· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 – 1993.2015.08.001

屈螺酮炔雌醇片对稽留流产清宫术后子宫内膜的影响观察

赵锦秀 邓晓杨 徐蕾
成都医学院第一附属医院妇科, 成都 610500

【摘 要】 **目的**:探讨稽留流产清宫术后应用屈螺酮炔雌醇片对患者术后宫腔粘连及子宫内膜修复的影响。**方法**:在我院就诊的 92 例稽留流产清宫术患者,随机分为对照组和观察组,各 46 例。对照组患者给予常规治疗;观察组患者在常规治疗的基础上给予屈螺酮炔雌醇片治疗。**结果**:观察组患者术后阴道流血持续时间、阴道流血量、月经复潮时间及子宫内膜恢复厚度指标均优于对照组,差异具有统计学意义($P<0.01$);术后 2 周,观察组患者尿 HGG 转阴率 80.43%,高于对照组患者尿 HGG 转阴率 52.17%,差异具有统计学意义($P<0.01$);观察组患者宫腔粘连的总发生率为 6.52%,低于对照组患者宫腔粘连总发生率 21.74%,差异具有统计学意义($P<0.05$)。**结论**:稽留流产清宫术后应用屈螺酮炔雌醇片,可有效缩短阴道流血时间、减少阴道流血量、缩短月经复潮时间,有利于子宫内膜修复,同时能有效预防术后宫腔粘连的发生。

【关键词】 稽留流产;清宫术;屈螺酮炔雌醇片;宫腔粘连;子宫内膜

Impact of Yasmin intervention on the intrauterine adhesions in curettage operation of missed abortion

ZHAO Jinxiu, DENG Xiaoyang, XU Lei. Department of Gynecology, The First Affiliated Hospital of Chengdu Medical College, Chengdu 610500, China

【**Abstract**】 **Objectives**: To investigate the effect of Yasmin intervention on intrauterine adhesions and endometrial repair in curettage operation of missed abortion. **Methods**: 92 cases of missed abortion patients in our hospital were randomly divided into control group and observation group, 46 cases in each group. Control group: patients were given conventional treatment. Observation group: patients received both conventional treatment and Yasmin treatment. **Results**: The vaginal bleeding duration after operation, the amount of vaginal bleeding, menstruation time, endometrial thickness restoration index in the observation group were better than the control group, with significant difference ($P<0.01$). After 2 weeks, the urine HGG negative rate in the observation group was 80.43%, higher than 52.17% in the control group, with significant difference ($P<0.01$). The total incidence of intrauterine adhesions in the observation group was 6.52%, lower than 21.74% in the control group, with significant difference ($P<0.05$). **Conclusion**: Application of Yasmin in curettage operation of missed abortion can effectively shorten the time of vaginal bleeding, reduce the amount of vaginal bleeding, shorten the time of menses resumption, which is conducive to repairing the endometrium and can effectively prevent the occurrence of intrauterine adhesions.

【**Key words**】 **Missed abortion; Curettage operation; Yasmin; Intrauterine adhesions; Endometrium**

【中图分类号】 R167 【文献标志码】 A

稽留流产(又称过期流产或死胎不下)是指孕妇由于精神压力、遗传基因缺陷及环境因素等原因,致使胚胎死亡后稽留在宫腔内,未及时排出者[1]。死胎在宫腔内稽留时间过长,组织会发生机化而与子宫壁粘连在一起,大大增加了清宫术实施的困难,同时手术操作中不可避免会损伤到宫颈黏膜和子宫内膜,因此术后极易出现宫腔粘连、月经紊乱等诸多并发症,严重时甚至会影响到患者的生育能力[2]。有研究报道[3],屈螺酮炔雌醇片对清宫术后子宫内膜修复具有较佳疗效,但其相关机制仍少见报道。为此,本研究对稽留流产清宫术后应用屈螺酮炔雌醇片进行观察,并观察了其对患者术后宫腔粘连及子宫内膜修复的影响。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2013 年 4 月至 2014 年 4 月在我院就诊的 92 例稽留流产并自愿行清宫术的患者,年龄 20 ~ 34 岁。随机分为对照组 46 例和观察组 46 例。病例选择标准:全部患者经血绒毛膜促性腺激素(HCG)、孕酮检测及 B 超检查确诊为稽留流产。排除标准:排除患有血液系统疾病及严重心、肝、肾疾病者,排除子宫畸形、子宫肌瘤及内分泌免疫功能异常和药物禁忌证者。患者均签署知情同意书。两组患者在年龄、停经时间及孕次等一般资料上对比,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表 1。

【第一作者简介】赵锦秀(1972 –),女,副主任医师,主要从事妇产科临床与研究工作。

表 1 两组患者一般资料的对比

组别	年龄(岁)	体重(kg)	孕次	产次	停经时间(d)	孕囊大小(cm)
对照组(n=46)	25.4±4.8	51.3±6.4	2.2±0.9	1.6±0.5	76.2±10.5	3.0±0.8
观察组(n=46)	25.7±4.6	51.7±6.1	2.4±0.8	1.5±0.4	75.8±10.1	2.9±0.7
t	0.306	0.307	1.127	1.059	0.186	0.638
P	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

1.2 方法

两组患者均自愿行超声引导下清宫术,于术前服用米非司酮片(北京华润紫竹药业有限公司,国药准字 H10950003)25mg Bid 连续 3d,以及米索前列醇片(北京华润紫竹药业有限公司,国药准字 H20000668)0.6mg 第 3d 顿服,进行排胎治疗,严格遵照操作规程进行,所有患者均成功完成超声引导下清宫术。取截石位,麻醉生效后,超声引导下使探针到达宫底;取出探针,扩宫棒扩宫;B 超引导负压吸头或刮匙到达胚囊位置,吸刮宫腔内妊娠物。在手术过程中,避免损伤正常子宫组织及发生漏吸等情况。

术后告知患者 1 个月内禁止坐浴,避免性生活。对照组患者术后给予常规治疗,包括应用抗生素 3d,以预防感染,服用益母草软胶囊(北京长城制药厂,国药准字 Z20050784)1 粒 TID,连续服用 1 周。观察组患者在对照组治疗的基础上,给予屈螺酮炔雌醇片(拜耳医药保健有限公司,国药准字 J20080085)1 片/d,21d 为 1 个周期。

1.3 观察指标

(1)阴道流血持续时间:观察患者术后直至阴道流血干净的时间;(2)阴道流血量:予以每位患者同一款卫生巾(护舒宝),采用容积法、称重法为主,辅以面积法(手术开始时所有敷料、棉垫、吸引瓶内的血量及术毕清理出的阴道流血量之总和),观察患者的阴道流血量[4];(3)月经复潮时间:观察患者术后首次月经来潮的时间;(4)尿 HCG 转阴时间:要求患者每周回医院复诊,检测尿 HGG,记录下该指标转阴的时间;(5)子宫内膜检查:术后 15d 行 B 超检查,观察患者子宫内膜厚度;(6)宫腔粘连:予以宫腔镜检查,观察是否出现粘连发生,宫腔镜诊断粘连标准[5]:①轻度粘连:累及宫腔 <1/4,粘连较为菲薄或纤细,输卵管开口和宫腔上端病变较轻,或清晰可见;②累及宫腔 >1/4,但 <3/4,仅有粘连形成,宫壁未出现粘连,输卵管开口和宫腔上端部分闭锁;③累及宫腔 >3/4,粘连带较为肥厚,宫壁出现粘连,输卵管开口和宫腔上端完全闭锁。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 13.0 统计学软件对实验数据进行分析。计量资料采用 $\bar{x}\pm s$ 表示。组间比较采用 t 或 χ^2 检验。$P<0.05$ 表明差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 术后阴道流血情况

观察组患者术后阴道流血持续时间、阴道流血量、月经复潮时间及子宫内膜恢复厚度指标均优于对照组患者术后阴道流血持续时间、阴道流血量、月经复潮时间及子宫内膜恢复厚度指标,差异具有统计学意义($P<0.01$)。见表 2。

