊断阳性 167 例,阳性符合率为 74.5%(164/220);对照组阴道镜活检法诊断阳性 115 例,阳性符合率为 52.3%(115/220),两组阳性符合率比较,有显著差异,具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:** 将液基薄层细胞学检查技术应用宫颈细胞涂片筛查,细胞涂片宫颈异常细胞检出率得到明显提高。检出的巴氏系统报告方式内容易懂、直观、具体。

【关键词】 宫颈癌;液基薄层细胞检测;阴道镜活检筛查;早期诊断

【第一作者简介】伊丽达娜·米吉提(1984 -),女,住院医师、硕士,主要从事妇科临床与研究工作。

△【通讯作者】马彩玲,E - mail:llc_xc@163.com

Comparative study on the application of liquid based thin – layer cell detection and colposcopy biopsy in the diagnosis of cervical carcinoma

Ylly Dana · Majit, HUANG Xiuju, MA Cailing△. Department of Gynaecology, The First Affiliated Hospital of Xinjiang Medical University, Urumqi 830054, China

【**Abstract**】 **Objectives**: To compare the application value of liquid based thin – layer cell detection and colposcopy biopsy in cervical cancer screening. **Methods**: 440 patients with gynecological cervical cancer in hospital from May 2012 to March 2014 were selected and randomly divided into two groups. 220 patients in observation group received liquid based thin – layer cell detection. The cervical portion cell was detected through based liquid thin – layer cell detection. The detection results were classified by papanicolaou cytology diagnosis system. 220 patients were treated through colposcopy biopsy as control group. **Results**: 167 cases in the observation group received liquid based thin – layer cell detection were positive and the positive rate was 74.5% (164/220); 115 cases in control group received colposcopy biopsy was positive and the positive rate was 52.3% (115/220). The difference in the positive rates between the two groups was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion**: The liquid based thin – layer cell detection in cervical smear screening has a high detection rate of cervical abnormal cell, and the report of PAP system is also easy to understand.

【**Key words**】 **Cervical cancer; Thinprep cytologic test; Colposcopy biopsyscreening; Early diagnosis**

【**中图分类号**】 R711.74 【**文献标志码**】 A

据世界卫生组织报告[1]，全世界威胁妇女健康疾病中，宫颈癌排名第三，是妇女易患的主要疾病之一，其发病率在中国为 14.6/ 10 万，近年来有明显上升趋势且患病人群趋于年轻化。对宫颈癌的诊断传统方法为巴氏涂片五级分类诊断法[2]，虽然可以使浸润性宫颈癌的发病率和病死率明显减少，但多篇文献报道[3,4]表明，巴氏涂片五级分类诊断法准确率有待考察，有临床病例显示假阴性结果为 6.0% ~55.0%。液基薄层细胞学检查采用巴氏系统的报告方式，在细胞学标本制作方法上掀起了一次革新，诊断可靠性比传统巴氏涂片五级分类诊断法高，近年来在妇产科宫颈阴道病诊断上渐渐成为常规诊断方法。本研究对我院 2012 年 5 月至 2014 年 3 月妇科收纳的患者应用液基薄层细胞学检查与阴道镜活检进行对比，旨在综合评价液基薄层细胞学检查与阴道镜活检在宫颈癌筛查中应用价值。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2012 年 5 月至 2014 年 3 月行宫颈癌筛查的妇科患者 440 例，均为已婚妇女，年龄 25 ~68 岁，平均年龄(43 ± 8.7)岁，无宫颈锥形切除史或全子宫切除史，有性生活史，无自觉症状。采用随机数字表法分为两组，观察组 220 例采用液基薄层细胞学检查，对宫颈部分细胞进行液基薄层细胞检测，检测结果用巴氏系统细胞学进行分类诊断。对照组 220 例行阴道镜活检。列入研究的所有患者均在入院时做血糖常规，血脂常规，血压常规，三项常规等多项检查。两组在年龄，性别等几项因素没有差别，具有可比性($P>0.05$)。

1.2 研究方法

液基薄层细胞检测[5]：将特制宫颈刷即细胞采集器插入子宫颈管顺时针旋转 5 周，注意要围绕子宫颈方向，取出 ThinPrep 细胞保存液与采集器一起放入小瓶中，一起进行旋涡振荡，目的是使细胞从采集器进入瓶内液体中，制成新柏氏超薄涂片，经过 ThinPrep 系统程序化处理，进行95% 乙醇固定，巴氏染色。最后得出 TBS 描述性诊断报告。若涂片质量不理想则可以重新进行取材、检验。

阴道镜下病理活检[6]：对液基薄层细胞检测报告 ASCUS 以上者和巴氏Ⅲ级以上者均行阴道镜活检，评估分析其与病理检查结果符合情况。

采用国际癌症协会认证的标准 TBS 分类法对宫颈细胞进行分析，宫颈细胞病理学诊断标准[7]：(1)鳞状细胞癌(SCC)和腺癌(AC)；(2)不除外高度鳞状上皮内病变的不典型鳞状细胞(ASC – H)；(3)高度鳞状上皮内病变(HSIL)；(4)低度鳞状上皮内病变(LSIL)；(5)意义不明的不典型鳞状细胞和不典型腺细胞(ASC – US)；(6)在正常范围内(NILM)。

将 ASC – US 及以上病变列为细胞学阳性病例，注意其中鳞状上皮内病变(SIL)低于 ASC – US 诊断比例的 2 ~3 倍。液基薄层细胞筛查结果细胞异常的病例多进行几处标本采集的进行阴道镜下病理活检。

1.3 统计学方法

定量资料由不同数据类型选取对应的 t 检验，表格数据以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示；定性资料采用 χ^2 检验。采用 SPSS17.0 统计软件进行统计分析，按 $\alpha = 0.05$ 的检验水准，以 $P<0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

观察组 220 例诊断结果显示：原位癌 CIN Ⅰ级 80 例(36.3%)，原位癌 CIN Ⅱ级 50 例(22.7%)，原位癌 CIN Ⅲ级 29 例(13.2%)，SCC 5 例(2.3%)，AC 0 例；对照组 220 例诊断结果显示：原位癌 CIN Ⅰ级 60 例(27.3%)，原位癌 CIN Ⅱ级 40 例(18.2%)，原位癌 CIN Ⅲ级 9 例(4.1%)，SCC 6 例(2.7%)，AC 0 例。观察组诊断阳性 167 例，阳性符合率为 74.5%(164/220)；对照组诊断阳性 115 例，阳性符合率为 52.8%(115/218)，两组阳性符合率比较，有显著差异，具有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 观察组和对照组诊断比较[n,%]

组别	例数	CIN Ⅰ级	CIN Ⅱ级	CIN Ⅲ级	SCC	符合率
观察组	220	80	50	29	5	74.5%
对照组	220	60	40	9	6	52.3%

3 讨论

研究表明[8],癌前病变 CIN 与宫颈癌发展程度密切相关,从 CIN 发展为宫颈癌需要较长过程,宫颈癌早期手术等方法治疗效果好,5 年生存率原位癌即 CIN Ⅲ为 100%,宫颈癌 67%,而宫颈早期癌为 90%。尽早发现 CIN 对宫颈癌的治疗有极大意义的帮助。国内文献报道[9,10],液基薄层细胞学检查因为其独特的取材方式与制片方法应用于宫颈病变筛查,使阳性诊断率显著提高,明显高于传统制片方法,但假阴性率大概仍有 10% ~20%。冷洁等[11]研究发现,单纯进行液基薄层细胞学检查或阴道镜检查均不能完整的分析患者宫颈癌病程进展,这是由于两种检查均有局限性。液基薄层细胞学检查可测出细胞阳性但不能确定病变位置,而阴道镜检查对宫颈管的病变无效,只可诊断宫颈表面细胞变异[12]。故本研究结合液基薄层细胞学检查与阴道镜活检,在对其在宫颈癌筛查中联合应用的价值进行评价研究分析[13-15]。

本研究结果发现,观察组诊断符合率为 74.5%,较对照组单一阴道镜活检 52.3% 明显升高($P<0.05$),证明了液基薄层细胞学检查应用效果明显优于阴道镜活检。这与诸多研究的结果是相似的,HPV 检测与液基薄层细胞学检查的性能较好,准确度较高[16]。液基细胞学和 HPV 检测均是宫颈癌筛查的有效方法[17,18]。定向活检与 CIN Ⅱ + 检测显著相关,定向活检可作为阴道镜检查标准,适用于临床实践。

宫颈癌为女性高发疾病,但通常无早期症状。液基薄层细胞学检查联合阴道镜活检可最大限度降低漏诊率,显著提高宫颈癌的检出率,为早期筛查治疗宫颈病变,阻断宫颈病变的发展提供了有效的临床依据手段,可在宫颈病变的普查中推广。

参 考 文 献

[1] 范雪梅,张秋实,黄子健,等. 阴道镜活检 105 例临床分析. 实用医学杂志, 2011,27(11):23-24.

[2] 张慧勤,黄丽娥. 阴道镜活检技术用于宫颈病变的诊断价值. 中国医药导报, 2010,7(16):78-79.

[3] 王雁,吴玉梅,孔为民. 绝经妇女阴道镜活检不典型鳞状细胞 325 例病理分析. 湖南中医药大学学报, 2010,30(10):99-100.

[4] 胡向荣,吴勤丽,刁路明. 宫颈上皮内瘤变的环形电切术和阴道镜活检病理分析. 中国临床保健杂志, 2010,13(1):45-46.

[5] 李巍,马慧娟. 宫颈环形电切术对阴道镜活检诊断为宫颈上皮内瘤变的重新评估. 中国社区医师, 2007,23(4):67-68.

[6] 刘端兰,刘惠兰,刘子英. 基于液基薄层细胞制片技术阴道镜活检筛查宫颈上皮内瘤变的应用研究. 中国实用医药, 2014,9(4):121-122.

[7] 吴衡慧,张菊新. 宫颈环形电切术对阴道镜活检诊断为宫颈上皮内瘤变的再评估. 中原医刊, 2006,33(9):34-35.

[8] 曾莹,兰莹,陶春霞. 阴道镜活检联合宫颈锥切应用于宫颈癌的早期诊断价值. 中国医药指南, 2013,11(33):67-68.

[9] 戴玉珍. 高频电波刀电圈切除术对阴道镜活检诊断 CIN 的重新评估. 中国当代医药, 2009,16(25):90-91.

[10] 张敦兰,阳艳,周丽敏. 阴道镜活检与 LEEP 诊断宫颈上皮内瘤变的符合率评价. 公共卫生与预防医学, 2012,23(2):140-141.

[11] 党鸿蔚,王英红,徐跃勋. 液基细胞学检查在妇女宫颈病变中的诊断价值. 中国妇产科临床杂志, 2011,12(1):56-57.

[12] 马萍. 宫颈液基细胞学联合阴道镜检查在宫颈病变诊断中的价值. 中国误诊学杂志, 2011,11(10):89-90.

[13] 陈敬华,唐晖. 中晚期宫颈癌同步放化疗的临床研究. 中国性科学,2012,21(7):55-57.

[14] 徐铁兵,邢春英,王维琴. 35245 例宫颈癌筛查结果分析. 中国性科学,2012,21(4):15-18,22.

[15] 李思琦,董颖,毕蕙,等. 年轻女性宫颈 CIN Ⅰ/Ⅱ级病变中 p16InK4a 和 Ki67 临床意义. 中国性科学,2014,23(5):45-48.

[16] Sarah I, Sara B, Davide R, et al. Performance of self-sampled HPV test in comparison with liquid based cytology. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2014, 177(1): 72-76.

[17] Pan QJ, Hu SY, Guo HQ, et al. Liquid-based cytology and human papillomavirus testing: A pooled analysis using the data from 13 population-based cervical cancer screening studies from China. Gynecologic Oncology, 2014,133(2): 172-179.

[18] Marel J, Baars R, Rodriguez A, et al. The increased detection of cervical intraepithelial neoplasia when using a second biopsy at colposcopy. Gynecologic Oncology, 2014,135(2): 201-207.

(收稿日期:2015-01-15)

· 性传播疾病 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.10.019

乌鲁木齐市出租车司机梅毒感染状况检测分析

张玲[1] 买尔孜也·亚森[2] 杨媛[1] 李惠梅[1] 米吉提·买买提[1△]

1 新疆维吾尔自治区人民医院体检中心,乌鲁木齐 830001

2 新疆维吾尔自治区伊犁州新华医院小儿科,新疆 伊宁 835000

【摘 要】 **目的:**了解乌鲁木齐市出租车司机梅毒感染状况,探讨防控对策与措施。**方法:**对乌鲁木齐

【第一作者简介】张玲(1981-),女,护师,主要从事健康体检工作。

△【通讯作者】米吉提·买买提(1964-),男,主任医师,E-mail: mjt2007@163.com

市出租汽车公司的 1630 名司机进行了体检,对体检中梅毒检测阳性者进行相关调查。**结果**:3 年检出梅毒感染率为 3.68%,各年间感染率差异无统计学意义($P>0.05$)。男性感染率为 3.49%(54/1545),女性感染率为 7.06%(6/85),但男女感染率差异无统计学意义($\chi^2=2.96$,$P>0.05$)。年龄最大 54 岁,最小 20 岁,20~40 岁年龄组及 40 岁以上年龄组感染率之间差异无统计学意义($\chi^2=2.01$,$P>0.05$)。少数民族感染率为 4.80%(54/1126),显著高于汉族($\chi^2=12.84$,$P<0.01$);初中以下文化程度司机感染率显著高于初中以上司机感染率($\chi^2=33.56$,$P<0.01$);一年四季均检出梅毒感染病例,无明显的季节性变化。**结论**:初中以下文化程度的少数民族司机梅毒阳性率很高,是梅毒防控的重点人群。

【关键词】 梅毒; 健康体检; 综合预防

Analysis of syphilis infection status of taxi drivers in Urumqi

ZHANG Ling[1], *Merziye · Yasen*[2], *YANG Yuan*[1], *LI Huimei*[1], *Mijiti · Maiamiti*[1△]. *1. MedicalExamination Center, Xinjiang Uygur Autonomous Region People's Hospital, Urumqi 830001, China; 2. Department of Paediatrics, Yili Prefecture Xinhua Hospital, Yining 835000, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To understand the status of syphilis infection among taxi drivers in Urumqi, so as to discuss the prevention and control countermeasure. **Methods**: The health examination on 1630 drivers for syphilis infection was done. And investigation was done on these with positive results of syphilis infection detection. **Results**: The syphilis infection rate was 3.68% during 2011 – 2013. There was no statistically significant difference among each year's infection rate ($P>0.05$). Infection rate of men was 3.49% and infection rate of women was 7.06%, without statistically significant difference ($\chi^2=2.96$, $P>0.05$). The oldest diver was 54 and the youngest was 20. The difference in infection rate between 20 – 40 years old group and over 40 years old group was not statistically significant ($\chi^2=2.01$, $P>0.05$). The infection rate of ethnic minorities was 4.08%, which was significant higher than that of the Han nationality ($\chi^2=12.84$, $P<0.01$). The infection rate of drivers with education level below junior middle school was higher than that of drivers with education level above junior high school ($\chi^2=33.56$, $P<0.01$). Syphilis infection cases were detected in all the seasons of the years with no significant seasonal variation. **Conclusion**: The positive rate of syphilis infection of minority driver with education level below junior middle school is high, who are the focus group in the prevention and control of syphilis.

【**Key words**】 **Syphilis; Health examination; Comprehensive prevention**

【中图分类号】 R759.1 【文献标志码】 A

梅毒是一种危害人类健康的慢性性传播疾病。据世界卫生组织 2010 年统计,全球每年至少有 1200 万新增梅毒病例[1],据新疆卫生和计划生育委员会 2014 年 11 月底的统计显示,新疆梅毒病例报告数居乙类传染病报告数的第 3 位。梅毒又是感染 HIV 的主要危险因素,对艾滋病的传播具有一定促进作用,因此,梅毒的防控工作已成为公共卫生领域的主要问题之一。为了解乌鲁木齐市出租车司机梅毒感染状况,及早对高危人群采取相应措施,现将乌鲁木齐市 2011 至 2013 年对出租司机体检中梅毒检测结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 检测对象

2011 至 2013 年来新疆维吾尔自治区人民医院体检中心体检的 1630 名乌鲁木齐市出租汽车司机为本次检测对象(为 3 年累计数,不包括复查人数)。

1.2 方法和试剂

抽取检查者静脉血 2 mL 经离心沉淀分离血清,运用酶联免疫吸附试验(ELISA)对来检者进行梅毒抗体(抗 – TP)检测,阳性者再用梅毒螺旋体血球凝集试验(TPPA)进行确诊,所有操作过程及结果判断均严格按照说明书要求进行。试剂分别由北京万泰生物药业有限公司、上海荣盛生物技术有限公司及日本富士瑞必欧株式会社提供,产品均在有效期内使用。

1.3 统计分析

使用 Excel 2003 软件进行数据处理,率的比较采用 χ^2 检验,检验水准 $\alpha=0.05$。

2 结 果

2.1 不同年龄性别感染情况

在体检的 1630 名司机中梅毒感染率为 3.68%,男性感染率(3.49%)与女性感染率(7.06%)之间差异无统计学意义($\chi^2=2.96$,$P>0.05$);最大年龄 54 岁,最小 20 岁,20~40 岁组梅毒感染率(4.11%)与 41 岁及以上人员感染率(2.67%)之间的差异无统计学意义($\chi^2=2.01$,$P>0.05$)。

2.2 不同民族及文化程度感染情况

在少数民族体检的 1126 名人员中梅毒感染者为 54 人,少数民族梅毒感染率为 4.80%(54/1126),汉族梅毒感染率为 1.19%(6/504),少数民族感染率明显高于汉族,二者差异有统计学意义($\chi^2=12.84$,$P<0.01$);小学、初中文化程度司机感染率为 6.95%(46/662),而初中以上文化程度司机感染率为 1.45%(14/968),低学历司机感染率高于高学历司机,二者差异有统计学意义($\chi^2=33.56$,$P<0.01$)。

2.3 不同时间感染情况

2011 至 2013 年乌鲁木齐市出租车行业人员春、夏、秋、冬均检出梅毒螺旋体感染病例,呈散发流行态势,无明显的季节性。

3 讨论

调查显示,乌鲁木齐市出租汽车司机梅毒感染率为 3.68%,虽然低于乌鲁木齐市男男性行为人群梅毒感染率[2],但超过新疆石河子市 2005 至 2012 年间一般人群梅毒感染

率[3],少数民族梅毒的感染率显著高于汉族[4],且远超过武汉市出租车司机梅毒感染率[5],这说明作为少数民族地区少数民族司机对性病防治知识严重浅薄,不使用安全套,此人群道德素质和自我保健意识较低,而且初中(含初中)以下文化程度的少数民族司机感染率高于初中以上文化程度司机的感染率,这是由于低学历司机接受教育程度较低所致,非婚性接触感染梅毒病例较多[6],因此,乌鲁木齐低学历少数民族司机应成为预防控制的重点人群。在体检后的随访中发现,被体检的出租车司机对梅毒相关知识知晓甚少,大部分司机不愿意进行治疗,本次发现的所有梅毒感染者自诉无任何症状和不适,得知体检结果后否认感染性病,梅毒感染者有较多婚外性行为,且不了解性病相关知识[7-9],不知道自己已经感染梅毒,这是性病传播的高危人群。因此建议:(1)加强政府领导,多部门合作,共同参与推进性病的宣传教育,特别是根据该人群特点,采用少数民族语言进行多种方式的性病健康教育宣传,倡导文明健康的生活方式,积极推进安全套的使用,提高出租车行业人员道德素质和自我保健意识,减少梅毒及其他疾病在出租车行业人员中的发生;(2)每年必须进行出租车行业人员体检,以便早发现早干预;(3)对已感染梅毒者进行系统治疗,且动员患者对其性伴进行治疗以便控制梅毒传播;(4)加大性病诊疗市场的整顿力度,打击不规范行医行为;(5)梅毒和艾滋病是一对孪生兄妹,控制好梅毒的感染对遏制艾滋病传播流行有着十分重要意义,所以梅毒的预防控制工作应与乌鲁木齐市的艾滋病攻坚工程齐头并进。

参 考 文 献

[1] 赵宏,刘文生. 乌鲁木齐市 559 例梅毒临床分析. 新疆医学,2014(9):67-69.

[2] 王新迪,马燕. 乌鲁木齐市男男性行为人群 HIV/梅毒和 HCV 感染状况分析. 皮肤病与性病,2011,33(2):104-105.

[3] 张哗,张波,玛依莎,等. 新疆石河子市 2005-2012 年梅毒流行病学分析. 甘肃医药,2014,33(2):141-143.

[4] 王森路,郭妮娅,胡晓敏,等. 乌鲁木齐市男男性行为者 HIV 感染状况及其影响因素. 中国全科医学, 2015 (11): 1260-1264.

[5] 葛利荣,李新利. 武汉市出租车司机性病艾滋病相关知识调查. 公共卫生与预防医学, 2007 (3): 66-67.

[6] 王连英,张月,王朝,等. 2005—2010 年北京市女性常见性传播疾病监测状况分析. 中国全科医学,2011 (25):2923-2925.

[7] 张莉,袁曜,孙莉,等. 北京市无偿献血人群梅毒抗体筛查结果调查. 中国医药导报,2014 (23):94-97.

[8] 金仁快,周芳,雷佳莞,等. 苍南县外来务工人员 HIV 和梅毒感染状况调查. 中国现代医生,2015 (3):133-135.

[9] 樊玉琴. 常州市新北区 2009~2012 年梅毒流行病学特征分析. 中国医药科学,2014 (21):52-54.

(收稿日期:2014-11-21)

· 性传播疾病 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.10.020

台州市艾滋病患者服药依从性及影响因素的临床研究

蔡夏叶[1] 蔡天国[2]

1 台州市第一人民医院(温州医科大学附属黄岩医院)皮肤科,浙江 台州 318020

2 台州市中心医院皮肤科,浙江 台州 318000

【摘 要】 **目的:**探讨艾滋病患者服药依从性的影响因素,对患者进行干预提高患者用药依从性。**方法:**选取艾滋病患者 577 例,根据其用药依从情况分为两组。对两组患者社会人口学因素、药物因素以及治疗因素进行调查并进行统计和比较。**结果:**依从良好组患者年龄、病程、用药种类以及药物应用时间均明显低于依从差组,年收入明显高于依从差组。两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。依从良好组患者中女性、高中及以下文化程度、已婚者、对疾病知识和药物知识了解、心理健康者、医疗服务及医患关系良好、家属配合良好以及非自费者均明显多于依从差者;酗酒、药物滥用以及有药物不良反应者均明显少于服药依从性差者。上述比较两组差异有统计学意义($P<0.05$)。经 Logistic 回归多因素分析,患者的年龄、年收入、药物应用种类和时间、对疾病和药物知识掌握情况、是否存在不良反应、家属配合程度以及医疗费用支付方式是影响艾滋病患者服药依从性的独立危险因素($P<0.05$)。**结论:**艾滋病患者大多服药依从性良好,而影响其用药依从性的因素多样,包括患者自身因素,也包括药物因素和治疗因素,在临床工作中可以通过对影响因素进行干预而提高患者的服药依从性。

【关键词】 艾滋病;服药依从性;影响因素

【第一作者简介】蔡夏叶(1986-),女,住院医师,主要从事皮肤科临床研究工作。

Clinical studies in patients with AIDS medication compliance and influencing factors of Taizhou *CAI Xiaye[1], CAI Tianguo[2]. 1. Dermatology Department, Taizhou First People's Hospital, Taizhou 318020, China; 2. Dermatology Department, Taizhou Central Hospital, Taizhou 318000, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To investigate the AIDS medication compliance factors, intervention patients improve patient medication compliance. **Methods**: 577 cases of AIDS, according to their medication adherence were divided into two groups. For sociodemographic factors, drug factors, and treatment factors were investigated and the two groups were statistically and compared. **Results**: The age of good compliance group, duration, types of medication and drug use were significantly lower than the compliance time difference between groups was significantly higher than the annual income of poor adherence group. The difference was statistically significant ($P < 0.05$). Good compliance female patient group, high school education or less, married, disease knowledge and knowledge about drugs, mental health person, medical services and doctor – patient relationships, families with good and caught his own expense significantly more than non – poor compliance persons; alcoholism, drug abuse, and there is significantly less adverse drug reactions caught with poor medication compliance. The comparison between the two groups was statistically significant ($P < 0.05$). Logistic regression multivariate analysis, age, annual income, type and timing of drug use, disease and drug knowledge to grasp the situation, the existence of adverse reactions, as well as with the families of the extent of the impact of payment of medical expenses AIDS medication compliance independence risk factors ($P < 0.05$). **Conclusions**: Most patients with AIDS medication compliance is good, and factors affecting medication adherence and more want, including the patient's own factors, including drug factors and treatment factors in clinical work carried out by the intervention of factors improve patient medication compliance.

【**Key words**】 **AIDS; medication compliance; Factors**

【**中图分类号**】 R 512. 91 【**文献标志码**】 A

高效抗逆转录病毒疗法可以有效的降低艾滋病患者的死亡率,延长患者生命[1]。但是抗病毒治疗是一个需要长期坚持的工作,患者的依从性直接影响到患者的治疗效果[2],而在大量研究中均证实各种疾病患者的服药依从性都是一种较为复杂的行为,会受到多种因素的影响[3]。本研究回顾分析了 577 例艾滋病患者的用药情况,对影响患者服药依从性的危险因素进行分析,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

采用数字随机表法选取台州市第一人民医院及台州市中心医院收治的艾滋病患者 577 例,男 404 例,女 173 例;年龄 22 ~57 岁,平均(37.05 ±3.83)岁;病程 6 个月 ~8 年,平均(3.34 ±0.32)年;所有患者均确诊为 HIV 感染,且接受高效联合抗病毒治疗,服药时间≥3 个月,意识清晰,可以配合调查。

1.2 方法

所有患者均采用药物保守治疗,以患者严格按照医嘱用药,无漏服、不服或者拒绝治疗为服药依从性良好,否则为服药依从性差。设计问卷调查,以无记名方式方法,全面了解患者情况,内容涉及患者的社会人口学因素(性别、年龄、病程、对艾滋病了解程度、文化程度、婚姻状况、经济状况以及治疗费用支付方法)、药物因素(包括患者是否具有基本的服药知识、用药种类和时间以及是否存在药物不良反应)、治疗因素(包括对医护人员是否满意、家人是否支持、是否具有明确的治疗意向以及就医是否方便)。根据患者依从性好坏,将患者分为依从良好组和依从差组,对两组患者数据进行统计学分析。

1.3 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,多因素分析采用 Logistic 回归分析,且均以 $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 计量资料分析

依从良好组患者年龄、病程、用药种类以及药物应用时间均明显低于依从差组,年收入明显高于依从差组。两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 影响艾滋病患者服药依从性的计量资料分析

因素	依从良好(n =404)	依从差(n =173)	t	P
年龄(岁)	32.28 ±4.47	48.19 ±3.96	4.281	0.024
年收入(元)	27428.17 ±108.93	19552.65 ±110.32	6.392	0.011
病程(年)	2.63 ±0.38	5.01 ±0.45	3.174	0.032
药物应用种类(种)	1.92 ±0.14	2.31 ±0.22	4.418	0.022
药物应用时间(年)	1.39 ±0.11	2.07 ±0.17	4.032	0.028

2.2 计数资料分析

依从良好组患者中女性、高中及以下文化程度、已婚者、对疾病知识和药物知识了解、心理健康者、医疗服务及医患关系良好、家属配合良好以及非自费者均明显多于依从差者;酗酒、药物滥用以及有药物不良反应者均明显少于服药依从性差者。上述比较两组差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 影响艾滋病患者服药依从性的计数资料分析

因素		n	依从良好(n=404)		依从差(n=173)		χ^2	P
			例数	比例	例数	比例		
性别	男	404	274	67.82	130	75.14	4.182	0.041
	女	173	130	32.18	43	24.86		
文化程度	初中及以下	213	118	29.21	95	54.91	8.376	0.017
	高中及以上	364	286	70.79	78	45.09		
婚姻状况	已婚	418	317	78.47	101	58.38	4.517	0.037
	未婚	159	87	21.53	72	41.62		
疾病知识	了解	377	296	73.27	81	46.82	9.227	0.011
	不了解	200	108	26.73	92	53.18		
心理状况	健康	353	274	67.82	79	45.66	5.994	0.026
	不健康	224	130	32.18	94	54.34		
酗酒	有	115	72	17.82	43	24.86	4.283	0.039
	无	462	332	82.18	130	75.14		
药物滥用	有	108	58	14.36	50	28.90	5.117	0.032
	无	469	346	85.64	123	71.10		
药物知识	掌握	418	303	75.00	115	66.47	3.198	0.046
	不掌握	159	101	25.00	58	33.53		
药物不良反应	有	407	274	67.82	133	76.88	3.214	0.045
	无	170	130	32.18	40	23.12		
医疗服务质量	高	360	283	70.05	77	44.51	7.471	0.021
	一般	217	121	29.95	96	55.49		
医患关系	良好	406	302	74.75	104	60.12	5.226	0.030
	一般	171	102	25.25	69	39.88		
家属配合程度	好	382	304	75.25	78	45.09	6.937	0.023
	差	195	100	24.75	95	54.91		
医疗费用支付方式	自费	218	131	32.43	87	50.29	4.922	0.034
	非自费	359	273	67.57	86	49.71		

2.3 多因素分析

经 Logistic 回归多因素分析,患者的年龄、年收入、药物应用种类和时间、对疾病和药物知识掌握情况、是否存在不良反应、家属配合程度以及医疗费用支付方式是影响艾滋病患者服药依从性的独立危险因素(P<0.05)。见表 3。

表 3 影响艾滋病患者服药依从性的 Logistic 回归多因素分析

因素	β	S.E.	Wald	P	OR	95% CI
年龄	0.827	0.433	7.177	0.014	2.184	2.472~8.993
年收入	1.104	0.249	6.958	0.018	4.587	1.936~11.332
药物应用种类	2.176	0.316	11.396	0.008	5.228	1.162~10.374
药物应用时间	1.937	0.283	15.283	<0.001	6.166	4.936~18.873
疾病知识	1.116	0.421	23.239	<0.001	2.294	1.327~4.930
药物知识	2.274	0.276	31.824	<0.001	10.338	2.087~9.374
药物不良反应	1.885	0.306	33.297	<0.001	11.174	1.732~19.287
家属配合程度	0.825	0.228	12.105	0.002	3.290	5.281~20.287
医疗费用支付方式	0.993	0.318	15.837	<0.001	2.885	1.883~8.289

3 讨论

艾滋病是由艾滋病病毒感染所致传染性疾病,艾滋病病毒会对人体免疫系统造成攻击而容易导致各种疾病发生,甚至危及患者生命[4]。抗病毒药物可以有效的抑制艾滋病病毒的复制,减缓其对免疫系统的损害。但是要想取得良好的抗病毒治疗效果患者必须长期遵医嘱用药。

本研究对台州市 577 例艾滋病患者的用药情况进行评价,其中 404 例依从性良好,占 70.02%。在对患者进行调查时发

现,服药依从良好的患者年龄较为年轻、收入较高,考虑与这部分人对生命有着更强烈的渴望有关,他们更希望自己的生命可以延长,因此也会更为主动的遵医嘱用药。由于艾滋病患者的抗病毒治疗是以抑制病毒复制为目的的[5-7],患者大多没有明显的自觉症状好转,随着用药时间的延长,特别是用药种类较多者,患者往往失去了治疗的耐心,治疗的依从性也随之下降。目前鸡尾酒疗法是治疗艾滋病的重要方法[8,9],且临床证实切实有效,但是用药种类多是其主要的缺点,在实际工作中如果患者病情允许,应尽量减少给患者的用药种类,以提高患者的用药依从性。由于艾滋病治疗药物较多,且需要长期使用[7],对于收入较低的人而言是一个不小的负担,这也是高收入者服药依从性较好的原因之一。在我国,确诊艾滋病感染者之后,患者可以到疾控中心领取免费药物,但是由于艾滋病传播途径的特殊性以及人们普遍对艾滋病患者存在歧视,很多患者在确诊之后担心自己的病情被他人知道而拒绝领取免费药物[10-12],这也在一定程度上影响了患者的服药依从性。也有很多患者为了自己感染艾滋病的事情不被他人所知道,往往会有意遮掩自己的用药行为,导致在规定的时间内不能按时用药[13,14],因此得到家人配合者往往可以更好的依从用药的原因。在实际工作中,我们希望患者可以得到来自家人和朋友的理解与支持,在患者允许的情况下,请他们参与制定治疗计划,并监督患者实施。目前,社会上对艾滋病疾病本身存在着很多的误解,认为该病无药可救,对药物的作用也心存怀疑,也有人因为对艾滋病不了解而对艾滋病患者心存歧视,影响到对患者治疗的支持,因此很多患者并不能按要求用药。鉴于此,我们认为在社会范围内以及针对患者本人进行艾滋病以及艾滋病治疗相关的知识普及和健康教育有着重要的意义[15]。

总之,艾滋病患者大多服药依从性良好,而影响其用药依从性的因素多样,包括患者自身因素,也包括药物因素和治疗因素,在临床工作中可以通过对影响因素进行干预而提高患者的服药依从性。

参 考 文 献

[1] 冯义,马红昌,李萍,等. 南阳市卧龙区艾滋病患者二线抗病毒药物疗效. 郑州大学学报(医学版),2011,46(5):790 - 791.

[2] 余祖江,阚全程,何云,等. 某艾滋病治疗示范区 3 种抗病毒治疗方案疗效比较. 郑州大学学报(医学版),2012,47(5):697 - 700.

[3] 赵学军,高俊岭,傅华,等. 社区高血压群组干预对患者治疗依从性的影响研究. 中国全科医学,2011,14(11):1181 - 1184.

[4] 杨艳,周月姣,孟琴,等. 广西第二轮全国艾滋病综合防治示范区艾滋病流行特点分析. 广西医学,2014,(9):1258 - 1261.

[5] 李太生. 如何提高我国抗艾滋病病毒治疗成功率. 中华医学杂志,2011,91(21):1441 - 1442.

[6] 姚志文,鲁翔,沈冲,等. 两性霉素 B 联合氟胞嘧啶或氟康唑治疗艾滋病相关隐球菌脑膜炎效果的 Meta 分析. 中华传染病杂志,2014,32(6):353 - 356.

[7] 陈谐捷,贾卫东,谭行华,等. 高效联合抗反转录病毒治疗对艾滋病患者生存质量的影响. 实用医学杂志,2011,27(19):3498 - 3501.

[8] 邱涛,刘晓燕,丁萍,等. 江苏省艾滋病患者未接受抗病毒治疗原因调查. 安徽医科大学学报,2014(3):319 - 322.

[9] 林丽,凌俊,裴东怒,等. 人文关怀护理在抗病毒治疗门诊治疗艾滋病患者中的体会. 海南医学,2011,22(12):155 - 156.

[10] 郑连雪,陈秀敏,丁红云,等. 艾滋病患者治疗依从性的现状及影响因素研究. 中国全科医学,2012,15(35):4052 - 4054.

[11] Thurston IB, Bogart LM, Wachman M, et al. Adaptation of an HIV medication adherence intervention for adolescents and young adults. Cogn Behav Pract, 2014,21(2):191 - 205.

[12] Houston E, Fominaya AW. Antiretroviral therapy adherence in a sample of men with low socioeconomic status: The role of task - specific treatment self - efficacy. Psychol Health Med, 2014 (2): 1 - 10.

[13] Kabore L, Muntner P, Chamot E, et al. Self - report measures in the assessment of antiretroviral medication adherence: comparison with medication possession ratio and HIV viral load. J Int Assoc Provid AIDS Care, 2014: 23.

[14] 许鸣,王健,王莉莉,等. 护理干预对艾滋病患者药物依从性及生存质量的影响初探. 中国性科学,2014,23(8):45 - 49.

[15] 白艳,黄敏. 健康教育对艾滋病合并新型隐球菌性脑膜炎患者的影响. 重庆医学,2014(27):3626 - 3627.

(收稿日期:2014 - 10 - 31)

· 中医性学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 - 1993.2015.10.021

慢性前列腺炎的中西医治疗研究进展

李宪锐 张耀圣△ 商建伟 安艳辉 丁劲 李菊敏

北京中医药大学东直门医院男科,北京 100700

【摘 要】 慢性前列腺炎是成年男性的常见病,多发病,近年来发病率呈上升趋势,其发病机制尚不清楚,但近几年来现代医学和传统医学在治疗慢性前列腺炎方面都积累了丰富的临床经验,使治疗慢性前列

【第一作者简介】李宪锐(1990 -),男,在读硕士研究生,主要研究方向为中医外科学男科。

△【通讯作者】张耀圣(1965 -),主任医师、博士, E - mail:ysz3129@163.com

腺炎的疗效有了明显的提高。故本文将对近几年中西医治疗慢性前列腺炎的研究进展做一综合回顾与探讨。

【关键词】 慢性前列腺炎；中西医治疗；综述

Research progress of combined Chinese and western medicine treatment on chronic prostatitis

LI Xianrui, ZHANG Yaosheng△, SHANG Jianwei, AN Yanhui, DING Jin, LI Jumin. Department of Andrology, Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700, China

【**Abstract**】 The chronic prostatitis is a common disorder among male adults. In recent years, the incidence has shown a rising tendency. Although the nosogenesis of it is still not clear, both modern and traditional medicines have accumulated plenty experiences on curing it accordingly, which increases its curing efficiently. Under this circumstance, this article, focusing on the researching progress of both Chinese and foreign medicine, conducts a comprehensive review and exploring discussion.

【**Key words**】 **Chronic prostatitis; Combined Chinese and western medicine treatment; Review**

【中图分类号】 R277.33 【文献标志码】 A

1 对前列腺炎的认识

前列腺炎是男科临床上常见的一种反复发作的疾病，主要引起患者前列腺区域或小腹、腰骶处的疼痛与不适、排尿症状异常、性功能下降等，给患者带来巨大的心理负担和经济负担。前列腺炎的发病机制还不清楚，目前认为它不是一个独立的疾病，而是具有各自独特形式的综合性疾病或综合征，这种综合征各自有独特的病因、临床特点和结局，因此一些学者建议采用前列腺综合征的概念。1995 年，美国国立卫生院将前列腺炎重新分成四类，其中Ⅱ型、Ⅲ型属于慢性前列腺炎，占前列腺炎总数的 90% ~95%[1]。慢性前列腺炎在临床上症状复杂，病程较长，而且疗效差又容易复发，所以此病一直是中西医男科临床研究的重点之一。

2 中医药治疗慢性前列腺炎的研究进展

2.1 中医病因病机

中医学并无“前列腺炎”病名，根据其临床症状将其归属“精浊”、“淋浊”的范畴[2]。目前对慢性前列腺炎的病因病机认识主要来自中医经典文献的记载以及近代医家对本病理论与实践的学术研究。《景岳全书》中称：“便浊有赤白之分，有精溺之辨。精溺不同，凡赤多者多属于火，白者寒热俱有之。精而为浊者，其病在心肾；溺而为浊者，其病在膀胱、肝肾。”《证治汇补》曰：“精之藏制在肾，脾主之运化，升清降浊，脾失健运，湿浊内蕴，下注于精窍。”张耀圣等[3]认为精室属于奇恒之腑——男子胞，包括前列腺，前列腺系冲、任、督三脉交汇之处，病机演变在于：正气抗邪无力，邪毒与气血博结，留滞于男子胞及其络属的经脉，形成本病。李海松[4]认为其基本病机为肾虚为本，湿热为标，瘀滞为变，其中瘀滞为最基本病机，占慢性前列腺炎患者的绝大多数。宋竖旗等[5]认为，邪毒瘀阻是慢性前列腺炎的病机关键，气血瘀阻于精室，运行不畅，遂致“精浊”。崔云等[6]认为：湿热内蕴、正气亏虚、血瘀内阻、亦实亦虚为其基本病机。

根据当代医家对古文献的整理以及现代大量的临床观察得出：湿热瘀结下焦是本病形成的基本病机，气滞血瘀则贯穿于始终，肾虚以及正气不足是发病基础，而湿热、瘀血、肾虚是慢性前列腺炎发病的三大主因。

2.2 中医药内治法治疗的研究进展

中医在治疗慢性前列腺炎方面还是以内治法为主，在辨证的基础上拟方用药，包括中成药制剂、汤药等。其中方药包含经方化裁用药，但还是以自拟经验方为主，疗效比较显著。王谦[7]认为平补肾阴肾阳，活血化瘀是治疗慢性前列腺炎的大法之一。其认为此病主因为肾虚而膀胱湿热及下焦血瘀，属本虚标实寒热错杂，故在调整肾中阴阳之偏的同时，再加入清热凉血化瘀之剂，方用自拟滋肾活血汤（女贞子、桑葚子、桃仁、穿山甲、赤芍、薏苡仁、神仙对坐草、白茅根、大黄）治疗病人 35 例，临床症状消失的为 24 例，好转 9 例，无效 2 例，总有效率 94%。

蔡兴黎等[8]认为治疗此病应以清热解毒利湿为主，兼以活血，故应用活血清热利湿汤（萆薢、黄柏、土茯苓清热利湿，分清泌浊；蒲公英、半枝莲、石菖蒲清热解毒，利窍祛湿；丹参、延胡索、炮山甲、赤芍活血化瘀，通络止痛；生甘草清热解毒，调和药性）化裁治疗本病患者 60 例，对照组 30 例服用盐酸左氧氟沙星。结果显示该方对主要症状为尿痛、尿急、尿道灼热及阴囊潮湿的患者疗效显著，治疗组明显优于对照组，且安全可靠，同时提高了患者的生活质量。

李锦杰等[9]认为血瘀贯穿慢性前列腺炎发病始终，因此他认为活血化瘀是治疗此病的有效治则，并在临床分型为湿热致瘀、气滞致瘀、因虚致瘀等。拟定以下中药：当归 9g、桃仁 12g、红花 12g、丹参 30g、赤芍 12g、生地 15g、川芎 12g、牛膝 10g、桔梗 12g、柴胡 10g、枳壳 12g、甘草 6g、泽兰 12g、乳香 6g、没药 6g，同时临证加减治疗患者 49 例，结果显示效果显著，且有效的改善了血液粘稠度和红细胞的变形能力，扩张了血管以及增加了纤维组织的消化吸收，保证腺小管畅通。

李玉玲[10]认为本病病人多有肝气不舒，情志抑郁，精神障碍的特点，故在辩证之时，多采用疏肝解郁为治疗大发。基本方药为：柴胡 15g、枳壳 12g、香附 15g、生麦芽 30g、川牛膝 12g、丹参 15g、白芍 15g、合欢皮 15g、甘草 6g，并根据临床症状的偏重随证加减。另外，在药物治疗的同时，辅以心理疏导，增加了病人的信心，使病人肝气舒，精神调，大大提高了治疗效果。

2.3 中药外治法治疗慢性前列腺炎的研究进展

由于前列腺炎特殊的解剖位置和生理特点，使很多内服药物很难达到其部位并发挥良好的药物作用，而中药外治法则避开了肝脏的首过效应，并能很好的透过包膜发挥药效，故在临

床上得到广泛应用。

中药灌肠:由于解剖学的特点,采用中药灌肠可以使药物直接渗透到前列腺部位,效果显著。赵润璞等[11]将 100 例患者随机分为治疗组和对照组,两组各 50 例,治疗组采用自拟中药保留灌肠(熟地 30g、山药 15g、枸杞 30g、山茱萸 10g、肉桂 6g、杜仲 15g、制附子 6g、桃仁 12g、红花 12g、丹参 15g、赤芍 15g、川楝子 15g、青皮 12g、王不留行 15g),对照组采用 NaCl 溶液保留灌肠。结果显示,治疗组有效率为 92%,对照组有效率为 79%,治疗组效果明显优于对照组。

直肠栓剂:直肠栓剂药物作用途径与中药灌肠类似,操作更加方便,应用更加广泛。姜果等[12]采用前列安栓治疗慢性前列腺炎患者 21 例,总有效率 75%,对照组采用罗红霉素口服,总有效率为 47.4%,治疗组明显优于对照组。刘勤等用前列通栓治疗慢性前列腺炎患者 90 例,观察 30d,总有效率 94%,栓剂使用后可能会出现腹泻等副作用,但症状轻微,发生率较低,停药后一般会自行恢复。

敷脐疗法:脐部给药不经过肝脏代谢,避免了药物对消化道的刺激,以及肝脏的首过效应对药物的破坏,从而可以更好的发挥药物的疗效[13]。李海松等[14]把 144 名非细菌性慢性前列腺炎的患者分为 3 组,每组 48 人,分别采用丁桂散敷脐治疗、前列安栓治疗、丁桂散合前列安栓联合治疗,观察 4 周,结果显示:患者的症状指数和中医评分都有所下降,但联合治疗效果明显优于其他两组。

中药坐浴:中药坐浴治疗范围大,浸泡时间长,药物可直接透过皮肤达到病所,促进血液循环和炎症的吸收。童寅等[15]将 104 例患者随机分成两组,对照组口服氧氟沙星,治疗组中药坐浴结合提肛运动观察 6 周,结果显示:对照组总有效率 73.08%,治疗组总有效率 92.31%,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。商月娥[16]采用随机分组方法,分为观察组 80 例,中药坐浴配合口服男康片,4 片/次,3 次/d;对照组 40 例,口服男康片,4 片/次,3 次/d,观察疗效。结果示:观察组明显高于对照组($P<0.01$),差异有非常的显著性,该疗法能改善症状,降低前列腺液中的白细胞。

另外,中医的外治法还包括:艾灸法,推拿法,针刺疗法,按摩法,温水坐浴等。

3 西医治疗慢性前列腺炎的研究进展

3.1 西医病因病机

慢性前列腺炎的病因及发病机制十分复杂,近些年来尽管西医方面对其发病机制都已经有了一定程度了解,但均没有实质性的进展,目前的研究多集中于病原体感染、免疫异常、组织病理学改变、尿液返流、神经内分泌异常、下尿路上皮功能障碍等方面[17]。

3.2

西医内服药在治疗慢性前列腺炎方面多采用抗生素、α-肾上腺受体阻滞剂、非甾体抗炎药以及一些植物制剂等。

3.2.1 抗生素 《前列腺炎诊断治疗指南》[18]将抗生素作为前列腺炎治疗的一线药物,但是由于慢性前列腺炎的病史较长,往往只有一小部分的患者能找出明确的致病菌,因此不能盲目的使用抗生素,只有对尿液或者前列腺液培养有明确的致病菌者,才考虑选取抗生素治疗。因此应在尽可能查明病因的基础上确认感染后,再采取针对性的治疗,来提高治疗效果[19]。目前最常用的抗生素是喹诺酮类的药物,其次是磺胺类药物和四环素类。喹诺酮类药物可穿过血—前列腺屏障,易在前列腺组织内达到比较高的浓度,可发挥更好的效果[20]。由于一部分的非细菌性前列腺患者可能存在沙眼衣原体,解脲支原体等细胞内病原体感染,口服新一类的大环内酯类抗生素的前列腺组织内的药物浓度明显高于血浆,且生物利用率也较高,对慢性非细菌性前列腺炎具有潜在的治疗价值。

3.2.2 α-肾上腺受体阻滞剂 尿液的反流可能是引起慢性前列腺炎的重要因素,而 α-肾上腺受体阻滞剂可以选择性的作用于后尿道、膀胱颈、前列腺部的.α-肾上腺受体,解除膀胱颈及前列腺尿道部的痉挛,增加尿流率,减低尿道闭合压,防止前列腺内尿液反流,同时作用于盘底交感神经,解除盆底痉挛,缓解会阴及盆底的紧张性肌痛,故在临床上的应用取得了一些效果,成为治疗Ⅱ型或Ⅲ型前列腺炎的基本药物[21]。

3.2.3 非甾体抗炎药 目前非甾体抗炎药属于经验性用药,在缓解患者的疼痛方面有一定的作用,主要用于治疗Ⅲ型慢性非细菌型前列腺炎[22]。一项 RCT 实验在比较抗炎药与安慰剂时发现:在患者首次服用药物后并无明显的改善,但随着剂量的增加,患者疼痛改善明显,显示出非甾体抗炎药的缓解疼痛的作用。

3.2.4 植物制剂 其药理作用主要是抑制内源性炎症介质的合成、抗炎、抗水肿作用,以及膀胱逼尿肌的收缩和尿道平滑肌的舒张作用。研究证实,舍尼通可明显改善慢性前列腺炎的主观症状和客观指标,总有效率可达到 91.11%,与抗生素联合可以更有效的缓解患者的排尿不畅与疼痛不适的症状,且具有副作用小,安全性高的特点[23]。

3.3 心理治疗

由于慢性前列腺炎病情容易反复,病程较长,给患者带来较大的心理负担和经济负担,在这种情况下应及时给予心理疏导,使患者认识到此病与男性不育、性传播疾病等并无直接关系,减轻患者的精神压力,缓解其紧张情绪,有利于疾病的好转。若对于少部分反复药物治疗不满意且有明显的心理问题者,应与心理科医生联合会诊,共同确立治疗方案,必要时给予抗抑郁药治疗[24]。

4 展望

慢性前列腺炎的治疗目前以缓解或解除患者的会阴、小腹等疼痛不适、改善排尿症状以及提高生活质量为主要目标。西医在治疗本病方面多采用抗生素、α 受体阻滞剂、肌肉松弛剂等,在某些方面可快速缓解患者症状,改善生活质量,但长期疗效却不尽满意,治疗针对性不强,而且容易复发。而中医在治疗本病方面历史悠久且积累了丰富的经验,尤其是近几年对慢性前列腺炎病机的深入探索,认识到湿热瘀结、气滞血瘀与肾虚及正气不足等基本的病机特点,在治疗方面取得比较好的效果,但目前中医方面缺乏系统深入的理论与临床研究,可行性与重复性较差,不适于大规模推广。故应在深化本病的发病机制、病因研究的基础上,开展大规模的临床试验,建立理想的动物试验模型,拓宽研究范围。

所以中西医结合治疗本病是未来的发展方向之一,既可以发挥西药治疗细菌性前列腺炎上的优势,又可发挥中药治疗非

细菌性前列腺炎的特点以及中医在治疗疾病的个体化方案有独特优势,而如何把中西医真正的结合起来治疗本病还需要进一步的实践和研究。

参 考 文 献

[1] 黄宇烽,李宏军. 实用男科学. 北京: 科学出版社,2009:265 -267.