表 2 术后阴道流血情况的对比

组别	阴道流血持续时间(d)	阴道流血量(mL)	月经复潮时间(d)	子宫内膜恢复厚度(mm)
对照组(n=46)	2.8±0.9	26.3±2.7	36.4±2.8	5.1±1.7
观察组(n=46)	1.0±0.8	21.5±2.3	27.2±2.2	6.3±2.0
t	10.138	9.179	17.523	3.101
P	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

2.2 尿 HGG 转阴时间

术后 2 周,观察组患者尿 HGG 转阴率 80.43% 高于对照组患者尿 HGG 转阴率 52.17%,差异具有统计学意义($\chi^2=8.222$,$P<0.01$)。见表 3。

表 3 尿 HGG 转阴时间的对比

组别	术后 2 周转阴	术后 3 周转阴
对照组(n=46)	24(50.00)	44(95.65)
观察组(n=46)	37(77.08)	45(97.83)
χ^2	8.222	0.000
P	<0.01	>0.05

2.3 宫腔粘连

观察组患者宫腔粘连的总发生率为 6.52% 低于对照组患者宫腔粘连的总发生率 21.74%,差异具有统计学意义($\chi^2=4.390$,$P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组患者宫腔粘连发生情况的对比

组别	轻度粘连	中度粘连	重度粘连	粘连总发生率
对照组(n=46)	5(10.87)	3(6.52)	2(4.35)	10(21.74)
观察组(n=46)	2 (4.35)	1(2.17)	0	3 (6.52)
χ^2	0.619	0.261	0.511	4.390
P	>0.05	>0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

稽留流产清宫术后的宫腔粘连俨然成为不孕症的重要因素之一,严重危害广大妇女的生殖健康[6]。文献认为[7],宫腔粘连的发病率在呈上升趋势。宫腔粘连(又称阿谢曼综合征),是由 Fritsh[8]于 1894 年提出,指患者的宫腔、子宫峡部和子宫颈管由于各种原因发生腔壁粘连。有研究表明[9],粘连的形成与 TGF-β_1 密切相关。子宫内膜基质金属蛋白酶(MMPs)是一种降解细胞外基质的多肽物质,具有促进细胞迁移和增殖的作用,基质金属蛋白酶的组织抑制剂(TIMP)对 MMPs 具有抑制功能,以调控其发挥正常的功能[10]。而 TGF-β_1 作为最主要的促纤维形成的细胞因子,能提高 TIMP 的活性,打破 MMPs 和 TIMP 之间的相对平衡,使得细胞外基质(ECM)的降解减少,纤维蛋

白沉积增加。子宫内膜会逐渐被结缔组织所取代,并不断纤维化,最终形成宫腔粘连[11]。

目前医学界对于如何有效预防宫腔粘连的发生,尚无特效方法。有研究表明[12],在稽留流产清宫术后,应用雌孕激素,发现用药患者与同期未用药的患者对比,其子宫内膜修复情况更为优秀,且宫腔粘连的发生率明显减少,粘连程度也相对较轻[13]。本次研究中,我们在对照组给予常规治疗,观察组患者在常规治疗的基础上应用屈螺酮炔雌醇片治疗。结果显示,观察组患者术后阴道流血持续时间、阴道流血量、月经复潮时间、子宫内膜恢复厚度及尿 HGG 转阴率等指标均优于对照组患者术后阴道流血持续时间、阴道流血量、月经复潮时间、子宫内膜恢复厚度及尿 HGG 转阴率等指标,且观察组患者的宫腔粘连发生率低于对照组患者的宫腔粘连发生率,差异显著。提示屈螺酮炔雌醇片有利于子宫内膜的修复,并能预防宫腔粘连的发生。推测这可能是因为屈螺酮炔雌醇片是一种新型的短效避孕药。其中屈螺酮是强效孕激素,具有抗盐皮质激素和抗雄激素的作用,可抑制宫颈细胞的分泌[14],能促使粘液中的蛋白和细胞增多,水分不断减少,使得宫颈粘液更为浓稠,形成隔离带,将宫腔和阴道有效隔离开来,达到预防宫腔粘连的目的[15]。小剂量应用时可刺激促性腺激素(FSH 和 LH)的分泌,继而刺激性腺分泌性激素,达到调控月经周期的作用,而大剂量应用则能抑制性激素的分泌,进而抑制卵巢排卵,达到高效避孕的效果[16]。由于屈螺酮炔雌醇片接近天然的孕激素,具有良好的安全性,本组未出现任何不良反应事件。

综上可知,于稽留流产清宫术后应用短效避孕药物屈螺酮炔雌醇片,可有效调节患者月经周期,预防宫腔粘连发生,有利于子宫内膜修复。

参 考 文 献

[1] 胡艳萍. 稽留流产临床原因探析. 中国医师进修杂志,2014,37(z1):194 – 195.

[2] 王文丽. 419 例不孕症宫腔镜检查结果临床分析. 中国妇幼保健,2011,26(21):3247.

[3] 孟侠. 人工流产术后即时口服避孕药优思明的有效性观察. 现代预防医学,2011,38(17):3437 – 3438.

[4] 黄文静. 止血带预防性应用于前置胎盘剖宫产术临床分析. 现代医院,2013,13(6): 42 – 43.

[5] 徐丽,吕珊珊,王娟,等. 稽留流产清宫后服用短效避孕药"妈富隆"预防宫腔粘连. 中国伤残医学,2013,21(10):155 – 157.

[6] 冯翠仪. 稽留流产清宫后服用妈富隆对宫腔粘连的预防作用. 中国实用乡村医生杂志,2014,21(14):55 – 57.

[7] 李卫珍,张建英,李咏梅. 医用几丁糖预防人流术后宫腔粘连的疗效观察. 浙江临床医学,2014,16(6):911 – 912.

[8] 刘琳琳,刘玉环. 宫腔粘连相关细胞因子的研究进展. 山东医药,2011,51(20):110 – 111.

[9] Eunsook, Lee Marta, Sidoryk – Wegrzynowicz Zhaobao, et al. Transforming growth factor – α mediates estrogen – induced upregulation of glutamate transporter GLT – 1 in rat primary astrocytes. Glia, 2012, 60(7):1024 – 1036.

[10] 张红. 补佳乐联合黄体酮胶囊用于防止稽留流产清宫术后宫腔粘连的疗效分析. 中外健康文摘,2013,10(24):13 – 14.

[11] 罗小雨,彭菊兰,吴璇华. TGF – β 和 TIMP – 1 在宫腔粘连患者血清中的表达. 宁夏医科大学学报,2013,35(10):1143 – 1145.

[12] 苏爱芳,卜霄. 雌孕激素序贯疗法在稽留流产刮宫术后的临床应用研究. 中国计划生育学杂志,2013,21(11):744 – 745,750.

[13] Roy KK, Negi N, Subbaiah M, et al. Effectiveness of estrogen in the prevention of intrauterine adhesions after hysteroscopic septal resection: a prospective, randomized study. J Obstet Gynaecol Res, 2014, 40(4):1085 – 1088.

[14] 陶艳玲,徐鑫,甄学慧. 稽留流产清宫术后即时应用屈螺酮炔雌醇片的临床观察. 中国妇幼保健,2013,28(31):5211 – 5212.

[15] Seidman DS, Yeshaya A, Ber A, et al. A prospective follow – up of two 21/7 cycles followed by two extended regimen 84/7 cycles with contraceptive pills containing ethinyl estradiol and drospirenone. Isr Med Assoc J, 2010, 12(7):400 – 405.

[16] 黄平,黄慧,李蓉,等. 优思明在中期妊娠引产清宫术后的临床应用. 现代中西医结合杂志,2013,22(20):2170 – 2172.

(收稿日期:2014 – 12 – 01)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 – 1993.2015.08.002

阿奇霉素与头孢西丁治疗盆腔支原体感染的临床效果对比分析

杨欣慰[1] 唐菲[2△]

1 宜昌市第二人民医院妇产科,湖北 宜昌 443000

2 黄石市中心医院药剂科,湖北 黄石 435000

【摘 要】 **目的:**探讨支原体感染盆腔炎患者应用阿奇霉素治疗的临床效果及安全性。**方法:**按随机

【第一作者简介】杨欣慰(1970 –),女,副主任医师,主要从事妇产科临床与研究工作。

△【通讯作者】唐菲(1971 –),女,副主任药师,E – mail:776361791@qq.com

数字表法将我院 2012 年 8 月至 2014 年 8 月收治的 140 例支原体感染盆腔炎患者分为对照组和观察组,每组 70 例。两组患者均在给予盆腔炎 2 号方的同时联合其他药物治疗,其中对照组联合头孢西丁治疗,观察组联合阿奇霉素治疗,比较两组患者的临床疗效和不良反应发生率。**结果**:观察组痊愈 51 例,显效 11 例,有效 6 例,无效 2 例,治疗总有效率为 97.14%;对照组痊愈 32 例,显效 13 例,有效 12 例,无效 13 例,治疗总有效率为 81.43%,组间比较差异具有统计学意义($P<0.05$)。观察组的子宫血流动力学指标均高于对照组,比较差异具有统计学意义($P<0.05$)。观察组的不良反应发生率为 7.14%;对照组为 28.57%,组间比较差异具有统计学意义($P<0.05$)。**结论**:支原体感染盆腔炎患者应用阿奇霉素治疗的临床疗效较好,不良反应也较少,具有临床推广价值。

【**关键词**】 盆腔炎;支原体感染;阿奇霉素;头孢西丁

The effect of azithromycin combined cefoxitin in the treatment of pelvic inflammation caused by mycoplasma infection

YANG Xinwei[1], *TANG Fei*[2△]. *1. Department of Obstetrics and Gynecology, The 2nd People's Hospital of Yichang, Hubei 443000, China; 2. Department of Pharmacy, Huangshi Central Hospital, Huangshi 435000, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To investigate the clinical effect and safety of azithromycin combined cefoxitin in treating pelvic inflammation patients with mycoplasma infection. **Methods**: 140 pelvic inflammation patients with mycoplasma infection in our hospital from August 2012 to August 2014 were selected and randomly divided into control group and observation group, 70 cases in each group. Besides the second therapy for pelvic inflammation, the control group jointly received cefoxitin and the observation group received azithromycin for treatment. The clinical efficacy and incidence rate of adverse reaction in the two groups were compared. **Results**: In the observation group, there were 51 cases cured, 11 cases markedly effective, 6 cases effective, and 2 cases invalid, the total efficiency of treatment being 97.14%; in the control group there were 32 cases cured, 13 cases markedly effective, 12 cases effective and 13 cases invalid, the total efficiency of treatment being 81.43%, with statistically significant differences between the two groups ($P<0.05$). The uterine hemodynamics indexes in the observation group were higher than those in the control group, with statistically significant difference ($P<0.05$); the incidence rate of adverse reaction in the observation group and control group was 7.14% and 28.57% respectively, with statistically significant difference ($P<0.05$). **Conclusion**: Azithromycin is of better clinical effect in treating pelvic inflammation patients with mycoplasma infection, with less adverse reactions.

【**Key words**】 **Pelvic inflammatory disease; Mycoplasma infection; Azithromycin; Cefoxitin**

【**中图分类号**】 R167 【**文献标志码**】 A

盆腔炎由女性上生殖道感染所引起,可导致宫外孕、女性不孕或弥漫性腹膜炎等,严重影响着妇女的生活质量和身心健康。支原体感染是盆腔炎的常见致病因素,其中因解脲支原体(Uu)感染的非淋菌性泌尿生殖道感染近年来呈现出明显的上升趋势[1]。目前,临床上常采用抗感染及对症治疗等方法对支原体感染盆腔炎进行治疗,阿奇霉素具有抗菌谱广、使用方便、依从性较好和半衰期长等优点,目前在盆腔炎的治疗中发挥着重要作用[2]。本文以我院收治的支原体感染盆腔炎患者为研究对象,对支原体感染盆腔炎患者应用阿奇霉素治疗的临床效果及安全性进行了探讨,旨在为临床治疗提供依据,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2012 年 8 月至 2014 年 8 月收治的 140 例支原体感染盆腔炎患者,均符合 2010 年美国疾病控制中心盆腔炎治疗指南中确定的诊断标准[3]。按随机数字表法将其分为对照组和观察组,每组 70 例。对照组年龄 21 ~ 54 岁,平均(32.4 ± 4.1)岁;病程 2 ~ 24 个月,平均(10.3 ± 3.9)个月;包括子宫内膜炎 28 例,输卵管炎 20 例,输卵管卵巢脓肿 9 例,盆腔腹膜炎 13 例。观察组年龄 22 ~ 53 岁,平均(31.9 ± 4.4)岁;病程 3 ~ 23 个月,平均(9.8 ± 4.0)个月;包括子宫内膜炎 29 例,输卵管炎 22 例,输卵管卵巢脓肿 8 例,盆腔腹膜炎 11 例。两组患者的一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),存在可比性。

1.2 治疗方法

对照组采用头孢西丁联合盆腔炎 2 号方治疗,将注射用头孢西丁钠(上海新亚药业有限公司,国药准字 H20057650,规格 1.0g,剂量 100mg/(kg · d))加入 0.9% 氯化钠溶液 50 ~ 100mL 后静脉滴注,2 次/d,每次用药间隔 6 ~ 8h。盆腔炎 2 号方组方为吴茱萸和川芎各 6g,桂枝、白芍、川楝子、桃仁、香附、制大黄、当归、狗脊各 10g,茯苓 12g,赤芍、石见穿各 15g。将上述药物水煎至 100mL,所煎药液温度控制在 38℃ 左右,保留灌肠时间 1h 以上,每晚使用 1 次,以 1 周为 1 个疗程,共治疗 4 个疗程,经期停止使用。观察组采用阿奇霉素联合盆腔炎 2 号方治疗,首次静注阿奇霉素(亚宝药业集团有限公司,国药准字 H20051466,规格 500mg/5mL)0.5g,1 次/d,之后视情况调整用量。盆腔炎 2 号使用方法、治疗疗程与对照组一致。

1.3 疗效判定标准

依据《中药新药临床研究指导原则》判定疗效[4]:痊愈,各项检查指标均恢复正常,症状及体征消失;显效,各项检查指标明显改善,症状及体征缓解达 60% 以上;有效,各项指标有所好转,临床症状及体征改善 20% ~ 59%;无效,未达到上述标准或

进一步恶化。临床总有效率 = 痊愈例数 + 显效例数 + 有效例数/总例数 × 100%。

1.4 观察指标

观察两组患者的临床疗效、治疗后子宫的阻力指数(RI)、搏动指数(PI)、平均血流速度(Vmin)等血流动力学指标及不良反应发生情况。

1.5 统计学方法

采用 SPSS12.0 统计学软件对数据进行分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验;以[n(%)]形式表示计数资料,采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 表示组间比较差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的临床疗效比较

观察组的治疗总有效率为 97.14%,对照组的治疗总有效率为 81.43%,组间比较差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者的临床疗效比较

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组(n=70)	51(72.86)	11(15.71)	6 (8.57)	2 (2.86)	68(97.14)
对照组(n=70)	32(45.71)	13(18.57)	12(17.14)	13(18.57)	57(81.43)
χ^2					9.0347
P					0.0026

2.2 两组患者的子宫血流动力学指标比较

经治疗后,观察组的 RI、PI 和 Vmin 等子宫血流动力学指标均明显高于对照组,比较差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者的子宫血流动力学指标比较

组别	RI	PI	Vmin
观察组(n=70)	0.87 ± 0.06	2.43 ± 0.12	0.58 ± 0.04
对照组(n=70)	0.82 ± 0.03	2.20 ± 0.09	0.47 ± 0.04
t	6.2361	12.8288	16.2692
P	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 两组患者的不良反应发生率比较

观察组发生 2 例腹泻、2 例恶心呕吐、1 例肝功能异常,不良反应发生率为 7.14%;对照组发生 5 例腹泻、5 例恶心呕吐、4 例头痛头晕、6 例肝功能异常,不良反应发生率为 28.57%,组间比较差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者的不良反应发生率比较