[2] 李曰庆. 中医外科学. 北京:中国中医药出版社,2007:273.

[3] 张耀圣,李彩芬. 论前列腺的经络所属及临床的意义. 中医中药,2012,10(13):264 -265 .

[4] 李海松,莫旭威,等. 中医治疗慢性前列腺炎的思路与方法. 世界中医药,2013,8(10):1244 -1247.

[5] 宋竖旗,张亚强. 从瘀论治满性前列腺炎的经验. 中国中医基础医学杂志,2007,13(8):609 -615.

[6] 崔云. 中医药治疗慢性前列腺炎的思路探析. 辽宁中医杂志,2007,34(11):1548 -1549.

[7] 王谦. 自拟滋肾活血汤治疗慢性前列腺炎 35 例疗效观察. 药物与临床,2013(8):244 -245.

[8] 蔡兴黎,彭春悦. 活血清热利湿汤治疗慢性前列腺炎 60 例. 中国中医药,2013,11(11):35 -36.

[9] 李锦杰. 活血化瘀法在慢性前列腺炎治疗中的应用效果分析. 中医临床研究,2013(5):9 -10.

[10] 李玉玲,李海松. 疏肝解郁法为主治疗慢性前列腺炎/慢性盆底疼痛综合征. 中国性科学,2008,17(4):29 -30.

[11] 赵润璞,陈潇雨. 中药直肠给药对肾阳虚型慢性前列腺炎的影响. 中国中医药,2009,69(1):91 -92.

[12] 姜果,张建华. 前列安栓对慢性前列腺炎患者临床疗效分析. 四川医学,2007,1(1):76 -78.

[13] 李海松,王彬. 脐疗治疗慢性前列腺炎综述. 世界中西医结合杂志,2009,31(4):71 -72.

[14] 李海松,李曰庆,等. 脐疗联合栓剂治疗Ⅲ型前列腺炎气滞血瘀症 48 例临床观察. 北京中医药大学学报(中医临床版),2010,17(4):5.

[15] 童寅,朱颖新. 中药坐浴结合提肛运动治疗慢性前列腺炎的疗效观察. 社区医学杂志,2011,5(9):40 -41.

[16] 商月娥. 自拟野菊花汤坐浴治疗慢性前列腺炎 80 疗效分析. 河北中医药学报,2009,24(4):28.

[17] 李宏军. 慢性前列腺炎的病因学、分类及病理 · 医学新知杂志,2006,16(2):63 -65.

[18] 那彦群,孙则禹,叶章群,等. 中国泌尿外科诊断治疗指南. 北京:人民卫生出版社,2007:230.

[19] 陈伟民. 对中西医结合诊治慢性前列腺炎有关问题的探讨. 中国临床医生,2012,40(10):12.

[20] 李德干. 中西医结合治疗慢性前列腺炎的研究进展实用. 临床医药杂志,2010,14(9):145.

[21] 赵利军,胡冬玲,等. 慢性前列腺炎治疗的研究进展. 山西医药杂志,2009,38(7):631.

[22] 白剑,刘继红. 药物治疗慢性前列腺炎的进展. 医药导报,2011,10(30):1319 -1322.

[23] 孙振祥,王继忠,徐真. 舍尼通联合左氧氟沙星治疗Ⅲ型前列腺炎临床观察. 中国性科学,2011,20(1):8.

[24] 赵利军,胡冬玲,等. 慢性前列腺炎治疗的研究进展. 山西医药杂志,2009,38(7):63.

(收稿日期:2015 -01 -27)

· 中医性学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 -1993.2015.10.022

小剂量按时口服他达拉非联合苁蓉益肾颗粒治疗肾阳虚型 ED 的临床观察

丁浩浩 胡海翔△ 徐少强 高雅静 谢亚兰 沈传运 张启龙

中国人民解放军空军总医院中西医结合男科,北京 100142

【摘 要】 目的:探讨小剂量按时口服他达拉非联合苁蓉益肾颗粒治疗肾阳虚型 ED(Erectile Dysfunction)的临床疗效。**方法:**选取 80 例中医辨证属肾阳虚的 ED 患者,随机分为治疗组和对照组,每组各 40 例。对照组单纯口服他达拉非,治疗组在口服他达拉非的基础上加用苁蓉益肾颗粒,两组均用药治疗 3 个月。分别对治疗前后的国际勃起功能指数(IIEF -5)评分、插入阴道成功率、完成性交成功率、总有效率进行统计学分析。**结果:**治疗组和对照组在 IIEF -5 评分、插入阴道成功率、完成性交成功率、总有效率方面均较治疗前增加,差异具有统计学意义($P<0.05$),但治疗组治疗后上述各指标均显著高于对照组治疗后,差异具有统计学意义($P<0.05$)。**结论:**小剂量按时口服他达拉非联合苁蓉益肾颗粒治疗肾阳虚型 ED 效果显著。

【关键词】 勃起功能障碍;肾阳虚;他达拉非;苁蓉益肾颗粒

【第一作者简介】丁浩浩(1987 -),男,在读研究生,主要从事中西医结合男科方向的研究。

△**【通讯作者】**胡海翔,E -mail:kz_haixiang@126.com

Low dose oral tadalafil combined with congrongyishen granule in the treatment of kidney – yang deficiency type Erectile Dysfunction

DING Haohao, HU Haixiang△, XU Shaoqiang, GAO Yajing, XIE Yalan, SHEN Chuanyun, ZHANG Qilong. Department of Integrative Medicine Andrology, People's Liberation Army Air Force General Hospital, Beijing 100142, China

【**Abstract**】 **Objectives**: To explore the clinical effect of low dose tadalafil combined with Congrong Yishen granule in the treatment of kidney – yang deficiency type erectile dysfunction (ED). **Methods**: 80 ED patients with TCM syndrome of kidney – yang deficiency were randomly divided into treatment group and control group, with 40 cases in each group. The control group was treated with oral tadalafil and the treatment group was treated with oral tadalafil and Congrong Yishen granule. After 3 months treatment, before and after the treatment, the IIEF – 5 score, success rate of vagina – inserting, sexual intercourse success rate and total efficiency rate of the two groups were analyzed. **Results**: The IIEF – 5 score, success rate of vagina – inserting, sexual intercourse success rate and total efficiency rate of the two groups were increased compared with these before the treatment, with statistically significant difference ($P<0.05$), but after treatment, all of the above indicators of the treatment group were significantly higher than those of the control group, with statistically significant difference ($P<0.05$). **Conclusion**: The clinical effect of low dose tadalafil combined with Congrong Yishen granule in the treatment of kidney – yang deficiency type ED is remarkable.

【**Key words**】 **Erectile dysfunction (ED); Kidney – yang deficiency; Tadalafil; Congrong yishen granular**

【**中图分类号**】 R697 【**文献标志码**】 A

勃起功能障碍(erectile dysfunction, ED)是指不能达到和(或)维持足够的勃起完成满意的性交[1],祖国医学称之为"阳痿",是临床上发病率最高的男科疾病之一。国外的一项流行病学调查研究显示随着年龄的增长,ED 的发病率也呈上升趋势[2]。国内学者[3]对 1162 名中老年男性 ED 流行病学调查显示:中老年男性总发病率为 41.8%,40 ~ 49 岁为 21.1%,50 ~ 59 岁为 30.1%,60 ~ 69 岁为 56.4%,70 岁以上为 69.6%,这与国外的调查结果一致。鉴于中国人讳疾忌医等传统观念的影响,该病在我国的实际发病率可能会更高。ED 虽然不会危及生命,但是会给患者带来巨大的身心痛苦,严重影响生活质量还会影响到家庭的和睦。目前临床上治疗 ED 的一线药物为 5 型磷酸二酯酶抑制剂(phosphodiesterasetype5 inhibitors,PDE5i),主要包括他达拉非、西地那非和伐地那非。常用的服药方法为按需口服,但有一部分患者达不到理想的治疗效果,其中对于一些肾阳虚型 ED 患者,我们采用小剂量按时口服他达拉非联合苁蓉益肾颗粒治疗,取得了满意的疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2013 年 1 月至 2014 年 5 月于中国人民解放军空军总医院男科门诊就诊的 ED 患者共 80 例,且中医辨证为肾阳虚型;年龄 45 ~ 65 岁,平均 56.8 岁,病程均在 3 个月以上。采用随机数字表法将 80 例患者随机分为治疗组 40 例和对照组 40 例,两组患者在病程、年龄等一般资料方面无统计学差异($P>0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者年龄与病程情况

组别	n	年龄(年)	病程(月)
对照组	40	53.4 ± 5.8	33.8 ± 19.4
治疗组	40	55.1 ± 5.3	36.0 ± 20.1
P		0.079	0.741

1.2 纳入标准

(1)西医诊断标准参照美国国立卫生研究院的定义:不能达到和/或维持足够的勃起以完成满意的性交[1]。(2)中医诊断标准参照《中药新药临床研究指导原则》[4],肾阳虚证:主症:腰膝酸软、性欲减退、畏寒肢冷。次症:精神萎靡、夜尿频多、下肢浮肿、动则气促、发槁齿摇、舌质淡苔白、脉沉迟、尺无力。具备主症 2 项、次症 2 项,即可诊断为肾阳虚证。(3)已婚或者有固定的性伴侣,既往曾有性生活史,目前有性生活条件。

1.3 排除标准

(1)严重的器质性 ED,或合并有严重的心血管疾病、慢性疾病者。(2)有严重的精神疾病、焦虑及抑郁者。(3)依从性差者。

1.4 治疗方法

对照组每周二、周六晚睡前口服他达拉非(英国礼来制药公司)10mg(1/2 片),治疗组在口服他达拉非(服用方法及剂量同对照组)的基础上加用苁蓉益肾颗粒(内蒙古兰太药业) 2g/次,3 次/d。两组均用药 3 个月,用药期间禁止服用其他治疗 ED 的药物。

1.5 疗效评价

(1)以 IIEF – 5 评分、性活动日志(SEP)的问题 2(你能否成功插入阴道?)和问题 3(你能否完成性交?)作为主要评价指标。(2)治疗后(IIEF – 5) > 22 分为痊愈,前后评分增加 50% 以上为显效,增加 25% ~ 50% 为有效,增加 < 25% 为无效[5]。

1.6 统计学方法

采用 SPSS17.0 统计软件对数据进行统计学分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示。计量资料组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验,其中 $\alpha = 0.05$ 为检验水准。

2 结果

2.1 两组治疗前后 IIEF – 5 评分变化比较

治疗组和对照组治疗后的 IIEF – 5 评分均显著高于治疗

前,差异具有统计学意义($P<0.05$),治疗组治疗后的 IIEF-5 评分明显高于对照组治疗后的评分,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后 IIEF-5 评分变化比较

组别	n	治疗前	治疗后
对照组	40	9.12±4.16	16.15±3.21*
治疗组	40	9.65±4.23	21.42±4.07*△

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

2.2 两组治疗前后 SEP2(插入阴道成功率)的变化比较

治疗组和对照组治疗后的插入阴道成功率均显著高于治疗前,差异具有统计学意义($P<0.05$),治疗组治疗后的插入阴道成功率显著高于对照组治疗后的成功率,且差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组治疗前后 SEP2(插入阴道成功率)的变化比较

组别	n	治疗前	治疗后
对照组	40	17(42.5)	29(72.5)*
治疗组	40	18(45.0)	35(87.5)*△

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 SEP3(保持勃起至完成性交的成功率)的变化比较

治疗组和对照组治疗后完成性交的成功率均显著高于治疗前,差异具有统计学意义($P<0.05$),治疗后治疗组完成性交的成功率显著高于对照组治疗后的成功率,且差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组治疗前后 SEP3(保持勃起至完成性交的成功率)的变化比较

组别	n	治疗前	治疗后
对照组	40	4(10.0)	21(57.5)*
治疗组	40	6(15.0)	30(75.0)*△

注:与同组治疗前比较* $P<0.05$。与对照组治疗后比较△ $P<0.05$

2.4 两组治疗后临床疗效比较

治疗组治疗后总有效率为 87.5%,对照组治疗后的总有效率为 72.5%,治疗组明显高于对照组,且差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 5。

表 5 两组治疗后临床疗效比较

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	40	13	10	6	11	72.5
治疗组	40	20	9	6	5	87.5△

注:治疗组和对照组比较△ $P<0.05$

3 讨论

ED 是最常见的男科疾病之一,有调查表明,全球约有 1.5 亿男性患有 ED,而这一数字到 2025 年可能会增长一倍[6]。随着人们对生活质量要求的提高,该病越来越受到重视。

勃起功能障碍的发病原因十分复杂,有学者[7]研究认为,该病的发生与神经血管、内分泌、全身性疾病、局部阴茎疾病、心理因素等相关。其中在信号传导通路方面取得了重大的成果,相关研究已经证实 NO-cGMP 信号通路异常是 ED 发病的关键[8]。根据该研究结果研制的 PDE5i 对 ED 的治疗具有里程碑的意义,在临床应用中已经取得很好的疗效,目前是治疗 ED 的一线药物。和其他的 PDE5i 药物相比他达拉非有其独特的时间顾虑效益[9],而且高脂饮食和适度的饮酒并不会对其血药浓度造成影响,所以在临床治疗中我们会更加倾向选择他达拉非。陈小敏等[10]采用小剂量他达拉非(5mg/2d)治疗器质性 ED 患者取得了明显的疗效。王俊龙等[11]研究发现他达拉非按时口服的远期效果显著优于按需口服的效果。卞军等[12]研究发现早期持续给予小剂量他达拉非可改善海绵体神经损伤后阴茎海绵体纤维化,从而有助于阴茎勃起功能的回复。

ED 在祖国医学中属于“阳痿”范畴。中医学认为肾主生殖,主藏精,肾精可以化生为肾阳和肾阴,肾阳亏虚,失于温煦,无力启动宗筋,则阳痿不举。《景岳全书》说:“阳痿……火衰者十居七八而火盛者仅有之耳。”故肾阳虚是 ED 的主要发病原因之一。

苁蓉益肾颗粒有补肾壮阳、生精益髓的功效。其组方以肉苁蓉为君药,辅以巴戟天、菟丝子为臣药共奏温补肾阳之功。佐以五味子收敛肾气,茯苓健脾安神,车前子滋阴补气有阴中求阳之效且引药入肾为使药。全方共凑生精益髓、滋阴壮阳之功效。现代药理学研究表明肉苁蓉调节内分泌、增加代谢和强壮作用,对阳虚动物的肝脾核酸含量有一定的调整作用,有激活肾上腺、释放皮质激素的作用[13]。周海涛等[14]研究发现肉苁蓉可以减轻大鼠的血睾酮受高强度运动量的影响,并使之维持在正常的生理水平。胡少炜等[15]使用苁蓉益肾颗粒治疗治疗 ED 取得了很好的临床疗效。

中医中药和西药都有各自的优势,但有时单纯应用中药或西药治疗难以获得理想的效果。本研究应用他达拉非联合苁蓉益肾颗粒治疗肾阳虚型 ED 取得了较为理想的疗效,经过 3 个月的治疗后治疗组和对照组在 IIEF-5 评分、插入阴道成功率、完成性交成功率、总有效率方面均较治疗前增加,差异具有统计学意义($P<0.05$),治疗组治疗后上述各指标均显著高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。本研究结果表明了他达拉非对肾阳虚型 ED 具有一定的疗效,且联合蓉蓉益肾颗粒效果会更好,值得推广。

参 考 文 献

[1] NIH Consensus Development Panel on Impotence. Impotence. JAMA, 1993,270(1):83-90.

[2] Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, et al. Impotence and its medical andpsychosocial correlates: resultsof themassachusetts maleagingstudy. J Urol, 1994, 151(1):54-61.

[3] 倪少义,王榕生,方培群,等. 中老年男性勃起功能障碍 ED 的流行病学调查. 中国实用医学,2010,18(5):246-247.

[4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则. 北京:中国医药科技出版社,2002:385-388.

[5] 贾金铭. 中国中西医结合男科学. 北京:中国医药科技出版社,2005:113.
[6] Kalsi JS, Kell PD. Update on oral treatments for male erectiledysfunction. J EurAcadDermatol Venereol,2004,18(3): 267 - 274.
[7] Hamdan FB, Al - Matubsi HY. Assessment of erectile dysfunction in diabetic patients. Intern J Androl,2009,32(2): 176 - 185.
[8] 于宏波,张培海,邓瑞镇,等. 勃起功能障碍发病机制研究进展. 实用医学杂志,2011,27(3):363 - 365.
[9] 袁润强. 他达拉非独特的时间顾虑收益. 中华男科学杂志,2010,16(6):572 - 575.
[10] 陈小敏,张孝旭. 小剂量他达拉非治疗器质性勃起功能障碍的疗效观察. 浙江医学,2014,36(1):77 - 78.
[11] 王俊龙,江专新,杨念钦,等. 他达拉非按需与按时治疗勃起功能障碍前瞻性、多中心研究. 中华男科学杂志,2014,20(1):14 - 18.
[12] 卞军,刘存东,杨建昆,等. 持续小剂量他达拉非改善海绵体神经损伤后阴茎海绵体纤维化的研究. 中华实验外科学杂志,2013,30(6):1189 - 1191.
[13] 敖艳青. 肉苁蓉的研究进展. 中国民族医药杂志,2013,3(3):34 - 36.
[14] 周海涛,曹建民,林强. 肉苁蓉对运动训练大鼠睾酮含量、物质代谢及抗运动疲劳能力的影响. 中国药学杂志,2012,47(13):1035 - 1038.
[15] 胡少炜,朱璇,刑鲁斌,等. 苁蓉益肾颗粒治疗男性勃起功能障碍的临床观察. 湖北中医杂志,2012,34(7):13 - 14.

(收稿日期:2015 - 01 - 27)

· 生殖健康 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 - 1993.2015.10.023

腹腔镜下保守手术与经阴道内镜手术治疗宫外孕的临床效果对比

唐春梅[1] 高玉洁[2]
1 荣昌县人民医院妇产科,重庆 402460
2 珠海市第二人民医院产科,广东 珠海 519020

【摘 要】 **目的:**考察腹腔镜下保守手术与经阴道内镜手术治疗宫外孕的临床效果差异。**方法:**回顾性分析 56 例腹腔镜下保守手术治疗的宫外孕患者临床资料并设为对照组和 43 例自然腔道内镜手术治疗宫外孕患者临床资料并设为观察组。比较两组患者术中资料、术后恢复速率和临床疗效。**结果:**观察组患者术中出血量显著低于对照组($P<0.01$),手术时间无统计学差异($P>0.05$)。观察组患者输卵管畅通率和宫内妊娠率显著高于对照组($P<0.05$)。两组间再次宫外妊娠率差异无统计学意义($P>0.05$)。观察组患者切口愈合时间和住院时间显著低于对照组($P<0.05$)。**结论:**经阴道内镜手术治疗宫外孕疗效更佳且术中伤害更小、术后恢复更快,具有临床应用价值。

【关键词】 宫外孕; 腹腔镜下保守手术; 经阴道内镜手术

Clinical effects of laparoscopic oviduct - sparing operation and natural orifice transluminal endoscopic operation on ectopic pregnancy

TANG Chunmei[1], GAO Yujie[2]. 1. Department of Obstetrics and Gynecology, People's Hospital of Rongchang County, Chongqing 402460, China; 2. Departmentof Obstetrics, The No. 2 People's Hospital of Zhuhai, Zhuhai 519020, China

【**Abstract**】 **Objectives**: To compare the clinical effects of laparoscopic oviduct - sparing operation and natural orifice transluminal endoscopic operation on ectopic pregnancy. **Methods**: A total of 56 ectopic pregnancy patients treated by laparoscopic oviduct - sparing operation were selected as control group and 43 ectopic pregnancy patients treated by natural orifice transluminal endoscopic operation were selected as observation group. The operative situation, recovery rate and clinical efficacy of the two groups were compared. **Results**: The blood lose of observation group was significantly less than that of control group ($P<0.01$). There was no significant difference in operative duration between two groups ($P>0.05$). The tubal flow rate and intrauterine pregnancy in observation group were significantly higher than those in control group ($P<0.05$). And there was no significant difference in ectopic

【基金项目】广东省珠海市科技计划项目(2012D040199002)。
【第一作者简介】唐春梅(1981 -),女,主治医师,主要从事妇产科临床与研究工作。

pregnancy recurrent rate between two groups ($P > 0.05$). The wound healing time and length of stay in observation group were significantly less than those in control group ($P < 0.05$). **Conclusion**: Ectopic pregnancy treated by natural orifice transluminal endoscopic operation has a better clinical efficacy, with less intraoperative injury and better recovery, which makes it worth clinical application.

【Key words】 Ectopic pregnancy; Laparoscopic oviduct – sparing operation; Natural orifice transluminal endoscopic operation

【中图分类号】 R737.31 **【文献标志码】** A

宫外孕是指受精卵在子宫体腔外着床后生长发育的过程，其中以输卵管妊娠为最主要类型，约占所有宫外孕的 95% 左右[1,2]。若不经有效治疗，宫外孕可能会导致大出血危及患者生命[3]。由于妊娠年龄的普遍增加以及生活方式改变和压力增加，宫外孕的发生率也在逐年增高[1,4]。目前，对于宫外孕的治疗包括手术治疗和药物治疗，其中腔镜手术具有术中损伤小、术后恢复快、治疗效果好等优势应用最为广泛[5]。传统的腔镜治疗主要是使用腹腔镜进行保守手术治疗，然而越来越多的研究证实通过使用自然腔道进行腔镜手术可以有效节约手术时间并降低术中损伤[6]。因此，探讨腹腔镜下保守手术和经阴道（阴道）内镜手术治疗的效果差异，对于改善宫外孕的治疗效果具有重要意义。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析 2012 年 1 月至 2014 年 1 月期间荣昌县人民医院妇产科入院治疗的异位妊娠患者临床资料，依据其治疗方式分为对照组和观察组。56 例腹腔镜下保守手术治疗的宫外孕患者临床资料设为对照组，43 例自然腔道内镜手术治疗宫外孕患者临床资料设为观察组。两组患者年龄、停经时间和妊娠部位无统计学差异（$P > 0.05$），具有临床可比性，具体结果见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较

组别（n）	年龄（岁）	停经天数（d）	病变部位		
			输卵管峡部	输卵管伞部	输卵管壶腹部
观察组（43）	25.4 ± 4.2	47.2 ± 10.2	4	6	33
对照组（56）	26.1 ± 3.8	44.9 ± 9.3	6	8	42
统计值	$t = 0.86$	$t = 1.16$		Z = 0.13	
P	> 0.05	> 0.05		> 0.05	

1.2 方法

1.2.1 对照组治疗方法 术前准备同一般妇科手术，不服用镇静剂和灌肠。全身麻醉，脐孔下缘穿刺，建立气腹，压力达到 15 mmHg 时置入 10 mm Trocar 和腹腔镜。于两下侧腹直视下置入 5 mm Trocar 作为操作孔，取改良截石位。检查见输卵管节段性增大或包块部。固定患侧输卵管，于峡部系膜下注射垂体后叶素 5 ~ 6 U，将病灶两端 1 ~ 2 cm 处切开并取出胚胎和肿块，电凝止血，清洗盆腔。输卵管肌层有破坏或未见明显绒毛者给予局部注射甲氨喋呤。

1.2.2 观察组治疗方法 术前准备同一般妇科手术，不服用镇静剂和灌肠。全身麻醉，取改良截石位，于阴道后穹窿距顶端 20 mm 处作一 15 mm 横向切口后置入内镜，进入盆腔，通过内镜注气孔建立气腹。确定异位妊娠部位，使用活检钳将患侧输卵管伞端提起同时避开卵巢，在另一处放置尼龙套扎器，在孕囊内侧 5 mm 处套扎输卵管和孕囊并在内侧 5mm 处结扎并切除孕囊。使用圈套将切除物套住后从阴道处取出。再次将内镜置入盆腔中，检查输卵管处是否渗血，并抽出盆腔积液，推出内镜并缝合。

1.3 观察指标

记录两组患者术中情况包括手术时间和术中出血量。两组患者术后恢复情况包括切口愈合时间和住院时间。两组患者临床疗效包括术后第二个月月经干净 3 ~ 5 d 时检查输卵管畅通率，随访一年记录再次妊娠率、宫内妊娠率和宫外妊娠率。所有患者术后 3 个月开始性行为，均在一年内保持无避孕措施。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 19.0 软件分析，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，t 检验，计数资料采用 χ^2 检验，$P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术中资料比较

观察组患者术中出血量显著低于对照组（$P < 0.01$），手术时间无统计学差异（$P > 0.05$），具体结果见表 2。

表 2 两组患者术中资料比较

组别	例数	手术时间（min）	术中出血量（mL）
观察组	43	40.2 ± 12.0	24.1 ± 11.3
对照组	56	36.8 ± 13.2	37.0 ± 12.4
t 值		1.34	5.40
P		> 0.05	< 0.01

2.2 两组患者术后恢复情况比较

观察组患者切口愈合时间和住院时间显著低于对照组($P<0.05$),具体结果见表 3。

表 3 两组患者术后恢复情况比较

组别	例数	住院时间(d)	切口愈合时间(d)
观察组	43	6.8 ± 1.6	5.3 ± 2.0
对照组	56	7.4 ± 1.1	6.0 ± 1.3
t 值		2.10	1.99
P		<0.05	<0.05

2.3 两组患者临床疗效比较

观察组患者输卵管畅通率和宫内妊娠率显著高于对照组($P<0.05$)。两组间再次宫外妊娠率差异无统计学意义($P>0.05$),具体结果见表 4。

表 4 两组患者临床疗效比较

组别	例数	输卵管畅通	宫内妊娠	宫外妊娠
观察组	43	42(97.6)	34(79.1)	1(2.3)
对照组	56	48(85.7)	33(58.9)	3(5.4)
χ^2 值		4.21	4.51	0.58
P		<0.05	<0.05	>0.05

3 讨论

宫外孕是妇产科常见的疾病之一,当患者流产或包块破裂时可能会引起腹腔内的大出血,若未经及时诊治则有可能危及患者生命。调查表明,宫外孕的发生于孕产妇的年龄、输卵管相关疾病或手术史以及肿瘤等因素均具有一定的相关性[7]。目前其治疗方案主要包括药物治疗、保守性手术治疗和根治性手术治疗三种方案。其中保守性手术治疗疗效较好且术中损伤较小对患者治疗后的妊娠影响较低因此应用最为广泛[8]。随着腔镜技术的发展,微创化的保守治疗手术方案已成为患者和术者首选的术式。腹腔镜是临床应用最多的腔镜保守手术方法。王敏等[9-10],利用腹腔镜下冲水式保守治疗方案治疗宫外孕取得较好的疗效,其术中参数优于开发手术切短期和长期预后均更为优秀。袁小燕等[11-13],研究证实腹腔镜手术后的患者与开腹手术后患者相比具有较高的输卵管通畅情况和较高的宫内妊娠发生率。然而,即便是使用腹腔镜治疗切口较小,但仍然会在患者腹部建立切口对于女性患者接受度较低。而经阴道内镜无需在患者腹部建立切口患者接受度较高。詹玮玲[14-15],报道了 68 例经阴道内镜治疗输卵管妊娠的临床效果,证实其治疗成功率高且无严重并发症。然而其进行的是根治性手术,对患者生理状况影响较大。

在本研究中,观察组患者的术中出血量显著低于对照组,其原因可能与观察组的切口较小有关。而两组间的平均手术时间均在 40 min 以为且无统计学差异,与詹玮玲报道的 60 min 的手术时间具有较大差异其原因可能是手术过程存在差异和术者对于手术的熟悉程度及护理人员术中配合有关。由于观察组患者切口较小且术中出血量较少因此其术后恢复速度更快,出院时间更早,有利于节约患者的治疗时间和治疗成本,提高医疗资源分配效率并降低医疗和护理人员工作压力。由于自然腔道内镜对于患者体内内环境影响较小,内镜入口距离患处更近因此,操作时更为简便、准确,手术效果更好,患者的输卵管再通率更高、宫内妊娠率也随之提高。

综上所述,经阴道内镜手术治疗宫外孕疗效更佳且术中伤害更小、术后恢复更快,具有临床应用价值。

参 考 文 献

[1] Kårhus L L, Egerup P, Skovlund C W, et al. Long - term reproductive outcomes in women whose first pregnancy is ectopic: a national controlled follow - up study. Human Reproduction, 2013, 28(1): 241 - 246.

[2] Kirk E, Bottomley C, Bourne T. Diagnosing ectopic pregnancy and current concepts in the management of pregnancy of unknown location. Human reproduction update, 2014, 20(2): 250 - 261.

[3] Augustin G. Ruptured Ectopic Pregnancy//Acute Abdomen During Pregnancy. Springer International Publishing, 2014, 19(3): 473 - 494.

[4] Mine K, Yonezawa M, Ono S, et al. Analysis of risk factors associated with ectopic pregnancy after ART. Fertility and Sterility, 2013, 100(3): S513.

[5] Xu B, Liu Y, Ying X, et al. Transvaginal Endoscopic Surgery for Tubal Ectopic Pregnancy. JSLS: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons, 2014, 18(1): 76.

[6] Arezzo A, Zornig C, Mofid H, etal. The EURO - NOTES clinical registry for natural orifice transluminal endoscopic surgery: a 2 - year activity report. Surgical endoscopy, 2013, 27(9): 3073 - 3084.

[7] Sultana S, Asif H M, Akhtar N. Incidence rate and prevalence of major risk factors for ectopic pregnancy in the Pakistani population: mini - review. Asian Pacific Journal of Tropical Disease, 2015, 5(3): 246 - 250.

[8] Taheri M, Bharathan R, Subramaniam A, et al. A United Kingdom national survey of trends in ectopic pregnancy management. Journal of Obstetrics & Gynaecology, 2014, 34(6): 508 - 511.

[9] 王敏. 腹腔镜下冲水式取囊法在宫外孕保守手术中的应用研究. 中国医药指南, 2014, 12(14): 246 - 247.

[10] 袁小燕, 余霞, 金璨. 腹腔镜手术与开腹手术对宫外孕术后受孕率影响的临床研究. 中国性科学, 2014, 23(5): 44 - 46.

[11] 詹玮玲. 经阴道内镜手术治疗输卵管妊娠 68 例临床分析. 中国医药指南, 2013, 11(21): 513 - 514.

[12] 杨柏柳,闫明秀. 较高水平血 β - HCG 输卵管妊娠的腹腔镜保守

性治疗 80 例分析. 河北医学,2012,18(12):1682 - 1684.
[13] 贺正蓉,罗平,向国春,等. 腹腔镜输卵管切除术后持续性宫外孕 3 例报告. 实用医院临床杂志,2014,11(6):217 - 218.
[14] 王伟. 腹腔镜保守性手术联合宫外孕 1 号治疗输卵管妊娠的疗效分析. 国际医药卫生导报,2013,19(21):3292 - 3294.
[15] 葛玉珍. 宫外孕腹腔镜保守治疗术后输卵管通畅临床观察. 中国现代药物应用,2014,8(2):103 - 104.

(收稿日期:2015 - 02 - 09)

·生殖健康·

DOI:10.3969/j.issn.1672 - 1993.2015.10.024

不同腹膜缝合方案下产妇剖宫产后盆腹腔粘连状况对比

刘芳[1] 任新萍[2△] 贾玉芳[3]
1 响水县中医医院妇产科,江苏 盐城 224600
2 盐城市第一人民医院妇产科,江苏 盐城 224600
3 昆山市中医医院妇产科,江苏 苏州 215300

【摘 要】 **目的:**探讨不同腹膜缝合方案下产妇剖宫产后粘连状况。**方法:**回顾性分析 2008 年 1 月至 2014 年 6 月 340 例再次实施剖宫产的妇女的临床资料,按照不同腹膜缝合方式分为:下腹横切口组和下腹纵切口组,下腹横切口组又分为腹膜不缝合组(38 例)、腹膜连续缝合组(33 例)和腹膜外翻缝合组(36 例);下腹纵切口组分为腹膜连续缝合组(47 例)和腹膜外翻缝合组(186 例)。对比各组的剖宫产后粘连情况和伤口愈合情况。**结果:**下腹横切组中腹膜外翻缝合组的粘连发生率为 12.5%,显著低于腹膜不缝合组的 57.9%($\chi^2=17.517$,$P=0.000$)和腹膜连续缝合组的 54.5%($\chi^2=14.739$,$P=0.000$);下腹纵切组中腹膜外翻缝合组的粘连发生率为 5.4%,显著低于腹膜连续缝合组的 53.2%($\chi^2=66.911$,$P=0.000$);下腹横纵切产妇中 208 例腹膜外翻缝合组的粘连发生率为 6.7%,显著低于腹膜连续缝合组的 53.8%,差异具有统计学意义($\chi^2=86.164$,$P=0.000$)。各组之间的愈合较好率差异无统计学意义($P>0.05$),腹膜外翻缝合组和腹膜连续缝合组的愈合良好率分别为 78.8% 和 67.5%,显著高于腹膜不缝合组的 34.2%,差异具有统计学意义($P<0.05$)。**结论:**腹膜外翻缝合法引发的产妇剖宫产后粘连发生率较低,对再次手术影响较小。

【关键词】 腹膜缝合;剖宫产;粘连

Comparison of the peritoneal and pelvic adhesion conditions within different peritoneal suture schemes after maternal cesarean delivery

LIU Fang[1], *REN Xinping*[2△], *JIA Yufang*[3]. *1. Department of Obstetrics and Gynecology, Xiangshui County Hospital of Traditional Chinese Medicine, Yancheng 224600, China; 2. Department of Gynaecology and Obstetrics, Yancheng First People's Hospital, Yancheng 224600, China; 3. Department of Obstetrics and Gynecology, Kunshan City Hospital of Traditional Chinese Medicine, Suzhou 215300, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To investigate the maternal cesarean section postpartum adhesion of different peritoneal suture schemes. **Methods**: Retrospective analysis of the clinical data of 340 women received cesarean section again from January 2008 to June 2014 was conducted and according to the different peritoneal suture methods divided into: lower abdominal transverse incision group and abdominal longitudinal incision group, while lower abdominal transverse incision group was further divided into peritoneal non - suture group (38 cases), peritoneum continuous suture group (33 cases) and peritoneal suture group (36 cases); and abdominal longitudinal incision group was further divided into peritoneal continuous suture group (47 cases) and peritoneal suture group (186 cases). The cesarean adhesion and wound healing condition of different groups were compared. **Results**: The adhesion rate of peritoneal suture group within lower abdominal transverse incision group was 12.5%, significantly lower than that of

【第一作者简介】刘芳(1964 -),女,副主任医师,主要从事妇产科临床工作。
△【通讯作者】任新萍,女,副主任医师、硕士,E - mail:t9df8dbac89@163.com

peritoneal non - suture group of 57.9% (χ^2 = 17.517, P = 0.000) and peritoneal continuous suture group of 54.5% (χ^2 = 14.739, P = 0.000); the adhesion rate of peritoneal suture group within abdominal longitudinal adhesion group was 5.4%, significantly lower than that of peritoneum continuous suture group of 53.2% (χ^2 = 66.911, P = 0.000); the adhesion rate of peritoneal suture group within both groups (n = 208) was 6.7%, significantly lower than that of peritoneal continuous suture group of 53.8%, with significant difference (χ^2 = 86.164, P = 0.000). Difference in healing between groups had no statistical difference (P > 0.05). The healing rate of peritoneal suture group and peritoneal continuous suture group were 78.8% and 67.5% respectively, significantly higher than that of the peritoneum non - suture group of 34.2%, with significant difference (P < 0.05). **Conclusions**: The incidence of adhesions caused by peritoneal suture is lower with less influence on reoperation.

【Key words】 Peritoneal suture; Cesarean section; Adhesion

【中图分类号】 R719.8 **【文献标志码】** A

剖宫产是解决难产分娩治疗的一种主要方式,近年来呈现逐渐上升的趋势。盆腹腔粘连是剖宫产手术之后的一种常见并发症,不但会引发宫外孕、不孕、盆腔疼痛等症,还可能导致肠梗阻等严重并发症,对女性的身体健康造成了严重的威胁[1,2]。盆腹腔粘连不仅会引发正常的盆腹腔的结构的改变,还增加了再次手术的风险,对患者的生活质量造成了严重威胁[3]。本研究回顾性分析 2008 年 1 月至 2014 年 6 月 340 例再次实施剖宫产的妇女的临床资料,旨在探讨不同腹膜方案对剖宫产后粘连状况的影响。

1 材料与方法

1.1 一般资料

研究对象为 2008 年 1 月至 2014 年 6 月于响水县中医院和昆山市中医医院实施再次剖宫产的妇女 340 例,均为子宫下段横切口手术。按照不同腹膜缝合方式分为:下腹横切口组和下腹纵切口组,下腹横切口组又分为腹膜不缝合组(38 例)、腹膜连续缝合组(33 例)和腹膜外翻缝合组(36 例);下腹纵切口组分为腹膜连续缝合组(47 例)和腹膜外翻缝合组(186 例)。腹膜不缝合组均为下腹横切口,反折腹膜和壁层腹膜均不进行缝合(即新型剖宫产术式);腹膜连续缝合组连续缝合反折腹膜和壁层腹膜;腹膜外翻缝合组连续缝合反折腹膜,间断外翻缝合壁层腹膜。各组产妇之间的年龄、孕次、产次之间的差异无统计学意义(P > 0.05),具有可比性。见表 1。

表 1 各组产妇间的一般资料比较

组别		年龄(岁)	孕次(次)	产次(次)
下腹横切口组(n = 107)	腹膜不缝合组(n = 38)	29.1 ± 4.5	3.4 ± 1.8	2.1 ± 1.2
	腹膜连续缝合组(n = 33)	28.7 ± 4.2	3.3 ± 1.6	2.2 ± 1.0
	腹膜外翻缝合组(n = 36)	29.0 ± 3.9	3.3 ± 2.1	2.1 ± 1.1
下腹纵切口组(n = 233)	腹膜连续缝合组(n = 47)	28.7 ± 4.4	3.5 ± 1.8	2.2 ± 1.1
	腹膜外翻缝合组(n = 186)	28.3 ± 4.0	3.4 ± 1.7	2.2 ± 1.0
F		1.375	0.284	0.206
P		0.087	0.793	0.837

1.2 患者纳入和排除标准

纳入标准:(1)剖宫产手术方式均为子宫下段横切口术式;(2)首次剖宫产前未实施过任何腹部手术;(3)首次剖宫产至再次剖宫产期间未实施过其它腹部手术。排除标准:(1)资料不完整的患者;(2)其它剖宫产手术方式的患者;(3)首次剖宫产时伴有产后大出血、卵巢肿瘤切除术、子宫肌瘤剥除的患者。

1.3 腹膜缝合方案

麻醉方法采用连续硬膜外麻醉,子宫肌层采用可吸收的缝合线实施锁边缝合或单层连续缝合;壁层腹膜采用可吸收的缝合线间断外翻缝合 2 ~ 4 针或连续缝合;反折腹膜采用可吸收的缝合线进行连续缝合;腹膜不缝合组的手术方式见新式剖宫产术[4],连续锁扣缝合子宫肌层全层,不缝合脏层腹膜与壁层腹膜。在缝合前对腹腔内的残留血液进行充分冲洗,其它缝合方法一致。剖宫产术后 6h 产妇在床上翻身活动,术后 24h 下床适度走动。

1.4 评价方法

盆腹腔粘连情况评估根据 Vetco 等[5]的盆腔粘连分级标准,具体标准为:0 级为无粘连,手术创面修复很好;Ⅰ级为有点状束带或者膜状的粘连,但面积较小,易用手分离,没有出血现象,创面大部分恢复;Ⅱ级粘连相对较密切,分离时发生渗血现象,创面约修复 50%;Ⅲ级为存在广泛的粘连,分离时出血较多,创面大部分未得以修复。切口愈合情况分为:愈合良好(瘢痕柔软纤细),愈合可以(瘢痕中等),愈合较差(瘢痕较硬),以

愈合良好和愈合可以认为愈合较好。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 17.0 统计学软件进行数据分析,计量资料采用($\bar{x} \pm s$)的形式表示,2 组间比较采用 t 检验,多组间比较采用 F 检验,计数资料采用χ^2检验,$P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 各组再次剖宫产后盆腹腔粘连情况比较

各组再次剖宫产后盆腹腔粘连情况比较如表 2 所示,下腹横切组中腹膜外翻缝合组的粘连发生率为 12.5%,显著低于腹膜不缝合组的 57.9%($\chi^2 = 17.517$,$P = 0.000$)和腹膜连续缝合组的 54.5%($\chi^2 = 14.739$,$P = 0.000$);下腹纵切组中腹膜外翻缝合组的粘连发生率为 5.4%,显著低于腹膜连续缝合组的 53.2%($\chi^2 = 66.911$,$P = 0.000$);下腹横纵切产妇中 208 例腹膜外翻缝合组的粘连发生率为 6.7%,显著低于腹膜连续缝合组的 53.8%,差异具有统计学意义($\chi^2 = 86.164$,$P = 0.000$)。

表 2 各组再次剖宫产后盆腹腔粘连情况比较

组别		0 级	Ⅰ级	Ⅱ级	Ⅲ级	粘连发生率
下腹横切口组($n = 107$)	腹膜不缝合组($n = 38$)	16	12	5	5	22(57.9)
	腹膜连续缝合组($n = 33$)	15	9	5	4	18(54.5)
	腹膜外翻缝合组($n = 36$)	32	3	1	0	4(12.5)
下腹纵切口组($n = 233$)	腹膜连续缝合组($n = 47$)	22	10	8	7	25(53.2)
	腹膜外翻缝合组($n = 186$)	176	7	3	0	10(5.4)

2.2 各组再次剖宫产后的切口愈合情况

各组再次剖宫产后的切口愈合情况如表 3 所示,各组之间的愈合较好率差异无统计学意义($P > 0.05$),腹膜外翻缝合组和腹膜连续缝合组的愈合良好率分别为 78.8% 和 67.5%,显著高于腹膜不缝合组的 34.2%,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

表 3 各组再次剖宫产后的切口愈合情况

组别		切口愈合良好	切口愈合可以	切口愈合较差
下腹横切口组($n = 107$)	腹膜不缝合组($n = 38$)	13(34.2)	20(52.6)	5(13.2)
	腹膜连续缝合组($n = 33$)	23(69.7)	6(18.2)	4(12.1)
	腹膜外翻缝合组($n = 36$)	27(75.0)	7(19.4)	2 (5.6)
下腹纵切口组($n = 233$)	腹膜连续缝合组($n = 47$)	31(66.0)	8(17.0)	8(17.0)
	腹膜外翻缝合组($n = 186$)	148(79.6)	30(16.1)	8 (4.3)

3 讨论

近年来,伴随着社会和人文医疗环境的变化,剖宫产也呈现逐渐上升的趋势,在我国有剖宫产史的女性多采用剖宫产来结束再次的妊娠[6]。盆腹腔粘连是剖宫产最常见的并发症,可以增加肠粘连、不孕、肠梗阻、盆腔疼痛等的发生率,再次手术的困难极大,严重威胁着女性的健康[7]。粘连的发生机制十分复杂,但最终归因于纤维蛋白沉积和溶解失衡及纤维性粘连的形成[8]。本研究旨在探讨不同腹膜方案对剖宫产后粘连状况的影响,降低对再次剖宫产的损伤。

良好的外科手术技巧能够降低粘连的发生,在手术时仔细的处理周围的相关组织并控制出血量对于降低粘连的形成至关重要[9]。在手术时,尽量将腹膜的损伤降到最低,降低不必要的手术操作,保持盆腔脏器的平滑湿润和腹膜的完整性,降低术后盆腔粘连的发生[10]。本研究结果显示下腹横切组中腹膜外翻缝合组的粘连发生率为 12.5%,显著低于腹膜不缝合组的 57.9%($\chi^2 = 17.517$,$P = 0.000$)和腹膜连续缝合组的 54.5%($\chi^2 = 14.739$,$P = 0.000$),腹膜不缝合组的粘连发生率最高,可能与新式剖宫产术未将子宫膀胱反折腹膜缝合,裸露的组织粗糙面比较大,与未缝合的腹膜切缘接触之后,腹膜细胞爬行愈合引起粘连有关。此外未缝合的腹膜组织缺损比较大,引发伤口收缩,炎性反应加重,引发愈合时间加长,形成严重粘连[11]。

因为新式剖宫产手术的患者再次手术时粘连比较严重,所以目前仍然主张将腹膜仔细缝合,尤其是要缝到腹膜的光滑面[11,12]。本研究结果显示,下腹纵切组中腹膜外翻缝合组的粘连发生率为 5.4%,显著低于腹膜连续缝合组的 53.2%($\chi^2 = 66.911$,$P = 0.000$);下腹横纵切产妇中 208 例腹膜外翻缝合组的粘连发生率为 6.7%,显著低于腹膜连续缝合组的 53.8%($\chi^2 = 86.164$,$P = 0.000$)。本研究中所采用的腹膜外翻缝合能够使腹膜的光滑面贴合,降低了盆腹腔粗糙面的暴露,降低了粘连的形成。腹膜外翻缝合采用可吸收的缝合线宽针距缝合腹膜,易吸收,异物反应低,款针距缝合能够降低缺血坏死的发生率,还可以固定腹膜,使创缘距离降低,降低了粘连的发

生[13,14]。连续缝合腹膜可以导致腹膜缺血坏死,增加粘连的发生率。此外未使光滑面相贴,使游离切缘接近腹腔因而易发生粘连[15]。

腹腔内残留血液也是发生粘连的一个重要因素,我院所有剖宫产患者在手术关腹前对腹腔进行充分冲洗,尽可能降低粘连的发生[16]。在本研究粘连分级标准中,Ⅱ级粘连相对较密切,分离时发生渗血现象,创面约修复 50%;Ⅲ级为存在广泛的粘连,分离时出血较多,创面大部分未得以修复,因此这两级的损伤对二次手术的影响较显著,本研究中腹膜外翻缝合组未出现Ⅲ级粘连,仅 2 例出现Ⅱ级粘连,表明腹膜外翻缝合法对于再次剖宫产影响较小。

综上所述,腹膜外翻缝合法引发的产妇剖宫产后粘连发生率较低,对再次手术影响较小,值得临床推广。

参 考 文 献

[1] 田加珍,朱彗央,王川,等. 首次不同剖宫产方式对产妇术后腹壁、腹腔粘连性及再次剖宫产的影响. 中国性科学,2014(4):3 - 5.

[2] Kapustian V, Anteby EY, Gdalevich M, et al. Effect of closure versus nonclosure of peritoneum at cesarean section on adhesions: a prospective randomized study. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2012, 206(1): 56. e1 - e4.

[3] 吴迎红,张琼香. 腹式横切口剖宫产不同切口处理方法对产妇的影响. 实用医学杂志,2006,22(14):1670 - 1671.

[4] 马彦彦主编. 新式剖宫产术. 2 版. 北京:北京科学技术出版社,2000:41 - 44.

[5] 任常,朱兰. 盆腹腔手术后粘连的分类及评价方法. 中华妇产科杂志,2012,47(4):317 - 319.

[6] 李惠敏,张靖霄. 下腹横切口剖宫产术中不同手术方式与术后粘连程度临床观察. 河北医科大学学报,2012,33(8):971 - 973.

[7] Lyell DJ, Caughey AB, Hu E, et al. Rectus muscle and visceral peritoneum closure at cesarean delivery and intraabdominal adhesions. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2012, 206(6): 515. e1 - e5.

[8] 成玉华. 不同术式剖宫产后再次开腹手术时盆腹腔粘连情况比较分析. 中国医药导报,2010,7(2):24 - 25.

[9] 张亲凤,羊淑宇,林琼珊,等. 剖宫产术不同方式处理腹膜及膀胱子宫反折腹膜术后粘连情况分析. 中国妇幼保健,2011,26(35):56 - 57.

[10] 吕向红,王彩霞. 剖宫产术不同方式处理腹膜和返折腹膜术后粘连情况分析. 中国实用医药,2009,4(24):106 - 107.

[11] 刘晓蓉. 剖宫产术中不同方式处理腹膜和返折腹膜术后粘连的比较. 实用妇产科杂志,2006,22(10):606 - 607.

[12] Schnüriger B, Barmparas G, Branco BC, et al. Prevention of postoperative peritoneal adhesions: a review of the literature. The American Journal of Surgery, 2011, 201(1): 111 - 121.

[13] 戴国亮,俞静华,祁可娜,等. 外翻缝合腹膜对剖宫产术后粘连的影响. 实用妇产科杂志,2014,30(5):388 - 390.

[14] 刘在霞,龙丹. 腹式全子宫切除术后不同阴道残端缝合方式的临床效果观察. 宁夏医科大学学报,2013,35(2):213 - 214.

[15] 孙友红,郭晓华,魏秀琴,等. 不同术式剖宫产术后再次开腹手术 106 例临床分析. 实用临床医药杂志,2007,11(7):68 - 69.

[16] 张蓓. 剖宫产术后盆腹腔粘连的临床观察及影响因素分析. 海南医学,2013,24(24):3687 - 3688.

(收稿日期:2014 - 11 - 24)

· 生殖健康 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 - 1993.2015.10.025

北京月坛地区女性生育现状及生育力认知调查

李萌 赖爱鸾△

首都医科大学附属复兴医院妇科,北京 100038

【摘 要】 **目的:**了解北京月坛地区女性生育现状、近年来北京月坛地区女性生育年龄的变化以及不同因素对女性的生育计划的影响;调查受试者对卵巢储备功能相关知识的认知现状;建立调查人群生育档案,指导女性正确选择生育时间。**方法:**采用横断面研究,通过随机分层抽样抽取北京市月坛社区 25 ~ 49 岁女性 400 人,进行详细的病史采集,了解其生育现状,以及学历、工作生活情况等对生育计划的影响,进行生育力相关知识的问卷调查。**结果:**月坛地区女性 10 年前生育年龄(26.12 ± 2.10)岁,近 6 ~ 10 年间生育年龄(28.78 ± 3.42)岁,近 5 年内生育年龄达(30.02 ± 4.16)岁,生育年龄逐渐推迟,比较不同年龄、结婚年龄、学历受试者生育计划差异有统计学意义。受试者中 93% 的人不了解卵巢储备功能的定义,对辅助生殖的认知

【基金项目】北京市科委"首都市民健康项目培育项目"(Z111107067311039)。

【第一作者简介】李萌(1987 -),女,医师、硕士研究生,主要从事生殖内分泌临床研究工作。

△【通讯作者】赖爱鸾,主任医师,laiailuan@sina.com

错误率高达 80% ~90%。**结论**:北京地区女性近年生育年龄呈上升趋势,生育计划受到结婚年龄、学业、事业、经济多重因素的影响而有所推迟,并且北京地区女性卵巢储备功能认知水平低下,对辅助生殖技术的理解存在严重误区。

【关键词】 北京女性;生育现状;生育力认知;调查

Acknowledge investigation of the present situation of procreation and fertility of women in the yuetan community

LI Meng, LAI Ailuan△. Department of Gynecology, Fuxing Hospital of Capital Medical University, Beijing 100038, China

【**Abstract**】 **Objectives**: To investigate the present situation of procreation and the change in birth plan of women in Yuetan community; to find out the influence of different factors on female birth plan; to survey the knowledge condition on ovarian reserve of participants; and to establish reproduction files for the participants and to offer guide for women on appropriate timing of reproduction. **Methods**: A cross - sectional study was conducted among the 400 women of 25 - 49 ages in Yuetan community selected through random sampling. All the medical history of the participants were collected in detail to analyze the present situation of procreation, the influence of education background, working conditions and living habits and etc. on female birth plan and the knowledge of fertility. **Results**: 10 years ago, childbearing age of women in Yuetan community was 26.12 ± 2.10. The range became 28.78 ± 3.42 in recent 6 - 10 years. The average age of delivery increased to 30.02 ± 4.16 in the past 5 years. The influence of different age, age of marriage and education background was studied and significant difference was found ($P < 0.05$). 93% of the participants didn't know the definition of ovarian reserve. The error rate of the knowledge of assisted reproduction was 80% -90%. **Conclusion**: The reproductive age of women in Beijing has been increasing over years. The main factors that delay the birth plan are age of marriage, education, job, income and etc. The ovarian reserve knowledge of women in Beijing is generally poor, and misunderstanding of assisted reproduction exists.

【**Key words**】 **Women in Beijing; Situation of procreation; Fertility knowledge; Investigation**

【中图分类号】 【文献标志码】 A

女性生育能力体现在卵巢功能的变化,年龄增加伴随卵巢功能下降,卵巢衰老将导致不孕[1],而孕前健康风险暴露也有随妇女年龄增加而增大的趋势[2]。近年来女性低生育力和不育的比例都呈上升趋势[3]。北京地区,由于其地域的特殊性,女性生育年龄推迟较其它地区更为明显。我国缺少社区普通女性的生育档案及对卵巢储备功能认知的调查,在此基础上,本研究从社区入手,通过对月坛地区女性的抽样调查,了解北京女性的生育现状,以及对卵巢储备功能的认知现状,建立调查人群生育档案,以期在更长的时间内对其进行健康教育及追踪。

1 资料与方法

1.1 研究对象

抽取月坛社区户籍 25 ~49 岁女性户籍女性 23328 人,按年龄层分组分为 25 ~29 岁 4317 例;30 ~39 岁 8046 例;40 ~49 岁 10965 例。由于女性不孕发生与卵巢储备密切相关,本课题分层抽样通过各年龄层人群不孕率进行,25 ~29 岁的不孕率为 6%,30 ~39 岁不孕率 10%,40 ~49 岁不孕率 15%。计算抽样样本量的估计:采用分层随机抽样分析方法,依据统计学公式:

$$n = \frac{Z2\alpha/2 \sum Ni2Pi(1-Pi)/\ Wi}{N2d2 + Z2\alpha/2 \sum NiPi(1-Pi)}$$ (式中 $n = \sum ni, Wi = Ni/N$)

计算出总体抽样量为 425 例,其中 25 ~29 岁 78 例、30 ~39 岁 147 例、40 ~49 岁 200 例(取 95% 的可信区间,$\alpha = 0.05$,真实值与测量值之间的误差 $d = 0.03$)。本研究共收入组受试者 400 人,其中 25 ~29 岁 69 例、30 ~39 岁 143 例、40 ~49 岁 188 例。排除患有卵巢、输卵管疾病者,有内分泌疾病史或心脑肝肾等重要脏器疾病及血液病史者,近 3 个月内未用激素类药物, 入组前均签署知情同意书。

1.2 研究方法

采用问卷调查法,以选择及填空的形式出现。内容为研究对象基本信息及生育相关信息,包括被调查者的年龄、受教育程度、婚姻状况、月经情况、生育现状、既往史、工作情况、生活习惯等,以及卵巢储备功能相关知识的认知。

1.3 统计学处理

用 SPSS16.0 进行统计分析。对于定量资料,根据资料情况选择 t 检验、方差分析进行统计推断;对于定性资料,根据资料情况选择 χ^2 检验,并进行全面的描述性分析,主要采用平均数、构成比等指标。$P < 0.05$ 认为有统计学意义。

2 结果

2.1 北京月坛地区女性一般情况

参与调查受试者年龄跨度在 25 ~49 岁,平均年龄(40.56 ± 7.94)岁;平均结婚年龄(26.77 ± 4.58)岁,最小 20 岁,最大 38 岁;平均初次妊娠年龄(26.83 ± 2.74)岁,最小 20 岁,最大 36 岁;平均末次妊娠年龄(31.32 ± 5.16)岁,最小 24 岁,最大 45 岁;平均初产年龄(27.76 ± 4.89)岁,最小为 21 岁,最大为 39 岁,平均流产(包括人流和药流)(1.35 ± 0.87)次。受试者学历构成方面本科以下占 57.1%;家庭人均月收入集中在 3000 ~5000 元,占 43.5%。

2.2 受试者生育现状

将参与调查的受试者按年龄进行分组,比较其初次妊娠结局,P 值为 0.028,有统计学意义。按照受试者生育时间进行比较,近 5 年生育者生育年龄(30.02 ± 4.16)岁,近 6 ~10 年生育者生育年龄(28.78 ± 3.42)岁,10 年前生育者生育年龄(26.12 ± 2.10)岁,组间差异 P 值为 0.005,有统计学意义,月坛地区女性近 20 余年来生育年龄已经发生了推迟。见表 1。

表 1 不同年龄受试者初孕结局[n(%)]

年龄	流产及引产	生育	其他*
25 ~ 29 岁	33(78.6)	9(21.4)	0(0)
30 ~ 39 岁	67(47.9)	71(50.7)	2(1.4)
40 ~ 49 岁	78(41.7)	109(58.3)	0(0)
P	0.025		

注:* 其他包括自然流产、异位妊娠

2.3 受试者生育计划

调查受试者婚后生育计划,按结婚年龄分组比较婚后计划生育时间以及影响生育的首要因素,*P* 值均 <0.05,有统计学意义,结婚较早的女性更多倾向有稳定的工作及经济收入后再生育,而 35 岁后结婚的女性年龄则成为其首要考虑因素。受试者按受教育程度进行分层,比较其初产年龄 *P* <0.05,有统计学意义,生育情况 *P* >0.05,无统计学意义,受教育程度高的女性,其生育年龄有所推迟。见表 2、表 3。

表 2 受试者婚后生育计划调查

结婚年龄	婚后计划生育年限(年) ($\bar{x} \pm s$)	生育首要影响因素[n(%)]			
		年龄	工作稳定与否	经济收入	住房条件
20 ~ 25 岁	4.03 ± 2.79	37(40.2)	34(37.0)	9(9.8)	12(13.0)
26 ~ 30 岁	3.52 ± 1.88	89(47.6)	28(15.0)	38(20.3)	32(17.1)
31 ~ 35 岁	2.73 ± 1.65	23(47.9)	7(14.6)	6(12.5)	12(25.0)
35 岁以上	1.04 ± 0.97	22(71.0)	2(6.5)	4(12.9)	3(9.7)
P	0.013		0.000		

表 3 不同学历受试者生育情况

学历	初产年龄(岁) ($\bar{x} \pm s$)	生育情况[n(%)]	
		未生育	已生育
本科以下	27.04 ± 3.31	33(14.3)	197(85.7)
本科	28.22 ± 2.79	24(17.4)	114(82.6)
硕士及以上	34.44 ± 4.38	10(31.3)	22(68.8)
P	0.024	0.055	

2.4 受试者卵巢储备功能认知现状

受试者对卵巢储备功能定义认识较差,知晓率仅为 7%,65.8% 的受试者认为女性到了 40 岁仍易受孕,并且辅助生殖技术相关方面问题整体错误率较高,达 80% ~90%,存在较大误区。分析不同学历的受试者各问题正确率,仅在“女性到了 40 岁仍易受孕”问题上有统计学差异(*P* <0.05),其他问题认知上均无差异,说明高等教育对于女性生育力知识普及并无帮助。见表 4。

表 4 受试者对卵巢储备功能相关知识认知

题目	错误	
	例数(n)	比例(%)
卵巢储备功能定义	372	93.0
不孕只发生在 40 岁以上女性	68	17.0
女性 35 岁后生育力显著下降	132	33.0
女性到了 40 岁仍易受孕	263	65.8
卵细胞衰老程度与年龄相关	228	57.0
40 岁以上女性流产率比 30 岁以上女性高很多	134	33.5
不孕完全可治愈	301	75.3
IVF 可以帮助所有女性使用自身卵细胞生育	372	93.0
冷冻卵细胞可延缓生育力减退	298	74.5
IVF – ET 对女性健康有影响	353	88.3
通过 IVF – ET 生育的孩子没有自然妊娠的健康	332	83.0
很多女性借助 IVF 受孕需要多次	250	62.5

3 讨论

3.1 月坛地区女性生育现状

本横断面研究调查表明,受调查的月坛地区女性平均结婚年龄 26.77 岁,平均初产年龄 27.76 岁。近 20 余年间月坛地区女性生育年龄已经出现了明显推迟,10 年前生育的女性初产年龄 26.12 岁,过去 6 ~ 10 年间则上升至 28.78 岁,而近 5 年女性初产年龄已达 30.02 岁。25 ~ 29 岁受试者在其初次妊娠时,78.6% 的人选择了流产或引产,与 30 岁以上受试者存在着明显差异,当今女性对于计划外的初次妊娠,更多的人选择了放弃。

3.2 月坛地区女性生育计划影响因素

女性对于生育时机的选择受到多重因素的影响,本研究调查结果显示,20 ~ 30 岁结婚的女性,选择生育时工作、经济、住房情况都是其列入考虑的重要因素,而对于年龄限制的考虑则较少,通常计划在 28 ~ 30 岁生育,而 31 岁后结婚的女性,年龄的压力则成为其主要考虑因素,尤其 35 岁后结婚女性,大多计划 1 年内生育。学历对于女性生育年龄的影响也是明显的,当今社会越来越多的人选择接受高等教育,不仅客观上因学业推迟了结婚年龄,并且主观上对于稳定的物质基础要求也较高,这无形中影响着家庭生育计划,本研究调查发现,硕士及以上学历女性平均初产年龄高达 34.44 岁,与本科及以下学历人群存在显著差异,这与陈宇等[4]的调查结果也是相符的。女性为了继续深造获得高学历或事业上的成功,一再推迟生育计划,大大增加了不孕以及高龄孕产妇将面临的各种的风险,而这些女性计划妊娠及妊娠过程中,则需要投入大量的精力和金钱求助于现代的医疗手段,将给家庭及社会带来压力。月坛地区是北京的缩影,北京作为政治、文化中心,较其他城市而言家庭生育计划更易受到结婚年龄、学业、工作、经济、住房等因素的影响,近年来女性生育年龄推迟明显。在发达国家也存在相同的问题,在瑞士,仅 2007 ~ 2011 年间,女性 40 岁后生育的比例从 17.2% 增长到了 19.6%[5]。

3.3 月坛地区女性对于生育力相关知识认知不足

随着年龄的上升,女性卵巢产生卵子的能力减弱,卵母细

胞质量下降,使生育能力降低且妊娠质量下降[6],37 岁后更是大幅下降[7],同时,女性妇科疾病患病率也与年龄上升相关,这无疑对卵巢储备功能下降的高龄女性是雪上加霜。然而,本调查发现,绝大部分女性并不了解卵巢储备功能的意义,57% 的人不知道卵细胞衰老的程度与年龄相关,并且高达 65.8% 的人认为女性到了 40 岁仍易受孕,Karla 等[8]在加拿大的调查也发现,只有 45.5% 的受试者清楚的认识到年龄是女性不孕的最大危险因素,西班牙的一项调查结果也是如此[9]。辅助生殖技术的发展,使得越来越多的家庭一味的依赖辅助生殖技术,选择先发展事业再考虑生育,盲目的推迟生育年龄,对辅助生殖技术的理解误区则是造成此现象的重要原因[10-13]。本研究调查中,女性对辅助生殖的认知错误率高达 80% ~90%,认为 IVF 可以帮助所有人使用自己的卵子生育,并且认为 IVF 对女性及胎儿健康并无影响,不了解辅助生殖技术的局限性。并且学历不同的受试者在辅助生殖技术相关问题上的错误率并无差异,说明学校教育对辅助生殖技术知识普及并无过多涉及,这无形中使得女性推迟生育计划,增加了因年龄导致不孕的风险[14,15]。因此,指导女性正确选择生育时间将是今后临床工作中需关注的问题,对于处于生育窗口期的女性要关注其生育计划,不可因追求事业成功或经济稳定而一味推迟生育年龄,尤其对于晚婚、高学历、工作压力大的女性,更要重点关注,及时评估其卵巢储备功能,帮助其作出正确生育计划,减少因盲目推迟生育年龄导致的不孕,从而减少对家庭和社会带来的负担。

参 考 文 献

[1] Andrea C. Gore, Janet E. Hall, Frances J. Hayes, Aging and Reproduction, Knobil and Neill's Physiology of Reproduction, 2015,2, 1661 - 1693.

[2] 刘民,王巧梅,沈梅萍,等. 2010 至 2012 年 31 省 2120131 名育龄妇女孕前健康风险的暴露状况. 中华医学杂志 ,2015,95(3):172 - 175.

[3] Valerio Filoso , Erasmo Papagni, Fertility choice and financial development, European Journal of Political Economy, 2015(4):160 - 177.

[4] 陈宇,邓昌荣. 中国妇女生育意愿影响因素分析. 中国人口科学,2007(6):43 - 48.

[5] Brigitte Leeners, Kirsten Geraedts, Bruno Imthurn, et al. The relevance of age in female human reproduction - Current situation in Switzerland and pathophysiological background from a comparative perspective. General and Comparative Endocrinology, 2013(2):166 - 174.

[6] Dominic Stoop, Ana Cobo, Sherman Silber. Fertility preservation for age - related fertility decline. The Lancent, 2014(7):1311 - 1319.

[7] Committee Opinion No. 589, Female age - related fertility decline , Fertility and Sterility, 2014,101(3):633 - 634.

[8] Karla L, Bretherick, Nichole F, et al. Fertility and aging: do reproductive - aged Canadian women know what they need to know. Fertility and Sterility, 2010,93(7):2162 - 2168.

[9] Désirée García, Rita Vassena, Marta Trullenque, et al. Fertility knowledge and awareness in oocyte donors in Spain. Patient Education and Counseling 2015, 98(1):96 - 101.

[10] Liu K. Advanced Reproductive Age and Fertility, Obstet Gynaecol Can, 2011,33(11):1165 - 1175.

[11] Gunby J, Bissonnette F, Librach C, et al. IVF Directors Group of the Canadian Fertility and Andrology Society. Assisted reproductive technologies (ART) in Canada: 2007 results from the Canadian ART Register. Fertil Steril, 2011,95(2):542 - 547.

[12] Karla L, Bretherick, Nichole F, et al. Fertility and aging: do reproductive - aged Canadian women know what they need to know. Fertility and Sterility, 2010,93(7):2162 - 2168.

[13] 乔杰,李敏. 卵巢功能保护与辅助生殖技术. 中国妇产科临床杂志,2010,11(5):321 - 322.

[14] Kimberly Liu, Toronto ON, Allison Case, et al. Advanced Reproductive Age and Fertility. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2012(117): 95 - 102.

[15] Seckin B, Turkcapar F, Ozaksit G. Elevated day 3 FSH/LH ratio: a marker to predict IVF outcome in young and older women. Assist Reprod Genet, 2012,29(3):231 - 236.

(收稿日期:2015 - 04 - 03)

· 生殖健康 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 - 1993.2015.10.026

122 例男性不育患者染色体核型分析

周伟 李新伟 张群芝

漯河医学高等专科学校生物教研室, 河南 漯河 462002

【摘 要】 **目的:**对男性不育患者进行染色体核型的检测,探讨男性不育与染色体核型异常的关系。**方法:**按常规方法制作染色体标本的方法,对 122 例男性不育患者进行核型分析。**结果:**共检出染色体异常

【基金项目】河南省科技厅年度计划项目(132300410471)。

【第一作者简介】周伟(1981 -) ,男,讲师、硕士,主要从事细胞遗传学及分子多样性等方面的研究。

17 例,异常率为 13.93%。其中性染色体异常 12 例,占男性不育患者的 9.84%,常染色体异常 5 例,占男性不育患者的 4.10%。在所有的核型中,Klinefelter 综合征的发生率最高,占异常核型的 23.53%。**结论**:染色体异常是导致男性不育的重要原因之一,染色体核型分析对男性不育患者的诊断和治疗具有重要的指导意义。

【关键词】 男性不育; 染色体异常; 核型分析

Analysis of chromosome karyotypeamong 122 **infertile males patients** *ZHOU Wei, LI Xinwei, ZHANG Qunzhi. Biology Department, Luohe Medical College, Luohe 462002, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To analyze the karyotypes of infertile male patients so as to investigate the relationship between male infertility and chromosome abnormalities. **Methods**: The chromosome karyotypes of 122 male infertile patients were analyzed by routinely cultured peripheral blood lymphocytes. **Results**: There were 17 cases of abnormal karyotypes which accounted for 13.93%, including 12 (9.84%) cases of sex abnormal karyotype and 5 (4.10%) cases of autosome abnormal karyotype. The klinefelter syndrome was the most common disease caused by abnormal karyotype and the ratio was 23.53% in all the abnormal karyotypes. **Conclusion**: Chromosome abnormality is an important cause of male infertility. Karyotype analysis is important for the diagnosis and treatment of male infertility.

【**Key words**】 **Male infertility; Chromosomal abnormality; Karyrotype analysis**

【**中图分类号**】 R698 +2 【**文献标志码**】 A

不孕不育是指育龄夫妇经 12 个月以上不避孕性生活史而仍未受孕的症状,该疾病是影响人类生殖健康的重要原因,受到社会的广泛关注,同时给患者带来严重的生理和心理压力。据统计,约 40% 的不育不孕原因是由男性造成的,其中遗传因素约占 15%[1],而染色体核型异常是其中的一个重要因素,所以在男性不育患者诊治中,染色体核型分析是重要的检验项目[2]。本研究采集了 122 例男性不育患者的外周血进行核型分析,以进一步探讨染色体异常与男性不育的遗传学效应,为产前诊断提供依据。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取 2010 年 4 月至 2014 年 6 月在漯河市 3 所医院确诊为不孕不育症患者中随机选取 122 例作为研究对象。临床表现主要为无精子、少精子、弱精子或女方反复自然流产、死胎等,年龄在 24 ~ 44 岁之间,平均年龄为(34.4 ± 7.1)岁,男性患者配偶经检查均未发现异常。

1.2 研究方法

取样前均详细告知调查对象相关情况,并签署知情同意书。抽取患者外周静脉血,无菌条件下进行培养,常规方法制片,G 显带后进行染色体核型分析。每例在显微镜下计数 30 个中期分裂相,分析 5 个核型,对异常核型则计数 100 个分裂相,核型分析加倍,必要时进行 C 显带。

2 结果

在受检的不育患者中检出 17 例染色体核型异常,异常检出率为 13.93%。包括 12 例性染色体异常和 5 例常染色体异常,分别占受检患者的 9.84% 和 4.10%。其中,在性染色体异常的核型中,数目异常 5 例(包括 4 例克氏综合征、1 例嵌合体),结构异常 7 例(包括 3 例大 Y 染色体,2 例小 Y、Y 染色体长臂缺失和倒位各 1 例);在常染色体异常中,染色体数目异常 1 例(罗伯逊易位),结构异常 4 例(倒位 2 例,平衡易位和大随体各 1 例)。见表 1。

表 1 染色体异常发生情况表

染色体类型	异常类型	异常核型	例数	占异常总数比(%)
性染色体	数目异常	47,XXY	4	23.53
		45,X/46,XY	1	5.88
	结构异常	46,XY,大 Y	3	17.64
		46,XY,小 Y	2	11.76
		46,XY,inv(Y)(p11.;q11)	1	5.88
		46,XY,del(Y)(q11)	1	5.88
常染色体	数目异常	45,XY,t(14;21)(p11;p11)	1	5.88
		46,XY,t(10;18)(q21;p11)	1	5.88
		46,XY,inv(9)(q11q21)	1	5.88
		46,XY,inv(9)(p13q13)	1	5.88
		46,XY(15 大随体)	1	5.88

3 讨论

男性不育患者在临床上一般表现为原发不育症、无精子症及少弱精子症,部分患者造成女方习惯性流产,胚胎停育等[2,3],造成男性不孕的原因很多,包括生理因素、微生物因素以及遗传因素等,其中染色体异常是导致男性不孕的最主要的遗传因素,在临床上较为常见。根据有关报道,男性不育症患者染色体异常的比率大概在 2.2% ~ 48.3% 之间[4],在本研究中,男性不孕不育患者染色体异常检出率为 13.93%,与该数据保持一致。本研究检出的染色体异常的类型中,性染色体异常占总异常的 70.59%,其中以 Klinefelter 综合征和大 Y 染色体为主;常染色体异常占总异常的 29.41%,主要表现为染色体结构异常,包括平衡易位和 9 号染色体倒位。

3.1 Klinefelter 综合征

Klinefelter 综合征是最常见的男性性染色畸变类型,常导致

男性睾丸发育不全,临床多见无精子或少精子、睾丸小及乳房发育等症状[5],常见的染色体核型为 47,XXY,约占 80%。本研究中发现的 4 例均为 47,XXY 核型,其中 3 例为无精子,另外一例表现为原发不育。Klinefelter 综合征的发生机制是与 X 染色体有关,是由于患者双亲由于某些因素造成 X 染色体在生殖细胞减数分裂的过程中发生不分离,从而导致精子或者卵子的染色体中多了一条未完全失活的 X 染色体,由于 X 染色体上带有多个与生精功能等与男性生育能力相关的基因,多余的 X 染色体削弱了 Y 染色体对男性的决定作用,影响睾丸发育,导致生精细胞发育障碍[6-8]。

3.2 Y 染色体结构异常

Y 染色体含有决定男性性征的重要基因,包括睾丸决定因子和睾丸成熟因子等,这些基因通过协调作用来调控男性生殖器官的发育和成熟。根据相关研究认为,Y 染色体上的男性决定区是常染色质和异染色质的嵌合区,其结构多态性会通过诱导表观遗传改变或重建导致男性不育[9,10]。Y 染色体结构异常以大 Y 染色体最为常见,小 Y 染色体以及 Y 染色体长臂的倒位和缺失的情况也时有发生。

大 Y 染色体以 Y 染色体大于 18 号染色体为标准,核型为 46,XY(Y≥18)。传统的研究认为,大 Y 染色体属于正常的染色体多态性,不会造成遗传性状的改变。但越来越多的证据表明,大 Y 染色体与男性不育有关联,本研究检出大 Y 染色体 3 例,占异常核型的 17.64%,仅次于克氏综合征的检出比例,临床表现分别为原发不育 1 例,胚胎停育 1 例,无精子症 1 例。大 Y 导致的不育可能与其高度重复的长臂异染色质区域有关,这些重复序列干扰相邻常染色体区域精子发生、发育相关的基因的表达,造成减数分裂过程异常,进而导致生殖异常[11]。

小 Y 染色体以 Y 染色体小于 21 号染色体为标准,核型为 46,XY(Y≤21),小 Y 染色体形成主要有两方面原因造成,一种是由于 Y 染色体结构微缺失造成,另一种是由于部分区域排列紧密形成异染色质化所造成,本文检出的 2 例小 Y 染色体临床表现均为胚胎发育异常。

人类睾丸发育是由睾丸决定因子控制,其位于在 Y 染色体长臂上的 1 区 1 带区域,如果该区域发生基因改变,则可导致睾丸发育障碍,影响精子的生成[12]。另外 Y 染色体长臂还存在一个无精子因子(azoos permia fact,AZF),该基因决定睾丸曲细精管生精细胞发育,其缺失和损伤均可导致生精障碍[13]。因此,Y 染色体的改变尤其是长臂的结构畸变易造成男性的不育,例如本研究检出 Y 染色体长臂缺失和臂间倒位各 1 例,患者临床症状均表现为无精子,即涉及到相关基因。

3.3 常染色体畸变

常染色体的改变也会造成男性不育,其中以平衡易位以及倒位较为常见。本研究中共检出易位 2 例,其中平衡易位和罗伯逊易位各 1 例,2 例均表现为患者配偶习惯性流产。检出倒位 2 例,发生在 9 号染色体,1 例表现为原发不孕,1 例表现为流产。

染色体平衡易位是由于原染色体断裂后重排形成两条新的衍生染色体,该染色体所包含的遗传物质并无明显改变,所以携带者在表型上一般正常,但是由于其结构却发生了改变,所以在形成配子的过程中染色体会发生重组,造成染色体错误配对,从而导致子代发生严重的遗传效应。平衡易位携带者造成的不孕体征表型虽然正常,但在临床上多表现为生精障碍以及习惯性流产和死胎等,另外,一小部分配子的染色体虽然能够保证胚胎的发育,但由于染色体结构畸变,常导致胎儿智力发育异常[2]。从理论上分析,平衡易位携带者所产生的配子中,只有 1/18 是正常的,另有 1/18 是与患者相似的平衡易位携带者,其余配子均为异常核型,因此,要想避免畸形胎儿的出生,平衡易位携带患者有必要再进行核型分析,并根据分析结果进行生育指导[14]。

染色体臂间倒位也是常见的导致男性不育的因素,其中 9 号染色体发生率较高,已有大量资料表明:不育、生育畸胎、自然流产等与 9 号染色体臂间倒位有一定关系[15]。其造成的患者不孕症状与倒位发生的位点、片段的长度密切相关,一般倒位片段越长,则出生畸形儿的可能性越大[16]。有分析认为,9 号染色体上的松弛素基因不仅与妊娠有关,而且在生育调节中起重要作用,倒位使松弛素作用减弱,从而造成生育障碍,而且,女性 9 号染色体的倒位也会引起女性的不孕[3,17]。

总之,染色体异常是男性不育的重要因素之一。因此,有必要对男性不育患者进行染色体核型分析,从而为相关治疗提供明确的病因诊断依据。另外,核型分析还能为进行辅助生殖技术孕育后代的不育患者提供参考,避免将遗传缺陷传递给后代。

参 考 文 献

[1] Ferlin A, Arredi B, Foresta C. Genetic causes of male infertility. Reprod Toxico, 2006,22 (2):133 - 141.

[2] 胡海翔, 刘洪源, 李庆禹,等. 513 例男性不育患者染色体核型及临床分析. 中国优生与遗传杂志, 2013,21(7):54 - 55.

[3] 李新伟, 张群芝, 周伟, 等. 漯河市 254 例不孕不育症患者病因分析. 中国性科学, 2014, 23(8):76 - 78.

[4] 李秀清, 韩雪黎, 焦旭梅. 139 例男性不育患者染色体核型及临床分析. 中国优生与遗传杂志, 2013, 21(5):64.68.

[5] Steinman K, Ross J, Lai S, et al. Structural and functional Neuroimaging inKlinefelter (47,XXY) syndrome: a review of the literature and preliminary results from a functional magnetic resonance imaging study of language. Dev Disabil Res Rev, 2009,15 (4) :295 - 308.

[6] 刘雅峰, 郑克立, 戴宇平, 等. 男性不育症患者染色体核型分析及意义. 中国现代医学杂志, 2005,15(8): 1239 - 1241.

[7] 曹云霞, 高明. 精子发生障碍的遗传学研究进展. 国际生殖健康/计划生育杂志, 2014,33 (3):182 - 185.

[8] 陈亮, 付杰, 于丽, 等. 男性生育功能障碍患者中性染色体异常的特点及临床效应分析. 中国性科学,2014,23(3): 73 - 76.

[9] 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, 2000,423: 825 - 837.

[10] 肖卓妮, 徐望明, 杨菁. 湖北地区 1725 例不育男性的外周血染色体核型分析. 中华临床医师杂志(电子版), 2012,6 (16): 4671 - 4673.

[11] 李强, 聂玲, 刘忠强,等. 大 Y 染色体对男性生育的影响. 中国优生与遗传杂志, 2011,19 (8):46 - 47.

[12] Reijo R, Lee TY, Salo P, et al. Diverse sperm atogenic defects in hum ans caused by Y chromosome deletions encompassing a novel RNA - binding protein gene. Nature Genet, 1995, 10 (4): 383 - 393.

[13] 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.
[14] 李根瑞, 王亚萍, 张卫红. 1060 例男性不育症患者染色体核型与临床效应分析. 中国优生与遗传杂志, 2014,22(1):50 - 51.
[15] 唐红菊, 刘海意, 乔福元,等. 9 号染色体臂间倒位对生育影响的研究. 中国优生与遗传杂志,2004,12(1):43 - 44.
[16] 郭小宝, 阮永铭, 李文典,等. 9 号染色体臂间倒位的遗传效应分析. 中华医学遗传学杂志,2006,23(3):365.
[17] 邱瑞霞. 染色体异态性与临床研究. 中国优生与遗传杂志, 2002,10(6):128 - 129.

(收稿日期:2015 - 01 - 13)

· 生殖健康 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 - 1993.2015.10.027

浅谈多囊卵巢综合征所致不孕症的治疗

张丙梅 巩爱玲 李蕊 郭允娟△
沂南县妇幼保健院不孕不育科,山东 临沂 276300

【摘 要】 多囊卵巢综合征(PCOS)是育龄期妇女最常见的内分泌疾病,目前其发病率正呈上升趋势,其所致不孕症的发生,不仅影响婚姻、家庭亦能影响社会的和谐发展,所以 PCOS 所致不孕症的治疗尤为重要,本文旨在综述各种治疗方法。

【关键词】 多囊卵巢综合症;不孕症;治疗

A brief discussion on the treatment of infertilitycaused by polycystic ovary syndrome *ZHANG Bingmei, GONG Ailing, LI Rui, GUO Yunjuan△. Yinan Maternal and Child Health - Care Hospital, Linyi 276300, China*

【**Abstract**】 Polycystic ovary syndrome (PCOS) is the most common endocrine disorder in women of childbearing age at present. However, its incidence is on the rise. The infertility caused by PCOS, not only affects patients' marriage and family, also affects the harmonious development of the society. Therefore, the treatment of infertility caused by PCOS is particularly important. The purpose of this paper is to review various methods of treatment.

【**Key words**】 **Polycystic ovary syndrome; Infertility; Treatment**

【中图分类号】 R737.31 【文献标志码】 A

多囊卵巢综合征(polycystic ovary syndrome, PCOS)是一种因内分泌及代谢紊乱引起的疾病,是卵巢性不孕的主要因素,它的患病率在育龄期妇女中约占 5% ~10%[1-3]。它的病因十分复杂,目前尚不明确,发病可能涉及遗传、内分泌、环境、生活习惯、心理等多方面因素[4]。PCOS 的临床表现呈多样性,主要的临床症状为排卵障碍、月经不规律、高雄激素血症等。其所致并发症包括不孕症、妊娠期糖尿病、自然流产、子宫内膜癌、乳腺癌、卵巢癌、糖尿病、心血管疾病、高血压等,以不孕症的影响最为严重。现将 PCOS 所致不孕症的治疗综述如下。

1 诊断

目前 PCOS 的临床诊断标准多采用 2003 年的鹿特丹(Rotterdam)标准[5]。符合以下三项中的任意两项即可诊断:(1)稀发排卵和(或)无排卵(稀发排卵或无排卵被定义为每年 <8 次的排卵,而且月经周期 >35d;无排卵定义为无月经来潮 >6 个月;(2)有高雄激素的临床表现和(或)生化高雄激素血症;(3)B 超下卵巢呈多囊性改变:小于 2 ~9mm 的窦卵泡数大于 12 个,和(或)卵巢体积增大 10mL,并排除其他内分泌疾病。

2 治疗

经规范化诊断后行个体化治疗,应预防与治疗相结合,整体的治疗思路是改善生活方式,控制体重,调经促排卵治疗,临床用药多为联合用药。

2.1 一般治疗

虽然 PCOS 的病因不明,但其发病可能涉及多方面的原因,特别是不良的生活方式,精神心理因素等。PCOS 多能导致代谢异常,出现腹型肥胖,故无论是否有生育要求均应进行生活方式的调整。改善不良生活方式、控制体重,并同时进行适当的心理疏导是治疗 PCOS 的一个重要方面。控制体重包括:作息规律,合理饮食,营养均衡,限制高热量饮食,有规律的加强体育运动等[6]。多项研究表明调节生活方式、减轻体重的 5% ~10% 能明显的改善多囊卵巢的多项临床表现,甚至避免远期并发症的发生[7]。

2.2 药物治疗

2.2.1 口服短效避孕药

PCOS 的患者往往出现月经周期不规律、月经稀发、闭经或

【基金项目】山东省临沂市科技发展计划项目(201422)。
【第一作者简介】张丙梅(1971 -),女,主治医师,主要从事妇产科临床研究工作。
△【通讯作者】郭允娟,E - mail:gaoshanliushui.213@163.com

不规则阴道出血等症状,需要调理月经周期。治疗上多采用雌孕激素序贯疗法,口服短效避孕药是调理月经的常用方法,临床常用的药物有达英 - 35、妈富隆、芬吗通等。PCOS 患者多有 GnRH/LH 脉冲分泌异常现象,使 LH 分泌增加,LH/FSH 比值升高,约占 PCOS 患者的 30% ~50%[8,9]。高 LH 水平使卵巢间质细胞增生,使雄激素分泌过多。口服短效避孕药不仅能够调整月经周期,还能通过负反馈作用于 H - P - O 轴,抑制 LH 的分泌,降低雄激素水平,改善痤疮、多毛等由高雄激素引起的症状。严红莲等[10]收集 PCOS 患者 105 例分为观察组和对照组,观察组给予达英 - 35 联合生活方式调整,对照组仅给予达英 - 35 调整月经周期,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($P < 0.05$),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($P < 0.05$)。

2.2.2 促排卵治疗

克罗米芬:CC 是多囊卵巢患者促排卵的一线用药,是一种雌激素受体阻断剂。其作用机制是与下丘脑竞争性结合雌激素受体,使内源性雌激素分泌减少,通过雌激素的负反馈使下丘脑 GnRH 的分泌增加,LH 和 FSH 分泌相应增加,从而刺激卵泡发育诱发排卵。常用方法是于月经周期第 5 天开始用药,根据体重指数和窦卵泡数合理安排起始剂量,总的原则是初次促排剂量要小,观察卵巢的反应性,若促排效果不理想,可逐步递增,剂量多不超过 150mg。CC 虽然是多囊卵巢的首选药物,但是因为有抗雌激素的作用影响子宫内膜的厚度,出现卵泡与内膜发育不同步的现象,可适量添加雌激素改善子宫内膜的厚度。

促性腺激素:对于 CC 促排效果不好的患者,可改用促性腺激素治疗,可选择 FSH 或 HMG。但是应用促性腺激素可增加卵巢过度刺激(OHSS)及多胎妊娠的发病率,因此在应用此类药物期间要密切监测卵泡及雌激素。目前多采用 CC 联合小剂量促性腺激素促排,提高了排卵率,并降低 OHSS 和多胎妊娠的发病率。

来曲唑:来曲唑为芳香化酶抑制剂,通过对芳香化酶活性的抑制,影响雌激素的底物,阻碍雄激素向雌激素转化。来曲唑对子宫内膜影响较小,可提高临床妊娠成功率,降低不良妊娠的发生率;若同时添加外源性促性腺激素,可明显减少促性腺激素的剂量,其半衰期短,能避免卵巢过度刺激,促排卵副作用小,安全性好,胎儿致畸率低[11]。

2.2.3 改善代谢

PCOS 患者常伴有不同程度的胰岛素抵抗(IR)及高胰岛素血症,IR 能影响患者的内分泌和代谢水平,代偿性的高胰岛素血症能促进脂肪组织积聚,引起血脂异常,向心性肥胖等,还可增加细胞色素 P450c17A 的活性,加强卵巢间质和卵泡膜细胞合成雄激素[12];IR 亦可影响下丘脑或垂体,使 LH 的分泌增加,间接提高雄激素水平[13]。二甲双胍是最常用的胰岛素增敏剂,能迅速降低胰岛素水平,同时降低由高胰岛素血症引起的 P450c17a 的活性,减少雄激素的合成,还可调节生殖功能和改善糖代谢的异常情况[14]。二甲双胍能增加胰岛素受体,而不影响胰岛素的浓度,因此能降低胰岛素水平同时不影响血糖[15]。多项研究表明[16,17],二甲双胍联合其他用药治疗 PCOS 性不孕症,能有效降低胰岛素和瘦素水平,调节性激素异常,改善月经周期,并增强对性腺素的敏感性。循证医学研究表明[18],二甲双胍联合克罗米芬可明显增加排卵率,还可降低 PCOS 患者促排卵治疗中 OHSS 的发生和减轻症状。张晓燕等[19]收集 96 例 PCOS 患者分为观察组和对照组,观察组患者予二甲双胍联合达英 - 35 治疗,而对照组患者仅给予达英 - 35 治疗。结果两组 LH,T,LH/FSH 比值均出现明显下降,但观察组明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。除二甲双胍外还有罗格列酮、奥曲肽、阿卡波糖等胰岛素增敏剂。

2.3 手术治疗

手术治疗是 PCOS 的二线治疗方式,可分为 3 种:腹腔镜下卵巢楔形切除术、腹腔镜下卵巢打孔术、超声引导下未成熟卵泡穿刺术[20]。传统的卵巢楔形切除术容易导致卵巢早衰的发生,术后盆腔粘连的发生率为 40% ~75%,容易导致 POF 的发生,造成不可逆的不孕症,目前临床已较少应用。腹腔镜下卵巢打孔术亦可导致盆腔粘连的发生,容易形成卵巢表面瘢痕所致排卵障碍,另外打孔的质量和深度也较难控制。超声引导下未成熟卵泡穿刺简单易行,损伤较小,不易造成术后盆腔粘连,不会引起继发性卵巢早衰,能够改善 PCOS 患者内分泌和代谢状态,但是仅有短期效应[21,22]。因此手术治疗时要慎用卵巢楔形术,卵巢打孔要适度,注意打孔数量和深度,要选择更安全,损伤更小的手术方式。

2.4 辅助生殖技术

常用的辅助生殖方式有体外受精和胚胎移植(IVF - ET)、单精子卵细胞胞质内注射(ICSI)、未成熟卵的体外培养(IVM)。PCOS 患者应用标准的周期 6 次以上仍未获妊娠,或多种药物促排治疗效果不明显,或同时伴有输卵管因素可选择 IVF 助孕。若 PCOS 患者同时伴有男方严重少弱精子症,可选择 ICSI 助孕。若 PCOS 患者双侧卵巢体积较大,窦卵泡数较多,选择 IVF 易形成过度刺激,则可考虑行 IVM 助孕。

2.5 中医中药

在传统医学中并未有 PCOS 的病名,多与月经后期、闭经、崩漏、癥瘕、不孕相似。中医中药对 PCOS 的治疗和西医一样,仍是强调个体化治疗,同时辨证后根据月经周期分期治疗。对于育龄期导致不孕症的患者,治疗以调经促排卵为主。其主要病机为多认为肾—天癸—冲任—胞宫轴失调,以肾虚为本,累及肝脾,形成痰湿、血瘀等病理产物[23]。因此 PCOS 所致不孕症的辨证治疗多通过补肾活血、佐以祛痰化瘀,现在研究表明通过此法治疗可以提高排卵率。白松林等[24]收集 125 例瘦体型 PCOS 患者随机分为治疗组和对照组。治疗组运用中药减肥方联合针刺加运动治疗,对照组予以二甲双胍联合达英 - 35 治疗,均为 6 个疗程。停药后观察其内分泌各项指标,结果显示,治疗后 LH、T、空腹胰岛素、排卵率等治疗组明显优于对照组。

3 小结

PCOS 是一种异质性疾病,所致不孕症的治疗意义重大。西医治疗虽能快速有效,但不能有效改善远期并发症。中医治疗毒副作用小,虽然对远期并发症有一定的疗效,但是治疗周期较大,治疗的同时给患者带来经济心理上的压力。

临床研究表明中西医结合治疗本病[25],各自扬长避短,中药模拟人工周期分期治疗,辨证加减灵活,能较好的改善兼症,同时配合促排卵药物,能缩短患者治疗周期,提高妊娠率,减少医疗费用及患者心理负担。多项研究表明,PCOS 患者中西医

结合多项联合用药临床效果显著,因此中西医结合多项联合用药治疗 PCOS 所致的不孕症具有广阔的应用前景,临床值得推广应用。

参 考 文 献

[1] Stein IF, Leventhal NL. Amenorrhea associated with bilateral polycystic ovaries. Am J Obstet Gynecol,1935(29): 181 – 191.