组别	腹泻	恶心呕吐	头痛头晕	肝功能异常	总发生率
观察组(n=70)	2(2.86)	2(2.86)	0(0.0)	1(1.43)	5 (7.14)
对照组(n=70)	5(7.14)	5(7.14)	4(5.71)	6(8.57)	20(28.57)
χ^2					10.9565
P					0.0009

3 讨论

盆腔炎主要包括输卵管炎、输卵管卵巢脓肿、子宫内膜炎和盆腔腹膜炎等疾病,是育龄期妇女的多发病与常见病,其中由病原体经阴道宫颈上行感染是该病的主要感染途径[5]。近年来,支原体感染盆腔炎的发病率呈明显增长趋势,严重威胁着患者的身心健康。支原体大量繁殖时易导致盆腔积液和局部粘连,进而引发慢性盆腔炎和输卵管阻塞,导致不孕、宫外孕等严重后果[6,7]。支原体感染盆腔炎多表现为盆腔腹膜、生殖器及周围结缔组织的慢性炎症,可减慢子宫血流速度,阻力指数和搏动指数等子宫血流动力学指标也随之降低[8]。因此,子宫血流动力学指标常作为判定盆腔炎疗效和预后的有效指标[9,10]。

阿奇霉素为大环内酯类抗菌药物,是 WHO 和联合国人口基金会等联合颁布的《2006 年生殖健康基本药物目录》中泌尿生殖系统感染的基本用药[12]。其可与敏感微生物的 50s 核糖体的亚单位结合,进而通过干扰蛋白质合成而发挥抗菌作用。本次研究所选择的阿奇霉素可覆盖常见病原微生物剂非典型病原体,抗菌谱较广,可清除 98% 的支原体和厌氧菌[11]。临床研究表明,阿奇霉素可抑制革兰阴性菌和阳性菌、厌氧菌、支原体、衣原体和螺旋体,抗菌效果十分突出。同时,阿奇霉素具有较为明显的药动力特性和药动学优势,可分布于多种组织及体液中,生物利用度可达 52% ~ 55%[13]。该药的半衰期长达 68h,可使血中有效的药物浓度维持较长时间,其局部药物浓度远高于其他部位,用药时间、用药量和不良反应等均少于传统的长疗程多药联合治疗方法,有效提高了患者的依从性,降低其用药量和治疗费用。但临床研究发现,长时间使用抗生素易发生不良反应,复发率也较高,在较大程度上影响了患者的整体疗效。盆腔炎 2 号方中桂枝、茯苓和吴茱萸可温经效果突出,白芍、赤芍、当归、桃仁、川芎可理气化瘀止痛,石见穿可理气,玄胡、香附和川楝子可止痛,制大黄可化瘀理气,上述诸药合用能收清热解毒、通络止痛、活血化瘀之效,与阿奇霉素联合使用能改善患者的临床疗效和预后质量[14]。本次研究采用阿奇霉

素联合盆腔炎 2 号对观察组患者进行了治疗,结果发现该组的临床疗效明显优于采用头孢西丁联合盆腔炎 2 号治疗的对照组,RI、PI 和 Vmin 等子宫血流动力学指标均明显高于对照组,而不良反应发生率却低于对照组,比较差异均具有统计学意义($P<0.05$),与有关研究相一致[15]。

综上所述,在给予盆腔炎 2 号治疗的同时联合阿奇霉素治疗支原体感染盆腔炎可获得较好的疗效,安全性也较高,具有临床推广价值。

参 考 文 献

[1] 李惠芳,樊云,游晨羽. 左氧氟沙星在感染性盆腔炎中的综合疗效观察. 中华医院感染学杂志,2014,24(13):3206 - 3208.

[2] 郝玉凤,王茜,袁晓洁,等. 左奥硝唑、奥硝唑、替硝唑治疗盆腔炎临床对比研究. 中国性科学,2012,21(8):38 - 39.

[3] 樊尚荣,张慧萍. 2010 年美国疾病控制中心盆腔炎治疗指南. 中国全科医学,2011,14(4):1165.

[4] 黄静. 用阿奇霉素与头孢西丁治疗盆腔炎的疗效比较. 四川医学,2014,35(8):1001 - 1003.

[5] 张建云,郭蕾,卢娜,等. 603 例医院感染调查分析. 中华医院感染学杂志,2011,21(17):3562 - 3564.

[6] 于艳艳,赵德育,庄焕自,等. 阿奇霉素在支原体感染后气道炎症中的抗炎作用. 临床儿科杂志,2012,30(2):179 - 182.

[7] 冯春玲. 盐酸左氧氟沙星治疗急性盆腔炎疗效观察. 中国现代药物应用,2011,5(4):142.

[8] Haggerty CL, Ness RB. Epidemiology pathogenesis and treatment of pelvic inflammatory disease. Expert Rev Anti Infect Ther, 2006, 4(2):235 - 247.

[9] 黄华民. 盐酸左氧氟沙星在盆腔炎治疗中的临床疗效及安全性评估. 中国妇幼保健,2012,27(7):989 - 990.

[10] 潘建斌. 左氧氟沙星治疗盆腔炎 276 例疗效观察. 中国性科学,2012,21(12):25 - 27.

[11] 成娟,张宇,李小毛,等. 阿奇霉素治疗盆腔炎性疾病临床观察. 广东医学,2011,32(19):2592 - 2593.

[12] World Health Organization. Sexually Transmitted and Other Reproductive Tract Infections A guide to essential practice. Geneva World Health Organization,2005:196.

[13] 倪彦燕,蒋选兰,耿兰香,等. 阿奇霉素联合参苓白术丸治疗宫颈支原体感染性盆腔炎性疾病的疗效观察. 山西医药杂志,2014,43(3):314 - 316.

[14] Centers for DiseaseControl and Prevention, Workows Ki KA, Berman SM. Sexually transmitted diseases treatment guidelines,2006. MMWR Reeomm Rep,2006,55(RR - 11):1 - 94.

[15] 祁明花,杨素兰,刘珊珊,等. 阿奇霉素联合盆腔炎 2 号方治疗支原体感染盆腔炎 72 例. 中国药业,2013,22(24):81 - 82.

(收稿日期:2014 - 10 - 13)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 - 1993.2015.08.003

前列腺穿刺活检患者中血清高敏 C 反应蛋白测定的临床意义

陈松[1] 王行环[1△] 熊涵楚[2] 肖和[1] 王刚[1]

1 武汉大学中南医院泌尿外科,武汉 430071

2 南昌大学第一临床学院临床医学专业,南昌 330006

【摘 要】 目的:分析并探讨前列腺穿刺活检中血清高敏 C 反应蛋白(hs - CRP)测定的临床意义。**方法:**选取 2012 年 2 月至 2015 年 2 月期间在我院接受前列腺穿刺活检患者 275 例。病理诊断为良性前列腺增生(BPH)患者 178 例,病理诊断为 PCa 患者 97 例。检测患者 hs - CRP 含量及其他各项指标含量。**结果:**BPH 患者 hs - CRP 为(1.24 ± 0.37)mg/L,PCa 患者 hs - CRP 为(3.21 ± 0.89)mg/L。PCa 患者 hs - CRP 明显高于 BPH 患者。经统计学检验,差异具有统计学意义($P<0.05$)。hs - CRP 升高(大于 3mg/L)患者 93 例,其中 PCa52 例,穿刺阳性率为 55.91%。hs - CRP 正常(小于等于 3mg/L)患者 182 例,其中 PCa45 例,穿刺阳性率为 24.73%。hs - CRP 升高穿刺阳性率明显升高。经统计学检验,差异具有统计学意义($P<0.05$)。年龄、tPSA、TPV 和 hs - CRP 是影响前列腺穿刺阳性率的独立因素($P<0.05$)。**结论:**血清高敏 C 反应蛋白是影响前列腺穿刺阳性率的独立因素,当血清高敏 C 反应蛋白升高时,穿刺阳性率明显升高,对于疾病诊断具有提示作用。

【基金项目】国家自然科学基金面上项目(81172434)。

【第一作者简介】陈松(1990 -),男,硕士研究生在读,主要研究方向为微创泌尿外科。

△【通讯作者】王行环,主任医师、教授、博士生导师,E - mail:wangxinghuanlaos@163.com

【关键词】 前列腺增生;前列腺肿瘤;血清高敏 C 反应蛋白;穿刺活检

Clinical significance of prostate biopsy in patients with serum high – sensitivity C – reactive protein measurement

CHEN Song[1], *WANG Hanghuan*[1Δ], *XIONG Hanchu*[2], *XIAO He*[1], *WANG Gang*[1]. *1. Department of Urology, Zhongnan Hospital of Wuhan University, Wuhan 430071, China; 2. ClinicalMedicine, The First Clinical College of Nanchang University, Nanchang 330006, China*

【Abstract】 Objectives: To analyze and discuss the clinical significance of prostate biopsy in patients with serum high – sensitivity C – reactive protein measurement. **Methods**: 275 patients received prostate biopsy in our hospital from February 2012 to February 2015 were selected. There were 178 cases of benign prostatic hyperplasia (BPH) and 97 cases of PCa. Hs – CRP and other indexes content were measured. **Results**: Hs – CRP of BPH patients and PCa patients was (1.24 ± 0.37) mg / L and (3.21 ± 0.89) mg/L respectively, with statistically significant difference ($P<0.05$). There were 93 cases with increasing hs – CRP (greater than 3mg / L), of which there were 52 cases of PCa and the positive biopsy rate was 55.91%. There were 182 cases with normal hs – CRP (less than or equal 3mg / L), of which there were 45 cases of PCa and the positive biopsy rate was 24.73%. The positive rate of increasing hs – CRP group was significantly higher, with statistically significant difference ($P<0.05$). Independent factors affecting prostate biopsy positive rate were age, tPSA, TPV and hs – CRP ($P<0.05$). **Conclusion**: The serum high – sensitivity C – reactive protein is an independent factor affecting the positive rate of prostate biopsy. As serum high – sensitivity C – reactive protein increases, the positive rate is significantly higher, which can be used as prompted action.

【Key words】 Benign homeostatic hyperglycemia; Prostate cancer; Serum high – sensitivity C – reactive protein; Biopsy

【中图分类号】 R167 **【文献标志码】** A

前列腺癌是一种常见的男性前列腺上皮恶性肿瘤,据统计,目前前列腺癌发病率逐年增长,已严重威胁人类健康[1]。提早预防、早期发现、及时治疗是提高患者 5 年生存率的必要措施;选择简单、相对精确的诊断方式对提高患者诊断率十分重要[2]。C 反应蛋白是一种炎性反应介导的蛋白,在慢性炎症等情况中其血清水平在不同程度上升高,研究表明,C 反应蛋白在部分肿瘤疾病的发生发展中起着关键性影响,如肝细胞癌等,但与前列腺癌的相关性研究较少[3]。在本次研究中,选取 2012 年 2 月至 2015 年 2 月期间在我院接受前列腺穿刺活检患者 275 例,分析并探讨前列腺穿刺活检中血清高敏 C 反应蛋白(hs – CRP)测定的临床意义。

1 资料与方法

1.1 一般资料

随机选取 2012 年 2 月至 2015 年 2 月期间在我院接受前列腺穿刺活检患者 275 例。病理诊断为良性前列腺增生患者 178 例,前列腺癌患者 97 例。年龄 42 ~ 84 岁,平均年龄(66.34 ± 6.28)岁。血清总 PSA(tPSA)大于 10μg/L 191 例,4 ~ 10μg/L 57 例,小于 4μg/L 27 例。纳入标准:(1)行超声指导下的前列腺穿刺活检者;(2)确诊为良性前列腺增生(BPH)或前列腺癌(Pca)者。排除标准[4]:(1)有急性炎症患者;(2)有尿路感染者;(3)未签署知情同意者。

1.2 实验方法

超声采用 Siemens 公司生产的 Sequoia 彩色多普勒超声仪(YB1640036),前列腺穿刺活检采用美国 Bard 公司生产的自动活检枪及穿刺针(MG1522)。穿刺采用 12 点活检法,穿刺标本送病理科诊断。

血清 hs – CRP 测定在活检前 1d 进行,于清晨采血,使用免疫投射比浊法进行测定。血清 tPSA 采用化学发光法测定[5]。计算前列腺总体积(TPV)和 PSA 密度(PSAD)。

1.3 统计学分析

对结果使用统计学软件 SPSS 19.0 分析,计量资料采取 t 检验,率的比较采取 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义的判断标准。

2 结果

2.1 BPH 患者和 PCa 患者各项指标对比

BPH 患者 hs – CRP 为(1.24 ± 0.37) mg/L,PCa 患者 hs – CRP 为(3.21 ± 0.89) mg/L。PCa 患者 hs – CRP 明显高于 BPH 患者。经统计学检验,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 BPH 患者和 PCa 患者各项指标对比

组别	BPH	PCa	t	P
年龄(岁)	64.98 ± 5.24	69.45 ± 6.23	6.32	<0.05
tPSA(μg/L)	11.23 ± 3.21	50.53 ± 11.21	43.66	<0.05
PSAD[μg/(L·cm^3)]	0.24 ± 0.11	1.16 ± 0.47	24.93	<0.05
TPV(cm^3)	45.34 ± 5.53	39.45 ± 4.45	9.02	<0.05
hs – CRP(mg/L)	1.24 ± 0.37	3.21 ± 0.89	25.76	<0.05

2.2 不同 hs – CRP 穿刺阳性率对比

hs – CRP 升高(大于 3mg/L)患者 93 例,其中 PCa52 例,穿刺阳性率为 55.91%。hs – CRP 正常(小于等于 3mg/L)患者 182 例,其中 PCa45 例,穿刺阳性率为 24.73%。hs – CRP 升高穿刺阳性率明显升高。经统计学检验,差异具有统计学意义($P<0.05$)。

2.3 前列腺穿刺阳性率 Logistic 回归

年龄、tPSA、TPV 和 hs - CRP 是影响前列腺癌活检阳性率的独立因素($P<0.05$)。见表 2。

表 2 前列腺穿刺阳性率 Logistic 回归

组别	回归系数	OR 值	95% CI	P
年龄	0.071	1.072	1.022 - 1.124	<0.05
tPSA	0.073	1.078	1.036 - 1.123	<0.05
TPV	-0.024	0.977	0.952 - 0.999	<0.05
hs - CRP	0.106	1.114	1.015 - 1.218	<0.05

3 讨论

高敏 C 反应蛋白(hs - CRP)是一种急性反应蛋白,当体内处于炎性状态时,通过肝脏细胞释放入血,导致血清浓度显著上升,所以,hs - CRP 常规被用来反映体内炎性反应状态[6]。但有部分研究表明,hs - CRP 的产生在肿瘤细胞的发生及发展中起着重要的作用,如肝癌、肾癌等,但关于 hs - CRP 在前列腺癌中起到何种作用却较少有人报道[7]。

2006 年,有研究证实体内 hs - CRP 水平与恶性肿瘤中存在一定关联,且文献表明,肺癌、肾癌及肝癌等恶性肿瘤中,CRP 升高占大多数,这表明肿瘤发生过程中,炎性反应很可能参与其中[8]。有文献提出,慢性炎症对体内细胞长期作用,导致其发生无法控制的增殖,在炎性因子等的进一步刺激下,不断增殖的细胞可能发生种植、转化甚至转移[9]。另外,由于恶性肿瘤的恶意快速进展,体内可能伴有组织炎性反应,导致 hs - CRP 的升高,这也证明血清中 hs - CRP 可能在一定程度上对肿瘤疾病预测或诊断起到一定作用[10]。