[2] 乔杰,李蓉. 多囊卵巢综合征. 中国实用妇科与产科杂志,2013,29 (11):849 – 852.

[3] Azziz R WK, Reyna R. The prevalence and features of the polycytic ovary syndrome unselected population. J Cin Endocrinol Metab. 2004; 89(6):2745 – 2749

[4] 沈欢欢. 多囊卵巢综合征与表观遗传学的最新研究进展. 世界中西医结合杂志,2012,7(5):451 – 453.

[5] ESHRE: Rotterdam ESHRE/ASRM – Sponsored PCOS Consensus Workshop Group. Revised 2003 consensuson diagnostiec criteria and long – term health risks related to polycystic ovary syndrome Societyf. Fertil Steri1,2004,81:19 – 25.

[6] 金利娜. 肥胖对生殖功能的影响及减重对肥胖无排卵妇女生殖功能的改善. 北京: 中国协和医科大学,2006.

[7] Tang T, Lord JM, Norma RJ,et al. Insulin – sensitising drug (metformin, rosiglitazone, pioglita – zone, D – chiro – inositol) for women with polycystic ovary syndrome, oligo amenorrhoea and subfertility . Cochrane Database Syst Rev,2010(I): CD003053.

[8] Imani B, Eijkemans MJ, de Jong FH, et al. Free androgen index and leptin are the most prominent endocrine predictors of ovarian response during clomiphene citrate induction of ovulation in normogonadotropic oligoamenorrheic infertility. Clin Endocrinol Metab,2000,85(2):676 – 682.

[9] Carmina E, Lobo RA. Use of fasting blood to assess the prevalence of insulin resistance in women with polycystic ovary syndrome. Fertil Steril,2004,82:661 – 665.

[10] 严红莲,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. 中国性科学,2014,23(7):35 – 37.

[11] 李翠明,张清学. 芳香化酶抑制剂来曲唑促排卵的研究进展. 国外医学计划生育/生殖健康分册,2007,26(3):125 – 127.

[12] 赵冬妮,石玉华. PCOS 患者胰岛素抵抗的临床评价. 实用妇产科杂志. 2010,26(8):563 – 565.

[13] 刘伟. 多囊卵巢综合征患者下丘脑一垂体一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.

[14] 刘静敏. 多囊卵巢综合征胰岛素抵抗的研究进展. 中国妇幼保健,2012,27 (15):2376 – 2378.

[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.

[16] Glueck CJ, Wang P. Metformin before and during pregnancy and lactation in polycystic ovary syndrome. Expert Opin Drug Saf,2007,6 (2)189: 191.

[17] Tan S, Hahn S, Benson S, et al. Metformin improves polycys – tic ovary syndrome symptoms irrespective of pre – treatmentinsulin resistance. Eur J Endocrinol,2007,157(5):667 – 669.

[18] 愧仁敏. 多囊卵巢综合征流行病学调查及代谢异常的研究. 广州:中山大学,2010.

[19] 张晓燕,刘丽梅. 二甲双胍联合达英 – 35 治疗多囊卵巢综合征的疗效评价. 药物与临床,2014,4(12):84 – 86.

[20] 陈子江,李媛,赵力新,等. 超声下未成熟卵泡抽吸术治疗多囊卵巢综合征不孕的临床研究. 中华妇产科杂志,2005,40(5):295 – 298.

[21] 陈子江,石玉华. 女性不孕症的腹腔镜诊治专题讨论. 实用妇产科杂志,2006,22(12):705 – 707.

[22] 张梅莹,狄文. 手术治疗多囊卵巢综合征的评估. 中国妇幼健康研究,2007,18(1):51 – 53.

[23] 冯婷,管雁丞,刘秀明,等. 罗颂平教授治疗多囊卵巢综合征经验撷粹时. 珍国医国药,2014,25(1):237 – 239.

[24] 白松林. 中药减肥方联合针刺加运动对瘦体型多囊卵巢综合征患者内分泌指标及妊娠结局的影响. 中国计划生育学杂志,2014,22(8):540 – 543.

[25] 游慧. 中西医结合治疗多囊卵巢综合征研究述要. 中医药学刊,2003,11(37):65 – 67.

(收稿日期:2015 – 01 – 13)

· 生殖健康 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 – 1993.2015.10.028

妊娠期外阴阴道念珠菌感染患者的临床治疗措施研究

张佳洁[1] 梁淑青[2]

1 广西科技大学第二附属医院妇产科,广西 柳州 545006

2 柳州市妇幼保健院妇科,广西 柳州 545001

【摘 要】 **目的:**总结妊娠期外阴阴道念珠菌感染患者的临床治疗措施与治疗效率。**方法:**本次研究

【第一作者简介】张佳洁(1980 –),女,主治医师,主要从事妇产科临床与研究工作。

资料选自 2012 年 2 月至 2014 年 8 月期间在我院接受诊治的 82 例妊娠期外阴阴道念珠菌感染患者，随机分成两组。对照组 41 例研究对象接受常规治疗，而实验组 41 例研究对象则接受针对性治疗方案，同时对比及分析两组研究对象的治疗情况。**结果**：两组研究对象在治疗效果方面的比较差异较为显著（$P < 0.05$）。**结论**：临床上妊娠期外阴阴道念珠菌感染患者的临床治疗必须及时与彻底，并严格把握药物选用环节，以免对胎儿造成影响。同时，妊娠期外阴阴道念珠菌感染患者禁止使用抗真菌类药物，以阴道局部类药物为主要选择，最大限度控制对胎儿的影响。

【关键词】 妊娠期外阴阴道念珠菌感染；临床治疗；措施；效率

Clinical treatment for vulva vagina candida infection during pregnancy

ZANG Jiajie[1], *LIANG Shuqing*[2]. *1. Department of Obstetrics and Gynecology, The Second Hospital Affiliated to Guangxi University of Science and Technology, Liuzhou 545006, China; 2. Department of Gynecology, Liuzhou Maternal and Child Health – Care Hospital, Liuzhou 545001, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To summarize the clinical treatment and therapeutic efficiency of vulva vagina candida infection during pregnancy. **Methods**: 82 pregnancy patients with vulva vagina candida infection treated in our hospital from February 2012 to August 2014 were selected and randomly divided into two groups. 41 cases in control group received routine therapy, while 41 cases in the experimental group received targeted therapy plan. The therapeutic efficiency of the two groups was compared. **Results**: The difference in treatment effect between the two groups was significant ($P < 0.05$). **Conclusion**: Clinical treatment on clinical pregnancy vulva vagina candida infection must be timely and thorough. More attention should be given to drug choose, so as not to affect the fetus. At the same time, the use of antifungal drugs on the vulva vagina candida infection during pregnancy is prohibited. Vaginal topical drugs are the main choice to minimize influence on the fetus.

【**Key words**】 **Vulva vagina candida infection during pregnancy; Clinical treatment; Measures; Treatment efficiency**

【中图分类号】 R711.31 【文献标志码】 A

外阴阴道念珠菌感染本身属于外阴阴道类常见疾病，通常是由念珠菌所致机会性的感染症状所引起。念珠菌属于真菌中的一种常见类型，其构成要素是菌丝与孢子，为单细胞类真菌，其繁殖方式主要是出芽[1]。念珠菌并不具备较强致病性，而受相关致病因素的直接影响，其繁殖速度会加快，同时还会诱发外阴阴道念珠菌感染[2]。一般而言，女性妊娠过程会导致菌群呈现出失调状态，同时产妇免疫能力普遍偏低，以至于出现较高发病率。而外阴阴道念珠菌感染通常出现于妊娠 5 个月之后的产妇中，临床医学界认为妊娠期外阴阴道念珠菌感染几率是非妊娠女性的 2 倍，且大约 70% 的带菌产妇都属于外阴阴道念珠菌感染。为了提升胎儿生存效率，必须给予妊娠期外阴阴道念珠菌感染患者及时治疗，而研究其治疗方案也成为临床医学界重点关注的课题[3]。因此笔者把 82 例妊娠期外阴阴道念珠菌感染患者均分为两个小组，对照组接受常规治疗，而实验组则接受针对性治疗方案，旨在总结妊娠期外阴阴道念珠菌感染患者的临床治疗措施与治疗效率。现将具体研究程序作详细报道。

1 资料和方法

1.1 临床资料

随机选取 2012 年 2 月至 2014 年 8 月期间在我院接受诊治的 82 例妊娠期外阴阴道念珠菌感染患者，根据不同治疗方法将其分为对照组和实验组，每组均 41 例。对照组年龄为 22 ~ 39 岁，平均年龄（33 ± 2.15）岁采用常规治疗。实验组年龄为 23 ~ 40 岁，平均年龄（34 ± 1.67）岁进行针对性治疗。两组临床资料比较无明显差异（$P > 0.05$），可以进行比较分析。

1.2 诊断标准

所有患者都表现出白带增多、白带呈豆腐渣状以及外阴瘙痒等临床症状，部分患者外阴存在着烧灼感、刺激感与疼痛感。予以检查后发现，小阴唇存在红斑与水肿症状，外阴偏于湿润，而阴道充血十分明显，并附着大量白色的膜状物质，急性期可见浅表溃疡、糜烂面。同时，本次研究经我院医学伦理委员会的审核和批准。

1.3 方法

对照组接受常规治疗，将克霉唑栓置入阴道，每晚 1 粒，连续治疗 7d 为 1 个疗程；而实验组则接受针对性治疗方案，其具体检查程序如下：（1）严格把握妊娠期外阴阴道念珠菌感染患者的临床治疗原则。首先，针对无明显临床症状的病例，妊娠期禁止予以抗真菌类药物进行治疗。其次，妊娠期外阴阴道念珠菌感染患者的临床治疗具有起效慢的特征，加之孕期机体生理会出现变化，因此治疗后还会存在较高复发率，所以必须保证治疗程序的及时性与彻底性。通过予以局部性治疗方案，适当延长治疗总时长。最后，在治疗环节，必须严格把握药物选用程序，以免对胎儿造成不利影响。通常情况下，如果孕妇长时间使用抗真菌类药品，可能会导致胎儿的颅面、骨骼以及心血管等器官发育呈现畸形状态，甚至出现死胎，因此患者禁止使用抗真菌类药物，以阴道局部类药物为主要选择。（2）妊娠期外阴阴道念珠菌感染患者的常用药品有克霉唑、咪康唑、甲紫、肾上腺皮质激素以及中药剂等。一般而言，对于早、中孕期患者，需给予其制霉菌素制剂治疗；对于晚孕期的非白色念珠菌患者，可选择咪康唑制剂治疗，具体治疗方法如下：①选择克霉唑为主要药物进行治疗。克霉唑为 B 类药物，对于念珠菌内

麦角甾醇等生物合成起着抑制作用,因此具有杀菌之功效。治疗时,将克霉唑涂抹于患者阴道,100mg/次,2 次/d,上药时长为 3d。②选择咪康唑为主要药物进行治疗。咪康唑 C 类药物,除了在膜生物合成方面起着干扰作用之外,对于真菌膜系统也能发挥破坏作用,同时还可以抑制大量核糖核酸的合成,确保菌体细胞不再继续发育。治疗时,将咪康唑涂抹于患者阴道,200mg/次,1 次/d,夜晚上药,上药时长为 7d。③选择制霉菌素为主要药物进行治疗。食品和药物管理局将制菌霉素定性为 B 类药物,治疗时,将其涂抹于机体阴道上,夜晚上药,1 次/d,上药时长为 14d。④选择甲紫为主要药物进行治疗。治疗时,将甲紫液 1% 涂抹于机体阴道黏膜上,给药频率为 2d/次,对于急性期相关症状起到缓解作用,加之价格低廉,具有较高可行性。但使用该药物时,通常会对内裤造成污染,长时间使用还会使机体阴道出现局部瘙痒与烦躁等症状。⑤选择肾上腺皮质激素为主要药物进行治疗。在这类药物中,最为常见的即为醋酸地塞米松软膏。治疗时,将肾上腺皮质激素直接涂抹于机体外阴部,对于减轻皮肤瘙痒及炎症等都具有显著疗效,但是这类药物禁止长时间使用。⑥选择中药剂为主要药物进行治疗。对于外阴瘙痒症状过于严重的患者,可以用枯矾、百部、蜀椒、蛇床子以及苦参等药材煎水后予以热熏机体外阴部。同时,还可以用篇蓄、苍耳子、瞿麦以及黄柏等药材煎水后予以清洗机体外阴部。

1.4 疗效评定指标

停药后,对两组患者进行为期 4 周的随访,随访期间严密监测患者临床症状及体征,并根据临床症状改善情况及复查时分泌物检查结果对两组临床症状进行评定:停药后,给予机体阴道内的分泌物检查后,念珠菌呈现出阴性为痊愈;给予机体阴道内的分泌物检查后,念珠菌呈现出阴性,部分病例偶见真菌为有效;给予机体阴道内的分泌物检查后,念珠菌呈现出阳性则代表无效[4]。

1.5 统计学处理

通过 SPSS19.0 统计学软件分析以及处理本组研究数据,通过($\bar{x} \pm s$)代表一般资料,通过 χ^2 检验组间计数资料的对比,计量资料比较采用 t 检验,组间数据对比差异明显,具备统计学意义以 $P<0.05$ 表示。

2 结果

给予所有病例对症治疗之后,其临床指征均有所改善。其中,实验组有 21 例痊愈,占有比为 51.22%;有 17 例有效,占有比为 41.46%;有 3 例无效病例,占有比为 7.32%,总有效率是 92.68%。而对照组有 14 例痊愈,占有比为 34.15%;有 17 例有效,占有比为 41.46%;有 10 例无效病例,占有比为 24.39%,总有效率是 75.61%,比较差异较为显著($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组研究对象治疗情况对比(n%)

组别	例数	痊愈	有效	无效	有效率
实验组	41	21(51.22)	17(41.46)	3(7.32)	92.68%
对照组	41	14(34.15)	17(41.46)	10(24.39)	75.61%

3 讨论

妇女阴道内感染性病症主要有细菌性的阴道病以及外阴阴道念珠菌感染等,有大约 75% 的育龄女性都会患上外阴阴道念珠菌感染,有大约 50% 的育龄女性存在着二次发病的情况[5]。致病类念珠菌中,最为常见的即为白色念珠菌,以机体阴道作为其寄居环境,并逐渐发芽及呈现出芽生孢子,一旦发生炎性症状之后,能够直接看到菌丝与芽管[6]。念珠菌在机体阴道内不断生长与繁殖均需要各种条件,主要包括过于肥胖、糖尿病以及妊娠等,如果机体在近期内曾经使用免疫抑制剂、抗生素或者是皮质类的固醇激素,同样可能导致该病症的出现。酵母菌的成功寄存需要依靠抗生素,其中又以四环素类、氨苄西林以及头孢菌素为主[7]。

外阴阴道念珠菌感染被临床上划分成两种不同类型,分别是复杂型外阴阴道念珠菌感染与单纯型外阴阴道念珠菌感染[8]。其中,复杂型病例占外阴阴道念珠菌感染所有病例的 20% 左右,而单纯型外阴阴道念珠菌感染常见于正常的非孕宿主、中度的念珠菌性阴道炎、重度的念珠菌性阴道炎患者中[9]。

基于妊娠期妇女而言,其易感因素表现为免疫能力下降以及雌性激素上涨等方面,当孕妇雌性激素升高之后,其阴道黏膜会呈现出水肿状或充血状,同时通透性也会加强,再加之宫颈管腺体会分泌出大量物质,以至于机体白带异常增加[10]。与此同时,在雌性激素水平上涨的情况下,机体阴道的上皮细胞中会集聚大量糖原,而白色念珠菌基本生长能力、出牙能力以及粘附能力都会因此得到提升。当机体的胸腺依赖性淋巴细胞处于正常状态时,对于念珠菌无限繁殖可起到抑制作用[11]。但是,妊娠期女性细胞的基本免疫能力普遍降低,较之正常人群,其杀伤细胞、胸腺依赖性淋巴细胞都会明显下降,以至于母体在面对异体抗原性胚胎时不会产生排斥现象,导致机体在妊娠期面临着出现外阴阴道念珠菌感染病症的风险。

本次研究笔者将 82 例妊娠期外阴阴道念珠菌感染患者随机划分成两个小组。对照组接受常规治疗,实验组接受针对性治疗方案。治疗之后,实验组有效率达 92.68%,对照组为 75.61%,比较差异较为显著($P<0.05$)。由此可见,妊娠期外阴阴道念珠菌感染患者的临床治疗必须做到及时与彻底,通过严格把握药物选用环节,以免对胎儿造成任何影响。除此之外,妊娠期外阴阴道念珠菌感染患者还必须禁止使用抗真菌类药物,建议以阴道局部类药物为主要选择,以此方式控制对胎儿的影响,确保胎儿在母体内正常发育与生长。

参 考 文 献

[1] 盛浩,戚喜萍. 氨基酮戊酸光动力疗法与冷冻治疗尖锐湿疣合并外阴阴道念珠菌病的疗效对比研究. 中国性科学,2014,23(5):66-68.

[2] 奚丹,纪黎明,曾三武,等. 以瘙痒为主诉的女性尖锐湿疣患者临床分析. 中国性科学,2008,17(2):24-25.

[3] 陈莉,韩春艳,张秀英. 深圳市南山区社区妇女阴道炎患病现状分析 . 中国性科学,2012,21(2):14-16.

[4] 张霞,阮征,王志平,等. 复发性外阴阴道念珠菌病患者性伴侣真菌感染状况调查. 中国性科学,2011,20(6):21-22.

[5] 向明,王蕾,林育华. 制霉菌素栓剂与凯妮汀阴道给药治疗复发性外阴阴道念珠菌病临床疗效和安全性分析. 中外医疗,2014,11(11):117-120.

[6] 姜洁. 中西医结合治疗妊娠期念珠菌性阴道炎临床效果观察. 中国初级卫生保健,2012,26(7):73-74.

[7] 王彩霞,徐芬,胡晴丽. 硝呋太尔 - 制霉菌素阴道软胶囊治疗妊娠期外阴阴道假丝酵母菌病临床观察. 武警医学院学报,2011,20(11):883 - 884.
[8] 康玉惠. 止痒洗剂联合妇炎消生物敷料栓治疗妊娠期外阴阴道假丝酵母菌病合并细菌性阴道病临床观察. 河北中医,2014,36(11):1656 - 1657.
[9] 简华慧,韦秀玲. 桂西山区性病门诊应用阴道微生态调节治疗性病合并 RVVC 临床分析. 右江民族医学院学报,2013,35(3):335 - 336.
[10] 霍京丽,靳丽娟,张素花. 苦参栓联合妇科臭氧治疗仪治疗霉菌性阴道炎的临床观察. 河北医药,2012,34(16):2533 - 2534.
[11] 李云,高丽华,夏平,等. 复发性外阴阴道念珠菌病的相关因素与治疗方案探讨. 江西医药,2013,48(12):1224 - 1226.
[12] Llkit M, Gull AB. The epidemjology pathogenesis, and diagnosis of vulvovaginal eandidasis: a mycological perspective. Crit Rye Mecrobiol,2011,37(3):250.
[13] Nambudiri VE, Mutyambizi K, Wall8 AC, et al. Successful treatmerit of pcrianal giant eondyloma acuminatum in an immunocompromised host with systemic intedeukin 2 and topical cidofovir. JAMA Eermatd, 2013,149(9):1068 - 1070.
[14] Thornsberry L, English JC. Evidence - based treatment and preven - tion of extemal genital warLs in female pcdiaaie and adolescent pettients. J Pediatr Adolcscc Gynecol,2012,25(2):150 - 154.

(收稿日期:2014 - 12 - 08)

·生殖健康·

DOI:10.3969/j.issn.1672 - 1993.2015.10.029

阴道 B 超下可视人流术与传统人流术临床效果及并发症对比研究

唐靖 蒋蕾 阮丽仙 胡文辉△
鄂州市公立医院管理中心妇产科,湖北 鄂州 436000

【摘 要】 **目的:**观察和对比阴道 B 超下可视人流术与传统人流术临床效果及其并发症的发生情况。**方法:**选取 2013 年 1 月至 2014 年 1 月自愿在我中心进行人工流产的孕妇 100 例,按照随机数字表的方法,将其随机分为观察组($n=50$)和对照组($n=50$)。观察组的孕妇在阴道 B 超的引导下行可视人工流产术,对照组的孕妇按照传统方法进行人工流产术。观察并比较两组孕妇的手术成功率、平均手术时间、术中出血量、吸宫不全发生率、子宫穿孔发生率、人流综合征发生率。**结果:**观察组孕妇的平均手术时间显著短于对照组($P<0.05$);观察组孕妇的平均术中出血量显著少于对照组($P<0.05$),观察组孕妇的吸宫不全、子宫穿孔发生率显著低于对照组($P<0.05$)。观察组人流综合征发生率低于对照组,但是差异不具有统计学意义($P>0.05$)。**结论:**阴道 B 超下可视人工流产术具有直观性,能够动态观察孕妇宫腔内的情况变化,从而更加准确地引导手术器械的操作,可以检测吸刮物是否刮干净以及手术以后子宫的情况,能够在最大限度内减少发生术后并发症。

【关键词】 阴道 B 超;人工流产术;临床效果;并发症

Clinical effect and complications of visual induced abortion under vaginal ultrasound and traditional induced abortion

TANG Jing, JIANG Lei, RUAN Lixian, HU Wenhui△. Department of Obstetrics and Gynecology, Ezhou Public Hospital Management Center, Ezhou 436000, China

【**Abstract**】 **Objectives**: To observe and compare the clinical effect and complications of visual induced abortion under vaginal ultrasound and traditional induced abortion. **Methods**: 100 pregnant women voluntary to receive induced abortion operation from January 2013 to January 2014 in our center were selected and randomly divided into the observation group ($n=50$) and the control group ($n=50$). The observation group was given vaginal ultrasound visual induced abortion and the control group was given traditional induced abortion. The surgical success rate, average operation time, intraoperative blood loss, incidence of incomplete suction palace, uterus perforation rate, incidence of abortion syndrome of the two groups were observed and compared. **Results**: The average operation time of the observation group was significantly shorter than that of the control group ($P<0.05$). The intraoperative

【第一作者简介】唐靖(1983 -),女,主治医师、在职研究生,主要从事妇产科临床与医院管理工作。
△【通讯作者】胡文辉,副主任技师,E - mail:gaotianwei310@126.com

blood loss of the observation group was significantly less than that of the control group ($P<0.05$). The incidence of incomplete suction palace, uterus perforation rate and incidence of abortion syndrome of the observation group were significantly lower than these of the control group ($P<0.05$). **Conclusion**: Visual induced abortion under vagina ultrasound can observe the intrauterine change of pregnant women, which can more accurately guide the operation of surgical instrument. It can detect the clearance of suction scraping and the situation of uterus after operation, which can reduce the postoperative complications to the maximum limit.

【Key words】 Vaginal ultrasound; Induced abortion; Clinical effect; Complications

【中图分类号】 R169.42 **【文献标志码】** A

人工流产手术是一次对孕妇的伤害和创伤,是对避孕失败的一种补救措施[1]。人工流产手术会有可能遇到各种高危因素,例如哺乳期、子宫肌瘤、子宫畸形等等。传统的人工流产手术基本上全凭借医生的经验与手感进行操作,因此会存在一定程度上的盲目性,人工流产手术的并发症,例如吸宫不全、子宫穿孔、人流综合征等在传统手术方法治疗的孕妇中时有发生[2]。近年来,越来越多的研究表明了,阴道 B 超引导下的可视人工流产术具有创伤小、出血少、恢复快、并发症少等优点[3]。本研究选取了自愿在我中心进行人工流产的孕妇 100 例,分别进行阴道 B 超引导下的人工流产术和传统人工流产术,旨在观察和对比阴道 B 超下可视人流术与传统人流术临床效果及其并发症的发生情况。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2013 年 1 月至 2014 年 1 月在自愿在我中心进行人工流产的孕妇 100 例。入选标准:(1)孕妇尿妊娠试验为阳性;(2)B 超检查声像显示,孕妇子宫为正常大小或略大,孕妇宫腔内出现孕囊,为圆形或者椭圆形;(3)孕妇术前常规检查包括血常规、白带检查等均正常;(4)征得所有孕妇的同意并签署知情同意书。将 100 例孕妇按照随机数字表的方法分为观察组($n=50$)和对照组($n=50$)。观察组孕妇年龄 18 ~ 32 岁,平均年龄(24.3 ± 3.5)岁;孕周 5 ~ 10 周,平均孕周(7.5 ± 1.2)周。对照组孕妇年龄 19 ~ 33 岁,平均年龄(23.8 ± 3.2)岁;孕周 5 ~ 10 周,平均孕周(7.4 ± 1.3)周。两组孕妇在年龄、孕周等一般资料上的差异无统计学意义($P>0.05$),两组之间具有可比性。

1.2 观察组手术方法

采用恩普数字化超声引导妇科宫腔手术仪 EMP5600,经阴道的探头的频率为 C080 – 10B,在受检者排尽小便后再经阴道进行检查,通过 B 超的检查能够明确孕妇子宫的位置、孕囊的大小、孕囊附着的部位和子宫内膜的厚度。在超声的引导之下,进行宫颈扩张,经宫颈顺子宫位置的方向置入吸引管直接到达子宫底部,从而可以明确宫腔的深度和方向。在超声引导下将吸引管顶部探及到柔软而富有弹性的孕囊,把吸引管的开口处对准孕囊,反复进行抽吸蜕膜组织,仔细观察孕妇的面色,在确定宫腔内胚囊已被完全吸出之后,记录手术的时间、术中出血量等情况。

1.3 对照组手术方法

对照组孕妇采用常规负压吸宫法,在确认吸净以后再使用小刮匙轻轻地刮宫腔 1 周。检查吸出物的量和孕妇妊娠月数相符,并且见有绒毛和蜕膜组织则认为手术成功。

1.4 观察指标

手术时间:从吸引管进入到宫腔以后打开负压开始吸引到最后一次吸引管退出停止吸引为止。术中出血量:以吸引器瓶中收集的出血量进行计算。吸宫不全:手术结束后阴道流血 1 个星期以上,B 超检查提示宫腔有残留,进行 2 次清宫,见到有机化组织为吸宫不全。

1.5 统计学方法

应用 SPSS21.0 统计软件包进行数据处理,定量测量结果资料使用($\bar{x}\pm s$)表示,两组之间差异的比较使用 t 检验 χ^2 检验。$P<0.05$认为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 观察组和对照组孕妇手术成功率差异的比较

观察组 50 例孕妇均手术成功,手术成功率为 100%;对照组一共 46 例孕妇手术成功,手术成功率 92.0%,观察组孕妇的手术成功率显著高于对照组($P<0.05$)。

2.2 观察组和对照组孕妇临床效果差异的比较

观察组孕妇的手术时间为(4.6 ± 0.6)min,对照组孕妇的手术时间为(6.5 ± 0.7)min,观察组孕妇的手术时间显著低于对照组孕妇($P<0.05$)。观察组孕妇的平均出血量为(10.7 ± 6.2)mL,对照组孕妇的平均出血量为(19.7 ± 8.1)mL,观察组孕妇的平均出血量显著少于对照组孕妇($P<0.05$)。

2.3 观察组和对照组并发症发生率差异的比较

观察组孕妇中没有发生吸宫不全、子宫穿孔的病例,有 2 例孕妇发生了人流综合征;对照组中有 4 例孕妇发生吸宫不全,4 例孕妇发生子宫穿孔,有 5 例孕妇发生人流综合征,两组孕妇在吸宫不全和子宫穿孔的发生率上差异具有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

人工流产手术是一种避孕失败的补救措施,近年来人工流产手术的次数不断增多,药物流产也不断地被广泛地应用于临床上,手术中和手术后带来的各种并发症开始引起了临床医生们的广泛关注,所以,探索一种安全的、有效的、痛苦较小和并发症发生率较低的人工流产方法已经成为临床上很多医生共同研究的热点[4,5]。

阴道 B 超引导下的人工流产手术具有较多的优点:在传统的常规人工流产手术中,在孕妇怀孕 45d 左右的时候进行手术为最佳时间,并且 B 超图像的检查结果显示妊娠囊的大小要超过 2cm,如果 B 超结果显示妊娠囊的大小小于 1.5cm,使用传统的常规人工流产手术就很有可能会增加漏吸率和不完全流产率[6,7]。在传统的常规人工流产术当中,主要是靠临床医生的经验和感觉来判断孕妇子宫中的孕囊是否被吸刮干净,所以传统人工流产术手术时间比较长。阴道 B 超引导下的人工流产术能够非常明确地弄清楚孕妇子宫的位置和子宫的倾屈的程

度,还能通过B超的引导确定孕囊的大小和部位,可以非常准确地引导手术器械进入宫腔,能够准确而又直接地对孕囊进行吸刮的操作,这样便可以大大地减少手术时间[8,9]。采用阴道B超引导下的可视人工流产术非常有利于手术时间的选择,通常情况下可以将传统常规人工流产手术的时间提前,这样便可以大大减轻妊娠对孕妇身体带来的损伤和影响[10,11]。因此采用阴道B超引导下的可视人工流产术能够减轻对孕妇的创伤、减轻孕妇的痛苦,而且还能够提前人工流产手术的实施时间。在传统的常规人工流产术当中,所使用的吸管一般为金属材料,吸管的口径比较大,使用吸管对孕妇的宫颈进行强行的扩张则很有可能会导致孕妇宫颈的损伤以及宫颈的出血,有可能会出现腹痛,偶尔还有可能会发生子宫穿孔、流产失败、漏吸和人工流产综合征等各种并发症[12-14]。

本研究的结果显示,观察组孕妇的平均手术时间显著短于对照组($P<0.05$);观察组孕妇的平均术中出血量显著少于对照组($P<0.05$),观察组孕妇的吸宫不全、子宫穿孔发生率显著低于对照组($P<0.05$)。观察组人流综合征发生率低于对照组,但是差异不具有统计学意义($P>0.05$)。这是因为在阴道B超引导下的人工流产手术是一种真正的全程可视手术,它克服了传统常规人工流产手术的全靠医生的感觉和经验进行操作的缺陷,能够有效地缩短手术时间,减少手术操作给孕妇子宫带来的过度损伤,使人工流产手术变得更加安全了。

综上所述,阴道B超下可视人工流产术具有直观性,能够动态观察孕妇宫腔内的情况变化,从而更加准确地引导手术器械的操作[15],可以检测吸刮物是否刮干净以及手术以后子宫的情况,能够在最大限度内减少发生术后并发症,值得临床推广应用。

参 考 文 献

[1] Edris FE. Is uterine depth measurement by trans-vaginal ultrasound alone as accurate as measurement carried out by trans-abdominal ultrasound-guided trial transfer. Saudi Med J, 2014. 35(10): 1231-1236.

[2] French ST, Henry, Williams EW. Evaluation of waiting times and sonographic findings in patients with first trimester vaginal bleeding at the university hospital of the west indies. Can emergency department ultrasound make a difference? West Indian Med J, 2014, 63(3): 251-255.

[3] Yamamoto J, Kakeda S, Takahashi M, et al. Severe subarachnoid hemorrhage associated with cerebral venous thrombosis in early pregnancy: a case report. J Emerg Med, 2013, 45(6): 849-855.

[4] Roussou E, Weerakoon A, Iacovou C, et al. Ethnic differences in the number of miscarriages, number of children, perceived family support and the impact of the disease on daily living in patients with systemic lupus erythematosus. Clin Rheumatol, 2013, 32(8): 1223-1228.

[5] Mustafic A, Roberts EE, Toews MD, et al. LED-Induced fluorescence and image analysis to detect stink bug damage in cotton bolls. J Biol Eng, 2013, 20, 7(1): 5.

[6] 黄仁英. B超监测下人工流产后即时放置MYCu宫内节育器的临床观察. 赣南医学院学报, 2014(4).

[7] 徐丽莉. B超监视下无痛人工流产术在瘢痕子宫中的应用. 海南医学, 2012(2): 113-114.

[8] Cheng X. Effect of transcutaneous electrical acupoint stimulation on BIS and VAS in artificial abortion operation. Zhongguo Zhen Jiu, 2010, 30(4): 305-307.

[9] 蔡惠燕. B超引导下可视无痛人工流产120例临床分析. 现代实用医学, 2010(12): 1376-1377.

[10] 林佩萱, 李雅文, 陶晓君. B超联合可视人流机在临床中应用的分析. 中国实用医药, 2010(20): 74-75.

[11] 彭丽. B超监测联合丙泊酚和米索前列醇在无痛人工流产中的应用. 临床医学, 2010(12): 88-89.

[12] 李翠芹. B超监测一次性宫腔组织吸引管在人工流产中的应用. 基层医学论坛, 2010(28): 899-900.

[13] 余小玥. B超下微管微创人工流产用于瘢痕子宫妊娠的效果观察. 现代中西医结合杂志, 2010(2): 164-165.

[14] Chor J, Hill B, Martins S, et al. Doula support during first-trimester surgical abortion: a randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol, 2015, 212(1): 45-46.

[15] Allen RH, Carey MS, Raker C, et al. A prospective cohort study of pain with intrauterine device insertion among women with and without vaginal deliveries. J Obstet Gynaecol, 2014, 34(3): 263-267.

(收稿日期:2014-12-16)

·生殖健康·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.10.030

精浆脂蛋白(a)、锌和前列腺特异性抗原含量与精液液化的关系

张健清 王东 黄楚梅 张式鸿 蔡丹
中山大学附属第一医院检验医学部,广州 510080

【摘 要】 **目的:**探讨精浆脂蛋白(a)、锌和前列腺特异性抗原(PSA)与精液液化的关系。**方法:**筛选

【第一作者简介】张健清(1969-),男,主管技师,主要从事临床检验研究工作。
王东(1978-),男,主管技师,主要从事临床免疫及临床检验工作。

精液液化异常患者和精液液化正常男性各 200 例,显色法测定精浆锌离子(Zn^{2+}),酶联免疫法测定 PSA,乳胶增强免疫透射比浊法测定脂蛋白(a),对比分析两组测定结果。**结果:**异常组精浆 Zn^{2+} 平均含量为(90.0 ±35.1)μg/mL,脂蛋白(a)水平为(550 ±250)μg/mL;正常组精浆 Zn2 + 平均含量为(125.1 ±25.5)μg/mL,脂蛋白(a)水平为(301 ±98)μg/mL,两者差异有统计学意义(均 $P<0.01$)。异常组精浆 PSA 含量为(0.81 ±0.21)mg/mL,正常组精浆 PSA 含量为(1.31 ±0.30)mg/mL,两者差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论:** 精液液化异常可能与精浆脂蛋白(a)水平增高,Zn^{2+} 及 PSA 含量偏低有一定的相关性。

【关键词】 脂蛋白(a);锌;前列腺特异性抗原;精液液化

Relationship of levels of seminal plasma lipoprotein (a), Zn^{2+} and prostate specific antigen in the semen with abnormal semen liquefaction

ZHANG Jianqing, WANG Dong, HUANG Chumei, ZHANG Shihong, CAI Dan. Department ofLaboratory Medicine, The First Hospital Affiliated to Zhongshan University, Guangzhou 510080, China

【**Abstract**】 **Objectives**: To explore the relationship of levels of seminal plasma lipoprotein (a), Zn2 + and prostate specific antigen in the semen with abnormal semen liquefaction. **Methods**: 200 patients with abnormal semen liquefaction and 200 men with semen liquefaction were selected. The level of seminal zinc was detected by color - developing method. The level of PSA in seminal was measured by ELISA and the lipoprotein (a) was measured by latex enhanced immunoturbidimetric assay. **Results**: The levels of Zn^{2+} in abnormal group and normal group were (90.0 ±35.1) μg/mL and (125.1 ±25.5) μg/mL respectively, with significant difference ($P<0.01$). The levels of lipoprotein (a) in abnormal group and normal group were (550 ±250) μg/mL and (301 ±98) μg/mL respectively, with significant difference ($P<0.01$). The levels of PSA in abnormal group and normal group were (0.81 ±0.21) mg/mL and (1.31 ±0.30) mg/mL respectively, with significant difference ($P<0.05$). **Conclusion**: The levels of seminal lipoprotein (a), Zn^{2+} and PSA should be taken into account in the diagnosis of male infertility caused by abnormal liquefaction.

【**Key words**】 **Lipoprotein (a); Zinc; Prostate specific antigen; Semen liquefaction**

【**中图分类号**】 R698 + .2 【**文献标志码**】 A

近年来,国内因精液液化异常导致的男性不育患者逐步增多,根据统计报道占男性不育 15% 左右。引起精液液化异常的原因很多,包括年龄、感染、基因异常和环境污染物影响等等[1-4],但具体病因尚未阐明。精液凝固蛋白(semenogelin Ⅰ和Ⅱ,Sg Ⅰ和Ⅱ)和现为连接蛋白(fibronectin,FN)是由精囊分泌的一种凝固精液中主要的成分,并且位于 Sg Ⅰ分子的 N - 端具有抑制精子运动的片段(sperm motility inhibitor, SPMI)[5]。精液可以在 5 ~ 15min 液化,使得 SPMI 水解而使得精子活动,是由前列腺特异性抗原(prostate specific antigen,PSA)降解 Sg 和 FN 这两种精液凝胶中主要的蛋白[6],精浆中的 Zn2 + 对精液有双重的作用,一面可以调整 PSA 的活性,而另一方面可以抑制其活性[7]。本实验通过对精液的脂蛋白、锌和前列腺特异性抗原含量的检测,探讨其与精液液化间的关系,为临床提供实验依据。

1 材料与方法

1.1 研究对象

精液标本取自于中山大学附属第一医院男性专科患者,选取 2008 年 4 月到 2014 年 3 月在我院男性专科治疗的患者,及同期在我院进行健康体检的健康患者,分为两组各 200 例。正常组按照 WHO 第五版《人类精液检验与处理实验手册》规定的正常精液标准纳入,受检年龄 20 ~ 35 岁,平均(28.8 ±4.6)岁;异常组,按照 WHO 制定的精液液化异常的标准纳入。患者禁欲 2 ~ 7d 后,采集的精液精子浓度低于 15×10^6/mL 者,患者年龄为 22 ~ 39 岁,平均为(30.4 ±5.3)岁。选择精子密度与精液量大致对等的精液标本。所有患者均签署知情同意书。

1.2 标本采集

受检者禁欲 3 ~ 7d,手淫法采集 1 次射出的全部精液于洁净有盖的容器中,置 37℃恒温温箱中,进行计算机辅助精液常规分析。将标本经 2000 × g/min 离心 10min 后取精浆,-20℃保存待测。

1.3 检测方法

采用计算机辅助精液分析(CASA,北京伟力公司)技术检测精子活力百分数。精浆 Zn 测定采用显色法,脂蛋白测定使用胶乳增强免疫透射比浊法和 PSA 浓度检测使用酶联免疫法,深圳博锐德生物科技有限公司提供测定试剂盒,操作方法严格按试剂说明进行。

1.4 统计学方法

所有数据采用 SPSS12.0 统计分析软件进行处理,计数资料先进行 χ^2 检验,计量样本使用 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。所有计数数据均以($\bar{x}\pm s$)表示。

2 结果

2.1 两组的精液常规参数和精浆脂蛋白(a)、Zn^{2+}、PSA 含量比较

两组精子密度不具有显著差异($P>0.05$);液化异常组的精液的活动率低于正常对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);液化异常组的精浆 Zn^{2+}、PSA 低于正常组,差异有统计学意义($P<0.05$);液化异常组的精浆脂蛋白(a)明显高于正常对照组,差异有统计学意义($P<0.01$)。见表 1。

表 1 两组的精液常规参数和精浆脂蛋白(a)、Zn^{2+}、PSA 含量比较

组别	n	精子密度($\times 10^6$/mL)	活动率(%)	脂蛋白(a)(mg/L)	Zn^{2+}(mg/L)	PSA(g/L)
液化正常组	200	60.1 ± 29.5	69.0 ± 13.5	301 ± 98	125.1 ± 25.5	1.31 ± 0.30
液化异常组	200	51.1 ± 22.5	41.3 ± 19.8☆	550 ± 250△	90.0 ± 35.1△	0.81 ± 0.21☆

注:☆$P<0.05$,△$P<0.01$ 与液化正常组比较,差异具有统计学意义

3 讨论

精浆中含有的成分较为复杂,其主要有:水,糖类(果糖、葡萄糖等),脂类(睾酮、胆固醇等),蛋白质(多种功能性蛋白质及免疫蛋白等),肽类激素,胺类,氨基酸(20 多种人体氨基酸),有机酸及有机碱等,无机离子(人体的多种微量元素)等。除此以外,精浆中还含有山梨醇、肌醇等。

脂蛋白(a)是一种特殊独立的血浆脂蛋白,有关脂蛋白(a)的性质、特点等以及它与血栓性疾病以及肾脏疾病关系方面的研究取得了一些进展[8]。另外,人们对脂蛋白(a)的生理功能和致血栓性疾病的机理等许多方面还不十分清楚,脂蛋白(a)仍是当今脂蛋白研究中最热门的内容之一[7,8]。

精液液化不良时精子的活动率明显低于正常对照,差异具有统计学意义。研究发现纤溶酶抑制剂具有抑制精液液化的作用,而纤溶酶起到相反作用,在精液液化过程中扮演重要角色。张捷等[2]认为脂蛋白(a)与纤溶酶原在分子结构上相似程度高,虽不可降解纤维蛋白,但可以抑制纤溶酶原的活化,从而抑制纤维蛋白的水解。我们实验结果发现证实了这一点,精液液化不良组精浆脂蛋白(a)的水平明显高于正常对照组,差异有统计学意义。增高的脂蛋白(a)使纤溶在一定程度上受到抑制,从而延迟了精液液化[9,10]。

精浆中的 Zn^{2+} 源于前列腺,其功能在与前列腺特异性抗原结合后才发挥,结合后抑制 PSA 酶活性,其可以直接反映前列腺的功能。Zn^{2+} 另一功能为参与蛋白凝固。PSA 具有水解精液凝固蛋白作用,其主要作用为具有酶活性水解蛋白,而与 Zn^{2+} 结合后 PSA 则无此功能[11-12]。由此可以假设 Zn^{2+} 升高从而抑制 PSA 的酶活性导致精液液化不良,但本实验结果发现精液液化不良组 Zn^{2+} 比正常组偏低,由此说明 Zn^{2+} 水平只是反映出前列腺的功能指标,水平低可能与前列腺功能低下相关,而 PSA 主要来源于前列腺上皮细胞,前列腺功能低下从而影响 PSA 合成降低,进一步影响了精液的液化时间[2,13]。

精液液化是一个非常复杂的过程,个体又存在很大的差异,鉴于所观察的标本有限,脂蛋白(a)、Zn^{2+} 和 PSA 在这过程所扮演的角色及影响精液液化的其他因素有待进一步研究探讨。

参 考 文 献

[1] 刘富新,苏大林,朱国勇 . 精液液化异常与精浆脂蛋白(a)的检测和分析. 中华男科学杂志,2013,19(3):247 - 250.

[2] 张捷,乔蕊. 脂蛋白(a)的研究进展. 检验医学,2012,27(1):1 - 3.

[3] 周蓉,肖敦振,胡波. 精浆锌和前列腺特异性抗原含量与精液液化及精子活力的关系. 华中科技大学学报(医学版). 2009,38(5):700 - 702.

[4] Wang ZJ, Widgren EE, Richardson RT, et al. Characterization of an Eppin protein complex from human semen and spermatozoa. Biology of reproduction,2007,77(5):476 - 484.

[5] 周宇林,钟剑峰. 精液凝固蛋白 Semenogelin 和附睾蛋白酶抑制剂 Eppin 的研究进展. 国际泌尿系统杂志,2013,33(1):671 - 698.

[6] 王江,权昌益,常文亮,等. 慢性前列腺炎伴不孕不育患者精液结果及精浆 PSA 和果糖的分析研究. 临床泌尿外科杂志,2011,26(2):130 - 131.

[7] 赵晖,何仁松,李文辉,等. 人精液凝固蛋白 I 衍生合成肽在不同 pH 值及 Zn2 + 浓度下的抗菌活性研究. 中国现代医学杂志,2013,23(13):6 - 10.

[8] 世界卫生组织编. 谷群,陈振文,卢文红,等译. 世界卫生组织人类精液检查与处理实验室手册. 5 版. 北京:人民卫生出版社,2011:5 - 35.

[9] 王鹏,王增军. 精液液化的分子机制研究进展. 中国男科学杂志,2010,24(3):68 - 70.

[10] 李玉山,武文斌,王全先,等. 人类激肽释放酶相关肽酶14 和纤维连接蛋白与精液液化的关系. 郑州大学学报(医学版),2010,45(5):756 - 757.

[11] Cui D, Han G, Shang Y, et al. Antisperm antibodies in infertile men and their effect on semen parameters: A systematic review and meta - analysis. Clin Chim Acta,2015(15):55 - 58.

[12] Peng S, Zheng Y, Zheng K, et al. Effect of a comprehensive therapy plus gushenyutai plaster administered at guanyuan (CV 4) on male infertility associated with semen non - liquefaction. J Tradit Chin Med, 2014,34(6):666 - 672.

[13] 王晓军. 慢性前列腺炎对精液影响研究. 中国性科学,2009,18(2):25 - 29.

(收稿日期:2015 - 01 - 06)

· 性健康 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 – 1993.2015.10.031

四川省中学生性教育现状研究报告

沃文芝 王进鑫△

成都工业学院四川性社会学与性教育研究中心,成都 611730

【摘 要】 为了解四川省中学生性教育现状,立意抽样了 10 所中学实证调查。研究发现中学生性生理知识落后于生理发育现状,获取性知识渠道多元但不畅通,性态度存在严重偏差,已有部分学生明确表示发生了性行为。表明当前中学生性教育缺乏科学系统的指导目标,与中学生的实际需要严重不符,性教育重点应是人生观、价值观的教育。

【关键词】 中学生;性教育;研究报告; 婚前性行为

Research on the sex education status of middle school students in Sichuan *WO Wenzhi, WANG Jinxin△. Institute of Sichuan Sex Sociology and Education, Chengdu Technological University, Chengdu 611730, China*

【**Abstract**】 To understand the present situation of secondary school sex education in Sichuan through empirical purposive sampling survey of 10 secondary schools. The study found that the middle school students' physiological knowledge lagged behind their physical development status. The knowledge channels were multiple but not smooth. There were serious discrepancies on sexual attitudes. Some students had made it clear that they had sexual behavior. The current sex education in middle school lacks the scientific system of guidance, which is seriously inconsistent with the actual needs of students. The education should focus on the outlook on life and values education.

【**Key words**】 **Middle school student; Sex education; Status report; Premarital sex**

【中图分类号】 G479 【文献标志码】 A

1 文献综述及研究目的

方刚将国内的青少年性教育模式总结为三种:一种是被大多数家长所信奉守贞教育,目的是要让青少年不发生性行为,至少不发生婚外的性行为[1,2]。第二是安全性教育,目的是让青少年性安全。第三种是整合型性教育,把性教育视作人生教育的一部分,是目前世界卫生组织和联合国教科文组织比较推崇的一种性教育模式;除了讨论性教育的目标和意义外,对中学生性教育的研究主要集中在各类实证调查[3-9]。尽管已有大量的实证调查,但由于性教育目标定位不准确,缺乏理论指导的系统的、科学的性教育现状的实证调查,同时不具备社会性别视角。本研究把性教育目标定位为人生教育的一部分,试图通过实证调查做描述研究,系统的了解四川省中学生性教育状况,并在问卷设计和报告分析均纳入了性别意识[10-14]。

2 研究对象及方法

2010 年 10 月,在四川地区中心城市、非中心城市、少数民族地区共选择了成都市二十中、邛崃市羊安中学、阿坝州汶川中学等 10 所中学,最终立意抽样选出 1513 个样本实施问卷调查,男生 708 个,女生 732 个,收回有效问卷 1440 例,有效率为 93.85%。问卷内容涵盖了中学生个人基本信息、性知识、青春期生理变化及自我保护意识、性知识来源、婚前性行为等。

3 数据分析

3.1 生理知识及知识来源

3.1.1 生理知识

调查显示,只有在回答"胎儿在母体什么地方生长发育"、"正常情况下婴儿从哪里出生"等生理常识的答对率较高,但具体涉及到遗精、自慰、月经、怀孕等知识时"不知道"的比例高。有 17.62% 的女生不知道精子由什么器官产生,仅有 45.76% 的男生和 23.77% 的女生能正确回答"未婚男性每周遗精一两次是否会影响健康",55.00% 的学生回答该问题时选择"不知道"。同样的,仅有 33.47% 的男生和 19.67% 的女生能正确回答"偶尔手淫会危害健康",47.71% 的学生选择了"不知道"。相对而言,问题"卵子由什么器官产生"状况略好,64.83% 的男生和 53.69% 的女生回答正确,13.54% 的学生选择"不知道"。仅有 38.56% 的男生和 37.70% 的女生能正确回答"女孩来月经后,偶尔一次未采取避孕措施的阴道性交行为有可能导致怀孕吗",超过一半的学生选择了"不知道"。在回答"有遗精经历的男孩第一次阴道性交行为就可能使人怀孕"时情况更为糟糕,37.71% 的男生和 18.85% 的女生回答正确,高达 65.21% 的学生回答为"不知道"。在回答"女性怀孕后最早出现的和最主要的症状是什么"和"早期人工流产后最短多长时间可能再次怀孕"也都是勾选出正确答案的人寥寥无几,而选择不知道的比例超过 50%。随着青少年青春期和性成熟的提前,生理知识的不到位会直接影响到中学生的生活。

3.1.2 性病及艾滋病知识

【基金项目】 全国教育科学"十一五"规划教育部重点课题(DEA080183)阶段性成果;四川省教育厅人文社科重点研究基地——四川性社会学与性教育研究中心课题(XXJYB1220)阶段性成果。

【第一作者简介】 沃文芝(1984 –),女,助教、硕士,主要研究方向为性社会学、社会性别和社会学研究方法。

△【通讯作者】 王进鑫(1975 –),男,教授、硕士,E – mail:wowenzhi@qq.com

调查显示,有 60.59% 的男生和 55.74% 的女生知道“艾滋病是由什么引起的”,18.75% 的人不了解该问题;47.03% 的男生和 54.51% 的女生正确回答了“通过什么方法能检查出艾滋病”,有 32.92% 的学生则选择了“不知道”。鲜有学生能回答“哪些途径可能感染性病”和“哪些途径可能感染艾滋病病毒”。作为基本的生命安全及性安全教育内容,性病传播和艾滋病知识的教育有待加强。

3.1.3 性知识来源

表 1 中学生性知识来源渠道

		生理与卫生知识主要来源于何人/何处		性病/艾滋病知识主要来源于何人/何处		避孕的知识主要来源于何人/何处		性骚扰的知识主要来源于何人/何处	
		男	女	男	女	男	女	男	女
家庭/父母	频数	231	432	141	240	96	177	87	168
	百分数(%)	32.63	60.50	20.09	33.33	14.04	24.58	13.06	24.14
学校/教师	频数	513	501	417	444	267	234	276	210
	百分数(%)	72.46	70.17	59.40	61.67	39.04	32.50	41.44	30.17
兄弟、姐妹、其他亲戚	频数	144	192	123	129	120	141	147	105
	百分数(%)	20.34	26.89	17.52	17.92	17.54	19.58	22.07	15.09
同学/朋友/同事	频数	378	381	294	276	294	270	312	279
	百分数(%)	53.39	53.36	41.88	38.33	42.98	37.50	46.85	40.09
恋人/配偶	频数	450	405	501	507	450	468	462	456
	百分数(%)	63.56	56.72	71.37	70.42	65.79	65.00	69.37	65.52
书籍/杂志/报纸	频数	321	267	408	372	366	372	408	411
	百分数(%)	45.34	37.39	58.12	51.67	53.51	51.67	61.26	59.05
电视/广播	频数	345	192	366	246	342	225	387	270
	百分数(%)	48.73	26.89	52.14	34.17	50.00	31.25	58.11	38.79
网络	频数	120	96	168	117	132	117	114	54
	百分数(%)	16.95	13.45	23.93	16.25	19.30	16.25	17.12	7.76
医院、计生服务站、咨询热线	频数	126	102	156	174	147	129	135	111
	百分数(%)	17.80	14.29	22.22	24.17	21.49	17.92	20.27	15.95

表 1 显示出几个情况:一是性知识来源中稳居高位的是恋人/配偶,这与两个人的亲密关系相匹配,但如果一个人的性知识主要靠恋人/配偶传播的话,是很难获得科学知识,更何况是从自身性知识都需要普及的中学生恋人。二是性知识来源中家庭不是最主要的,除恋人外,学校、书刊杂志、同学朋友和电视是相对主要的知识传播者或媒介,这与中学生的年龄特点和生活日常接触相吻合。三是性别差异,虽然家庭不是非常主要的知识来源了,但对女生来言,生理与卫生知识主要来源是父母,有别于男生。选择电视广播的则男生普遍高于女生。

进一步了解中学生“遇到性与生殖健康方面的疑惑时会向谁求助”,结果显示男生更倾向于向电视广播求助,女生更愿意询问母亲,整体上中学生普遍愿意向父母求助(男生是 48.73%,女生是 68.03%),愿意向父母求助但实际上并不会真的向父母咨询,传统父母很少能直面子女的性教育问题;另外,中学生还愿意向恋人和同性朋友求助,这提醒我们可以通过同伴教育等形式达到性教育的目的;进一步问“你希望通过什么方式获得性与生殖健康知识”均超过了 50% 的人选择了“看书籍/报纸/杂志、宣传小册子/折页等”和“上网”,这与他们希望通过比较私密的而不是探讨交流的方式获得有关。

进一步了解父亲、母亲、学校及朋友是否会主动针对人体生理知识、性心理知识、友情爱情与婚姻、避孕及人工流产等 9 项问题对中学生开展过某种形式的教育,结果显示:一是父母教育中,就“友情、爱情与婚姻”和“男孩或女孩在行为举止、穿着、性格等方面应该怎样或不应该怎样”两个问题比例高。二是母亲对女儿的教育比母亲对男孩和父亲对男孩的比例高。母亲对女儿的教育主要集中在“人体生理知识”、“友情、爱情与婚姻”和“男孩或女孩应该怎样或不应该怎样”。三是无论是父母还是学校完全没有开展过教育的比例非常高。反过来,学生完全没有主动问过性与生殖健康方面知识的比例高,多半是女儿向母亲询问。学校性教育的内容多半是人体生理知识,而缺少性道德和性伦理等内容。这是当前性教育理念上存在问题的反映,很多人包括性教育工作者对性教育的理解就是生理卫生课,忽略性道德、性伦理的引导。整体上,“友情、爱情与婚姻”和“男孩或女孩应该怎样或不应该怎样”无论是与父母交流还是与同事朋友相处,都是谈论比较集中的话题,它是相对而言不那么难以启齿的话题,私密性的要求也相对低,交流的比例也最高。

除了家庭学校的教育外,电视、书刊报纸、广播和网络也是

中学生性与生殖健康知识的重要来源。回答“你从电视上获得多少性与生殖健康方面的知识与信息”的学生中,过半的人选择“一些”和“很多”,回答“你从书、报纸、杂志中获得多少性与生殖健康方面的知识与信息”时,也是过半的人选择了“一些”和“很多”。与电视和书刊报纸相比,从网络中获取性知识的比例最高,男生为 67%,女生为 44%,通过广播的比例最低。

3.2 自我悦纳

表 2 男女自我悦纳情况表

你是否为自己的外貌、体态和身体的变化(如身高、胖瘦、青春痘、遗精、月经等)而苦恼	男		女		合计	
	频数	百分数	频数	百分数	频数	百分数
经常	78	11.02	117	15.98	195	13.54
有时	243	34.32	300	40.98	543	37.71
很少	219	30.93	231	31.56	450	31.25
从无	168	23.73	84	11.48	252	17.50
合计	708	100.00	732	100.00	1440	100.00

从表 2 中发现一是大部分中学生都或多或少存在为自己的外貌、体态和身体的变化而苦恼,二是自我悦纳方面有明显的性别差异,女生比男生更在意自己的外貌、体态。建立良好的自我评价体系对学生人格发展非常重要,研究表明对自己有良好的评价的人也更能尊重爱护他人。表 2 中反映出来的中学生自我悦纳情况不容乐观。

3.3 性观念

3.3.1 性骚扰与强奸

调查发现,近半数的对象片面理解性骚扰的内涵,认为只有身体上的接触才构成性骚扰、只有使用暴力才称得上是强迫性行为,更是有四分之一的学生回答诸如“只要不是用身体暴力强迫发生的性行为,就不能算是强迫性行为”等几项问题时选择了“不知道”。中学生对性侵害的认识存在很多误区,更不用说对其防范和应对了。

3.3.2 婚前性行为接受程度

将原始变量“未婚女性和偶尔相识的男性接吻”、“未婚女性和偶尔相识的男性爱抚”、“未婚女性和偶尔相识的男性性交”、“未婚女性和相爱但尚未订婚的男朋友接吻”、“未婚女性和相爱但尚未订婚的男朋友爱抚”、“未婚女性和相爱但尚未订婚的男朋友性交”、“未婚女性和未婚夫接吻”、“未婚女性和未婚夫爱抚”、“未婚女性和未婚夫性交”、“未婚男性和偶尔相识的女性接吻”等 9 个问题,和与之相对应的男性 9 个问题,按选项“完全可以接受”、“基本可以接受”、“不太能接受”、“完全不能接受”分别赋予“1”、“2”、“3”和“4”的分值。为考察信度和效度,对上述 18 个问题做了 alpha 检验,结果显示各因素方向一致,构成内部一致性信度,各因素的内部一致性系数在 0.8405 ~ 0.9106 之间,表明该问卷具有较高的同质性信度。表 3 显示新变量均值和中位数都在 59 分左右,表示大部分中学生婚前性行为接受程度在 59 分上下,与 59 分相比越高,表示对婚前性行为的接受程度越趋于保守,反之则开放[15]。

表 3 中学生婚前性行为接受程度量表统计结果

变量	频数	均值	中位数	标准差	最小值	最大值
中学生婚前性行为接受程度量表	1440	58.625	59	14.52508	24	90

3.4 性行为

表 4 显示在校中学生已经明确回答发生了性行为(不包括同性性行为)的比例高达 5.63%。而在已经发生的人群中,平均只有 16 岁,最小的更是只有 13 岁。我们不得不面对残酷的实现是有些中学生早在 13 岁就开始了性生活,不得不承认 16 岁时已经不是在谈论是否该早恋的问题而是已经实质性的发生了性行为。

表 4 中学生与异性发生性行为情况表

与异性有过性行为	男生	女生	合计频数	百分数
有过	63	18	81	5.63
没有过	645	714	1,359	94.38
合计	708	832	1,440	100.00

在进一步了解已经发生了异性性行为的对象中,是否采取避孕措施,结果令人堪忧,三分之二的人没有避孕。

4 结论

综上所述,中学生性教育现状存在如下几个问题:一是传统观念上,我们对性教育的认识存在严重的误区,目前的情形是很多学校没有展开性教育,已经开展的只开展生理知识教育,有些学校只是为了应付或者保证学生不出事。学校教育性生理知识落后于生理发育水平,中学生已经有超过 5% 的人明确回答有过性行为,而他们获取性知识的渠道又过于狭窄,传统的性教育已经跟不上他们的实际需求。二是对性教育缺乏科学系统的认识,很多性教育以“堵”为主,只有在遇到涉性问题的学生时才不得不教育,却很少从理论深层上探究当前中学生的性现状。也没有把性教育视为人生的教育,给予学生正确认识和分析事物的能力,从而面对性行为的选择时陷入困惑。

这样的性教育反而误导中学生。性教育首先应该是人生观、价值观的教育。甚至有些老师自身对性教育存在误区。误区具体表现在认为性仅仅是生理现象,却忽略了学生遭遇了到由生理问题导致的关于恋爱、男女问题。即使是爱情看似感性和浪漫的事情,中学生将面临恋爱中是否发生接吻、拥抱和发生性行为的实际问题,而如何处理这些问题依赖的是充足的性知识。有些老师试图忽略或者否认中学生面临的生理发育带来的心理困扰,甚至试图教育中学生否认人身上的欲望,尤其是女生的欲望。从生命教育的角度上讲,人的生理欲望是正常的,生理欲望更不是说肮脏的、龌龊的、不道德的,而不能将生理欲望与精神二元对立。应该教育中学生基本的社会规则,比如什么时候发生关系、和谁发生关系、什么地方发生关系等等。让他们学会自我管理,理解责任并学会承担。

参 考 文 献

[1] 方刚. 赋权型性教育:让学生学会管理性——中学性教育传统观念的颠覆与现状分析. 人民教育,2013(21):34-37.

[2] 黄盈盈、潘绥铭. 走向性福——第四届中国性研究国际研讨会论文集. 台湾高雄:百骏文化出版社,2013:40-60.

[3] 杨雄. 青少年性行为"滞后释放"现象的实证解释. 社会科学,2006(5):92-105.

[4] 涂晓雯,程艳,楼超华,等. 中学生家长对家庭性教育的看法及影响因素分析. 中国卫生统计,2005,22(2):76-79.

[5] 胡月香. 女中学生青春期性教育现状调查报告——以上海市H区为例. 上海青年管理干部学院学报,2013(4):31-33.

[6] 李丹. 农村女中学生青春期性教育研究——基于山西省祁县部分农村中学的调查. 中央民族大学,2009.

[7] 涂中. 小学中高年段性教育的调查研究. 华中师范大学教育学院,2014.

[8] 程静,王进鑫. 小学学科渗透性健康教育教案集(第一集). 成都:四川科学技术出版社,2008:4-11.

[9] 缪周芬. 小学儿童性别认同与异性交往发展. 上海:华东师范大学,2006:2.

[10] 陈晓瑜. 青春期女生性别认同研究. 南京:南京师范大学,2012:3.

[11] 张苹,胡琪. 流动青少年生殖健康的家庭影响. 当代青年研究,2014,330(3):116-121.

[12] 李晓天. 中学生青春期性教育的探究. 东北师范大学,2006.

[13] 徐莉,刘爽. 对青少年性知识、态度、行为模式和性教育状况的调查分析. 中国人口科学,2006(6):49-57.

[14] 黄仙保. 网络化信息环境下学生性教育方式探索. 中国性科学,2014,23(7):88-90.

[15] 王进鑫,沃文芝,程静. 社会因素对青少年性道德价值观的影响. 中国青年政治学院学报,2012,31(5):81-86.

(收稿日期:2014-08-11)

·性健康·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.10.032

当代青少年的性道德认同现状调查及其教育启示

陈敏燕

成都工业学院四川性社会学与性教育研究中心,成都 611730

【摘 要】 基于全国范围4565名17~24岁青少年的调查证实,青少年的性道德观总体积极向上,对爱情原则、自愿原则、责任原则、忠诚原则四项核心性道德价值观的认同度高,尤其对责任原则和自愿原则的认同度最高;同时存在多元化现象,体现为对"一夜情"、性伴侣随意更换的部分肯定以及部分否定性伴侣的唯一性等方面。加强性道德教育是引导更多青少年回归、认同社会主流性道德观的迫切需要,思想道德教育、德育、心理健康教育、性教育等相关教育分支应合力推进性道德教育的有效落实。

【关键词】 青少年;性道德;认同

Adolescents' identification on sexual morality and its educational implication *CHEN Minyan. Sichuan Sexual Sociology and Sex Education Research Center, Chengdu Technological University, Chengdu 611730, China*

【**Abstract**】 According to a national survey among 4565 17-24 aged adolescents, adolescents' identification with core sexual morality such as love, voluntary, responsibility, royalty principles, especially responsibility and voluntary were positive. However, there were diversifications in this subject. Adolescents also were identified partly with "one night sex", changeable of sexual partner and multiple sexual partners. Emphasizing sexual morality education became urgent to guide adolescents back to mainstream. Ideological, moral, psychological and sexual education should be combined to fix the problem.

【基金项目】国家社会科学基金项目"社会转型期青少年性道德核心价值观实证调查研究"(08XZX015);四川省教育厅项目"大学生性心理健康测评工具的研究"(XXJYB1206)。

【作者简介】陈敏燕(1986-),女,讲师,主要从事青少年性教育研究。

【Key words】 Adolescents; Sexual morality; Identification

【中图分类号】 R479 【文献标志码】 A

1 文献综述

2014 年 9 月中旬,国内某知名日报发表中国社会道德调查报告,称近 8 成的公民认为当今社会道德素质严重滑坡,与同时期明星嫖娼屡屡被抓事件相互呼应。更让人痛心的新闻,如“孩子强奸孩子”、“15 岁中学生强奸女教师”等,不断冲击着我们的视听。处于剧烈社会转型期的中国,价值观念和道德底线不断被挑战,维持两性关系和谐融洽的性道德更是首当其冲。在性自由、性解放思潮泛滥的社会大环境中,青少年性道德观念如何? 他们是如上调查所说整体道德滑坡还是依然认同社会的主流性道德观? 该如何对这个关系着国家和社会栋梁的群体进行性道德引导? 了解青少年目前的性道德认同现状,能够帮助社会、家庭和教育者给予成长中的青少年正确的性道德价值观念引导,维护青少年身心健康成长,促进社会和谐。

1.1 主流性道德观

郑夕春[1]认为,性道德是指调节两性关系及性生活中的行为准则和规范的总和,其核心即解决什么样的性行为是正确的、合乎社会发展要求的问题。社会主流的、核心的性道德是什么? 众多学者说法不一,分类标准各异,其数量多达十数种,如:爱情原则,忠诚原则,责任原则,自愿原则,平等原则,价值尊重,乱伦、年龄禁规原则,婚姻原则,(计划)生育原则,无伤原则,贞操,身心健康,私密,自由与合俗、合法,节制,审美原则,等等[2-4]。经过分析,由于节育工具的发展,(计划)生育原则可以暂不列入核心性道德之中;平等、尊重原则可以纳入自愿原则中,若非对对方的尊重、将双方的权利视为平等,何须顾忌对方是否自愿呢? 乱伦、年龄禁规原则、无伤、身心健康、自由与合俗、合法、节制等原则可以纳入责任原则中,它们是责任原则的具体表现;贞操显然可以归于忠诚原则;审美原则虽然重要,若是在爱情原则面前可能也需要让路了,“情人眼里出西施”。因此,经过综合分析,可以认为爱情原则、忠诚原则、责任原则与自愿原则是众多性道德原则中的核心基础原则,本文也以这四项原则为研究内容,考察青少年对其的认同状况。

1.2 青少年性道德认同的实证研究分析

在理论分析的基础上,笔者也对青少年的性道德认同实证研究做了资料搜集和整理:

于萍等[5]分析了贞操观、手淫等态度,认为少数民族大学生比汉族大学生保守,男大学生比女大学生开放,性道德水平总体是向上的,但是有了自由化的消极趋势。胥兴春等[6]指出“自愿”是贞操、情感、自愿、责任、忠诚五个因素中大学生认可程度最高的。郑夕春[1]在其实证调查中,他考察了大学生对于婚前性行为和非婚同居现象的道德评价,结果表明分别有 43.76% 和 67.2% 的人认同这两种行为,显示了大学生“性自由”倾向。田蕾[7]指出了女大学生的性价值观有对婚前性活动持宽容态度和传统贞操观淡化的趋势。施爱民等[8]在 2007 年对桂林六所大学 1200 名学生的调查中发现:在隐私、责任、相爱、婚姻这四项中国传统性道德的最重要的价值取向中,学生们呈现矛盾的态度,部分学生存在性道德观念的缺失情况。四川大学生在性道德价值观的责任原则、感情观、贞操观、忠诚观等维度上,女生得分明显高于男生,且差异显著($P<0.05$)[9]。

从实证研究中我们可以看到,青少年在性道德原则的认同上整体是肯定的,但具体呈现多元化、矛盾的状态,部分有“自由化”和性道德观念缺失的消极趋势。由于综述中所提到的实证研究较少,研究对象比较单一,要么是大学生,要么是女生,要么是少数民族大学生,要么是限于某个地域,且研究内容不全面,或是只有理论研究,或是过于陈旧,缺乏对较大范围的青少年性道德原则认同现状的全面考察。

2 研究方法

2.1 研究对象

本研究中的青少年年龄范围为 17 ~ 25 岁。具体抽样方法为:第一步:按照地理位置、经济因素及文化因素将全国 31 省市(除港、澳、台)分为五大片区,即少数民族地区、东北地区、沿海地区、中部地区、西部地区。在各片区各随机抽取一个省(市),抽中的省(市)为:新疆维吾尔自治区、北京市、广东省、湖北省、四川省。第二步:以是否在校为标准,分为在校青少年与校外青少年两种类型,调查样本以 6:4 的比例分配。对于在校青少年,我们将该省(市)高校分为三种类型,分别为 211 重点学校、一般本科、高职高专。第三步:分别在三种类型高校各随机抽取一所学校,然后在所抽中的高校中每所学校按不同年级(一至四年级,包括研究生)分别抽取 200 名学生作为调查对象。对于校外青少年按照工作单位性质(包括无业)随机抽取 400 名,尽量照顾各行业。具体抽样结果见表 1。

表 1 研究的抽样方法及结果

片区	抽中省(市)	抽中学校		
		211	一般大学	高职高专
少数民族地区	新疆维吾尔自治区	新疆大学	农业大学	
东北地区	北京	北京交通大学	中国青年政治学院	北京现代职业技术学院
沿海地区	广东	广州大学	广东商贸大学	深圳职业技术学院
中部地区	湖北省	武汉理工大学	武汉科技大学	航海职业技术学院
西部地区	四川省	电子科技大学	四川师大	成都电子高专

本研究回收问卷 4703 份,剔除无效问卷,最后有效问卷为 4565 份,问卷有效回收率为 91.3%

2.2 工具

自编《青少年性道德现状调查问卷》,具体条目见表 2,所有条目均采用 5 级计分。责任原则 0.765。

2.3 数据处理

采用 stata10.0 软件进行数据分析。

3 数据分析

3.1 性行为道德观整体认同度较高,最认同责任原则和自愿原则

从表 2 中可以看到,青少年对所有性道德原则具体条目的认同度分数及原则总体均值几乎都在 4 分左右或靠近 4 分,即比较赞同;赞同比率多数在 70% 至 80% 之间。因此,我们可以认为,青少年整体上对于社会主流的四种性行为道德观的认同度是较高的,并非社会所想象那样,该群体已经沦陷在西方性自由与性开放的洪流中。可以认为,感情原则、自愿原则、责任原则、忠诚原则不仅是社会的核心性道德原则,也是当代青年的核心性道德原则。

同时,从总均值分数中我们还可以看出,目前青少年最为认同的原则是责任原则和自愿原则。这说明了他们责任心较高,在行使自己的性权利的时候会充分考虑对自己和对方的各种后果,而不是一味的只顾自己的快乐享受,尊重性关系双方的权利和价值。进一步的,中国文化一直强调婚姻对于性的限制,也就是考虑了性的各类后果,乱伦禁忌更是整个人类的共识,因此可以说传统文化是非常强调责任的。习近平总书记于 2014 年 9 月在北师大时强调了传统文化的重要作用,该调查数据也显示了传统文化对于青少年道德塑造的重要作用。以上数据力证了传统文化在青少年性道德观念上的重要塑造作用,也指示教育者应当从传统文化的精髓中提炼恰当内容,与时俱进,运用于青少年性道德教育中。

但是,以上数据也有让我们担忧的地方。首先,对于各个性道德原则的认同并非绝对化的"大统一",而是出现多元化现象,反映为对各个条目赞同、无所谓、反对的态度均有一定比例。多元化价值观是社会转型期必然的现象,其本身无可厚非,关键是对于道德观和价值观正在形成时期的青少年而言,多元化则可能意味着选择的迷茫、困惑,缺乏主流核心价值观的引导。第二,具体观测各认同数据,可以发现让青少年最为困惑和迷茫的是"一夜情"、随意改换性伴侣等社会上常见的性道德失范现象,青少年对于这几种现象的赞同率几乎已经达到与反对率平分秋色的程度,可见不良的社会引导对于青少年道德价值观的影响之巨大。因此,除学校教育以外,社会也应当担负起全民性道德风尚引导的重要作用,尤其是对于价值观念尚不稳定的青少年,舆论媒体和社会良好风俗的大氛围是塑造他们高尚性道德价值观念的肥沃土壤。

表 2 青少年性行为道德观认同现状

	条 目	反对(%)	无所谓(%)	赞同(%)	均值	SD	总均值	总 SD
感情原则	和自己没有情感的人发生性行为是可耻的。	13.13	22.72	64.15	3.72	1.06	3.69	0.76
	彼此相爱是发生性关系的基本前提。	9.03	16.30	74.67	3.98	1.00		
	"一夜情"是双方自愿的选择,无可厚非。	40.05	29.13	30.82	2.87	1.24		
	没有爱情的性。	75.38	13.04	11.58	4.05	1.09		
自愿原则	确立了恋爱关系可以强迫对方发生性行为。	77.58	11.01	11.41	4.05	1.10	3.96	0.94
	确立了婚姻关系可以强迫对方发生性行为。	72.06	12.43	15.51	3.87	1.16		
	卖淫、嫖娼是双方自愿的行为,所以道德。	70.23	15.46	14.31	3.94	1.20		
责任原则	发生性行为要充分考虑可能给自己带来的各种影响。	5.00	12.79	82.21	4.12	0.86	4.20	0.81
	发生性行为要充分考虑可能给对方带来的各种影响。	4.55	12.66	82.79	4.14	0.85		
	发生性行为应该防止艾滋病等疾病的传播。	3.63	7.10	89.27	4.44	0.82		
	明知自己患有艾滋病等性病还与他人发生性行为是可耻的。	6.45	8.13	85.42	4.38	0.98		
忠诚原则	随情况变化改换性伴侣是可以接受的。	34.97	19.07	45.96	2.87	1.24	3.48	0.83
	同时与多人保持性关系是不道德的。	12.05	16.74	71.21	3.90	1.10		
	性伴侣应该是唯一的。	16.88	19.61	63.51	3.68	1.12		
	恋爱时脚踏几只船有利于选择。	65.22	13.10	21.68	3.68	1.28		

3.2 对爱情原则的认同

罗素在《婚姻与道德》中对于爱情和性的关系有一段精辟的论述:"离开爱情的性交不能使我们的本能有深刻的满足。我并不是说,离开爱情的性交应该永不发生,因为要保证它不发生,我们就不得不设计一套很严格的障碍,这将使爱情也不容易发生了。我所说的是,离开爱情的性交没有什么价值,最多只能视作为爱情而做的一种实验而已"。我国自"五四运动"以后,爱情、婚姻、性三者紧密的联系在了一起。夫妻感情不和作为离婚的条件也正式的纳入法律之中了。虽然有许多歌咏爱情的文学作品,如《诗经》等,但是我国古代社会却不是把爱情作为性的必要条件的,只是随着西方性解放和中国知识分子的引进,爱情才变得愈加被大众所重视。因此,爱情原则可以说是一项比较新近的性道德原则。

从表 2 的数据中可以看到,当今的青少年是比较重视将爱

作为性的前提条件的,总体上肯定爱情的重要作用。对于无感情的性、“一夜情”这类缺乏爱情作为前提的性行为,他们的道德评价却犹豫和彷徨了,显得没有肯定爱情作为性的前提条件那般坚决、无疑。也就是说,他们虽然肯定爱情对于性的重要价值,却也不那么绝对的否定无爱之性的道德性,而是部分的表示理解、宽容,或者是不知作何选择。分析认为,这可能是由于性自由、性的个体化等思想的影响。

3.3 对自愿原则的认同

“约会强奸”、“婚内强奸”是近年经常见诸报端的词语。2007 年至 2010 年 10 月期间,海淀法院共审理未成年人(包括大学生)强奸案 40 起,有 16 起列为约会强奸范畴,其比例高达 40%[10]。丈夫以婚姻关系还存在、妻子应对其尽义务为由实施强暴,这类的新闻也不在少数。这是性自由、正常而合法?还是违反了性关系双方的权利、破坏了性道德规范?对于这类事件,青少年如何看?

我们的分析显示,七成以上的青少年赞同不论是恋爱内、还是婚内都不能强迫对方发生性行为,这一数据令人欣喜。自愿原则可谓是体现了性行为主体对于双方的价值和权利的充分尊重。传统社会中,女性在性行为上一般是被动的遵从丈夫的意愿,而没有说“不”的权利。调查结果则说明了青少年对于性权利和性主体自由的尊重,与过去几千年的传统相比已经有了翻天覆地的变化。

同时,我们看到青少年并不是毫无原则的赞同自愿规范,对于卖淫、嫖娼等道德失范性行为,虽然符合自愿原则,但可能由于没有爱情作为前提、损害了性行为主体对伴侣的忠贞、容易感染性病、不符合性道德规范等因素而能被青少年加以否定和区别对待。

3.4 对责任原则的认同

虽然性行为多数时候仅仅发生在两个单独的个体之间,似乎是个人私事,且由于避孕等安全技术的发达,人们好像因此可以无所顾忌的享受性所带来的生理愉悦。但其实,我们每个人都是社会人,都与其他人有着这样那样的关系,并不是孤立存在,性行为因而也并不仅是个体行为。稍有不慎,则可能导致意外怀孕、感染性病、生殖器炎症等后果,并给青少年带来紧张焦虑等身心压力。所以,性其实是一种牵一发而动全身的行为。表 2 数据显示,青少年对于性的这个特性是非常理解和认同的,对于责任原则的四个条目认同度都非常高,其总均值居于所有原则之首,尤其是对于艾滋病的传播有着良好的责任意识。这可以比较充分的反驳社会上一些认为现在的青少年是“没有责任的一代、自私的一代”的说法。

3.5 对忠诚原则的认同

相对而言,忠诚原则是青少年认同度较低的道德规范,尤其是对于“随情况变化改换性伴侣是可以接受的”更是呈现赞同与反对势均力敌的现象,对“恋爱时脚踏几只船有利于选择”的赞同率也达到 21.68%,对于其他几个原则条目的“无所谓”态度选择也都在 20% 左右。这似乎印证了当代青少年道德整体滑坡的流言。为什么会出现这样的结果呢?我们认为,责任原则是基础,感情原则、自愿原则体现了现代社会中个体权利,但忠诚原则却相反,似乎是对个体权利的一种控制与约束,是对个体情感与性自由的限制。对于本身就带有一定的动物性的人类性活动而言,这也是更为高级的道德规范。同时,该原则的违背本身在一定程度上又与当今的性自由化思潮相吻合,如某些学者等支持的“换妻”观点,因而引起了部分青少年的认同。但是,我们认为,人类的性之所以不同于动物的性,其根本在于道德规范的作用,使得人们在一定原则下去享受性爱的美好,即使要张扬在性行为中的个人权利,也应以不伤害对方为前提,而不论是同时与多人保持性关系还是恋爱时脚踏几条船,都是对性伴侣及双方感情的伤害。因此,我们应加大对忠诚原则的道德引导,尽力纠正反对该原则的青少年的道德倾向。

4 讨论与结论

青少年性行为道德观总体积极向上,对爱情原则、自愿原则、责任原则、忠诚原则的认同都很好,尤其又以责任原则和自愿原则认同最高,但同时存在多元化现象。以上结果向我们清晰的展示了当代青少年的性道德价值观,其特点是重视责任基础,充分尊重双方的权利,强调爱情作为性的先决条件,在享受性爱甜蜜的自由的同时并未忽视健康和他人权益,做到了既追求性自由的个性张扬,又不脱离性的社会道德规范,总体上是让人放心的。这个结果有力的反击了舆论和部分学者对于青少年性道德沦丧的消极说法,但其多元化现象也与其他学者研究中所提到的性自由等现象一致。这让我们在对青少年性道德主流观念欣慰的同时,不得不心存担忧:青少年的道德价值观决定着整个社会道德水平的发展,若任由这些性自由思潮泛滥,道德的未来会不堪设想。性正是由于其爱情前提和对伴侣的忠贞而格外美好和神圣,但当代青少年在“爱情快餐”、性自由、性物欲化、享乐主义等观念的冲击下迷茫了、困惑了,无法辨明是非,甚至盲目跟从,以求彰显个性与时尚。这是社会道德失范现实在青少年群体价值观念上的投影,社会具有不可推卸的责任,但教育者更应该反思青少年性道德教育的缺失。目前国内的性教育并未全面普及,即使已开设性教育课程的学校,其内容也多注重性生理卫生知识,或者通过体育、生物课渗透一些性常识[11],而性心理、性道德的内容非常有限,并不能完全与社会剧烈转型所带给青少年的冲击和困惑以及青少年的身心发展需求相适应。正如王进鑫[12]在其文章中所说:“无性道德教育的性教育不仅不会对青少年的性道德价值观引导发挥积极作用,反而会产生更为负面的结果和影响,……当前青少年的性教育必须要坚持性道德价值观的教育。”国外性道德教育往往和宗教紧密联系[13],注重父母家庭在伦理观念方面的引导[14],这都值得我们借鉴,将思想道德教育、德育、心理健康教育、性教育等相关教育分支应在思想上重视起来,合力推进性道德教育的有效落实,维护青少年的身心健康发展,促进社会的稳定和谐与有序发展。

参 考 文 献

[1] 郑夕春. 当代大学生性观念性道德调查报告. 中国青年研究,2005(9):56 -59.

[2] 易遵尧,张进辅,曾维希. 大学生性道德价值观的结构及问卷编制. 心理发展与教育,2007(4):104 -110.

[3] 田华. 马克思恩格斯性伦理思想及其对大学生性伦理构建的启示. 西南民族大学学报(人文社科版),2009(10):291 -293.

[4] 付长江. 中国传统性道德的现代嬗变. 上海师范大学,2005:24 -31.

[5] 于萍,赵文仙. 云南省大学生性观念、性道德和性行为的调查分

析. 云南师范大学学报,2004(2):11 - 16.
[6] 胥兴春,刘电芝,莫秀锋,等. 大学生性行为及性道德观发展研究. 中国健康心理学杂志,2005(5):333 - 335.
[7] 田蕾. 当代女大学生的恋爱观和性价值观. 内蒙古农业大学学报(社会科学版),2006(2):263 - 265.
[8] 施爱民,于宏. 大学生对传统性道德原则态度现状分析. 桂林航天工业高等专科学报,2009(2):188 - 190.
[9] 韩黎. 四川大学生婚恋价值观对其性道德价值观的影响研究. 中国性科学,2011,20(3):26 - 29.
[10] 引自互动百科:http://www. hudong. com/wiki/% E7% BA% A6% E4% BC% 9A% E5% BC% BA% E5% A5% B8.
[11] 韦泓. 社会转型期的青春期性道德教育. 广西师范大学,2007.
[12] 王进鑫. 性道德教育对青少年性道德价值观影响研究. 中国青年研究,2011(2):60 - 65.
[13] Ogland, Curtis P.; Bartkowski, et al. Biblical literalism and sexual morality in comparative perspective: testing the transposability of a conservative religious schema. Sociology of Religion. 2014, 75 (1): 3 - 24.
[14] Bhana, Deevia. Parental views of morality and sexuality and the implications for South African moral education. Journal of Moral Education, 2013,42(1): 114 - 128.

(收稿日期:2014 - 11 - 27)

· 性健康 ·

DOI:10. 3969/j. issn. 1672 - 1993. 2015. 10. 033

女生为主体的职业院校新生性现状调查及性教育策略分析

刘琳 贾茜
泰山护理职业学院,山东 泰安 271000

【摘 要】 **目的**:了解女生为主体的中、高职新生性观念、性经历和性教育现状,为学校开展性教育提供依据。**方法**:对我院 2013 级中职和高职新生进行自填式问卷调查。**结果**:学生对性教育存在偏见、性道德缺失严重、性行为呈现低龄发展趋势;高职生对性的关注程度和接受程度高于中职生,男生高于女生($P < 0.05$)。**结论**:学校要完善性教育内容,加强性道德教育、法律教育、性自我保护教育等;学校要改进性教育的方法,重视同伴教育、网络教育、校园文化教育等。

【关键词】 职业院校;性观念;性行为;性经历;性教育策略

Survey on sex situation and analysis on sexual education ofvocational freshmen *LIU Lin, JIA Qian. Tai ShanVocational College of Nursing, Taian 271000, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To understand the sex situation of secondary vocational students and higher vocational students, including sexual concept, sexual experience and sexual education, to provide basis for sexual education in vocational colleges. **Methods**: The freshmen of 2013 were surveyed by self - administered questionnaire. **Results**: The students had a prejudice against sexual education and lacked sexual morality seriously. The students' sexual behavior was shown the low age tendency. For the attention and the acceptance of sex, higher vocational students were significantly higher than secondary vocational students, and boys were higher than girls ($P < 0.05$). **Conclusions**: It is necessary for vocational colleges to strengthen sexual education, such as sexual morality education, legal education and sexual self - protection education. Great attention should be paid to companion education, online education and campus culture.