在本次研究中,针对前列腺穿刺患者中 hs - CRP 数值是否存在一定特点进行分析,结果发现:前列腺癌患者体内 hs - CRP 指标明显高于前列腺增生患者体内指标,经统计学检验,差异具有统计学意义($P<0.05$)。该结果与其他报道中结果相似[11]。hs - CRP 升高(大于 3mg/L)患者中 PCa 52 例,穿刺阳性率为 55.91%。而 hs - CRP 正常(小于等于 3mg/L)患者中 PCa 45 例,穿刺阳性率为 24.73%。比较发现,hs - CRP 升高的患者中,前列腺穿刺阳性率患者明显高于 hs - CRP 正常组($P<0.05$)。该结果暗示,当 hs - CRP 指标升高时,前列腺穿刺阳性率有所增加。经回归分析检测,年龄、tPSA、TPV 和 hs - CRP 均是影响前列腺穿刺阳性率的独立因素($P<0.05$)。该结果暗示 hs - CRP 可能可以作为前列腺癌风险高的指标之一。

从其他研究中可以发现,血清 hs - CRP 在前列腺癌中与癌灶转移有一定联系,同时亦参与在术后复发过程中[12,13]。有报道提及,前列腺癌患者发生骨转移时,其体内 hs - CRP 水平显著上升,且与总前列腺特异性抗原有一定联系[14]。部分学者根据现有的前列腺癌及 CRP 研究结果分析发现,当前列腺癌患者体内 CRP 水平异常增加,则可能预示其后期治疗难度更大,对药物敏感性不强,效果不令人满意[15]。

综上所述,血清高敏 C 反应蛋白是影响前列腺穿刺阳性率的独立因素,当血清高敏 C 反应蛋白升高时,穿刺阳性率明显升高,对于疾病诊断具有提示作用。

参 考 文 献

[1] 林青,崔佩菁,庞小芬,等. 老年良性前列腺增生症与高敏 C 反应蛋白相关性研究. 诊断学理论与实践,2012,11(5):521 - 523.

[2] 李平法,秦双,张忠新,等. 血清 C - 反应蛋白水平与激素难治性前列腺癌患者预后的相关性. 中国老年学杂志,2013,33(6):1289 - 1290.

[3] 莫晓东,李纲,孙军,等. 前列腺穿刺活检患者血清高敏 C 反应蛋白与 Gleason 评分的相关性. 江苏医药,2013,39(5):540 - 543.

[4] 张笑芸. 慢性前列腺炎治疗前后前列腺液超敏 C 反应蛋白与锌含量变化观察. 现代实用医学,2010,22(3):320 - 321.

[5] 何安仁,刘桂勇,万齐福,等. 前列腺液 Zn 及 CRP 检测在慢性前列腺炎患者诊治中的价值. 中华全科医学,2013,11(11):1718 - 1719.

[6] Fizazi K, De Bono JS, Flechon A, et al. Randomised phase II study of siltuximab(CNTO 328), an anti - IL - 6 monoclonal antibody, in combination with mitoxantrone/prednisone versus mitoxantrone/prednisone alone in metastatic castration - resistant prostate cancer. European Journal of Cancer, 2012, 48(1): 85 - 93.

[7] 周莉,骆永伟,王永,等. 雌激素诱导 SD 大鼠前列腺炎与内环境改变的关系. 中国比较医学杂志,2014,24(2):33 - 37,2.

[8] 刘明,王建业,万钢,等. 1995 - 2008 年北京医院前列腺癌诊断状况变迁. 中华泌尿外科杂志,2011,32(8):535 - 538.

[9] Prins RC, Rademacher BL, Mongoue - Tchokote S, et al. C - reactive protein as an adverse prognostic marker for men with castration - resistant prostate cancer(CRPC): Confirmatory results[C]//Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations. Elsevier, 2012, 30(1): 33 - 37.

[10] 符二,郑祥义,周进,等. 50 岁以下前列腺癌患者的临床特征分析. 中华泌尿外科杂志,2014,35(11):833 - 835.

[11] 廖新红,朱尚勇,杨红,等. 前列腺系统活检结合血清 PSA 及经直肠超声对前列腺癌的诊断价值研究. 中国超声医学杂志,2010,26(8):744 - 747.

[12] 陈超,谢立平,郑祥毅,等. 前列腺特异性抗原密度预测首次前列腺活检标本 Gleason 评分升高的价值. 中华泌尿外科杂志,2013,34(10):755 - 759.

[13] 赵兵,罗波,石玉香,等. 前列腺针穿活检标本的标准化处理方法. 临床与实验病理学杂志,2014,30(7):817.

[14] 刘龙亚,温端改,何军,等. 外周血与尿 PCA3 基因表达和尿 PCA3 评分在前列腺癌诊断中的意义. 中华泌尿外科杂志,2012,33(4):278 - 281.

[15] 姚明华,郭乐航,王帅,等. 超声引导下经会阴部前列腺穿刺活组织检查术在前列腺癌诊断中的意义. 上海医学,2012,35(5):400 - 402.

(收稿日期:2015 - 03 - 24)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 – 1993.2015.08.004

儿童肿瘤相关性早熟的病因和临床特征分析

庞智东[1] 宁旦[2]
1 南宁市妇幼保健院儿科,南宁 530011
2 南宁市妇幼保健院产科,南宁 530011

【摘 要】 **目的:**探讨分析儿童肿瘤相关性早熟的病因及临床特征。**方法:**筛选 2013 年 1 月至 2014 年 1 月我院收治的肿瘤相关性早熟患儿 40 例作为研究对象。通过对其进行激素水平检测、乳房发育、睾丸容积、阴茎长度结合临床表现及治疗情况进行综合分析,总结儿童肿瘤相关性早熟的病因及临床特征。**结果:**本组实验结果表明性别对儿童肿瘤相关性早熟无影响,病因以下丘脑错构瘤较为多见,并且以外周性早熟为主要性早熟形式,其中男患儿以肾上腺皮质肿瘤、女患儿以卵巢囊肿致性早熟居多;临床特征分析中男患儿均以外生殖器发育,女患儿以乳房发育、阴道出血等为首发特征。**结论:**肿瘤是导致儿童性早熟的重要病因之一,而下丘脑错构瘤是导致儿童性早熟发生率最高的肿瘤类型,因此临床治疗应重视患儿的内分泌器官的发育及影响,同时也应注意少见肿瘤的诊断,综合诊断并及时采取预防、控制性早熟治疗方案。

【关键词】 儿童肿瘤;性成熟;病因;临床特征

Etiological analysis of children with tumor – associated precocious puberty and its clinical characteristics

PANG Zhidong[1], *NING Dan*[2]. *1. Pediatrics Department, NanningMaternal and Child Care Service Centre, Nanning 530011, China; 2. Obstetrics Department, NanningMaternal and Child Care Service Centre, Nanning 530011, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To investigate and analyze children with tumor – associated precocious puberty and its clinical characteristics. **Methods**: 40 children with tumor – associated precocious puberty in our hospital from January 2013 to January 2014 were selected as research subjects. Comprehensive analysis was conducted based on hormone level detection, breast development, testicular volume, penis length and their clinical manifestations and treatment status, to summarize the etiology and clinical characteristics of children with tumor – associated precocious puberty. **Results**: The experimental results showed that gender had no effect on tumor – associated precocious puberty, and hypothalamic hamartomas was the most common cause, with peripheral precocious puberty being the main form. The clinical characteristics of male patients were genital development, and for female children, breast development and vaginal bleeding were initial features. **Conclusion**: Tumor is one of the important causes leading to precocious puberty, and hypothalamic hamartoma is the most common type of tumor. Therefore, attention should be paid to the development of children's endocrine organs, as well as the diagnosis of rare tumor, for comprehensive diagnosis and timely prevention.

【**Key words**】 **Children's tumor; Precocious puberty; Etiology; Clinical features**

【中图分类号】 R167 【文献标志码】 A

性早熟是临床儿科内分泌系统中较为常见的疾病,主要是指女童在 8 岁前、男童在 9 岁前便呈现出第二性征发育的异常性疾病,根据有无性腺轴的启动可将其具体分为中枢性性早熟与周围性性早熟[1]。临床研究表明儿童性早熟的病因较为多样,而肿瘤是儿童性早熟的重要因素之一,尤其是儿童肿瘤的首发症状即为性早熟,严重影响儿童的机体正常发育及身心健康[2,3]。本组实验通过对我院收治的 40 例肿瘤相关性早熟儿童进行调查分析,总结儿童肿瘤相关性早熟的病因及临床特征,以提高儿童肿瘤治疗时对肿瘤相关性早熟的认识,并采取及时、有效的治疗干预。现将实验结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

随机选择 2013 年 1 月至 2014 年 1 月我院收治的肿瘤相关性早熟患儿 40 例作为研究对象。其中男性患儿 21 例,女性患儿 19 例,年龄 1 ~ 8 岁,平均年龄为(3.34 ± 1.75)岁,其中 5 岁以下儿童 29 例,5 ~ 8 岁儿童 11 例。所有患儿均符合我国卫生部制定的《性早熟诊治指南》,其中下丘脑错构瘤 12 例、蛛网膜囊肿 2 例,下丘脑生殖细胞瘤 2 例、肾上腺皮质肿瘤 10 例、卵巢肿瘤 8 例、MuCune – Albright 综合症 2 例,睾丸间质细胞增生伴瘤结节 2 例、纵隔畸胎瘤 1 例、阴茎原始神经外胚层肿瘤 1 例。

【基金项目】广西南宁市科学研究与技术开发计划项目(合同编号:201101012C)。

【第一作者简介】庞智东(1979 –),男,主治医师,主要从事儿科临床诊治与研究工作。

1.2 实验方法

通过与患儿家属共同了解患儿住院前的生长速率及生活水平,并确定准确的患儿第二性征出现时间及进展程度,调查患儿是否遭受颅脑的重度损伤或药物过敏病史。查体主要检查女性患儿的乳房发育情况,测量男性患儿的阴茎发育长度、睾丸容积,采用 Tanner 法对患儿阴毛生长情况进行分期,与家属、患儿调查数据不一致者排除本组实验范围内;观察患儿皮肤是否发生溃疡、色素沉着等现象,评价患儿体毛密集情况及是否发生痤疮;采集患儿血液制成血清标本应用电化学发光法测定患儿性激素各项指标,其中包括黄体生成素(LH)、卵泡刺激素(FSH)、睾酮(T)、雌二醇(E_2)、绒毛膜促性腺激素(HSG),并测量其促肾上腺皮质激素与皮质醇水平;应用我院 X 线摄影机获取患儿腕关节、掌指关节 X 线正位片并评价骨龄;应用超声检查患儿内外生殖器发育情况,并测量患儿的子宫、卵巢长、横径;应用 MRI 对患儿的垂体、脑组织进行检查并判断其发育情况。

1.3 统计学处理

采用 SPSS 19 软件进行统计学分析。计量资料采用 t 检验,应用 $\bar{x} \pm s$ 表示,计数资料采用 χ^2 检验,检验水准 $\alpha = 0.05$,$P < 0.05$,表示具有统计学意义。

2 结果

2.1 儿童肿瘤相关性早熟的病因比较

中枢性性早熟 16 例(40%),周围性性早熟 24 例(60%);其中下丘脑错构瘤是导致儿童性早熟发生率最高的肿瘤类型占 30.0%,肾上腺皮质肿瘤次之占 25%;男患儿以肾上腺皮质肿瘤,女患儿以卵巢囊肿致性早熟居多,与其他病因比较显著差异($P < 0.05$)有统计学意义。见表 1。

表 1 儿童肿瘤相关性早熟的病因分布

病因		例数[n(%)]	男		女	
			<5	≥5	<5	≥5
中枢性性早熟	下丘脑错构瘤	12(30.0)	8	2	2	0
16(40%)	下丘脑生殖细胞瘤	2(5.0)	1	0	1	0
	蛛网膜囊肿	2(5.0)	1	0	1	0
周围性性早熟	肾上腺皮质肿瘤	10(25.0)	6	1	2	1
24(60%)	卵巢肿瘤	8(20.0)	0	0	5	3
	MuCune – Albright 综合症	2(5.0)	0	0	2	0
	睾丸间质细胞增生伴瘤结节	2(5.0)	1	1	0	0
	纵隔畸胎瘤	1(2.5)	0	1	0	0
	阴茎原始神经外胚层肿瘤	1(2.5)	1	0	0	0

2.2 患儿的临床表现

肿瘤相关性早熟男患儿均外生殖器发育异常为特征,20 例(95.24%);女患儿以乳房发育、阴道出血等为首发特征,18 例(94.74%),$\chi^2 = 0.131$,$P < 0.05$,差异显著,有统计学意义。

3 讨论

儿童性早熟是一种生长发育异常的疾病,主要表现为青春期第二性征大幅度提前出现,严重违反了儿童的正常发育周期,影响儿童的心理健康及身心发展[4]。近年临床研究表明,儿童肿瘤是影响性早熟的重要因素之一,而在临床案例中性早熟患儿伴肿瘤发病率尚不高,但同样需引起我们的重视。在本组实验中,肿瘤相关性早熟患儿中主要以周围性性早熟为主,其中男性患儿多发肾上腺皮质肿瘤,女性患儿多发卵巢囊肿,而中枢性性早熟则以丘脑错构瘤多发。因此临床上应注重对性早熟患儿内分泌器官、腺体的检查,及时进行治疗干预,改善肿瘤患儿的性早熟合并症[5-7]。

通过资料整理及实验回顾可知,下丘脑错构瘤是一种发病率较低的脑组织先天性发育异常疾病,但其并非是真正的肿瘤,易发于 4 岁前的儿童早期,该病主要表现为性早熟、痴笑性癫痫等[8,9],而继发性中枢性性早熟的最常见影响因素即为下丘脑错构瘤,而下丘脑错构瘤肿物或分泌物可压迫下丘脑导致其对 GnRH 的抑制作用发生障碍,进而导致肿瘤患儿发生性早熟,根据患儿实际情况进行手术治疗下丘脑错构瘤可初步改善患儿性早熟病因[10-12];外周性性早熟是指不受 HPGA 调控的性早熟,部分患儿性特征提前发育,而无性功能成熟表现,外周性性早熟多为性激素分泌异常的肿瘤引起的肿瘤,如外源性甾体的接触或摄入[13-15]。

总上所述,肿瘤是导致儿童性早熟的重要病因之一,而下丘脑错构瘤是导致儿童性早熟发生率最高的肿瘤类型,因此临床治疗应重视患儿的内分泌器官的发育及影响,同时也应注意少见肿瘤的诊断,综合诊断并及时采取预防、控制性早熟治疗方案。

参 考 文 献

[1] Su PH, Luh SP, Yieh DM, et al. Etiology and clinical characteristics of 30 children with tumor – associated precocity. Journal of Applied Clinical Pediatrics, 2013, 28(20): 1548 – 1550.

[2] 杨晓红,陈瑞敏,张莹,等. 外周性性早熟患儿的病因及预后随访. 中国当代儿科杂志,2011,13(12):947 – 950.