【**Key words**】 **Vacational colleges; Sexual morality; Sexual experience; Sexual education strategy**

【中图分类号】 G525. 5 【文献标志码】 A

随着社会经济文化的发展,"性"在大学校园里已经是一个难以回避的问题,在校生性教育也已经成为各个大学十分重视的问题。我院是一所公办全日制高职院校,同时招收中职(初中毕业)和高职(高中毕业)学生。受招生专业的影响,我院女生的比例可达到 85% 以上,为女生为主体的院校。性道德的缺乏和性行为的随意在女生为主体的职业院校是一个潜在的、巨大的安全隐患。为更好开展性教育,2013 年 9 月,我院对刚入校的中、高职新生进行了"性现状"问卷调查。

1 对象与方法

1.1 对象

以我院 2013 级新生为调查对象,共发放调查问卷 1849 份,回收有效问卷 1794 份,其中男生 248 人、女生 1546 人,中职生 1170 人、高职生 624 人,有效回收率为 97. 03%。

【第一作者简介】刘琳(1962 -),女,副教授、硕士,主要从事职业教育教学管理与研究工作。

1.2 方法

自行设计调查问卷,并根据专家意见和预调查结果对问卷进行修改。问卷进行自填式匿名调查,调查前对工作人员进行统一培训,调查中确保学生理解问卷内容和答卷方式,强调保密性原则,调查组做好解释和保密工作,消除被调查者的心理顾虑,以保证调查结果的真实性和可信性。

1.3 统计学处理

用 SPSS16.0 软件进行统计分析,计数资料的比较用卡方检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 性观念

2.1.1 恋爱观 大多数学生希望与异性交往,男生中希望与异性交往的比例高于女生,差异无统计学意义($P>0.05$);高职生希望与异性交往的比例高于中职生,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。大多数学生认为谈恋爱的原因为受同学影响,持此观点的女生比例高于男生,中职生高于高职生;仅有少数学生为了性而谈恋爱,其中男生比例高于女生;选择为了今后婚姻而谈恋爱的高职生比例高于中职生,经检验,差异均具有统计学意义($P<0.05$),见表 2。大多数学生认为在恋爱中牵手、拥抱是可以容许的,部分学生认可恋爱中的接吻现象,仅有极少数学生认可恋爱中的性交行为。有 39.35% 的学生可以接受有爱的性行为,持此观点的男生比例高于女生,高职生高于中职生,差异均具有统计学意义($P<0.05$),有 1.84% 的学生甚至可以接受无爱的性行为,见表 3。这说明学生的观念已经十分开放,学校必须加以正确引导。

表 1 不同性别、不同层次学生对与异性交往的态度

选项	构成比(%)	性别				层次			
		男(%)	女(%)	χ^2	P	中职(%)	高职(%)	χ^2	P
希望与异性交往	85.05	87.40	84.67	1.282	0.257	83.57	87.86	5.926	0.015
不曾想过	14.95	12.60	15.33			16.43	12.14		

表 2 不同性别、不同层次学生对学生时期谈恋爱原因的认识

选项	构成比(%)	性别				层次			
		男(%)	女(%)	χ^2	P	中职(%)	高职(%)	χ^2	P
受同学影响	70.25	58.63	72.11	19.839	0.000	72.16	66.61	13.804	0.001
为了性	7.84	12.45	7.10			8.49	6.61		
为今后的婚姻	21.91	28.92	20.79			19.35	26.77		

表 3 不同性别、不同层次学生对爱情和性关系的看法

选项	构成比(%)	性别				层次			
		男(%)	女(%)	χ^2	P	中职(%)	高职(%)	χ^2	P
可以接受有爱的性	39.35	55.37	36.85	80.355	0.000	36.29	45.05	13.925	0.001
可以接受无爱的性	1.84	7.02	1.03			2.15	1.28		
没有考虑过	58.80	37.60	62.12			61.56	53.67		

2.1.2 贞操观 多数学生认为女性贞操是对爱情的忠诚,仅有 9.03% 的学生对女性贞操表示无所谓,男生对贞操表示无所谓的比例高于女生,中职生对贞操表示无所谓的比例高于高职生,差异均具有统计学意义($P<0.05$),见表 4。调查显示有 11.76% 的学生可以对恋人与他人发生性行为可以既往不咎,中职生持此观点的比例高于高职生,男生高于女生,差异均具有统计学意义($P<0.05$),见表 5。58.26% 的学生对婚前性行为持认可态度,男生比例高于女生,差异具有统计学意义($P<0.05$),高职生比例高于中职生,差异无统计学意义($P>0.05$),见表 6。

表 4 不同性别、不同层次学生对女性贞操的看法

选项	构成比(%)	性别				层次			
		男(%)	女(%)	χ^2	P	中职(%)	高职(%)	χ^2	P
是对爱情的忠诚	56.69	53.72	57.16	11.752	0.003	56.78	56.52	7.132	0.028
对以后婚姻有影响	34.29	31.40	34.75			32.95	36.71		
无所谓	9.03	14.88	8.09			10.27	6.76		

表 5 不同性别、不同层次学生对恋人与他人发生性行为的看法

选项	构成比(%)	性别				层次			
		男(%)	女(%)	χ^2	P	中职(%)	高职(%)	χ^2	P
无法接受,断绝往来	56.02	52.42	56.60	17.241	0.000	57.78	52.72	6.343	0.042
继续交往,但心中有阴影	32.22	28.23	32.86			30.17	36.06		
既往不咎	11.76	19.35	10.54			12.05	11.22		

表 6 不同性别、不同层次学生对婚前性行为的看法

选项	构成比(%)	性别				层次			
		男(%)	女(%)	χ^2	P	中职(%)	高职(%)	χ^2	P
认可	58.26	72.40	55.99	23.863	0.000	56.80	60.99	2.951	0.086
不认可	41.74	27.60	44.01			43.20	39.01		

2.2 性经历

调查显示有 3.90% 的学生有过性经历,2.17% 的学生希望体验性生活,男生中有过性经历和希望体验性生活的比例均高于女生,差异有统计学意义($P<0.05$),高职生中有过性经历的比例高于中职生,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 7。

表 7 不同性别、不同层次学生性经历的现状

选项	构成比(%)	性别				层次			
		男(%)	女(%)	χ^2	P	中职(%)	高职(%)	χ^2	P
没有	93.93	82.64	95.69	74.781	0.000	95.07	91.79	12.538	0.002
有过	3.90	8.68	3.15			2.72	6.12		
希望体验性生活	2.17	8.68	1.16			2.21	2.09		

2.3 性教育

2.3.1 学生性知识的来源 性知识来自朋友同学、科普书籍和学校教育的比例分别为 53.62%、48.55% 和 44.93%,通过情色书刊或录像获得的占 5.80%,这说明学生获得性知识的途径基本是健康的。来自父母家庭的仅占 7.97%,说明家长在性教育中起到的作用很小,同时也反映出中国家庭性教育的薄弱。调查中发现有 62.43% 的学生性知识来自于网络,特别是高职新生中有 68.23% 选择性知识来源于网络,这说明网络已经成为学生获得信息的重要途径。

2.3.2 性教育是否会导致更多的性行为 有 22.04% 的学生认为性教育会导致更多的性行为,男生中持此观点的比例高于女生,中职生高于高职生,差异均具有统计学意义($P<0.05$),见表 8。由此可见,多数学生对性教育的认识是模糊的或错误的。

表 8 不同性别、不同层次学生对性教育是否会导致更多性行为的态度

选项	构成比(%)	性别				层次			
		男(%)	女(%)	χ^2	P	中职(%)	高职(%)	χ^2	P
会	22.04	29.37	20.85	10.306	0.006	23.15	19.97	20.675	0.000
不会	35.48	34.92	35.57			31.74	42.49		
不知道	42.48	35.71	43.58			45.11	37.54		

2.3.3 学生对性教育的参与度 仅有 6.89% 的学生表示肯定会参加会参加性知识的选修课或者讲座,大多数同学持观望态度。男生对性教育的参与度高于女生,差异具有统计学意义($P<0.05$),中职生和高职生间的差异无统计学意义($P>0.05$),见表 9。

表 9 不同性别、不同层次学生对性知识的选修课或者讲座的态度

选项	构成比(%)	性别				层次			
		男(%)	女(%)	χ^2	P	中职(%)	高职(%)	χ^2	P
很期待,肯定会去	6.89	15.73	5.47	44.905	0.000	7.17	6.39	0.499	0.779
有点兴趣,可能会去	60.99	63.71	60.55			60.54	61.82		
没兴趣,不会去	32.12	20.56	33.98			32.30	31.79		

3 讨论

3.1 学生的性观念越来越开放,性行为呈现低龄化趋势

与异性交往的愿望在学生中普遍存在,事实也证明恋爱现象在校园中广泛存在。受到西方性观念的影响,以及网络、电视、小说等媒介对性的炒作,学生的性观念和性行为受到极大冲击,不再谈性色变,而是对性充满了好奇和向往。学生会通过网络查询和浏览与性相关的信息,会与同学交流与性相关的话题。部分学生的贞操观念与社会道德标准不完全一致,特别是低龄学生贞操观念淡薄的问题必须引起学校和社会的重视,这是导致学生婚前性行为增多、女生怀孕和流产的原因之一。学生在交往中的性观念已经越来越开放,现实也证明在校生性行为已经是难以回避的问题。第四军医大学西京医院对西安市 5 所大学的调查显示,17.1% 女大学生承认有性经历但无妊娠行为,5.3% 的女大学生存在计划外妊娠[1]。虽然本次调查显示大多数学生没有性经历,但是对性行为却持宽容和认可的态度,而且性行为呈现低龄化趋势。处于青春期的学生对性缺乏调节和控制能力,特别容易受到外界的影响,在好奇、模仿、攀比、追求刺激的心理支配下,发生不正当性行为,轻则影响身心健康,重则导致性犯罪。有调查显示,性生活提早、过度的人流手术、未成年人性道德不充分是导致妇科病患者低龄化的原因[2]。妇科知识及性教育的普及可以帮助低龄女性减少妇科病的发病率[3]。观念的偏差往往是导致学生不正当性行为的重要原因,因此学校应采取措施使学生以正确的心态来面对性,帮助学生建立正确的性道德观念,防患于未然。

3.2 父母家庭在子女性教育中角色缺失严重

在国外先进国家,政府、学校、家庭、社会协力并进,全方位、多渠道地开展性教育,形成了良好的社会氛围。而我国性教育以学校为主导,家庭和社会都未给予足够的关注和配合,性教育开展的社会环境不容乐观[4]。调查显示仅有极少数学生的性知识来源于父母家庭,这说明父母很少与学生交流与“性”相关的问题,父母、家庭在性教育方面并没有尽到其职责,国内许多调查都发现了这一现象[5,6]。这表明父母家庭在子女性教育中角色缺失的现象在中国普遍存在,应该予以重视。关于性的话题父母对子女讳莫如深,回避不讲是导致我国性教育长期处于落后状态的原因之一。美国加州一次调查显示,美国父母会参与到学校的性教育活动中[7]。

3.3 学校开展性教育困难大、任务重

3.3.1 国际和国内对采取何种性教育形式存在争论 世界卫生组织发布的《欧洲性教育标准》中对性教育模式进行了评述:禁欲型性教育是“首先关注,或排除婚前性行为的项目,被称为‘如何说不’或‘守贞’项目”;综合型性教育是“将守贞作为一个选择,但也关注避孕”的项目;全面型性教育则包括综合型性教育的内容,但“把它们纳入个人的性发育和成长这一更宽的视野下”[8]。国外相关研究表明,禁欲型教育的效果大多不好,而综合型教育可以推迟性行为的发生和避孕[9]。国内有观点认为大学生性教育的重点应该是培养、提高大学生处理恋爱问题(包括与性生活相关的各种问题)、异性交往问题乃至普通人际关系问题的实际能力,而不是向大学生灌输一些缺乏实用性、与现实生活相距甚远的性知识[10]。

3.3.2 学生对性教育存在偏见 学生对性教育的认识不足,甚至存在误解和偏见,如果无法改变学生的错误观念,性教育将得不到学生的重视,也就很难发挥其作用。调查显示学生对性健康教育活动缺乏兴趣,重视程度偏低。对性知识没有科学的认识渠道和认知态度,往往是造成青少年性犯罪的最主要原因[11]。学校应积极面对这一现状,正视性健康教育中存在的各种问题,实事求是地研究性教育的内容和学生能接受的教育形式,通过教育使学生对性道德和性行为树立正确、健康的态度。

3.4 学校性教育应重视的几个问题

3.4.1 要重视学生性道德及性法律教育 调查显示学生的贞操观念较为淡薄,而且低龄的中职生贞操观念淡薄的现象更为严重,这说明学生的性道德标准存在偏差,他们在与异性交往中缺乏道德观念的约束,更容易发生婚前性行为。还有学生认为性与爱情可以分离,甚至可以接受无爱的性,这说明他们认可仅凭单纯的性爱来满足物质和精神上的享受,这一现象不容忽视,因为这部分学生可能会为了金钱或利益而与他人发生性关系。学生时期谈恋爱很容易受到从众心理的影响,甚至有的学生谈恋爱仅仅是为了相互攀比,这是一种扭曲的爱情观。因此,学校在性教育中不能仅关注性生理和性心理,更要加强性道德教育和性法律教育,引导学生树立正确的性道德观念。1970 年代开始,瑞典性教育的重点从灌输生育知识转移到强调性道德,性教育内容的变革,令瑞典性教育取得世界瞩目的巨大成就:其性病患病率极低、堕胎率极低,几乎没有 20 岁以下的女性怀孕生育的情况[12]。

3.4.2 要重视学生性自我保护教育 调查发现很多学生对婚前性行为的态度非常开放,性行为的责任意识较差,性行为的随意性较强。国内相关调查表明中国未婚大学生性交发生率为 14.4%,性交中每次都采取避孕措施的只有 28.7%,未婚性交中导致意外妊娠的比例达 25.2%[13]。基于这种状况,以往采取的以不提倡婚前性行为为主的教育已远远不够,学校应高度重视对青少年特别是女生的性自我保护教育。性自我保护教育应包括与异性交往过程中的自尊自爱自重、过早性行为和无防护性行为的危害、性病的预防知识、避孕、女生如何防范性侵犯等内容。

3.4.3 要重视同伴教育和网络教育 调查发现学生获得性知识的重要途径是网络和朋友、同学。来自于朋友、同学的性知识,其正确性虽然有待考量,但是由于具有相似的年龄、生活经历和生活环境,朋友、同学更加了解彼此的心理特点和需求,更能进行有效沟通。目前已有不少高校将同伴教育纳入性教育体系中,在预防艾滋病教育、性与生殖等健康教育领域中取得了显著成果[14]。如果学校能够正确引导,同伴教育将能在性教育中发挥极大作用。网络在现代人的学习、工作和生活中发挥着重大的作用。来自网络的信息种类和数量极其庞大,其中有对学生有益的性生理、性常识,也有对学生有害的色情、暴力等信息,青年学生缺乏判断力和自制力,往往会在好奇心的驱使下浏览一些非法或色情网站,受到错误信息的误导。网络就像一把双刃剑,如果能够善加利用,可以节约学校性教育的资源投入,否则将影响学生的性心理和性道德观念。因此,学校必须重视网络性教育,引导学生浏览健康的网站,获得正确的信息。

3.4.4 要重视校园文化教育 青年学生精力旺盛,好奇心强,敢于尝试新鲜事物,容易受到外界诱惑而涉足不正当的舞厅、KTV 包房、桑拿浴室等场所,受到不良的性刺激。丰富校园文化生活可以吸引青年学生的注意力、锻炼能力、培养兴趣和特长、强身健体或陶冶情操。因此,学校要加强校园文化建设,营造积极、健康的学习、生活氛围。

参 考 文 献

[1] 刘缨,张建芳,张媛媛,等. 高校女大学生婚前性行为的影响因素. 中国妇幼健康研究,2012,23(3):305 - 307.

[2] 陈芳. 4424 例妇科病普查与生殖健康状况分析. 中国医药导刊,2013,18(6):1100 - 1102.

[3] 张关贞,施新颜. 关于妇科病低龄化问题的分析. 中国现代医生,2014,52(13):109 - 112.

[4] 陈旻. 我国性教育现状分析与反思. 青春岁月,2014(6):507.

[5] 李江滨,庄佳玲,黄嘉敏. 大学生性教育现状调查及对策研究. 河南科技,2013(12):262 - 263.

[6] 左霞云,涂晓雯,楼超华. 中学生与父母性知识沟通状况及影响因素分析. 中国公共卫生,2007,23(2):148 - 150.

[7] Norman A. Constantine, Petra Jerman, Alice X Huang. California parents' preferences and beliefs regarding school - based sex education policy. Perspectives on Sexual and Reproduceive Health, 2007(3):167 - 175.

[8] WHO. Standards for Sexuality Education in Europe. 2010.

[9] Douglas B Kirby. The impact of abstinence and comprehensive sex and STD/HIV education programs on adolescent sexual behavior. Sexuality Research and Social Policy, 2008(3):18 - 27.

[10] 赵军,祝平燕. 大学生性侵害与性教育关联性研究—个以“求全法”展开的个案. 云南师范大学学报(哲学社会科学版),2014,46(1):71 - 77.

[11] 孙雪芸,刘旭刚,徐杏元. 青少年性犯罪的原因及矫治对策. 中国性科学,2010,19(7):42 - 47.

[12] 李东风. 中西方性教育的历史发展对我国大学生性道德教育的启示. 福建论坛:社科教育版,2008(12):7 - 9.

[13] 周远忠. 中国未婚大学生性行为和避孕节育现状与需求现况调查. 华中科技大学学报:医学版,2009,38(5):561 - 570.

[14] 汪清,姚金凤. 同伴教育与朋辈心理辅导在高校性健康教育中的实效研究. 教育与职业,2013(35):96 - 97.

(收稿日期:2014 - 10 - 13)

· 性社会学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 - 1993.2015.10.034

同性恋伴侣分手暴力的质性研究

董晓莹[1,2] 方刚[1,2]

1 北京林业大学性与性别研究所,北京 100083

2 中国白丝带志愿者网络,北京 100052

【摘 要】 同性恋伴侣分手暴力指的是同性恋情侣之间,面临结束情侣关系时,双方之间的暴力。本研究采取质性研究方法,主要从中国白丝带志愿者网络中收集案例来进行研究。文章分析了四个方面:(1)同性恋和异性恋伴侣的分手暴力的相同点与不同点。(2)同性恋伴侣分手暴力与异性恋相比所存在的独特性。(3)“被逼暴力”——暴力的流动性。(4)同性恋运动与同性伴侣分手暴力。伴侣暴力的预防与处置首先要破除受暴者都是女性,施暴者都是男性的迷思,其次是破除施暴者与受暴者二元对立的迷思,注意到权力关系与暴力关系的流动性。

【关键词】 同性恋;分手暴力;伴侣暴力;同性伴侣暴力

【基金项目】联合国人口基金“白丝带男性反对性别暴力促进项目”成果(CHN7U511)。

【第一作者简介】董晓莹(1988 -),女,硕士,主要从事性与性别研究。

Qualitative study on the breakup violence of homosexual partners *DONG Xiaoying[1,2], FANG Gang[1,2]. 1. Institute of Sexuality and Gender Studies, Beijing Forestry University, Beijing 100083, China; 2. China White Ribbon Network (CWRN), Beijing 100052, China*

【Abstract】 Breakup violence between homosexual couples was refined as the violence that happened between two people ending their relationship. The study mainly collected cases from the China White Ribbon volunteer network for a qualitative research. This paper analyzed four aspects of homosexual breakup violence: (1) similarities and differences between the homosexual and heterosexual partners, (2) the uniqueness of the homosexual couples' breakup violence, (3) "forced violence" - violence mobility and (4) homosexual couples' breakup violence and gay movement. In the prevention and treatment of partner violence, the myth of only women can be victims and the abuser are all men should be got rid of firstly. Secondly, we should break the myth of binary opposition between the abuser and victim noting the mobility of the power and violence role in the intimate relationship.

【Key words】 **Homosexuality; Breakup violence; Partner violence; Homosexual partner violence**

【中图分类号】 C913.14 **【文献标志码】** A

伴侣暴力通常指有伴侣关系的两个人之间的暴力,包括婚姻关系、约会关系、同居关系或前任的伴侣关系[1]。伴侣暴力的形式通常包括肢体暴力、精神暴力、性暴力、行为控制、经济控制。分手暴力属于伴侣暴力,即分手过程中双方发生的暴力。同性伴侣暴力指的是两名同性恋或双性恋伴侣之间的暴力,除了没有婚姻关系,他/她们之间同样存在着上述的三种伴侣关系形式。同性恋伴侣分手暴力是同性恋情侣之间,面临结束情侣关系时双方之间的暴力,其背后可能是歧视同性恋的文化,以及个人性格、情感等因素的影响。

1 问题提出

近年来,在异性恋家庭暴力现象社会可见度显著提高及社会各界反家暴立法呼声日益增强的背景下,反家暴法已列入我国的立法计划中。家庭暴力,尤其是妇女所遭受的暴力已经成为学界关注度比较高的问题,针对大学生情侣间暴力的研究也不在少数。近年同性恋社区内部和学者对于同性恋群体的权益问题关注度不断提升的过程中,同性恋伴侣暴力开始浮出水面。

同性恋社群内部是最早开始关注同性伴侣暴力议题的,我国首份由中国法学会反家暴网络资助的关于女同性恋者家庭暴力的调查报告[2]显示,在接受调查的女同性恋者中遭受过同性伴侣暴力的几乎占到被调查人数的近一半(42.2%),可见同性伴侣暴力比较常见。在我国大陆地区反对家庭暴力的重要性尚未纳入主流社会价值观,对同性恋权益也缺少足够重视的情况下,对于同性伴侣暴力的关注自然少之又少。2014 年 11 月 25 日开始征求意见的《中华人民共和国反对家庭暴力法》草案中,将同居关系、同性伴侣关系置于该法之外。相比而言,台湾的《家庭暴力防治法》在 2007 年的修法过程中,已将有同居关系的同性恋伴侣纳入保障;香港在 2009 年将同性同居者及前同性同居者纳入《家庭暴力条例》的保障范围,同时条例更名为《家庭及同居关系暴力条例》。本文希望通过对同性伴侣分手暴力的研究,促进社会对同性伴侣暴力的认识,了解其与异性恋伴侣暴力的相似与相异,提出应对同性伴侣暴力的建议。

2 研究方法

本研究采取质性研究方法,所用案例主要来自中国白丝带志愿者网络的"白丝带男性终止性别暴力热线"(4000 110 392),该热线为公益性质,免费为性别暴力受害者提供咨询帮助。国际社会以往在使用"性别暴力"概念的时候,通常指"针对妇女的暴力"。但白丝带志愿者网络的负责人提出,性别暴力应该具有更广泛的内涵,包括性倾向暴力[3]。所以,同性恋伴侣暴力也在该热线关注的范围。

本文利用来电者与接听者的咨询录音文本作为分析材料,对热线中三个同性伴侣分手暴力的个案进行分析。此外,还有一个案例来自 2013 年在同性恋社区广受关注的女同性恋分手暴力,利用的是受暴者的微博上公开的自述文字。

研究中涉及对象的基本信息如下:

A 案:

A1,女,受暴者,38 岁,公司职员;

A2,女,施暴者,32 岁,目前无业。

B 案:

B1,男,受暴者,42 岁,工人;

B2,男,施暴者,35 岁,目前无业。

C 案:

C1,男,受暴者,40 岁,国企高管;

C2,男,施暴者,28 岁,国企员工。

D 案:(此案的信息取自微博。)

D1,女,受暴者,30 岁左右;

D2,女,施暴者,30 岁左右。

为了保护当事人的隐私,文中对于可能泄露出其身份的信息做了必要的处理。

3 应用理论

本研究应用的主要是莎伦·布雷姆关于伴侣间权力关系的理论。

从社会交换的角度来看,权力是对价值资源的控制[4]。在一段伴侣关系中存在着权力关系,关系中的一方可以通过控制对方从该段关系中获得自己想要的,可能包括对共度时间的控制、对于示爱的控制等等,这就是控制权力的产生。社会交换理论认为在两个人的关系中,一方对另一方的依赖程度就是一种"权力货币"[4]。对关系依赖较少的人,往往拥有更大的权力。社会交换理论认为替代性选择也会影响权力平衡,在当前的关系之外几乎没有什么替代性选择的人会对关系更为依赖。

权力的表达方式包括言语和非言语行为,暴力就是表达权力与控制的方式之一,言语行为的暴力在实施权力中更普遍。

另一种理解权力过程的方式即考察使用权力的一般风格[4]。学者对于不同性取向和性别的人群的研究[5]指出,使用权力的一般风格的研究中一方面是直接的权力类型(如要求)——间接的权力类型(暗示),另一方面是双边的风格(如说服)——单边的风格(如抽身而退)。研究还发现,同性恋与异性恋的权力类型没有显著的差异,男同性恋与女同性恋之间也没有显著差异[4]。总体来说,在关系中拥有更大权力的人会更多的使用直接的权力策略[6]。男同性恋、女同性恋、同居和婚姻关系中的伴侣之间的吸引力水平是相当的;婚姻作为对关系维持的影响因素比性取向这一影响因素作用更大;同性恋者的伴侣关系的解体要比已婚的异性恋伴侣的离婚的可能性要大[4]。

布雷姆还从个人的人格角度探讨了权力关系,相关研究认为权力需求反映的是对弱点的担忧,不安全感强的人渴望权力以便获得力量和安全[4]。

4 文献综述

西方对于同性恋伴侣暴力的研究成果较多,其次便是我国台湾和香港,大陆起步较晚,所以成果较少。

近十年来我国大陆对于异性恋家庭暴力的研究开始增多,重点关注于家庭暴力中受暴妇女的权利问题[7,8],并没有直接关注离婚暴力的研究。

大陆为数不多的对于分手暴力的研究主要是针对大学生群体的。大学生恋爱中被迫结束关系的一方对主动结束关系一方的暴力,包括肢体暴力、精神暴力、性暴力[9],甚至更严重的敲诈勒索、故意杀害对方的犯罪行为[10]。暴力主要涉及三种形式:对自己的暴力、对对方的暴力和对与其恋爱关系的结束相关人的暴力,如情敌等[11]。前述对于大学生分手暴力的研究,主要关注的不是分手暴力,而更多是针对大学生这个受全社会关注群体的身心健康,分析失恋后的暴力对个人和社会的不良影响。所以这些研究对于我们所关注的基于性别的分手暴力有一定的差别。

与大陆相比,香港和台湾对于同性伴侣暴力的研究相对丰富,如香港同性亲密伴侣暴力行为研究[12]显示近半数受访者曾遭伴侣身体攻击、身体损害及/或性威迫,且通过对比显示同性亲密伴侣暴力问题较异性伴侣更严重。台湾现代妇女基金会还支持出版了同志伴侣亲密暴力自助手册。

台湾和香港有专门针对分手暴力的研究调查,针对如何安全分手已经有了一定的研究成果[13,14]。根据台湾现代妇女基金会公布的新闻调查结果[15]:从 1996 年 1 月至 1997 年 6 月底,台湾平均每月就有 14.7 件恋爱暴力、分手暴力和情杀的新闻事件被报道,调查认为性别权力不平等仍旧是此类暴力事件的重要原因,调查还显示一方提出分手是最容易发生暴力的情况。根据香港针对青少年处理恋爱分手的调查[13],2011 年 9 月至 11 月期间拥有恋爱分手经历的被调查者中存在分手暴力的情况,且每个人可能是多种形式暴力的受害者和实施者,其中包括被对方骚扰(32.2%,65 人)、要求复合(19.3%,39 人)、被对方用言语中伤(20.3%,41 人)或用言语中伤对方(18.4%,37 人),甚至自我伤害(18.3%,37 人),还有人会选择一些伤害性更大的行为表达其不能接受分手的现实,他们会用社交软件中伤对方(8.9%,18 人)或被对方中伤(10.4%,21 人),阻止对方(9.4%,9 人)或被对方阻止发展其他恋情(7.5%,15 人)。

西方对伴侣暴力研究拥有着成熟的成果,对于暴力的形式以及成因皆有理论加以解释,像权力与控制、暴力的循环都是在探讨伴侣暴力时不可或缺的要素。对于同性伴侣暴力的关注与研究挑战并发展了认为只有女性是受暴者的观念[16]。同性伴侣的分手暴力在西方也少有直接讨论的,一般也是作为伴侣暴力的一部分被关注。很多西方学者从性别气质角度来研究同性伴侣的暴力问题,例如,对于女同性恋伴侣暴力而言,存在着对于偏男性气质一方的性别偏见,该偏见导致偏男性化的女同性恋通常会被认为是施暴者[17]。但一些从同性伴侣暴力的个体生命经验考察得出的研究结果显示,性别已经不再能够作为一个单独的考察因素并作为解释变量,同性伴侣暴力是由个体所处的社会文化、社会结构、社会地位和人际关系动力学等复杂的相互作用的因素共同影响的[18]。

5 研究结果

5.1 同性恋伴侣分手暴力与异性恋伴侣暴力的相同点

同性恋和异性恋伴侣的分手暴力有相同点,也有不同点。

5.1.1 暴力形式具有多样性

同性恋伴侣分手暴力存在着与异性恋伴侣暴力相同的形式,包括肢体暴力、精神暴力、性暴力、经济控制、行为控制[19],在本文的同性伴侣的分手暴力案例中,这些形式不同程度地存在着。

5.1.1.1 肢体暴力

B1:(提)分手他就打我……再比如我脸上长了一个包,我把它抠破了,他就给了我一巴掌,说嫌我脏。

抠破一个疱这样丝毫无关 B2 的私人生活小事,都可以是 B2 对 B1 实施肢体暴力的借口,可见受暴者遭受暴力的频率和几率都比较高。施暴者使用的是直接的权力策略,此肢体暴力没有特殊目的,只是彰显权力的手段。

5.1.1.2 精神暴力

案例中的精神暴力有不同的表现方式。

A1:她跟我说她砸了玻璃,有自虐的倾向,我就比较害怕和担心她会因为这个事情受到什么伤害。

此类施暴者是以自我人身安全威胁对方,A1 的担心和害怕正是施暴者要利用的心理,这是一种间接的实施权力的手段,施暴者虽然没有直接要求“你不能离开我”,但是仍旧成功达到了控制的目的。

A1:她说了很多恐吓、威胁的话,比如让我立遗嘱,还说等下会有大事发生。

此类是言语恐吓,A1 遭受到的不是直接威胁要杀死她这样的语言表达,而是“立遗嘱”,“等下有大事发生”这类含蓄,但是明显让她感到生命安全受威胁的语言。但含蓄的威胁和恐吓比起直接的说出来更有杀伤力,施暴者留一些想象空间给受暴者,反而造成更大的精神伤害。

除上述一般的精神暴力外,使受暴者担心家人或其他相关人的安全,也是本研究中多个施暴者共同采取的策略。比如,B1 在面对 B2 的长期暴力下,便曾担心自己家人的安全,因为他的母亲跟他住在一个小区。

A1 也曾说:她星期六一早就到我跟我妈妈住的地方,在门口给我打电话,我还在床上睡觉,她说了很多恐吓、威胁的话。(我跟她)沟通了一个小时,还是没有办法把她劝住,我说“你都冲着我来,不要干扰他人”。我出来开门,送她回去,不想打扰

到我妈妈。

C2 也曾威胁 C1,如果不和 C2 继续联系就要让 C1 的情人无法呆在中国。

A2 和 B2 都能够掌握受暴者家人的住址,C2 能够利用受暴者的弱势身份去干扰受暴者情人的正常生活,施暴者知道受暴者是害怕 TA 们去骚扰 TA 们所关心的人的,所以受暴者很容易受到此种精神暴力的控制。异性恋婚姻家庭暴力中也存在此形式,这是暴力的威胁程度升级的标志,因为此种暴力形式不仅仅涉及了两个当事人,还威胁到了其他人的安全并使受暴者遭受更大的精神暴力与心理伤害。

5.1.1.3 性暴力

我们看到 A1 为了分手,忍受了性暴力。

A1:晚上她对我进行了性虐待,我也是闭着眼睛接受。

A1 认为"闭着眼睛接受"就可以摆脱今后的暴力伤害,但性暴力的本质仍旧是控制权的实施。异性恋婚姻中存在着婚内强奸的现象,在伴侣关系不意味着双方互相有满足其性需求的义务,性权利同样是人权。

5.1.1.4 行为控制

B1:我在家里一点自由都没有,然后就被他控制了。

A1:我想回去处理事情,结果她不让我离开,把我锁到屋子里,怎么求她都不愿意开门。我被她软禁了两天加一个晚上。

B1 在自己的家里被控制而失去人身自由;A1 被锁到屋里、被软禁两天加一个晚上,这些都是严重侵犯人身自由的行为。A1 如果不是为了分手也不会忍受这些行为控制,但忍受是不能换来和平分手的。面对对于人身自由的侵犯,应该做的是努力维护自己的权利,最好能够报警。

B1:他不让我走,把我的身份证抢了,死活要跟我粘在一块。他还要我(对他)嘘寒问暖,不在的时候要随时随地给他打电话、发短信,让我主动向他示好什么的。

这也是行为控制,直接要求对方要做什么,不能做什么。行为控制同样可以起到精神暴力的效果。

在 C 案例中,同样存在该情况,如施暴者 C2 要求与 C1 见面,由每半个月见一次,到每周必须见一次;C2 病了,就要 C1 去看他。这些属于对关系中两个人共度时间、示爱频率和方式的控制。表面看上去是施暴者更加地依赖关系,需要对方,按照"权力货币"理论,依赖关系更多的人往往拥有更大的权力。但如果依赖者企图实施控制并拥有控制的资源和条件,那么依赖者便反转成为了权力更大的一方。

施暴者还可能使用监控对方行踪的方式实施行为控制,如:即便在假日 C2 也发短信给 C1,问 C1"干什么呢"。D 案例中,施暴者持续对 D1 的行动进行监控,一天打数次电话给 D1,如果不接电话,施暴者 D2 就以"你又想要什么花样?"等恶言威胁,并要求 D1 持续和自己联系。虽然施暴者不是直接与受暴者形影不离,但是利用电话、短信对受暴者的行踪进行监控,令其完全在自己的掌控中,这无疑对受暴者来说像一枚挂在身上的监控器,剥夺了其自由的私人空间。

不仅仅现实生活中对于人身自由的限制才是行为控制,案例 A 还存在着延伸至网络世界的行为控制,这一点是值得注意的,例如:

A1:我的 QQ 对她隐身,不想让她掌握我的行踪,我提前两天对她隐身,她不让我对她隐身……

在 QQ 上对谁隐身不隐身的问题是个人的自由,不应该受到任何人的干涉,然而施暴者的控制无孔不入,这带给受暴者的是更大的精神伤害。

5.1.1.5 经济控制

施暴者 B2 在完全没有经济来源的情况下,个人经济开支完全依赖 B1,这本身就是一种经济剥削的行为。还不止如此:

B1:我曾经按他的要求给过他五万块钱来分手,他拿了我五万块钱以后却还要在我的家里面,而且一直是吃我的用我的,现在他还要我拿九万块钱给他。

B1 被施暴者要求拿五万块钱当作分手费,意思是 B1 给了钱,施暴者答应就与 B1 和平分手。但成功要到分手费的施暴者并没有按口头协议与 B1 分手,而之后又要求 B1 给自己九万块。施暴者 B2 的利用"分手"作为借口,在赤裸的剥夺着 B1 的物质与经济资源。

5.1.2 暴力的特点

同性伴侣暴力与异性伴侣暴力一样,具有相同的一些特点,比如:普遍性、隐蔽性、习得性、反复持续、周期循环、高度容忍、习得性无助[19]。这些异性伴侣暴力中的常见特点,都不同程度地存在于我们的研究对象中。

5.1.2.1 隐蔽性

作为质性研究,我们没有办法考察暴力在同性伴侣间的普遍性,但是,我们有充分的证据显示,同性伴侣间暴力的隐蔽性更高。A、B、C 的案例中,均存在受暴者因为担心性倾向曝光而致力于隐藏暴力的情况。D 案例,也是因为受暴者无法再忍受,才最终在网络上曝光的。在异性恋的家庭暴力中,受暴的妇女对于暴力采取隐忍的态度,一方面由于"家丑不可外扬",另一方面可能因为如果公开,会给自己造成更大的困境,因为文化环境对于受暴妇女来说是不利的。同性伴侣在面对分手暴力的时候选择忍让还有一个重要原因是其对于性倾向的隐瞒。对于没有向家人或其社交的人公开性倾向的同性恋而言,面对分手暴力无法向 TA 们诉说和求助,忍让只能是不得已的最好选择。

5.1.2.2 反复持续与周期循环

同性恋伴侣暴力与异性伴侣暴力一样,还存在着反复持续和周期循环性:A 的暴力持续两年,B 的暴力持续五年,C 的暴力持续近两年。在 A 案中,受暴者为了分手而满足了施暴者的种种侵犯人权的要求,而满足的条件就是施暴者答应分手,以后不往来。当时施暴者口头同意了,然而不久施暴者便轻易推翻了她自己之前同意分手的承诺,继续进行暴力控制。受暴者 A1 曾问施暴者 A2:"你现在想全部推翻以前的承诺?"A2 清楚地回答:"是。"

施暴者提出的任何分手的条件的目的都不是为了真的离开关系,当受暴者满足了其任何形式的控制条件之后,TA 们又会提出新的条件。这是一个恶性的暴力循环过程。

施暴者对于分手本身的出尔反尔,令受暴者非常痛苦并最终对施暴者彻底绝望,且受暴者之后的示弱或示好,已经无法打动施暴者。

A1:去车站的路上她自己说她回去调整自己,想去看心理医生,希望我给她机会,希望调整好之后还能在一起。她说这些我一句没回应,我已经对她厌恶至极。

最终 A1 能够与施暴者分手,也不是因为 A1 满足了施暴者

开出的所有条件,而是本身觉醒反抗了,不再受其要挟和控制。所以,不要认为满足施暴者提出的各种侵犯人权的条件就能够和平分手。

5.1.2.3 高度容忍、习得性无助

这两个特点同样存在于同性伴侣分手暴力中。通过对案例的分析,可以把受暴者对于面对暴力行为采取忍让的态度分成两个阶段:

阶段一、期待施暴者改变或其主动离开伴侣关系。

A1:她比较极端,我想慢慢的淡化下来。我觉得她有自虐倾向,所以就比较害怕和担心她会因为分手受到什么伤害。

B1:我真的觉得我毫无保留的很真诚的对他,一开始我本来想慢慢的改变他,感化他。我想慢慢的他觉得腻烦了,可能会自己离开,但生活了那么多年,他觉得我对他没有当初那么好啦,然后就更是变本加厉(对我暴力)……

上述的 A1 和 B1 在分手的最初阶段,面对暴力,态度都是想让对方自然改变或离开,然而事实是,施暴者不会主动离开控制关系,TA 们也不会发生改变,"淡化"或"感化"都是受暴者因对暴力缺乏认识产生的天真想法。暴力就是为了不离开伴侣关系,施暴者要控制对方并以各种方式来实施暴力,该本质是无法因为受暴者对暴力的忍让而改变的。因为对于施暴者来说,任何条件的满足都是对于其控制的强化。

阶段二,为了分手,害怕威胁而忍受暴力。

A1:已经分手分了半年,相当于我妥协了半年多了,她需要什么方式我都答应她。我受了两天虐待都认了。

B1:我都是息事宁人,能忍就忍了。

第一阶段度过之后,受暴者不再期望对方主动改变或离开,到了第二阶段忍受的主要原因是受暴者遭受了威胁和控制,无法维权,选择了忍受施暴者的控制条件而期望达成分手。"我受了两天虐待都认了",显示出受暴者的习得性无助。事实上,第二阶段便具有较为明显的习得性无助的特征。

总之,异性伴侣暴力的特点,在同性伴侣暴力中不同程度地存在着,而且因其性倾向的独特性,在有些方面更鲜明。

5.1.3 对暴力的迷思

在对异性伴侣暴力的研究中,一些认识误区,或称迷思不断受到挑战,比如:受暴者自身也有过错,施暴者精神有问题、性格不好,等等。

本研究中的受暴者,都曾被施暴者指责,声称是受暴者的错导致了暴力。而同样,不乏受暴者强调"施暴者有病"。

A1:她完全是一个病人,神经病一样,不讲理。

B1:他心理上有毛病,是那种歇斯底里的,他那个人就是精神上有点那个什么……

B2 有洁癖、强迫症,比较"歇斯底里",家中的牙膏盖、柜子的抽屉、门等,他关完以后还要不断的关很多次,他经常拧牙膏盖把自己的手拧出泡来,甚至把牙膏盖扭烂了。他的家人也承认他的性格一直都很极端,比如他家以前开了一个工厂,结果工厂盈利不好,他就把工厂所有的玻璃都砸烂了。

精神、人格问题,不应该成为为施暴者开脱的理由。他们施暴的真正原因是想控制受暴者,而不是因为精神有问题。受暴者是不受谴责的,不应该给暴力任何借口。

与异性恋伴侣暴力相比,同性恋伴侣暴力的另一个迷思可能是:歧视同性恋的社会主流文化对于同性恋者压迫沉重,所以一些人受着这样的文化压迫,心情不好,才可能施暴。我们承认歧视的存在,但这仍然不可以成为替施暴行为开脱的理由。

5.1.4 同居关系类似"夫妻"

在我国大陆,同性恋者没有结婚的权利。所以 TA 们的伴侣关系发展到的最高形式就是同居在一起。而同居之前两个人是否有一定的了解,两个人是否真的合适生活在一起是一个问题。同性伴侣的同居关系与异性恋的婚姻关系存在着相似之处,分手时也就要面临几乎相同的问题。在同居期间,他/她们可能会共同承担房租、生活的各种开销、相互或者单方面的依赖等。A 的同居关系维持两年,B 的同居关系持续了五年。同居关系让伴侣之间产生更多的关联,可能使分手的过程变得比普通的恋爱关系更复杂。同性同居伴侣,相比异性恋人的关系,其实更接近于异性恋的"夫妻"关系,而分手则仿佛是要"离婚"一般了。

A2 本来有工作,但后来辞职了,与 A1 同居住在 A1 的房子里。所以 A2 对于 A1 有很大的依赖,如:

A1:感情上跟生活上,生活上不舒服时什么的,我告诉她吃什么药,应该怎么调理自己之类的,她不是很会照顾自己。

她可能一个人孤独感、恐惧感比较强,很难接受一个人生活。

她现在住我家,因为她没有工作,这边又没有亲人,我现在表示分手是坚决的,但是考虑她没有地方可以去,所以她愿意住多久都可以,但是关系完了。但这样她还不能接受。

她也在找工作,工作一般都提供住宿或者租房子,但是我现在不可能把她赶出去,我也做不出来。

可见,A2 在生活上、经济物质上、情感上都依赖于 A1,A2 的依赖性和 A1 的同情心为分手增加了不利因素。

D1 也因为曾经同居在 D2 家中增加了一些日后面对分手暴力的不利因素:在两人讨论分手的时候,D2 要求 D1 支付 5000 元作为分手的条件,包括四个月的房租 2000 元和精神补偿费 3000 元。因为有一段时间 D1 比较常住在 D2 家,曾经讨论分摊费用,估计了 D1 的经济状况最后决定可以仅支付部分水电费。而施暴者是明知受暴者没有能力支付四个月的房租且在之前的伴侣关系也是协商好不需要支付的,在此处提出此条件不过是抓住了受暴者经济能力不足的弱势来实施控制。

由此不难发现,双方互相了解不足便建立同居关系是不理智的做法。爱情固然有浪漫的成分存在,但是同居生活在一起的两个人还是需要一定的条件,性格上是否合适,双方是否有独立的经济基础和生活能力等。同居关系一旦建立后,一方对另一方的过分依赖对于双方的关系而言存在着不良影响。

将同性恋伴侣的分手暴力与异性恋相对比后发现,首先同性恋伴侣的分手暴力存在着异性恋伴侣暴力的所有形式,也具有许多相近的特点和迷思;而在没有婚姻作为法律保障背景下的同性恋者的同居关系对其而言却类似于婚姻,所以在分手暴力发生时,难以结束关系的原因中的重要因素便是其因为同居而产生的生活上、情感等方面的紧密联系。

5.2 同性恋伴侣分手暴力的独特性

同性恋伴侣分手暴力与异性恋相比,也存在着一些独特性。

5.2.1 向往"长久关系"的草率同居,为暴力埋下伏笔

同性恋原本是对主流的异性恋的一夫一妻婚姻模式的挑战,但许多同性恋者又被异性恋主流文化所收归,向往婚姻。

同性恋者在主流文化的歧视下,渴望通过自己去践行主流文化所期待的长久稳定的伴侣关系,从而证明自己作为同性恋跟异性恋是"相同的",并不是"性乱"的。期望长久稳定的关系是导致同性恋者容易非理性地开始同居生活的重要因素。B 案的同居关系便是建立在彼此不充分了解的基础上,这样的关系是幼稚的、危险的。

B1 和 B2 是通过网络结识的,两个人聊天后发现都是真心寻找伴侣的初衷,所以就见面继而同居了。

B1:我们是五年之前认识的,我是通过网络,相当于征友广告,他看到我的广告,就加了我聊天,聊天后发现两个人都不是那种玩玩、短期交往的那种初衷,然后就见面了,之后可能比较草率吧,就发生了关系,之后他就以"他是处男,发生了关系就要一直跟着我"为理由,一直跟着我。当时我比较欣赏他对感情比较认真的这种想法,我也是以这种目标找对象的。后来在一块了才发现,有很多东西是不能掌控的……现在的关系已经完全变味了。

可以看出关系 B 中的双方都向往长期稳定的关系,因为对于伴侣关系的价值观相同,所以就在缺乏了解的情况下建立了同居关系。

但事实上,在异性恋主流文化下,同性恋者间稳定的情感关系更难以维持,因为没有"婚姻"的"归宿"在等着他们,没有孩子来维系他们的关系,社会偏见与压力、对性倾向败露的恐惧,都使他们的关系将一直处于风雨飘摇之中。

总之,同性恋者面对着主流文化对于他/她们"性混乱"的道德污名,他/她们无意识或有意识地选择了顺从主流文化所提倡的"长久的"亲密关系模式,而在面对亲密关系不能长久稳定持续的时候,对于文化污名被落实的恐惧与反抗造成了对于本应该结束的关系的抗拒,分手暴力便出现了。

可见,异性恋主流文化正从不同的侧面,构建着对同性恋者的生存压力。

5.2.2 性倾向曝光的威胁

总体而言,我国同性恋者所面对的社会歧视问题已经有很大的改善,但是这个群体的生存环境依旧相对艰难。中国现阶段同性恋者的普遍生存状态是"自我认同"但是"不出柜",即对自己的性倾向有着良好认同,但是不愿意向周围的人透露自己的同性恋身份,尤其是不愿向父母"出柜"。同性恋者不"出柜",面临着主流社会的婚姻压力则主要有两种替代性的选择,一种是步入异性婚姻,另一种则是结成形式婚姻,这两种选择事实上都仍是躲在柜子里的手段与方式[20]。

另外,同性恋者在职场中也多是迫于歧视和个人发展的压力要隐瞒性倾向的。一项针对性少数群体在中国内地职场内生存环境的调查显示[20],在工作场合中完全公开自己性倾向的性少数群体非常少,仅占受访者的 6.29%;47.62% 的人选择完全不公开自己的性倾向或性别认同;还有 45.63% 的人选择向好友或部分同事公开。调查还显示,因为被怀疑是"变态者",过半受访者曾被老板、同事开玩笑侮辱、冒犯,超过三分之一的受访者经历了来自公司内其他同事的言论攻击。报告指出,不同性别、企业性质、所在地域、教育程度的 LGBT 人群所遭受的职场压力也呈现出显著差异。例如,相比外国企业和民营企业,性少数群体在国有企业环境中更少出柜、更担忧性取向对他们职业晋升的影响,也感受到更多的歧视与不友好。在国有企业中,尤其是像教师、公务员这样的工作,其文化环境相对保守与封闭,同性恋者面对着职业发展的压力和工作环境的歧视更加无法生活在阳光下。

排斥同性恋的社会环境,使得同性伴侣的分手暴力中,利用曝光性倾向来威胁和控制受暴者的行为非常有效。西方对于同性恋伴侣暴力研究中发现,也有 9% 到 60% 不等的受暴者曾被威胁出柜[21]。我国的同性恋分手暴力中同样存在此形式,本文的案例也有涉及,而 D1 没有受到被出柜的要挟,但被利用其性工作的身份进行威胁,这利用的同样是对弱势身份的曝光。所以此类均可以被看做是同样处于弱势的族群之间在主流文化下的自我相残。

A1:她说去我单位闹(公开性倾向),但是没有做,只是威胁我。

施暴者 A2 威胁说"去单位闹",这种精神暴力一直都是非常有效的。因为公开性倾向的确是受暴者非常害怕发生的,它也的确会带给受暴者更大的伤害。

B2:我住在单位上的房子,因此我毕竟处于非常不利的环境……

咨询师:分不了手还是因为您内心害怕这件事情暴露吧?怕同性恋的关系被周围同事知道,他是不是在这点上要挟您?

B2:对! 是这样的……

B1 所居住的房子在其工作单位的大院里,所以周围住的都是单位同事。正如他自己所说,这是非常不利的。两个男人住在一起可能还不会引起太多的关于对其关系的怀疑,但是如果两个人经常打闹,就很难不会让人怀疑了。

B1:反正我现在的处境非常的艰难,我非常痛苦,一直生活在这种阴霾之中,心情非常压抑。他到我们这儿生活已经差不多五年,经常在家里打打闹闹,声音还很大,在那里吵架,这儿的人也没有当面说破,但是也有一些(人用)异样的目光(看我们)。

对于受暴者而言,无论是否"被说破"还是用异样的眼光看他,都会给他带来极大的精神压力,因为他无法知道同事们到底如何想的,会不会去告诉其他人等等,这些不可控的威胁因素都令 B1 非常痛苦。

C1 同样存在着担心 C2 找到单位去公开其同性恋身份的压力,因为这会将他的前程毁掉。C1 称其单位里有同事因为第三者找到单位而被贬到外地子公司;还有同事因为购买性服务,被警察抓到,就地免职,所以 C1 非常害怕。

B1:在车站外面就打了,当时有警察来,他跟人家说我们俩是夫妻。人家好想听到这些就觉得"可笑"、"精神病",后来我说让警察多逗留一会儿,我把现场情况解释一下,他当时说他走了,说我纠缠着他,这根本就是非常可笑的!

值得注意的是,施暴者 B2 对警察说其二人是"夫妻",这是对社会常规的话语的打破,话语代表着一定的规则和规范,在这里即是异性恋才能作夫妻的社会规则。所以警察面对着该话语体系的打破便无可是从。施暴者成功地把焦点从暴力转移到了性倾向上,更加使警察不知所措。而且这是另一种形式的"强行出柜,被迫出柜",这本身已是精神暴力。B1 由于分手暴力遭受着更多的压力,施暴者反而没有,这与施暴者 B2 本身生活圈子孤立有关,没有周围同事等社会压力的存在。受暴者身处于工作环境的监视下,所以能够感受到更多的社会压力。除了单位,向家人曝光其性倾向也可能是威胁到受暴者的重要

原因之一。

5.2.3 对难以建立新亲密关系的恐惧加重了暴力

A1:她暂时不大可能找到其他女朋友,真的很难,如果异性会简单,找一个同性难度大得多。

正如 A1 所说,同性恋者想要短时间内找到一个伴侣比异性恋要难很多。社会主流文化对于同性恋群体的歧视是主要原因。同性恋者多数是在网络上,如同性恋的论坛、QQ 群里寻找伴侣。现实生活中缺乏让同性恋者结识相同性取向的人的文化环境与空间。所以面对原本较稳定的关系的丧失,他们会更加恐惧,不愿意放弃,因为看不到下一段感情在哪里。

同性恋找到伴侣本来就比较困难,加之施暴者对关系的依赖感强,除了当前关系之外缺少替代性选择,所以分手对其造成了更大的丧失和无助。

A1:她自理能力没问题,只是害怕独处、恐惧、胆小。

她生活上不舒服时什么的,我告诉她吃什么药,应该怎么调理自己之类的。她不是很会照顾自己。

她其实心里明白我不爱她,她好像抓住生命中的救命稻草一样。

对于性格上依赖性比较强,又缺乏经济能力的人来说,伴侣的精神和物质支持对于 TA 们的生活是非常重要的。对于远离家乡,追求感情生活的的同性恋者来讲,面对社会文化环境对于其再次找到伴侣的支持系统的缺乏,分手后将独自孤独面对的生活、充满歧视的社会环境和家人与朋友的不友好等各种压力,他们更没有勇气忍受因为分手带来的丧失与被剥夺。当然,我们要强调的是,这仍然不可以成为原谅暴力行为的借口。

5.2.4 应对暴力的支持系统欠缺

异性恋伴侣间发生暴力,整个社会文化、法律、舆论总体上都会支持受暴者。同性恋者受到分手暴力,则缺少支持系统。社会层面的反家暴机构虽然不少,但他们对于同性恋的接纳和了解程度还非常欠缺,甚至是歧视同性恋的,同性恋受暴者难以纳入他们的支持范畴;同性恋组织自身在现阶段则缺乏有关伴侣暴力的概念和相关处理技能;受暴者的原生家庭不知道或不支持其性倾向,TA 们如果没有出柜,甚至无法向朋友求助。所以同性恋者面对分手暴力时,国家层面不认可 TA 们的关系,社会层面对于性倾向存在歧视,TA 们无法利用异性恋者可以利用的支持系统,而且每一个系统都可能成为毁灭 TA 们的力量。

受暴者最常见的支持系统也是朋友,特别是向同性恋社群中的人寻求意见和帮助,因为这是最安全的。然而该支持系统的效果不佳。

A1:我朋友说,"其实一早就应该这样,你太软弱,才导致她(A2)发疯。"

上面受暴者 A1 的朋友对于其"太软弱"的指责可以说是谴责受害者的表现,可能使受暴者更受伤。受暴者面对分手暴力的种种威胁与控制,所遭受的心理压力是无法想象的。

A1:她去了江西的同学那里,住了半个月,回来之后还是没有办法。试过了,能求助的朋友,我觉得能够帮助她的,我基本上都说了,也都劝过他,她就是听不进去,无法接受。她听不进去,信任的人也不行,圈内圈外。

受暴者求助其朋友帮忙劝说施暴者停止暴力和平分手是最常见的求助方法。但是朋友一般没有分手暴力的基本认识和应对策略,所谓劝说也是隔靴搔痒,对于受暴者不会有实质的帮助。

B 案例中的受暴者试图向警察求助,但是目前我国针对异性恋伴侣暴力,由于缺乏法律依据和专业知识,警察都不知道如何介入,对于同性恋伴侣暴力来说法律的支持系统更是不存在的。求助结果就像 B 案例下面所说的:

B1:我到派出所去报案,人家就像看笑话一样……

白丝带热线的咨询师还试图联系 B1 当地的同性恋组织,转介给 TA 们,希望能够对其有所帮助,但是后来据反馈,该同性恋组织对这件事也是无可奈何。这并不奇怪,因为同性恋组织如果没有专业的暴力处理的知识背景和可利用资源,面对暴力他们能做的是非常少的。

受暴者 A1 最终走出暴力环境,得益于借助一个特殊的支持系统,即其形式婚姻。

A1:我形婚有五六年了,比较成功。

我现在底气足了,我不怕她去单位闹,我是有形婚的。她要闹,我就把我老公搬出来,我看看相信我的人多,还是相信她的人多,她再闹,我就报警,让你家人领她走。就因为想好这些东西,我不再受她要挟和威逼了。

A1 与其形式上的丈夫不在一个城市居住,这样既可以保护彼此的同性恋身份,又不影响彼此生活。A1 形式婚姻已近六年,拥有法律和舆论的保护。但能够借用这样的支持系统的同性恋者非常少。

另一方面,如果能够帮助面临分手恐惧的施暴者找到走出恐惧的支持系统,也有助于消解分手暴力。但是,这样的系统同样欠缺。

A1:我劝过她回家,她很不想,家里催的紧,结婚压力大,村里人都问她,她很烦,她不愿意回去。亲人不了解。

"回老家"被作为"出路"的一个选项提了出来,这可能被认为是转移情感丧失的一种出路。但是,同性恋可能面对的家庭的逼婚压力,使得"回老家"这一出路也变得很难。这也是和异性恋伴侣分手的重要不同点之一。

总之,同性恋伴侣的分手暴力对比与异性恋所存在的特殊性,归根到底是由于同性恋者所受的歧视决定的。

5.3 "被逼暴力"——暴力的流动性

本小节试图利用 A 案例来讨论一下暴力角色的流动性。该流动性指的是施暴者和受暴者的角色不是固定不变的,并且暴力之间是相互影响的。最初的受暴者会"被逼"建构成为后来的施暴者。我们看一下 A 案例中来电者 A1 的一些描述:

A1:她说我可以打她,就逼我到了那个程度。我就一巴掌过去了,然后她才静下来。(她)无所谓,她接受我打她,还是不要跟我分开。

A2 对 A1 说,可以打自己。而 A2 逼 A1 打自己本身也是一种精神暴力。施暴者对被打的无所谓是因为"被打"不是目的,只是实施控制的手段。这里肢体暴力的承受者虽然是 A1,但是精神暴力的承受者是 A1,A1 通过遭受肢体暴力达到了控制对方目的。这里的暴力已经不是单向的,而是互动的,多重的,流动的。

我们继续看下面的例子:

A1:她再逼我的话,我再动手,那是我自己也不能接受的事情。……刚才(她)把我逼得想把拳头打在枕头上,结果她凑过来,就打到了她脸上。

A1 因为自己之前被逼对 A2 实施了肢体暴力,感到非常自责。这正是 A2 的目的,她如愿以偿。A2 发现这样可以达到自

己的控制目的,所以变本加厉地使用这一手段,自己凑上去挨打便是典型的表现。我们必须首先了解到逼人施暴行为的本质,这是精神暴力的一种表现形式。

留在暴力关系中的 A1 反抗暴力控制的时候也被提供了用暴力来处理的可能性,最重要的是奏效了,吵闹的 A2 安静下来了,所以 A1 习得了一种能够让自己暂时摆脱暴力的方法,A1 也多次强调"吓吓她",如:

我不想打她,因为那样我也很痛苦,我摔了几个杯子,我想吓吓她。我只想离开那里,我摔了东西她就直接坐在门口,任我摔。我说了很多,她还是不愿意放我走。我用自己的手砸桌子,她过来按住我,我知道有效果了,我继续演。她后来放我走了。

我又不愿意做任何伤害她的事情,我只能伤害我自己,我把手打到地上、桌子上,我真的不想伤害她,我想把她吓住,她才让我离开。

上述的过程,可以看出 A1 的"被逼暴力"是如何被建构而成的:A1 不愿意对 A2 暴力而只能对自己暴力,因为她对 A2 暴力会造成自己非常大的自责感。当她发现对自虐能够同样引起 A2 的害怕并达到自己目的时,她便要"继续演",对自己暴力不仅不会造成自责的痛苦还能够达到控制对方的目的,但实际上,A1 打自己也是对 A2 的精神暴力。在这个过程中,A1 与 A2 之间的精神暴力是相互的和流动的,虽然方式方法不同,但是本质上都是控制对方从而达到自己的目的。所以 A1 被建构的"自我施暴"的方法,也是利用该种精神暴力来控制 A2。确切地说,A1 是从本来的施暴者身上习得了"自我施暴"这一精神暴力的控制方法。

对于施暴者和受暴者的角色,简单的二元划分已经无法满足分析权力关系所主导的暴力的需要,A 的案例非常鲜活地展示了暴力角色的流动性和暴力之间相互影响与作用。"被逼暴力"是暴力的结果,又是暴力的新形式,对此的分析有助于清楚地了解暴力的多元建构过程。

5.4 同性恋运动与同性伴侣分手暴力

2013 年,同性恋社群内部一例分手暴力事件曝光,即本研究中的 D 个案。该事件的施暴人和受暴人都是性多元人群维权运动中的活跃领导者。该暴力事件是直到 D2 将长达近一年半的分手暴力以长微博的形式公布之后,真相才逐步显露出来。

该封公开信非常详实地描述了 D2 本人所遭受的种种侵犯人权的行为。可见,同性恋运动领袖自己在面对分手暴力的时候,至少可以认识到暴力是侵犯其人权的行为,可以通过网络公开求助,并通过深入的分析来获得大家的支持与帮助。

在 D2 那封网络分手暴力的公开信发布之前,施暴者 D1 最初在国外某同性恋中心实习其间与 D2 发生过冲突,实习单位已经通过邮件对 D1 提出了强烈批评,并直接提出她不适合担任同性恋组织的领导人,但北京的同性恋组织没有对此事件进行调查,所以 D1 仍继续参与同性恋组织的活动。从这里我们可以看出目前国内的同性恋组织对于暴力的认识不足,没有建立起对暴力零容忍的态度,这是非常需要思考和改变的。

2012 年底,D1 威胁 D2,如果不见面"讨论",便会:(1)举报 D2 的情人非法工作;(2)向警察举报 D2 做性工作;(3)在 LGBT 社群公开 D2 做性工作的事;(4)联系 D1 在上海从事表演工作的合作伙伴,让合作伙伴取消表演。

我们可以看出,以上的威胁与控制手段每一条针对的都是 D2 本身的弱势族群身份,D1 本人作为性多元群体维权领袖,却利用 D2 弱势族群的身份作为控制条件施以暴力控制,她可以说是完全漠视了 LGBT 运动的核心理念,违背了反性别暴力运动的理念。

2013 年 1 月,D1 限制 D2 参与社群活动,对其实施行为控制,给 D2 造成了巨大的伤害。

D1 在回应 D2 的长微博时,解释说自己是不得已而为之。此时施暴者自我打扮成了受害者。

此次分手暴力事件因为涉及同性恋组织的领导人,所以组织本身对此事是有调查和处理义务的,暴力行径在人权组织内是不能容忍也不应该被容忍的。对于反暴力的人权组织而言,倡导并践行对暴力零容忍的立场是必须的。

在 B 案例中,白丝带热线帮助受暴者联系当地的同性恋组织求助,该组织无计可施。B 和 D 案例都曝露出,目前我国的同性恋组织对外提供反暴力支持的能力,社群内部工作人员本身的反暴力知识和经验都是不足的。

毋容置疑,同性恋维权组织对暴力的态度要更加有原则,因为同性恋组织本身倡导的便是对人权的保护,所谓人权不仅仅是要保护性多元人群在性倾向上拥有平等的权利,也包括在越来越凸显出来的伴侣关系中的暴力方面的维权。

同性恋组织应该尽快学习反同性伴侣暴力的专业知识,对同性恋群体面对类似分手暴力的情况提供一些力所能及的帮助。北京同性恋组织最后认真有效地处理了 D2 的暴力行为,总体来说,算是一个圆满的结局。该事件对同性恋组织和我国反暴力组织都留下了宝贵的经验。

6 总结与讨论

6.1 总结

本研究开创性地利用同性恋者分手暴力中受暴者的自述资料对分手暴力进行质性研究。研究将同性恋分手暴力与异性恋伴侣暴力进行对比分析,注意到其在形式与特点方面更多的相同之处;也注意到同性恋受暴者的容忍背后,还有其对性倾向曝光的担心;同性恋者类似异性恋婚姻的同居关系使双方产生更多生活、情感上的密切关联,这状态更像异性恋者的"离婚"而不是"失恋",从而在分手暴力发生的时候更加难以轻松应对。

社会对同性恋的污名化,给同性恋者面对分手暴力时增加了更大的心理压力。同性伴侣暴力的形式,较异性恋伴侣暴力,增加了极有杀伤力的"被出柜"的威胁;受暴者会因寻找同性伴侣远比异性恋找伴侣更困难而不愿放弃现存的伴侣关系;政府、社会、社区、族群、家庭对同性伴侣暴力的支持系统都几乎为零;同性恋者在异性恋一夫一妻婚姻图像影响下,急于开始"稳定关系",也在一定程度上为分手暴力埋下伏笔。

研究发现了"被逼暴力"中暴力双方的角色流动,这在伴侣暴力的研究中具有新意,一定程度上打破了关于施暴者角色单向的、固定的思维模式。

对同性恋运动社群内部发生的分手暴力事件的分析,揭示出我国同性恋运动社群内部成员对于暴力认识的不足和处理暴力经验和专业性的缺乏。

6.2 讨论

中国大陆的同性恋维权运动在上世纪九十年代末发芽,十多年来已经有了非常大的成果:各地同性恋组织纷纷成立,争

取同性恋权利的民间行动活跃。但与西方大部份国家相比,对同性恋的接受程度还有很大差距,这使得同性伴侣暴力更容易被忽视,受暴者也更难以维权。

在未来的反家暴法中,同性伴侣的暴力应该被纳入其中。在异性恋霸权的社会环境下,同性恋组织要坚定地发出自己的声音,不仅让这个群体本身被看见,还要让同性伴侣暴力被看见。同性恋组织作为维权机构更有责任去倡导反暴力,包括同性恋这个弱势群体内部的暴力。

同时,同性恋应该培养为同性恋社群提供服务的专业人才,培养自己社群内部的伴侣暴力咨询师。

此外,本研究也提示我们,伴侣暴力的预防与处置要破除两个迷思:一是要超越生理性别的二元划分,破除受害者都是女性,施暴者都是男性的迷思;二是对于暴力关系的分析要用流动的视角来观察,破除施暴者与受暴者二元对立的迷思,注意到权力关系与暴力关系的流动性。这两个迷思,无疑会对未来的反对性别暴力研究开拓新的思考。

作为一项小型质性研究,本研究必然存在很多不足,这是未来需要改进的。

参 考 文 献

[1] Centers for Disease Control. Prevention (CDC). (2008). Nutrition for Everyone: Polyunsaturated Fats and Monounsaturated Fats, 2009.

[2] 我国首份女同性恋“家暴”调查报告出炉——女同性恋“家暴”问题不容忽视. 法制周末. 取自:http://www. legaldaily. com. cn/index_article/content/2010 - 01/07/content_2018533. htm? node = 5955. 2010. 01. 07.

[3] 方刚. 论性别暴力内涵的新扩展. 山东女子学院学报,2014(5):9 - 13.

[4] 莎伦·布雷姆. 亲密关系. 郭辉,肖斌,等译. 北京:人民邮电出版社,2007:254,261 - 262,274,263,267.

[5] Falbo T, Peplau LA. Power strategies in intimate relationships. Journal of Personality and Social Psychology, 1980, 38(4):618.

[6] Sagrestano LM. Power strategies in interpersonal relationships the effects of expertise and gender. Psychology of Women Quarterly, 1992,16(4):481 - 495.

[7] 李洪涛. 中国大陆家庭暴力受害人服务与施暴人防治现状——以中国法学会反对家庭暴力网络实践为例. 家庭暴力与性侵害防治实务工作研讨会,2009:1 - 20.

[8] 荣维毅,宋美娅. 反对针对妇女的家庭暴力:中国的理论与实践. 北京:中国社会科学出版社,2002.

[9] 方林莉. 大学生失恋诱发的犯罪危机及其对策分析. 西昌学院学报(社会科学版),2013(9):119 - 122.

[10] 沈菊生,曹资立. 对一例失恋自杀危机干预的探讨. 企业家天地(理论版),2011(4):178 - 179.

[11] 朱鹏武. 大学生失恋者侵犯行为的危害和对策. 硅谷,2008(8):142 - 143.

[12] 香港女同盟会,香港十分一会,姊姊同志,香港彩虹,同性伴侣家庭暴力研究问卷调查,2007.

[13] 女青年会,青少年处理恋爱分手调查. 2011.

[14] 曾玮琍. 大学生共依附特质与恋爱分手因应策略之相关研究. 淡江大学教育心理与谘商研究所硕士班学位论文. 2008:1 - 99.

[15] 台湾现代妇女基金会. 爱你爱到杀死你! 恋爱暴力与情杀新闻事件调查. 1997.

[16] Mira Alexis, Cristina. Positioning theory as a discursive approach to understanding same - sex intimate violence. Asian Journal of Social Psychology, 2010(4):247 - 259.

[17] Betsi Little PhD & Dheryl TerranDe PhDPerDeptions of DomestiD ViolenDe in Lesbian Relationships: Stereotypes and Gender Role ExpeDtations, Journal of Homosexuality, 2010(3):429 - 440.

[18] Baker NL, BuiDk JD, Kim SR, et al. Lessons from examining same - sex intimate partner violenDe. Sex roles, 2013,69(3 - 4), 182 - 192.

[19] 方刚,林爽,编著. 白丝带反对性别暴力男性公益热线志愿者手册. 中国白丝带志愿者网络出版,2013(4):4 - 6.

[20] 王晴锋. 认同而不“出柜”——同性恋者生存现状的调查研究. 中国农业大学学报:社会科学版,2012,28(4):142 - 153.

[21] Lie GY, Gentlewarrier S. Intimate violence in lesbian relationships: Discussion of survey findings and practice implications. Journal of Social Service Research,1991,15(1 - 2):41 - 59.

(收稿日期:2015 - 01 - 26)

· 性社会学 ·

DOI:10.3969/j. issn. 1672 - 1993. 2015. 10. 035

北京市流动人口性生活状况调查及影响因素分析

纪红蕾[1] 李玉艳[1] 韩颖[2] 于传宁[1] 赵瑞[1] 孙亚坤[2] 周颖[1] 李亦然[1] 武俊青[1△]

1 上海市计划生育科学研究所/国家人口计生委计划生育药具重点实验室,上海 200237

2 北京市东城区卫生和计划生育委员会,北京 100009

【摘 要】 目的:调查北京市已婚和未婚有性生活的流动人口性生活频率和性相关话题交流情况,并

【基金项目】国家十二五科技支撑计划(2012BAI32B08)。

【第一作者简介】纪红蕾(1984 -),女,研究实习员、硕士,主要从事性与生殖、流行病学、妇幼保健等有关研究。

△【通讯作者】武俊青,E - mail:wujq1688@163. com

分析其影响因素。**方法**:2013 年 9 至 11 月在北京市流动人口集中的区域内选择工厂、建筑工地、服务娱乐场所和外企各 4 个,纳入场所内全部符合条件的流动人口,并进行面对面问卷调查。**结果**:共分析 2077 名研究对象。60.67% 的研究对象与性伴交流性相关问题情况一般。14.5% 的研究对象感到性压抑或性郁闷。流动人口平均每月的性生活次数为 4 次。多因素 Logistic 回归模型结果表明,男性 20 ~ 29 岁年龄段和家庭收入较高的流动人口性生活频率更高;女性和居住在集体宿舍的流动人口更少与配偶/性伴交流性相关话题。**结论**:流动人口性生活频率偏低,与性伴交流不足。加强流动人口性教育,提高其收入水平,改善居住条件,对促进流动人口性生活的和谐意义重大。

【关键词】 流动人口;性生活频率;性交流

Sexual life status and influencing factors of migrant population in Beijing

JI Honglei[1], *LI Yuyan*[1], *HAN Ying*[2], *YU Chuanning*[1], *ZHAO Rui*[1], *SUN Yakun*[2], *ZHOU ying*[1], *LI Yiran*[1], *WU Junqing*[1△]. *1. Shanghai Institute of Planned Parenthood Research/NPFPC Key Laboratory of Contraceptives and Devices, Shanghai 200237, China; 2. Health and Family Planning Commission of Dongcheng District of Beijing, Beijing 100009, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To investigate the frequency of sex life and communication with partners about sex – related topics among migrant population in Beijing both married and unmarried but having sex experiences and to analyze the influencing factors. **Methods**: From Sep. to Nov. 2013, we chose 4 factories, 4 construction sites, 4 entertainment sites and 4 foreign companies which gathered lots of migrant population in Beijing. All the employees in the workplaces that met the inclusion criteria were selected. Face – to – face questionnaire survey was done for each subject by uniformly trained investigators. **Results**: 2077 subjects were analyzed. 60.67% of the subjects didn't communicate much with their partners about sex related topics. 14.5% of the subjects felt sexually repressed or depressed. The average frequency of sex life among migrant population was 4 times monthly. Multivariate logistic regression models showed that male migrant population who were 20 – 29 years old with higher household income had higher sex frequency; female migrant population who lived in the dormitory communicated less with their partners about sex related topics. **Conclusion**: The frequency of sex life among migrant population is low and sex communication with partners is inadequate. Strengthening the sex education, raising the income levels and improving the living conditions of migrant population are significant to promote harmonious sexual life.

【**Key words**】 **Migrant population; Frequency of sex life; Communication on sex – related topics**

【中图分类号】 C913.13 【文献标志码】 A

第六次全国人口普查结果显示,我国流动人口规模已经达到 2.21 亿人。随着经济的快速发展和城市化进程的持续进行,我国流动人口呈现出规模持续快速增长、长期稳定地居住在非户籍地等特点[1]。流动人口的性与生殖健康问题一直得到学者们的关注,近年来多侧重于生殖道感染的认知和预防[2,3]、避孕方法的认知和知情选择[4]、生殖健康服务需求[5,6]等问题。少数研究涉及流动人口性观念和性行为特点[7]、已婚流动人口的性生活满意度[8]、性生活质量[9,10]、性生活频率[11]等。随着当今社会性文化的开放、人们性观念的宽容,流动人口性生活状况不仅关系到个人家庭的幸福,而且可能影响到整个社会的稳定。因此,本研究通过调查北京市已婚及未婚有性生活流动人口的性生活状况,并分析其性生活频率和性相关话题交流情况的影响因素,为满足流动人口的性需求及提高性生活质量提供建议。

1 对象与方法

1.1 研究对象

本研究为横断面设计。采用整群抽样的方法选择研究对象,于 2013 年 9 至 11 月在北京市流动人口集中的区选择工厂、建筑工地、服务娱乐场所和外企各 4 个,纳入场所内全部符合条件的流动人口,共纳入 2099 名研究对象。

1.2 纳入标准

研究现场的纳入标准为:(1)流动人口管理部门高度重视和支持;(2)计划生育部门领导重视和支持;(3)流动人口高度集中的工作场所;(4)有足够数量、相对稳定的流动人口;(5)愿意参加本课题。流动人口的纳入标准:(1)人户分离;(2)在所选地区居住满 3 个月;(3)年龄 18 ~ 49 周岁;(4)自愿参加本课题。

1.3 调查方法

采用自编问卷,由统一培训过的调查员对调查对象进行面对面问卷调查。调查内容包括一般人口学特征、与配偶是否居住在一起、性生活频率以及与性伴交流情况等。

1.4 数据整理与分析

调查问卷由课题组成员进行统一审核并编码。应用 Epidata3.1 软件建立数据库,由双人双遍录入,采用 SAS9.2 软件包进行统计分析。

2 结果

2.1 调查对象社会人口学特征

本研究共纳入符合标准的流动人口 2099 名,其中已婚和未婚有性生活的对象 2077 人,本文对已婚和未婚有性生活对象进行了分析。其中,以女性(62.69%)、已婚(89.84%)和农村户口(69.43%)为主,见表 1。

表 1 调查对象社会人口学特征(n=2077)

	n	%
性别		
男	775	37.31
女	1302	62.69
年龄(岁)		
<20	31	1.49
20~29	644	31.01
30~39	761	36.64
40~49	641	30.86
婚姻状况		
已婚	1866	89.84
未婚,有性生活	211	10.16
最高学历		
小学及以下	150	7.22
初中	776	37.36
高中/技校	632	30.43
大专	264	12.71
本科及以上	255	12.28
去年家庭平均月收入(元)		
<1000	70	3.37
1000~2999	450	21.67
3000~4999	851	40.97
5000~6999	436	20.99
≥7000	270	13.00
户口性质		
农村户口	1442	69.43
城镇户口	635	30.57
平均每年在非户籍地居住的月数(月)		
<5	123	5.92
5-9	169	8.14
≥10	1785	85.94
来现居住地原因		
劳务	1735	83.53
婚嫁	239	11.51
其他	103	4.96
在现居住地的居住方式		
集体宿舍	621	29.90
自己租房	622	29.95
与家人一起租房	558	26.87
自购房	165	7.94
其他	111	5.34

2.2 流动人口性生活现状

已婚和未婚有性生活的研究对象中,68.90%的流动人口与配偶/性伴居住在一起。见表 2。大部分研究对象(60.67%)与配偶/性伴交流性相关问题情况一般。调查对象中,14.5%的研究对象感到性压抑或性郁闷。在与配偶/性伴居住在一起的研究对象中,有 1406 人填写了平均每月的性生活频率,其平均每月的性生活次数为 4 次(P_{25}=3,P_{75}=6)。见表 2。从年龄段的分布看,处于 20~39 岁的研究对象性生活频率略高于其他两组。见表 3。

表 2 流动人口性生活状况描述

	N	%
与配偶/性伴生活在一起		
是	1431	68.90
否	646	31.10
与配偶/性伴交流性相关问题		
很少	404	19.69
一般	1245	60.67
经常	403	19.64
是否感到性压抑/性郁闷		
是	301	14.50
否	1778	85.50

表 3 流动人口性生活频率不同年龄段分布

年龄	P_{25}	Median	P_{75}
<20	2	2	5
20~29	3	4	8
30~39	3	4	6
40~49	2	3	5

2.3 流动人口性生活状况影响因素分析

2.3.1 流动人口性生活频率影响因素统计学分析 将流动人口性生活频率按中位数分为两组(<4 次/月,≥4 次/月),并作为因变量,社会人口学特征作为自变量,进行χ^2 检验并拟合二分类 Logistic 回归模型。单因素分析显示,不同性别、年龄、学历和收入的流动人口的性生活频率差异有统计学意义。Logistic 回归模型结果表明,男性 20~29 岁年龄段和家庭人均月收入在 5000~7000 元的流动人口的性生活频率更高。见表 4。

表 4 流动人口性生活频率影响因素统计学分析

	0~4 次		≥4 次		χ^2	P	OR*(95% CI)
	n	%	n	%			
性别					12.32	0.0004	
男	117	31.20	258	68.80			1.00
女	428	41.51	603	58.49			0.63(0.48~0.84)

续表

	0~4 次		≥4 次		χ^2	P	OR*（95% CI）
	n	%	n	%			
年龄(岁)					50.54	<0.0001	
<20	6	66.77	3	33.33			1.00
20~29	115	30.59	261	69.41			4.83（1.14~20.48）
30~39	188	33.51	373	66.49			4.02（0.95~17.04）
40~49	236	51.30	224	48.70			2.07（0.49~8.78）
婚姻状况					0.05	0.827	
已婚	517	38.70	819	61.30			1.00
未婚,有性生活	28	40.00	42	60.00			0.65（0.38~1.13）
最高学历					18.04	0.001	
小学及以下	61	54.95	50	45.05			1.00
初中	195	39.63	297	60.37			1.45（0.94~2.23）
高中/技校	169	38.58	269	61.42			1.34（0.85~2.10）
大专	58	31.52	126	68.48			1.55（0.88~2.72）
本科及以上	62	34.25	119	65.75			1.44（0.80~2.60）
去年家庭平均月收入(元)					21.72	0.0002	
<1000	24	54.55	20	45.45			1.00
1000~2999	125	44.01	159	55.99			1.37（0.71~2.65）
3000~4999	237	41.43	335	58.57			1.38（0.73~2.63）
5000~6999	92	30.07	214	69.93			2.26（1.16~4.42）
≥7000	67	33.50	133	66.50			1.83（0.90~3.70）
户口性质					0.02	0.891	
农村户口	364	38.89	572	61.11			1.00
城镇户口	181	38.51	289	61.49			0.93（0.70~1.25）
平均每年在非户籍地居住的月数(月)					1.38	0.502	
<5	11	29.73	26	70.27			1.00
5~9	24	40.68	35	59.32			0.80（0.32~1.99）
≥10	510	38.93	800	61.07			0.78（0.37~1.63）
来现居住地原因					1.18	0.555	
劳务	429	38.07	698	61.93			1.00
婚嫁	89	41.78	124	58.22			1.07（0.77~1.49）
其他	27	40.91	39	59.09			0.94（0.55~1.60）
在现居住地的居住方式					1.38	0.847	
集体宿舍	68	39.77	103	60.23			1.00
自己租房	182	36.99	310	63.01			1.16（0.79~1.71）
与家人一起租房	206	40.08	308	59.92			1.08（0.73~1.60）
自购房	58	37.66	96	62.34			1.02（0.61~1.68）
其他	31	41.33	44	58.67			0.98（0.55~1.76）

注:OR 大于 1 为性生活次数多

2.3.2 流动人口性相关问题交流情况影响因素统计学分析 将流动人口性相关问题交流情况作为因变量,社会人口学特征作为自变量,进行 χ^2 检验,并拟合有序多分类 Logistic 回归模型。单因素分析表明,不同性别、年龄、婚姻状况、学历、收入和平均每年在非户籍地月数在性相关问题的交流程度上均显示差异有统计学意义。Logistic 回归模型结果显示,女性和居住在集体宿舍的流动人口更少与配偶/性伴交流性相关问题。见表 5。

表 5 流动人口性相关问题的交流情况影响因素统计学分析

	较少	一般	较多	χ^2	P	OR * (95% CI)
性别				8.30	0.016	
男	142(18.59)	447(58.51)	175(22.91)			1.00
女	262(20.34)	798(61.96)	228(17.70)			0.72(0.58~0.88)
年龄(岁)				49.20	<0.0001	
<20	7(25.00)	14(50.00)	7(25.00)			1.00
20~29	101(16.01)	386(61.17)	144(22.82)			0.96(0.44~2.08)
30~39	116(15.32)	493(65.13)	148(19.55)			0.87(0.40~1.92)
40~49	180(28.30)	352(55.35)	104(16.35)			0.58(0.26~1.27)
婚姻状况				10.73	0.005	
已婚	359(19.45)	1140(61.76)	347(18.80)			1.00
未婚/有性生活	45(21.84)	105(50.97)	56(27.18)			0.97(0.71~1.34)
最高学历				43.09	<0.0001	
小学及以下	36(24.00)	85(56.67)	29(19.33)			1.00
初中	193(25.20)	448(58.49)	125(16.32)			0.74(0.52~1.05)
高中/技校	104(16.61)	405(64.70)	117(18.69)			0.98(0.68~1.42)
大专	34(13.13)	154(59.46)	71(27.41)			1.31(0.84~2.03)
本科及以上	37(14.74)	153(60.96)	61(24.30)			1.10(0.69~1.76)
去年家庭平均月收入(元)				24.69	0.002	
<1000	15(21.74)	42(60.87)	12(17.39)			1.00
1000~2999	114(25.62)	268(60.22)	63(14.16)			0.73(0.44~1.22)
3000~4999	158(18.81)	515(61.31)	167(19.88)			1.01(0.69~1.76)
5000~6999	77(17.91)	260(60.47)	93(21.63)			1.05(0.63~1.75)
≥7000	40(14.93)	160(59.70)	68(25.37)			1.18(0.69~2.04)
户口性质				3.66	0.160	
农村户口	284(19.93)	877(61.54)	264(18.53)			1.00
城镇户口	120(19.14)	368(58.69)	139(22.17)			0.93(0.74~1.16)
平均每年在非户籍地居住的月数(月)				9.89	0.042	
<5	31(25.83)	57(47.50)	32(26.67)			1.00
5~9	30(18.40)	98(60.12)	35(21.47)			1.17(0.74~1.88)
≥10	343(19.39)	1090(61.62)	336(18.99)			0.92(0.63~1.36)
来现居住地原因				1.11	0.893	
劳务	341(19.94)	1031(60.29)	338(19.77)			1.00
婚嫁	46(19.25)	147(61.51)	46(19.25)			1.04(0.78~1.39)
其他	17(16.50)	67(65.05)	19(18.45)			0.97(0.65~1.45)
在现居住地的居住方式				15.19	0.056	
集体宿舍	140(23.18)	352(58.28)	112(18.54)			1.00
自己租房	123(19.94)	364(59.00)	130(21.07)			1.36(1.07~1.74)
与家人一起租房	100(17.92)	361(64.70)	97(17.38)			1.40(1.08~1.82)
自购房	27(16.46)	98(59.76)	39(23.78)			1.48(1.00~2.18)
其他	14(12.84)	70(64.22)	25(22.94)			1.66(1.09~2.53)

注:OR * (95% CI)为多因素分析结果,将所有变量纳入 logistic 回归模型,自变量有序多分类,OR 大于 1 为交流较多

3 讨论

2013 年,北京市外来常住人口数量达到 802.7 万,以青壮年劳动年龄人口为主,20~44 岁人口占全部流动人口 2/3,远高于户籍人口[12]。同时,大部分流动人口处于性活跃期,随着社会文明的发展和外来文化的渗透,受中国文化影响的传统性观念受到挑战。由于地域变迁,流动人口的生活环境和交往人群都发生了变化,导致流动人口性观念呈多元化[7]。流动人口性生活状态不仅关乎个人生殖健康,而且可能导致商业性行为和强迫性行为的增多,从而可能影响社会稳定。本研究共调查了 2077 名已婚和未婚有性生活的流动人口,其中 31.10% 的研究对象没有与配偶/性伴生活在一起,而 14.50% 的流动人口感到性压抑或者性郁闷,为流动人口的家庭和睦乃至社会稳定埋下隐患。

本研究调查显示流动人口平均每月的性生活次数为 4 次。与周建芳等[11]和安茂伟等[13]的报告结果类似。周建芳等[11]的调查表明已婚育龄流动人口月均性生活为 4.48 次;安茂伟等[13]报告日照户籍已婚育龄妇女月均性生活频率为 4.87 次。但低于陆卫群等[14]报告的贵州省少数民族性生活频率月均 8 次和杨慎敏等[15]调查的苏州地区性生活频率 6.99 次。2011 年,由 2060 名中国人参与的网络调查[16]显示,69% 的 18~24 岁、76% 的 25~34 岁和 64% 的 35~49 岁研究对象的月均性生活频率为 8 次以上。可见,流动人口的性生活频率略低于普通人群。

多因素分析显示,男性、20~29 岁年龄段和家庭人均月收入较高的流动人口性生活频率更高。受生理需求不同以及中国传统性文化影响,男性的性生活频率高于女性也是情理之中。随着年龄的增长,生殖激素水平低下,身体机能下降,从而导致对性生活的需求下降,性生活频率也降低。收入水平也是性生活频率的影响因素,与陈婷婷等[9]的研究结论一致。正如"需要层次论"所指出的那样,只有物质条件达到一定程度,人们才有精力去追求性生活的满足。

本研究表明,大部分流动人口与性伴交流性相关问题情况一般,较少和较多的比例类似,仅为 19.0% 左右。毫无疑问,增加与性伴的交流对提高性生活质量作用明显。多因素分析表明,女性和居住在集体宿舍的流动人口更少与配偶/性伴交流性相关问题。受中国传统文化影响,两性对性观念和性行为的差异一直较大。流动人口的女性对性观念否定者居多,认为性冲动、性欲、性驱动力具有潜在的破坏性力量,需要自我压抑。流动人口中的女性对性行为的评价道德标准与男性也有所不同,认为感情是发生性关系的主导因素,生理需要、筹建家庭次之、满足对方需要再次之[7]。在这样的性观念下,女性与性伴交流性相关问题也较少。本研究中 29.9% 的调查对象居住在集体宿舍中,仅 7.94% 的调查对象居住在自购房内,居住条件明显会影响流动人口与性伴之间的交流。重点地区流动人口监测试点调查[12]显示,流动人口自购房的比例为 9.3%,雇主或单位提供的免费住房比例为 6.4%,租房的比例达到 84.2%。如何改善流动人口的居住条件是值得社会各界关切的重要话题。

综上所述,促进流动人口性生活和谐满意,应采用多种形式,例如社区性教育、同伴性教育等,根据流动人口不同的工作特点和不同年龄层次,继续加强流动人口性教育,特别是针对女性进行正确的、科学的性教育,进一步普及性知识。社会各界应努力提高流动人口收入水平,改善居住条件,进一步促进社会公平,这对流动人口性生活的和谐意义重大。

参 考 文 献

[1] 段成荣,吕利丹,邹湘江. 当前我国流动人口面临的主要问题和对策. 人口研究,2013, 37(2): 17-24.

[2] 兰红霞,谢玉荣,郭洁新,等. 北京市流动人口妇女生殖道感染调查分析. 中国妇幼保健, 2009, 24(25): 3564-3566.

[3] 王瑾,邵韵,严胜,等. 上海市浦东新区女性流动人口生殖健康认知现状调查. 中国计划生育学杂志, 2014, 22(6): 394-398.

[4] 武俊青,王克伟,周颖,等. 上海市徐汇区已婚女性流动人口避孕方法的选择及其影响因素. 中国计划生育学杂志, 2014, 22(2): 88-90.

[5] 彭伟斌,陈晓慧. 女性流动人口生殖健康服务需求研究——基于杭州市 2010 年流动人口动态监测调查. 中国性科学, 2013, 22(3): 84-90.

[6] 钟兴明,张迪,桑丽英,等. 广州、深圳市流动人口生殖健康服务利用现状分析. 中国计划生育和妇产科, 2013, 5(1): 40-42, 45.

[7] 陈少君,戴新民,李顺来,等. 流动人口的性观念与性行为——对武汉市汉正街流动人口的性剖析. 中国性科学, 2008, 17(2): 15-21.

[8] 张君娴,周彦岭,黄萍,等. 流动已婚育龄妇女避孕方法的使用对性生活满意度的影响. 中国性科学, 2014(8): 79-81.

[9] 陈婷婷. 已婚流动妇女的性生活及其影响因素实证研究. 人口学刊, 2012(2): 74-79.

[10] 胡序怀,张玲华,曾序春. 深圳市已婚育龄夫妇性生活现状调查. 中国性科学, 2009, 18(2): 12-16.

[11] 周建芳,温勇,丁锋,等. 已婚育龄流动人口性生活频度及其影响因素分析. 中国艾滋病性病, 2005, 11(4): 262-263, 279.

[12] 国家人口计生委流动人口服务管理司. 中国流动人口生存发展状况报告. 人口研究, 2010, 34(1): 6-18.

[13] 安茂伟,徐有涛,王世礼,等. 日照地区已婚育龄妇女性生活状况流行病学研究. 中国生育健康杂志, 2008, 19(5): 281-283, 292.

[14] 陆卫群,朱江. 贵州省世居少数民族性生活现状研究. 国际生殖健康计划生育杂志, 2013(5): 373-378.

[15] 杨慎敏,李红,吴惠华,等. 苏州地区不育男性性生活频率调查分析. 中国性科学, 2012, 21(12): 20-22.

[16] 2011 杜蕾斯全球性调查报告, http://lady.163.com/special/sense/duleisi.html[EB/OL],2015 年 2 月访问.

(收稿日期:2015-02-12)

·性文化·

DOI:10.3969/j.issn.1672 – 1993.2015.10.036

性科学视野中的明清艳情小说——以《姑妄言》为例

黄廷富

大连民族学院文法学院,辽宁 大连,116600

【摘 要】 明清艳情小说的性描写,涉及性医学、性心理学、性风俗、性教育等性科学方面的内容,以明清艳情小说的集大成之作《姑妄言》为例,对其从性科学角度进行研究,既可以看到当时性科学的发展状况,也能对当今性科学的发展和研究带来一些启示,还可以对艳情小说的价值有新的认识。

【关键词】 艳情小说;《姑妄言》;性科学

The erotic novels of Ming and Qing dynasties in the context ofsexology – an example of Guwangyan

HUANG Tingfu. Institute of Literate and Legal, Dalian Nationality University, Dalian 116600

【**Abstract**】 The sexual description of erotic novels in the Ming and Qing dynasties includes sex medicine, sexual psychology, sexual customs, sex education and other aspects of sexology. This paper using "Guwangyan", a masterpiece in the Ming and Qing dynasties, as an example to study the sexual science and its development at that time, which can also bring some enlightenment on current research on the development of sexology and provide a new understanding of the value of erotic novels.

【**Key words**】 **Erotic novels; Guwangyan; Sexology**

【中图分类号】 I206 【文献标志码】 A

艳情小说泛滥于明末清初,以数量巨大、风格直露的性描写而得名。目前对这类小说的研究主要集中在文学领域,但这些作品"重在淫欲,肆意描摹性交场景,极力渲染艳遇淫行,书中场景的转换,也只是床笫的变化,缺乏社会意义,如果抽去了书中的性描写,作品也就不复存在了。艺术上又大多文笔拙略,粗制滥造。"[1]因此,除了个别作品,学界认为其缺乏文学价值,对其评价不高。不可否认的是,艳情小说是一种客观存在的文学现象,又是一种文化现象。尽管其性描写良莠并存,但可以批判分析,将之作为中国性科学研究的标本。

性科学的研究对象是人类的性行为,是"以性医学、性心理学和性社会学组成的一个综合的、全面的、多学科的理论体系。"[2]具体而言,性科学包括性生理、性病、性风俗、性教育等。艳情小说以写性爱为主,相较于其他题材的小说,涉及两性关系的方方面面,包含着性科学的多种内容。其所呈现的性观念、性心理、性生理、性伦理等内容,在夸张、失实的部分之外,也有符合性科学的部分,探讨这些内容,既可以让我们了解当时的性文化状况,又能对今天性科学的发展带来一些启示。尽管有些内容夸张失实,是男性中心社会男性心理的反映,如男性在性生活中超长的持久力和女性旺盛的性欲求,但我们还是能从中窥知性在当时的面貌。

成书于清代雍正年间的《姑妄言》被视为明清艳情小说的集大成之作,在性描写的篇幅和程度上可谓空前绝后,无出其右。《姑妄言》全书近九十万言,几乎回回写性,是作者笔力重点关注的所在。性描写文字占全书的十分之六七,仅从性描写的篇幅来看,这就是一个很让人吃惊的比例了。陈庆浩先生在《姑妄言》出版说明中认为:"古代色情小说中之种种套数,种种工具,均出现在此小说中。"作为一笔文化遗产,明清艳情小说对于研究中国性文化提供了标本。作为性文学长篇,《姑妄言》几乎涉及到性和两性关系的各个方面,而且其中很多内容在今天看来也是颇具科学性的,也是今天研究古代性史的重要参考资料。作者的描写表明当时的人们对性已有较朴素而正确的认识,性科学在当时已较发达。

本文以《姑妄言》为例,从性科学的角度就其性描写内容进行梳理,进而对明清艳情小说作一审视。

1 性药具

明清艳情小说中几乎都有或多或少的对性药和性工具的描写,《姑妄言》中的人物,尤其是女性,都疯狂地追逐情欲,甚至以性的满足为活着的目的。在没有男人或男人无法满足自己的欲望时,便使用各种令人匪夷所思的性工具来求得性的满足。在男人方面,使用性药具是为了维持在女性面前的尊严和权威并征服女性,成就自己的性英雄梦。这样,他们也用各种性药来壮大自己的"本事",妄想在身体和精神两方面都战胜女性,让女性臣服。

【基金项目】中央高校自主科研基金(DC110423)。

【作者简介】黄廷富(1977 –),男,讲师,主要研究方向为元明清文学。

1.1 性药

性药即“春药”,又称为性媚药,“古时用以诱使异性迅速性就范或提高男女性欲的药物,多为无科学依据的欺世之术,但流传久远,内中也确有有助于性事者,且多见于药典、传志中。”[2]几乎每一部艳情小说都有春药的描写。历史上的春药非常多,古今中外都有,性药的盛行是性科学发展的一个表征。据文献资料的记载,性药在中国古代的使用也是由来已久。起初它与道家的炼丹和房中术有密切关系,主要作用在于强身健体,延年益寿,此后逐渐演变为增强性能力和增加性愉悦。《姑妄言》中对春药的名称、形态、售卖情况、获取渠道、使用对象、使用方法、药性、作用都有较详细的描绘。除了药物本身所具有的激发性欲、提高性能力的生理作用外,更重要的是起着一种心理作用,即性能力较弱的男性战胜性欲旺盛的女性以获得尊严和单方面的满足,从而证明自己的强大。春药的使用充满了征服与被征服的关系,根本谈不上两性生活的美好。这样的使用心理让春药的功能发生了某种程度的变异。

春药成为制服悍妒之妇的“灵丹”。第二卷中荡妇昌氏和有异常大阳物的竹思宽进行交媾,昌氏嫌其性交时间太短,为满足自己的淫欲,便主动给竹思宽春药并说明用法及解除药力的方法:“昌氏在一个匣中取出一个小瓶,倒出两丸药来,递与竹思宽,道:‘当日是个人送我的,屡试屡验,只剩得两丸。你晚上用烧酒服一丸,那一丸也用烧酒研开,擦在阳物上。我同你夜间做一个整工夫,试试我的本事。’”昌氏经历过竹思宽用药后超强的性能力带来的满足,便“更感爱他不得”。[3]第七卷中贪淫好色的牛质叫丫头“到书房中去取健阳固本丹。”十一卷写宦萼买春药:“到花铺廊内买了几粒揭被香,又买了数丸金枪不倒紫金丹回来。到晚间,先用烧酒将春药服下,然后夫妻二人同上床睡下。”侯氏得到了性的满足,转变了对宦萼及丫头的态度,“那宦萼在傍看着,喜欢得笑得眼都没缝。暗想道:好妙计,好春方,把一位妒奶奶不但治得服贴贴,又还得了一个美婢,真是快乐。”十五卷也写贾文物为改变妻子富氏的悍妒性格,向云游道人求壮阳药方,道士“就取过药囊,拿出个葫芦,倒出两粒大丸药来。又将一个葫芦倒出有绿豆大的七八丸来,包好,附耳传了许多的妙诀。”服药使贾文物的阳具增大,“心中比当日中举中进士还加倍快活”。评者认为“举人进士乃身外之荣。此物粗大,不但是身内之荣,且可免许多凌虐,其快活岂止加倍而已哉。”以壮大的阳具和女用春药将富氏治服,此后再不复生妒念。“那富氏精神抖擞,眉开眼笑,把素常那一副恶狠狠的面孔,竟不知往何处去了。”

理论上讲,男女两性都有使用春药的平等权利,但在实际的两性生活中,春药的主动使用者主要是男性,而女性囿于传统观念和男尊女卑的弱势地位,一般是被动使用。十九卷写不守本分的翟道士为奸淫甄氏而将药偷偷放在茶酒中,使其失去反抗能力而就范。还有几处写到男性在女性不知情的情况下让其使用春药,以达到一方或双方满足的目的,限于篇幅,不一一举例。

春药使用过量而导致死亡。凡事过犹不及,何况药性猛烈的春药。一旦超量使用,就可能产生严重后果。这种情况在老夫少妻的婚姻中较易出现。十八卷写年迈的吴友无法满足少艾的崔命儿:“吴友原是要他们生子,取乐还在次之,如今把一个生子之具都没有了,不能下种,如何望得收成。只得去弄些春药来助力,虽不能坚举,又微有些硬意。”因用药过量而亡:“崔命儿见颇有应验,日里不劝他强饭加餐,到晚来便劝他春药多用些下肚,或多搽些在阳物上。那老儿也只得惟命是从。他一个血枯精败的时候,可禁得这大热助火的东西常常不离。不上年余,儿子还不见一些影响,早把个老子弄作别人家的儿子去了。”性能力会随着年龄增长而衰退,老年人的房事要有节制,违背这一科学规律就会付出代价。老年人使用春药没有错,错在未正确使用。

此外,作品中出现的其他一些与性健康有关的酒和药也可视为变种的春药。第五卷提到宦萼喝有壮阳功效的“驴精粉调的补肾酒”来提高性能力;第十九卷写单于学因纵欲而早泄,于是请翟道士医治:“翟道士开了一个药单,叫打了药来炮制药丸。无非是参苓、桂附、肉苁蓉、淫羊藿、虎胫、鹿茸之类。”研究证明,这些都是有壮阳功效的药,而且现今依然在使用。

总之,《姑妄言》中出现的春药,名目繁多,用法各异,目的有别,作用基本一致,由此可对当时春药的流行状况窥知一二。今天所出现和使用的伟哥及类似药物,应该说是古代春药的延续,虽然在某些方面发生了一定的变化,如制作方法和形态,但都是旨在增强性能力和性愉悦,促进夫妻生活的和谐。

1.2 性具

与春药的使用一样,性工具在古今的性活动中也被广泛使用。许多明清艳情小说中都有对各种性工具的描写,而且互不相同。《姑妄言》中出现最多的性工具名为角先生,此外还有搬不倒儿、缅铃、白绫带子等。与其他艳情小说不同的是,《姑妄言》中还描写了已婚和未婚女性为满足性欲而自制的各种性工具,对这些性工具的流行情况、制作材料、用途、用法也都作了介绍。

搬不倒儿。第一卷写道士游赏虎丘的寺院,“那寺门外两边俱是铺面,卖泥人物并搬不倒儿,精细甲于天下。”这说明当时此类性工具在社会上很盛行,在公开买卖,没有禁忌。第十卷写多银买了一个搬不倒儿,“走进房中,脱了裤子,揸着腿,拿那圆泥底子往里塞。塞了一会,弄不进去。他着了些唾沫,将牝户润了,擦些在泥底子上,用指头又将阴户掮得开开的,往里狠狠的一下,也就塞进去了。他捏着那人头来回抽送”。

角先生。第十二卷惧内的甘寿为讨好老婆买角先生,熊氏因性不得满足而对甘寿凶悍施虐。“因有了此物,熊氏此后待甘寿大不相同,心疼他了不得。甘寿暗暗念佛,又买了三四个来送他备用。还拿了一个供在祖先龛内,朔望烧香叩拜。谢他之力,免了多少打骂。”第十三卷童自大要买角先生给妻子铁氏

取乐,家人指出了售卖地点并介绍了角先生的行情。第十六卷铁氏"闲了就拿角先生解闷,真是心广体胖。"

缅铃。十一卷中写(宦萼的舅子)侯捷的大管家私下孝敬了姑老爷(宦萼)两个缅铃。"一个有黄豆大,是用手攥着的。一个有榛子大,有鼻如钮,是妇人炉中用的。"缅铃在《金瓶梅》、《绣榻野史》等多部小说中出现过,可见是当时使用很普遍的一种性工具。与缅铃使用同样频繁的性工具是角先生。

女性自制性工具。遭受性压抑、性饥渴且没有能力或条件购买性工具的女性,就想办法就地取材,自己制作性工具。第八卷写宝姑从丈夫那里得不到性满足,丫头待月便做了一根蜡棍送与她做替代品。第十一卷写蹇氏性极好淫,马士英不但孽具鄙猥,且本事甚是不济,她便以一种黄萝卜"留为夜间取乐之具。"

由上述可知,《姑妄言》中描写了花样繁多的性药和性具,从中可以看出当时的性风俗、性观念以及性科学的发展水平。性药的使用者主要是男性,使用目的在于增强性能力,在肉体和精神上战胜制服女性,维持自己的性英雄形象,而不是为了女性的满足,也没有顾及到女性的感受。性具的使用者主要是女性,她们因种种缘由而得不到性的满足,或是丈夫长期在外,或是少妻配老夫,或是丈夫性能力低下。这种性的压抑和不满足使他们在生理和心理上忍受着双重煎熬,以致抑郁生病和对人凶悍。《姑妄言》的作者捕捉到了这些女性的生活状态,对她们为满足正常人欲而进行的努力包括自制淫具给与了充分的理解和同情。角先生被男性称为能让女性温顺的"降魔杵",正如作者所言:欲消妒妇淫和悍,须请先生大又长。同时,展示了一个科学真理:正常的性生活是人的本能需要,如果得不到满足,便会导致各种不和谐。

2 春宫图

据《中国性科学百科全书》的介绍,春宫图属于性社会科学中的性文艺,又被称为"春宫画",即"描绘男女性爱生活、特别是各种性交姿态的图画,由于它最初产生于帝王的宫室,描写春宵宫帏之事,所以称为春宫。"[4]"除了用来展示性知识、性技巧外,春宫图常被用来作为煽情手段。"[2]明清艳情小说中的相关记载可以为春宫图的研究提供佐证,因而有着重要的史料价值。明清多部艳情小说中都出现了有关春宫图的描述,如《闹花丛》、《昭阳趣史》、《肉蒲团》等,但相对而言都显得简略。《姑妄言》中多处地方提到春宫图,并对其形态、内容、使用、作用等有较详细的描述,从中可见当时性文化的一端。

第十一卷写宦萼看见童自大书房里有春宫图,回家后要与老婆侯氏依样实践:"他书房里放着个册页,我揭开看看,原来都是男女干事的。我记了几个样子,来同你做做看可有趣,你要依我摆布才好。"接着详细记述了二人用倒入翎花、隔山取火、倒浇蜡烛等姿势进行性交,对每种姿势及其感受都进行了详细说明。第十三卷写铁氏在童自大的书房里初见春宫图,对其形态及看后的心理感受及反应也有一段描写:"铁氏见上面花花绿绿,画得好看有趣,……数了一数,二十四幅。看他欲火升腾,口干面赤……本要等童自大来家,且依样做一出,散散火气。"对童自大买来的春宫图非常高兴。将春宫放在桌上,二人细细同看。"随后二人情动而照图性交,详细介绍了顺水推舟、倒浇蜡烛、后庭花三种姿势。铁氏因春宫图而一改往日的凶悍之气,评者在此处曰:"不意一本春宫,不但能使铁氏变化气质,而且能陶养他性情。"同卷还写马氏为引动郑氏的春心与公公阮大铖性交而以散闷为名让郑氏看春宫图并以言语挑逗:"将阮大铖所蓄的春宫手卷册页拿出来他细细赏鉴"。第十四卷写易于仁与妻妾淫乱时仿照春宫图:"他这后房内买了许多春宫的画,贴得满墙都是。又买了许多角先生来,他要交媾时,袁氏看为首众婢妾都脱光了,着一半妇人将假阳物根子上用带子缝紧,系在腰间,那一半妇人并排仰卧着,指着壁上春宫,要做那个势子。"第二十四卷写火氏在铁化的书架上看见一部书:"顺手拿过一本,翻开一看,上面都是做这件风流事。"

第七卷还写到一种画在衣服上的特殊春宫图,为其他艳情小说所未提。"(戏子胡旦)下穿一条大红绉纱单裤,白绸裤腰画着许多人物。……红梅一看,原来画的都是春宫。"

可见,春宫图以其各种各样的性交姿势而具有直观性,虽然其内容有夸张之处,如男性性器的描写,但它在男女性生活中起着较重要的指导作用和催情作用,同时还具有性教育的作用和孤身女性进行娱乐消遣、释怀遣闷、缓解性压抑的功能。对于观赏春宫图的人而言,其客观上还起着传播性知识的作用。因此,将春宫图视为广义上的一种性工具也未为不可。《姑妄言》对春宫图的描写反映了当时的性风俗和性观念,也是符合当时历史实际的,对今天的性科学研究提供了不可多得的第一手材料。

3 性观念

3.1 对性的正确认识

作者认为两性的交合是人的正常生理需要,不可缺少,但要适度,不可纵欲。第六卷中将女性的生殖器比作药,以一段形象化的文字说明了上述道理:"妇人阴物……性咸有微毒,少服令人阳不亢,常服则多嗽,多服则体弱成虚怯症不治,家产者良,衙中产者虽比家产较美,然多毒,误服有毒者,生杨梅下疳诸恶疮,野产者味极佳,有大毒,恐有杀身之祸。病人不宜服,一切病后尤忌,服之必发,名曰色复。醉饱后服之,伤五脏,生怪病,每服后忌一切冷物,恐成阴症,反凉水。这种物件,自古及今以至万国九州,无人不把他当作家常茶饭。见了我这话,大约没有一个不笑其迂者。但要明白内中的道理,自然有益而无损。譬如人参,偶然服些,自有补益。若把他当作饭吃将起来,可有不伤命者。岂是人参之过耳。乃服人参之过耳,此犹是药饵。即如绝精的白米饭,喷香的细点心,以至珍馐海味,何尝不美?一日或三次两次,每日八分饱,自然养人。若因其好吃可口,无日无夜,时时刻刻往肚中强咽,定然要撑出病来。如酒多了害酒,茶过了害茶,饮食尚还如此,何况妇人的这件东

西？世间事总不可过,同一理耳。”

3.2 女性性格与性满足的关系

第十五卷中作者对女子悍妒原因的分析也与现今的生理心理知识相符合。性生活的不和谐会影响女性的性格,引起女性的悍和妒,进而影响夫妻感情和家庭生活。男性作者和读者从维护自身利益的男性中心主义出发,大多将女性的泼悍和嫉妒视为天性,并在文学作品中让男性惩罚和制服她们,让她们变得温良恭俭让,符合男性的理想。《姑妄言》的作者则借书中的道士之口,从性欲得不到满足这一方面分析了女子悍妒的原因,不仅合情合理,而且在艳情小说群体中也是绝无仅有的,这也是《姑妄言》超越那些为性而性的艳情小说的高明之处。作者的分析在今天来看也仍然具有启示和借鉴意义:“妇人未有悍而不妒,妒而未有不淫者。若果能遂他的淫心,那悍妒之气自然就渐渐消磨下去。居士试想,任你万分悍妒的妇人,他到了那枕席上心满意足的时候,可还有丝毫悍妒之气否？皆因不能饱其淫欲,使忿怒之气积而成悍。阴性多疑,以为男子之心移爱于他人,故在他身上情薄,此心一起,悍而又至于妒。妇人犯了淫妒二字,弃之为上。既不能弃,万不得已而思其次。古云:‘治水当清其源’。只有把他的淫情遂了,他那悍妒就不知其然而然自化为乌有矣。”

3.3 性与身心健康的关系

性是人类的本能和正常需要,正常、和谐的性生活是人类身心健康的重要条件,如果性得不到满足,便会引起一系列的生理和心理疾病。《姑妄言》写了女性因男人不在家而性得不到满足以致生病。第十卷“再说那几个妾中,惟独菊姐年小,偏他更是骚浪。姚泽民在家时,也同他弄的次数多。姚泽民去后,别人虽想,还强自排解,惟独他茶里饭里,睡中梦中,无一刻释怀,眼泪不知流了多少,竟有个泪尽继血的光景。过了些时,茶饭都减,恹恹成病。……他原是心想成病,古人说,心病还须心药医,况他的病乃淫也,非情也,得了牛亲哥作伴,闷来就拿他消遣,心开了,病也渐愈。”在得到自制的淫具自慰后才如初。

3.4 某些物质对正常性活动的影响

小说中写到酒精对性的影响。第一卷写接引庵的尼姑与到听性交,到听因饮酒导致早泄而没能使尼姑得到满足,为此抱愧:“到听爬上身,抽了三五下,早已告竣。原来到听自做主人,过饮了几杯,不能自持,竟从门流涕。那姑子正然兴浓,见他才挨着早已完事,急得叫道:‘你挣着命再动动是呢。’到听再要抽时,阳物已稀软缩了出来。姑子十分情急,将他项上咬了几口,身上拧了几下。到听也甚觉没趣,起来同他收拾了家伙,含愧而去。”将到听和姑子在性活动中的生理心理反应都逼真地刻画了出来。现代的性药学证明饮酒与性功能有着直接的关系,酒精对性功能有抑制作用,可导致阳痿、早泄等,从而影响正常的性生活,使女性得不到性的满足。

上述观念在今天看来也是科学、正确的,值得仔细总结探讨。

4 性传播疾病

性传播疾病多与不洁性生活或纵欲有关,对男女两性的性健康都是一种威胁。《姑妄言》中展现了性病的名称、成因及后果。

梅毒。第八卷写魏忠贤的父亲魏卯儿“十多岁时因后庭主顾太多,得了杨梅疮。他正在当时的时候,怎容他发了出来,一阵轻粉顶药顶了回去。如今四十开外的人了,又被边氏淘虚,旧疮发将起来,成了翻花杨梅。医治不效,先将鼻子阳物蚀去,后渐渐遍身腐烂而亡。”“杨梅疮”就是性病梅毒,因男性肛交而起。梅毒的危害可谓触目惊心。第十卷写叫花子褚盈也得了杨梅疮:“当日也是好人家儿女,好在花柳丛中着脚,不但把一分家私花尽了,还落了一身杨梅疮。后弄得一贫如洗,只得到这卑田院中来享福。”第十卷提到的杨梅豆也属梅毒。

下疳。下疳也属性传播疾病,第二卷写自幼好嫖的人屠户娶妓女为妻后得了下疳,“竟将阳物蚀去”。此病发于男女外生殖器,因接触或与患病之人性交而传染。

性传播疾病在今天依然未绝迹,危害巨大,其防治是一项迫切而重要的工作。

综上所述,《姑妄言》中有大量性描写内容符合性科学,有一定认识意义,对于了解当时中国性科学发展的实际状况和社会上的性风俗等有积极意义,有些在今天仍具有启示意义,如男女两性的和谐,性和谐是很重要的因素;正常的性生活是人所必须,但不可纵欲;性不满足的危害及如何获取性满足;要重视青春期少男少女的性教育等,都说明这些小说具有性学方面的研究和参考价值。但另一方面,也要看到作品中违背科学的内容,以免误导当今的读者,接受到错误的性观念和性知识,如男性像机器一样超强的性能力,超长的性器,女性超出常规的性饥渴,两性间的采战,甚至奸尸、兽交等内容,则需要明辨是非,正确对待。

参 考 文 献

[1] 李修生、赵义山. 中国分体文学史·小说卷. 上海:上海古籍出版社,2001.

[2] 《中国性科学百科全书》编辑委员会,中国大百科全书出版社科技编辑部. 中国性科学百科全书. 北京:中国大百科全书出版社,1999.

[3] 曹去晶. 姑妄言. 北京:中国文联出版公司,1999.

[4] 刘达临. 中国古代性文化. 银川:宁夏人民出版社,1993.

(收稿日期:2015-02-12)

· 大众性学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 – 1993.2015.10.037

跪哺错情

杨民
桂林市第二人民医院心理门诊,广西 桂林 541001

【中图分类号】 R167 【文献标志码】 A

(一)

“喂,您好,是心理咨询热线吗?”

我将话筒贴近耳边,一个男声低沉地传了过来。

“是的,请问需要什么帮助?”

那头却是沉默。少倾,一声长长的叹息夹杂着沉重的呼吸涌向了我,隔着话筒,我好象看见一个满腹心事的男人,紧锁双眉,神情焦急落寞却无奈。

我老练地打破尴尬:“请问怎么称呼您?”

“ 哦,我叫林楠,叫我小林好了”. 接下来我尽量地放松声带,柔和地问了他的年龄、职业等等。

“那么小林,你可以告诉我在哪儿碰到为难的事儿吗?”

听到我单刀直入的询问,对方似乎怔住了,迟疑了一会儿,才嗫嚅道“您,您这儿什么都可以咨询吗?”

凭经验,这又是一个难以启齿的心结。

我轻笑一声,简短回答:“当然”。

林楠似乎被我的轻松感染,紧跟着问道:“那我……我和……和……我妈的事……都可以问吗?”

我的脑子开始飞快地运转,从咨询技术上来讲,咨客由流畅地叙述变为艰难,往往提示问题的症结所在,抓住断断续续的只言片语,小林与他母亲之间是有点事儿,但在哪方面呐?代沟? 非血缘引发关系紧张? 或延伸到婆媳问题?

想着怎样把问题引出,我开口道:“你母亲挺好吧——跟你的关系?”

“好? 哦,很好……太好了……”最后一句,声音低得几乎听不见。

“医生啊,母子关系好,可以好到什么程度?”刚才我询问时故意把顺序颠倒,这下有了反应,林楠的声音突然大了起来,我一激灵,打蛇随棍上:“那也得看怎么个好法。”

“我很爱我母亲,我跟她……好……好得……哎,医生,您可以想象到什么程度呢?”

恋母情结? 母子同居一床? 为母亲抛弃妻儿? 莫非,莫非...林林总总模糊不清的概念一闪而过,我小心翼翼轻声问:“莫非你与母亲发生了……”

“对! 我与我妈发生性关系已经整整 9 年! 我到了该恋爱的年龄,可我对任何女孩都没有信心! 当然,允许继续与我妈保持性关系的女人除外! 您说,我算不算正常?”几乎连珠炮一般,林楠喉咙里发出的声音晦涩嘶哑,不难想象,积淀了 9 年的沉疴是怎样如危卵般厚重地堆积于心!

一声近乎于低吼的长叹自林楠的胸臆间泻出,我静默着,仿佛经历了一个世纪的长久。

(二)

林楠的童年与大多数的孩子一样,充满烂漫童真,记忆中父慈母爱,家庭虽不富有,却舒适温暖。一切似乎都定格在那个阳光充足的初秋,林楠的父亲在回家的路上被一辆大卡车撞倒,从此,他失去了父亲,也就是从那时开始,年仅 5 岁的林楠又回到父母生育他的大床,与母亲亲密相依地度过了童年、少年直至 23 岁的今天。

“记得我小时候不知多少个夜晚被妈妈的哭泣弄醒,她苦哇!”一周后,应邀来到诊室的林楠,端正地坐在我的对面,两眼定定地看着墙壁,幽幽地说。是啊,有丈夫的女人,可以堂而皇之地把家庭内外杂七杂八、想做做不来或又不愿做的事情一应交给丈夫去打理,可是母亲呢?

只有母子两人的家一下子变得空荡起来,林母时年 28 岁,身材相貌属于上乘,在一家大商场做会计。丈夫去世的头两年,由于事发太突然且无法接受,她无意再寻佳偶,随着时间的推移,林母觉得一个人带着孩子生活寂寞难耐,萌发了再嫁念头,于是,一个各方面条件都不错的男人走进了这个家。

“其实后来我才知道,无论丈夫如何重要和优秀,有时候的确很难和自己的孩子相提并论,又何况是半路夫妻?”

我这才仔细地打量林楠,身材高大健壮,指甲修剪得很整齐,白皙的脸庞上架着一副浅玳瑁色宽边眼镜,整洁的服饰,优雅的举止,无不处处透露出受惠于人的痕迹。

这样的家庭,这样的母子,他们的关系是怎样地令人匪夷所思?

我微笑地朝林楠抬抬下巴:“你说你一直都是与母亲睡在一起?”

他有点窘,抬眼看看我,又迅速低下头,轻轻“嗯”了一声。

“觉得自己很不合情理是吧? 否则你也不会来找我。”

看来我的自问自答并没有惊扰他,林楠凝视着自己的手指甲,嘴唇微微翕动,只是脸上泛起的些许酡红,悄然向我透露了内心的挣扎。

我等待着,经验告诉我,在咨询关系还没真正建立起来的时候,静默也许就是开启心灵最好的钥匙。

终于,缓缓地,我的眼前出现一幅幅变换莫测的画卷,随着林楠时而流畅时而晦暗生涩的诉说,我的思路被带到了九年前。

(三)

从电话里“见”到林母的时候,已经是三天以后。

【作者简介】杨民(1959 –),女,副主任医师,主要从事心理咨询工作。

之所以安排电话就诊,是为避免场面尴尬。母子俩共同面对的是一个敏感话题,虽然在家中随时可以过度亲密,但由于承受着巨大的心理压力,容易因为自卑而变得疑神疑鬼,难以平静安宁,这是这类病人的特征,所以我不准备面晤林母。

“其实,我完全可以不打这个电话的。”

那头,林母的声音软软地飘过来,全然没有儿子那份焦虑不安。

“那您儿子好象对这个事情有点……”

我咽下了后半句,虽然看不见她,但我知道守寡近二十年的母亲在儿子心中的分量。

“你知道了我儿子在妈和媳妇之间犯难了,是不?”,一丝似乎从牙缝里渗透出来的冷笑令我不由得在心里“咯噔”一下。

其时,林楠已经有了一个走得很近的女朋友,叫阿雯,人生得美丽,又大方得体,林母对此是明明白白,可是她不喜欢那女孩儿的一颦一笑,直搅得她除了心烦以外更有一种莫名的失落和恐慌。尽管跟儿子无数次讨论过婚姻大事,当这一天终于来了的时候,林母却变得不可名状起来。

可是,林楠的婚姻终究是他这一辈子应该树立的一块里程碑吧!

“我说过我不愿意跟任何人提这个事,既然我儿子已经跟你说了,我们又不会见面,那说说倒也无妨。”

“我寡居这些年,儿子简直就是我的命根子啊,从小到大,我对他是含在嘴里怕化了,捧在手心怕摔了,总怕有个闪失……”

我轻声打断她:“这些你儿子都给我介绍过,现在的问题是儿子的婚姻你怎么看待?”

林母的呼吸变得有些粗重,很快回答道:“该结婚就结呗!”

“可是你儿子好象很犹豫,说要考虑你的情绪。”

那头没了声响,突然“喀嚓”一声,电话挂断了。

这是我在整个咨询过程中跟林母唯一的一次接触。

受“家丑不可外扬”的传统观念影响,即使在家庭中发生了“乱伦”事件,做母亲的基本上不会跟任何人提起,只有默默独自吞饮自酿的苦酒,现在这杯苦酒也没办法独自饮了,因为儿子已经开始品尝!

林楠下班回到家,打开门,便看见母亲蜷缩在沙发上。

暮秋时分,寒风乍起,卷扫零星知秋的枯叶,晚霞一点点消退,天色渐渐暗了下来。林楠在母亲面前蹲下,小心地察看她的脸色。

“我说过这是我们母子俩的秘密,不要对外人谈起的。”

母亲目光如炬,直灼得林楠心虚。“可是阿雯她……”

林楠躲闪着母亲的眼睛,一边是深爱的女友,另一边却是骨肉相连又同床共枕的母亲,舍尔其谁?

作为林家惟一的孩子,实在地,林母也希望儿子娶妻生育繁衍子嗣,而连日来母子之间渐现端倪,让林楠感到与母亲共守的固若金汤的防线,被生扯着轻轻开启了一条缝,这使母子俩都陷入不安中。

“我也没想去医生那儿讨个主意,只不过心烦,找人发泄一下罢了。”林楠辩白道。

“那你干吗非要我去找医生呢?明明知道这对我们是没用的。”

林母轻轻叹口气,伸手把儿子的的头揽在胸前,一阵熟悉的心跳立即传入林楠的心里,一下,一下,撞击着年轻的心扉,那是一种怎样的天籁之音!

林楠把脸埋在母亲丰满的乳胸前,闭上眼睛,迷恋而沉醉。

婴孩时吸吮着她的乳汁,愉快而满足;童年失去父亲与她相依相偎,数不清的夜晚在她的怀中安睡;拥抱着彼此仿佛就是拥抱整个世界的日子,难道真的随着另外一个女人的进入不复存在了吗?

(四)

我约林楠再诊,可他爽约了。

这天,我在诊室整理手边的杂事,林楠却不期而至。

与上次相比,林楠显得疲惫而憔悴,一坐下便用手指不停地扣击着桌子。

我问:“考虑得怎么样啊?”

他无奈苦笑:“不怎么样。”

家庭成员之间发生乱伦后,求助者求助的很大原因是想倾诉一下,从而得到一点心理上的平衡,事实上,他们往往抱着“做一次与一百次是一样的”想法,深陷其中不能自拔,真的痛下决心希望停止这种行为的人极少。如果不是面临抉择而左右为难,林楠与母亲倒也相安无事。

“医生,您说我到底怎么办?”

林楠的身体隔着办公桌向我倾斜过来。

我预感到,也许林楠一生中最为关键的时刻就要来到了。

“中断与母亲不正常的关系,与阿雯结婚!”

我的口气不容置疑,虽然导师们一再强调,心理医生不做法官,不是妇联工会委员,“咨询”一词即共同商讨面临的困惑的意思,咨客通过与医生的探讨,找出最适合解决问题的方式,使各色人等轻装上阵,“卸压”才是目的,这个过程是不允许向来访者“支招”或替他们作决定的。可在林家母子畸形的伦理中,尤其对林楠,与其煎熬于汤锅釜底,还不如“及时退步抽身早”,作个无念想的了断!

“那我妈怎么办?”林楠颓然缩回身子,靠在椅背上:“即使结了婚,也要跟她住,如果……被阿雯发现了,那可怎么收拾?”

我知道林楠说的“如果”一词的含义,每周保证一次与母亲的性生活,是作为儿子结婚交换的筹码,林楠却认为这个条件合情合理,只是天底下没有绝对的秘密,纸终究是包不住火的,一旦被发现,又有哪个女人能容忍自己的丈夫与母亲偷情苟合?

“你从来不认为与母亲这样做有什么不妥吗?”

与前两次同林楠接触了解事件的发生发展不同,这次我准备将家庭成员之间的乱伦行为做一次从生理到心理的淋漓尽致的分析,我对自己似乎充满信心。

“十三、四岁的男孩对自己的妈妈是没有任何界限概念的,何况又天天在一块儿睡,哦,您是说跟母亲的第一次?”林楠有点惊讶,脸上一派天真。

“对,但是在此前一两年,你有没有对母亲的身体感兴趣,比如觉得她的身体怎么会与男人不同,有抚摸她的行为吗?”

“一直跟着她睡,抚摸她的身体嘛。”林楠沉吟了一下:“小

时侯只是感觉安全温暖,到了十三、四岁,觉得有点不一样了。”

追溯起来,与其它乱伦的家庭别无二致,由于父亲早逝,母子之间就相互成为生活中唯一最亲近的人,同床而眠,同房而浴,母亲从不介意在儿子面前裸露身体,双方感情亲密无间,直到孩子进入青春期,开始留意异性的身体,母亲成熟丰满的胴体,就成了他好奇和渴望的对象。

“那你母亲也没拒绝你这半大小子的抚摸? 好象……不可接受吧! 毕竟男女有别嘛。”我不自觉地把自己的性观念表露出来。

林楠有些迷茫地看着我:“我第一次偷窥母亲的私处她也没有责怪我,只是推开我的手,然后又自顾自睡觉了。”

“然后呢? 你母亲没有跟你说‘这不好’或是警告你下次不许胡来? 总要讲点诸如此类的道理给你听,起码,给你点颜色看看吧?”我觉得林母简直有点不可思议了,做娘的怎可以让儿子恣意妄为?

林楠摇摇头,他认为母亲向来正确,发自心底的情感使他想不起也不忍心去指责母亲什么。岂不知,正是林母对儿子今后正常的性心理发育毫无意识,因而亲密无间不加防范,使双方的心理生理逐渐发生了潜移默化的变化,以至于等到意识苏醒,一切都成了定局。深陷其中,不能自拔就是林家母子真实的写照。

我说:“我们的性观念中,不同辈分或同辈的家庭成员之间的性关系是被禁止的,一是伦理道德方面至高无上的约束;二是在生理遗传方面的禁忌;三是对当事人心理上的严重伤害。”我对着林楠侃侃而谈,在初次与林楠的交流中,我也隐隐表达了摈弃这个为一切社会所不容的行为,是基于社会强烈地谴责排斥。

“它的消减,应该是社会的进步吧,人类区别于动物最明显的标志就是性的文明,即使一些动物也很少发生乱伦现象,你同意吗?”我循循诱导林楠。

“我……基本不同意。”

林楠两眼望着天花板,“人为地把性道德化,呃,当然违反他人意志强奸是另外一码事,我们不存在强迫对方,彼此深深相爱,比那些虚情假意的人要好得多啦。”

许多乱伦行为的同伴之间都表现出相当的爱恋、理解、幸福和心理平衡,这不难理解。母子、父女、兄妹等从原来单一的血缘角色变幻为恋人,于是交织在一起的快乐感和罪责感使他们陷于更难自拔的境地。所以说乱伦是一种在温情和爱恋掩盖之下的暴力侵害行为。

但林楠绝不会认同母亲是“暴力侵害行为”。

“男孩子十四、五岁对异性好奇,最亲近的也是最有可能得到的恐怕就是母亲了,医生,这个您应该知道的,还有她非常非常爱我,如果有什么痛苦,那也是我造成的。”

“问题是,你母亲她……痛苦吗?”我停顿一下“换句话说,她的痛苦比你多吗?”

“呃……这个……我想想,”林楠用手撑住额头,眉头皱成了“川”字。

我看着林楠,心里却想着他的母亲。

一个成年女人,不可能对儿子的欲望一无所知,何况社会道德伦理纲常犹如一张巨大而无形的网,她似乎已经感受到这张网正兜头罩脸向自己撒来而身陷其中动弹不得的窒息;内心彷徨拒绝,却敌不过年少儿子那汹涌澎湃充满雄性的求偶行为,自己久违的性本能和亲生儿子的性萌动,共同投向一泓几近平静的心灵池塘,泛起的涟漪却冲击震荡着母子不安的灵魂整整九年。这罪孽是自己不当处理的后果,母亲的心何尝不倍受煎熬!

林楠,你说你能理解母亲,理解包容她的一切,不是么?

你对我说:母亲青春韶华,你依我依,爱恋的音符却嘎然终止,从此家中一应事务大到生计,小到油盐柴米,哪样不是做娘的亲力亲为? 撇开血浓于水,骨肉相连的母子情深不说,光就每日的一箪一饮,一针一线,沉甸甸的母爱已积聚了足够的分量,更那堪孤灯守残夜,独雁苦徘徊的凄凉? 为娘的苦,谁人相知? 谁人与共?

可是我说,林楠,你可曾想过,如果你的亲生母亲在你青春勃发、血脉贲张的关键时刻清楚地认识到,那个觊觎她隐私的、带着初次萌动千方百计接近她肉体的,除了是她的儿子,还更是一个男人;如果你的母亲即使被不谙世事的少年儿子唤起了性本能,她做的只能是及时拒绝和谆谆教育,那么你便不会在漫长人生路的起跑线上茫然四顾彷徨不安;即便是双方无法把持,一次各取所需也足以震撼母亲的羞耻,何为满足洪水般泛滥的情欲,便推儿子于万劫不复之中!

如果,如果……如果一切没有发生,林家母子的日子可能简单重复,但决不会这般压抑郁闷,无以释怀!

“母亲是百分之一百的责任缔造者”——我想起描写乱伦心理问题的一句话。

(五)

“母亲的心情你了解吗?”,我回过神来,再次问沉思中的林楠。

点头,又摇头,他似乎把握不准该说什么,又似乎说什么都没用。

听林楠提起过,母亲在与林楠的性爱中多次喃喃自语,尤其激情难抑时,喊着的是一个男人的名字。他,就是前面提到的各方面条件不错的那个男人,也是母亲继父亲死后唯一亲密接触的男人。

“你母亲似乎对那个差点成为你继父的人挺依恋的是吗?”我问。

林楠犹豫地点点头表示认可。

“你认为她会不会把你想象成他了?”我继续问。

“大概……有这个可能。”他机械地回答。

“那么,她性幻想的对象应该是他而不是你。对吧?”如果同意,据此类推,林楠可能会感觉自己不过是个替代,心理障碍也许会有所减轻。

可令人失望的是他否认了我的盘诘。

他说依稀记得那个人在他刚上小学时来的家,将近小学毕业就渐渐没了踪影,现在回想起来母亲的爱情也许就在那个时候灰飞烟灭,原因好象与他有关,因为林楠听母亲说过他们在“赡养、教育儿子的问题上有分歧”,“不是亲生的,要求毕竟难

达到,‘家雀被打团团转,野鸡打得漫天飞’”,百姓讲得有道理啊,母亲有时跟儿子感慨。

他说母亲对那个人在分手后的头几年,从心理到生理上也许有剪不断理还乱的牵挂,儿子可能是母亲填补这个空白的替代,渐渐地,情形就不一样了。

怎么个不一样? 对这个问题我饶有兴趣,男人向来崇尚性爱,有性才有爱,林楠也不能免俗,只是这种爱掺合的成分比较复杂,旁人如盲人摸象,无法以偏概全。

“我知道你们的感情。”我注视着林楠,想让他接受我的同情、关爱、赞成、包容和理解。

“那您认为我们之间应该是什么样的?”林楠似乎想考考我。

在此之前,林楠趁到外地出差,也去找过一家咨询机构,可惜咨询者好象更偏向于社会道德的评判标准,让他心里有点不快。

“我认为你与母亲的感情比一般母子更牢固,更紧密,甚至于容不下别人来分享,是吗? 因为除了彼此对肉体的沉迷和刺激之外,你们还是母子,同时,又是恋人……你不介意我这么给你定义吧?”

林楠露出一丝笑容,“您分析的没错,还有,医生,我再想补充一点,我跟母亲是……”他歪了一下脑袋,“您可能会想到一个词……您说说。”

“同犯。”我几乎脱口而出。

当然,这个“犯”与犯罪无关,至少在我国如此。法律没有界定家庭成员之间的性乱伦(除强奸外)被处以刑法,这个“犯”仅囿于“犯规”,我情愿这么理解。

“我当然清楚你们俩长期共同守护着一个秘密啦。”我笑笑。

林楠原来显得轻松的表情又凝重起来:“您说的三点,一是伦理道德至高无上的约束我和母亲都理解,社会不能相容,违反人类自然发展规律嘛,所以我们很隐蔽,当然也不会造成彼此的伤害;这二嘛,我们又不生孩子,所以根本就谈不上什么生理遗传疾病……

“等等”,我轻声打断林楠,“记得你说过你让母亲三次受孕,却不得不人流,你想过这个胎儿与你和你母亲是什么关系? 或者,这个胎儿你们母子该怎么称呼? 当时,你又是什么心情呢?”

他脸上不由地抽搐了一下,沉默了一会儿,才嘀咕道:“不就是一个胚胎嘛,我没想那么多。”“那母亲的心情你知道吗?”林楠回我一个奇怪的表情:“我怎么知道? 哎,医生,别说这个了,你刚才说的第三点是造成当事人严重的心理伤害……有这么严重吗?”

“不严重你来是为了什么? 仅仅是发泄一下?”

……

林楠垂下了头。可能是无法对母亲和未来妻子合理分配自己在这个世界上可能是最厚重的情爱性爱,如死结般缠绕着林楠年轻的心吧,趁热打铁。我接着又分析道:“本来把胧朦的性冲动指向母亲,就是不符合伦理道德的,也是现代人的悲剧,还有,长期与母亲保持畸形的爱恋,从生理心理都紧密相连,不知不觉地,就达成了一个共识。”

林楠抬起头,从眼神中我明白他的会意。

我紧跟着说“你们有一个心理联盟,是对社会伦理道德共同抵抗的,是吧?”

林楠轻舒了一口气,点点头。

“为了让自己的行为趋向合理,我相信你们也会找很多理由来说服自己的,比如你刚才解释的一、二、三点,其实再多的理由能说服自己,却知道无法说服别人,很自然的,封闭与外界的接触,尽量缩小活动范围,使自己生活在比较狭小的空间,这样就可以避免旁人的猜疑和歧视,但是长期以往谨小慎微,心岂能不累? 再有,天伦之乐似乎也被你自己放弃——因为你对结婚心存疑惧,实在的,你无法把握自己的感情天平……。”

“那您说,有没有很大度的女人,万一……知道了,还能像没事一样与我和母亲和平共处?”

林楠好象想起了什么似的抢过我准备一口气说完的话,我轻扬双眼看着他,心想怎么回答。

“哦,好象不太可能吧?”林楠求询似地看我,表情复杂,希望、期翼、哀怨、无奈,莫衷一是。

“你现在应该明白什么叫‘心理伤害’了吧? ‘常态’与‘非常’都弄不懂,唉……。”我和林楠开起了玩笑。

他也轻笑起来。

我说:“对母亲的依恋不论掺合什么因素,更多的还是孩子对母亲的依赖,你的心理还是比较幼稚的,不懂得用成人思维来考虑处理问题,你都是大人啦!”

“大人? ……哎,医生,您可别说,我倒是经常想,人永远不长大就好了,省得烦恼。”

我最近在写一篇论文,分析性心理障碍患者的心理健康和心理控制程度,我发现纵观性心理障碍患者,他的人际关系、焦虑抑郁等因子分较高,象林楠这样,虚幻纯真、拒绝成长似乎成了必然。

“不过医生,我想我可能很难做到完全与母亲分开,相依为命这么多年,没有我给她的爱,她很可能会受不了。”林楠收敛了笑容,摇摇头,艰难地说。

“爱的回报形式不只一种嘛!”

“我可以给她的……”林楠犹豫了一下:“好象这样最好吧。”

“弱水三千,你何必独取一瓢饮? 再说了,你觉得这样下去就没有痛苦矛盾,安之若素?”

“她是我的母亲,母爱恩重如山啊! 我不能伤她的心,是不是?”

“其实你母亲也未必会一定要你这么做吧”,看着林楠越来越坚定的脸,我有点无可奈何:“你的婚姻,你的天伦之乐,你的阳光灿烂的生活,你的友情,你的朋友,你都有权利享受的。”说到这,我简直有些忍耐不住:“为这种,畸形的,情感,你们母子付出的,是不是,太多了?”

尽管我小心翼翼地选挑字眼,林楠的脸还是变得有些苍白。

我知道,这种拉锯式的“认知疗法”再持续下去,也不一定会收到什么好的效果,毕竟一路走来,九年的时间显得长了些。

林楠站起身,有礼貌地点头向我告辞:“我再想想,请您等

我电话。”

(六)

天凉如水,皓月当空,又是一年仲秋夜。

我独自漫无目的地沿江彳亍而行,江堤垂柳依依,岸边灯火闪烁,如此好景致却撩拨不起我如诗的情怀。

今天一早,我的手机响起,是林楠发来的短信:“母爱深厚,无以回报;您知道吧,羊羔跪哺,是感念母亲的艰难和恩德,医生,我还是做一只哪怕迷失方向的小羔羊吧,再说,阿雯肯定不会原谅我的——如果她知道的话。”

一时间,我竟生出些迷惘。

为什么要林楠从“非常”走向“正常”? 他活在自己的世界里不也挺好吗?

他们母子的情爱肉欲,基于心灵最无私最原始的结合,正如林楠所说“比那些虚情假意的人好得多。”

可是……

是林楠自己找上门来的呀,没有“病感”,没有“自知力”,就不会产生就医的愿望和要求,而愿望和要求这个强烈的心理动能,才驱使林楠一而再、再而三地与我有缘相聚在茫茫人海。他真的不仅仅是为了发泄而求得心灵暂时的平静。未来的,与芸芸众生一般无二的爱情婚姻,曾经那么美好地盘桓于他的梦中,然而,几经徘徊、求助、挣扎,却无力爬出孽情的苦海。

这使我多少感到有些颓然。

我在心里默默地念叨:林楠,你真的认为这样的行为,这样的生活模式是回报母爱的唯一方式了吗? 你真的愿意你的青春之花还未绽放,就凋零萎谢在你和母亲互相为对方驮负沉重的孽债里了么?

也许说什么都难以改变你的“认知曲解”,只是林楠,我把我听来的故事告诉你吧。

有那么一对夫妻,文革时期丈夫被迫害致死,剩下母子俩相依为命,年幼的儿子与母亲共同度过了这一最艰难岁月,但同时也发展为母子乱伦关系。为了维持母子间的关系,他甚至不惜与妻子离婚,儿子也随妻子远走他乡。当自认为即使将来要下地狱也绝不后悔的他,听到母亲临终的一句“我害怕去见你父亲”后,从此神不守舍,哀伤非常。到最后他变卖家财,全数捐给了一个敬老院,然后自我放逐到一个偏远乡村做教师,希望能够减轻自己的负罪感。

多么令人怜悯,为他感到悲哀的结局!

林楠,我发自心底地祈祷:不要看到这个结局在你们母子身上重演! 做一个健康阳光的儿子,一个摒弃畸形“恋母”情结的男人吧,我虔诚地期盼一个正常的、新的家庭的诞生!

写到这,我不得不再提一下最近遇到的另一个病例。

李耕,男,43 岁,五年前与妻子因性格不合离婚,独自带着女儿生活,并共居一床,平日对女儿十分娇宠,尽其所能满足孩子的需求,父女感情甚笃。因李耕一时未找女友,高涨的性欲常撩拨得他辗转反侧不能入睡,曾经动过找娼妓的念头,最终因怕染病而放弃,去年夏天带女儿游泳后,因女儿诉外阴痒,李耕帮着上药,“无意间,发现女儿开始发育了。”这一年,女儿刚满 11 岁。

“当时,头好象变大了,血一下子涌了上来,心底深处的处女膜情结渐渐膨胀,似乎占据了整个身体和心灵。”

李耕在电话里头喘着粗气说。

我问他:“你说的处女膜……怎么回事?”

沉默了一会儿,李耕才不怎么情愿地答道:“我前妻不是处女……医生,我怎么这么倒霉,这辈子就没让我碰上个处女?”

“所以你就拿自己闺女来……”

“没有没有,我还没到那一步,只是……只是跟她玩儿了一会,”

这下轮到我脑袋变大了:“你把她怎么了?”我的声音听起来有点不像自己的。

李耕吭坑哧哧了好一会,才向我谈了发生在他们父女俩身上的事情。

李耕说,与妻子刚离婚的时候,女儿还小,觉得她没有母亲照顾挺可怜,就让她跟自己睡,平日里替她洗澡,自己也裸体同浴,从来也没想过要避讳女儿什么:“因为在北方已经习惯这样,睡觉都不穿衣服。”李耕向我解释。

“那你与女儿在一块睡也裸体?”我问。

“那当然。”回答干脆。

那当然,往后的发展可以想象,父亲用温情麻痹了女儿,11 岁的女儿每周一个晚上与父亲做性游戏,代价居然是要父亲答应“不要找后妈”;而父亲除了对女儿全身心的爱以外,更有那永不消退的“处女膜情结”!

我问李耕,你知不知道这样的性心理生理启蒙教育,对女儿今后的爱情婚姻以至于她对异性的看法会产生什么影响?

李耕说,该结婚就结婚呗,到时候我会高兴她有个好归宿,您放心,我会放手的。

我有什么不放心的,那是你女儿,我冲着他来了一句。

李耕反倒叹气了,说这样做实在想扇自己嘴巴,但一到晚上,挨着女儿刚发育的身体,忍不住的邪念便从心头窜起。

我说,你是父亲,你与她母亲共同缔造了她的生命,你不但犯法,还犯了罪,强奸罪! 她才 11 岁呀!

李耕不乐意我说他强奸,他说,他跟女儿谈了很多“道理”,比如:当着女儿手淫时跟她解释人是怎样形成的? 晚上裸体睡觉时抱着同样裸体的女儿对她说,你长大了,男女有别,今后尤其是对别的男生不能这样;对女儿作出性侵犯的举动则告诉她,做爸爸的实在忍受不了这种煎熬……等等,等等。

如此这般的行为,李耕还说为女儿保留了处女身,自己不是真正意义上的性交:“膜还没破呢!”

难道性侵犯与否,真的仅仅在于那层“膜”?

只是可怜未成年的孩子,小小年纪就要承受不能承受之重,她的心灵已经被父亲蹂躏!

没过一个月,李耕又来电话来了,这次咨询的是“女孩子没来月经会不会怀孕?”

写到这,我的笔渐渐沉重,谁是这丑陋的始作俑者?

愿天下的父母儿女不再背负沉重的枷锁,愿“性”这个最原始的生理反应与自然、和谐,美好紧密结合,这才是善良的人们所热烈追求的幸福!

(收稿日期:2014 - 12 - 23)