[3] Drees C, Chapman K, Prenger E, et al. Seizure outcome and complications following hypothalamic hamartoma treatment in adults: endoscopic, open, and Gamma life procedures. J Neursurg, 2012, 117(2): 255

-261.
[4] 赵岫,张琴,高晓杰. 小剂量雌激素联合促性腺激素释放素类似物治疗儿童特发性中枢性性早熟. 新乡医学院学报,2011,28(4):454-457.
[5] 龚会军,白鹏,周厚俊. 下丘脑错构瘤的诊断与治疗. 中华神经外科疾病研究杂志,2011,10(6):567-569.
[6] Rostampour N,Hashemipour M,Kelishadi R,et al. A case of Atypical McCune-Albright syndrome with vaginal bleeding. 1ran J Pediatr,2011,21(3):399-403.
[7] 方陆雄,郭邦明,李志勇. 松果体区肿瘤致男性性早熟 8 例临床分析. 中华神经外科疾病研究杂志,2012,11(4):327-330.
[8] 陈瑞敏. 外周性性早熟病因研究进展. 实用儿科临床杂志,2012,27(20):1545-1547.
[9] 陈凯,蒋慧. 儿童常见恶性肿瘤的流行病学现状. 世界临床药物,2013,34(3):129-131.
[10] Castafio De,La Mota C,Martin Del Valh F. P6rez Villena A. Hypothalamic hamartoma in paediamc patients:clinical characteristics,outcomesandreview oftheliterature. Neurologia,2012,27(5):268-276.
[11] 汤静燕. 儿童常见恶性肿瘤临床研究进展及若干问题探讨. 中华儿科杂志,2011,49(3):161-164.
[12] Hadley LG,Rouma BS,Saad-Eldin Y. Challenge of pediatric oncology in Africa. Semin Pediatr Surg,2012,21(2):136-141.
[13] 张云强,陈春阳,刘子彪,等. 儿童下丘脑肿瘤伴多饮、多尿及性早熟 1 例报告. 中华神经外科疾病研究杂志,2010,9(5):464-465.
[14] Baba S,Ioka A,Tsukuma H,et al. Incidence and survival trends for childhood cancer in Osaka,Japan,1973-2001. Cancer Sci,2010,101(3):787-792.
[15] 李燕虹,苏喆,马华梅,等. 伴性早熟的儿童生殖细胞瘤临床特点及血清和脑脊液 β-hcG 测定对肿瘤定位诊断的价值. 中华儿科杂志,2010,48(10):771-774.

(收稿日期:2014-11-13)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.08.005

延续性护理对子宫切除术患者术后性生活质量及心理状态的影响

尉宁[1] 陈露芳[1△] 王飞[2] 张玲芝[2]
1 杭州市第一人民医院妇产科,杭州 310004
2 浙江医学高等专科学校, 杭州 310053

【摘 要】 **目的:**探讨延续性护理在子宫切除术患者出院后护理中的应用效果。**方法:**100 例子宫切除术的患者随机分为观察组和对照组,对照组仅嘱按时复查,观察组给予延续性护理,比较两组出院后 6 个月时的心理状态、社会支持度和性生活质量。**结果:**观察组出院 6 个月后的焦虑、抑郁评分低于对照组,有统计学意义($P<0.05$)。观察组出院后 6 个月后的主观社会支持度、客观社会支持度和支持利用度显著高于对照组,性生活频率、满意度高于对照组,性交痛和阴道干涩的发生率低于对照组,有统计学意义($P<0.05$)。**结论:**延续性护理将护理延续到家庭,能够改善子宫切除术患者术后的不良心理,提高性生活质量。

【关键词】 延续性护理;子宫切除术;性生活质量;心理状态

Effect of continuous nursing on the sexual life and psychological state of hysterectomy patients *WEI Ning*[1], *CHEN Lufang*[1], *WANG Fei*[2], *ZHANG Lingzhi*[2]. *1. Department of Obstetrics and Gynaecology, Hangzhou First People's Hospital, Hangzhou310004, China; 2. Zhejiang Medical College, Hangzhou 310053, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To investigate the application of continuous nursing in postoperative care of hysterectomy patients after discharge from hospital. **Methods**: 100 hysterectomy patients were randomly divided into observation group and control group. The control group only received regular review, while the observation group was given continuous nursing. The psychological state, social support and sexual life of the two groups were compared 6 months after discharge. **Results**: The anxiety, depression scores in the observation group was lower than those in the control group, with statistically significant difference ($P<0.05$). The subjective social support, objective social support and utilization of

【基金项目】浙江省医药卫生科技计划项目(2014KYB070)。
【第一作者简介】尉宁(1983-),女,护师,主要研究方向为妇产科常见疾病的护理。
△【通讯作者】陈露芳,E-mail: 2982256568@qq.com

support after 6 months of discharge in the observation group were significantly higher than those of the control group; the frequency of sexual life and satisfaction was higher than those in the control group; the occurrence rates of sexual pain and vaginal dryness was lower than those in the control group, with statistically significant difference ($P < 0.05$).

Conclusion: Continuous nursing can improve the adverse psychology and sexual life of hysterectomy patients.

【Key words】 Continuous nursing; Hysterectomy; Sexual life; Psychological state

【中图分类号】 R167 **【文献标志码】** A

临床调查显示:82.9% 的子宫切除术患者担心手术影响性生活、性特征[1]。另研究显示,子宫切除术后性生活的恢复与患者的心理关系密切,有部分患者甚至由于巨大的心理负担而出现性生活障碍[2]。延续性护理是将医院服务延伸至患者家庭的一种护理模式,有利于解决患者出院后的健康问题[3]。为改善子宫切除术患者出院后的不良心理,提高性生活质量,我院选取 50 例即将出院的子宫切除术患者为研究对象,实施延续性护理,现将其实施方法及结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

100 例 2012 年 12 月至 2013 年 12 月收治的子宫切除术患者,纳入标准:(1)主要脏器功能正常;(2)均明确诊断;(3)均志愿参与研究;(4)无内分泌及免疫系统疾病;(5)无凝血功能障碍、贫血及恶液质;(6)能配合护理并完成调查;(7)择期手术者。排除标准:(1)有其他器官严重疾病;(2)精神状态较差,不能合作者;(3)血液系统疾病、严重感染、糖尿病者;(4)有精神病史、神经系统疾病;(5)急诊手术者;(6)妊娠及哺乳期妇女。

该组患者采用随机数字表法分组,观察组、对照组各 50 例,观察组中年龄 25 ~ 68 岁,平均(45.8 ± 12.6)岁;病种:子宫肌瘤 32 例,子宫内膜异位症 13 例,子宫腺肌瘤 5 例。对照组中年龄 26 ~ 67 岁,平均(46.2 ± 13.5)岁;病种:子宫肌瘤 31 例,子宫内膜异位症 12 例,子宫腺肌瘤 7 例。两组的一般资料无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组仅给予出院指导,嘱患者按时复查,出院后不进行干预。观察组采用延续性护理,实施一条龙服务,出院前对患者进行 1 次临床评估,详细记录患者的一般状况、健康知识的掌握情况、日常生活习惯和方式等,并统计患者的联系方式,帮助其建立健康管理档案,内容包括患者的一般情况、出院后需服用药物的种类、时间、疗程、家庭住址、电话等。出院时发放医患联系卡,内有主管医生、护士长的电话。

患者出院后的第 1 个月进行 2 次随访(入户随访),以后每个月进行 1 次随访,实施相关干预措施,并提醒患者按时复诊。干预内容有:①子宫切除术的保健知识宣教:a. 在患者交谈过程中,多用鼓励性的语言对患者进行心理疏导,传授情绪转移、放松训练、倾诉法等心理调节方法,帮助患者调整精神、心理压力[3]。b. 深入浅出的讲解有关女性生殖系统的解剖和生理功能,告知子宫切除术不会影响患者阴道的长度及阴道的性反应,阴道壁仍有周期性的改变,因此不会影响患者的性高潮。而且保留的卵巢仍分泌激素,不会引起早衰。客观的讲解子宫切除术后患者的阴道可能会由于失去宫颈分泌物的润滑,在性交时出现阴道干涩和疼痛。因此鼓励丈夫在性生活时注意对女性的安抚或使用润滑剂。指导患者丈夫术后恢复性生活初期可采用后位方式,以减轻性生活时的排尿感或不适。c. 建议患者建立良好的人际关系,满足爱和亲密的需要,推荐患者购买一些保健知识手册,从中获得知识,提高对疾病的应对能力。d. 嘱患者勿食用辛辣刺激食品及浓茶、饮料、咖啡等。食用高蛋白、高热量、高维生素、易消化的饮食,多补充维生素 D[4]。e. 嘱患者劳逸结合,注意休息,避免熬夜,术后在病情允许的情况下,指导患者进行合理运动,可选用有氧运动的方式[4],增强体质。②加强社会支持:a. 为患者家属讲解患者目前的心理状态,提高家属对患者行为及心理的理解性。充分调动家庭的影响和调节动力,鼓励家属用诚信和爱心关心患者,让患者时刻感受到来自家庭的重视和悉心的呵护,而非“冷落”,减少子宫丧失后的压力。教会家属心理支持技巧及患者出现负性情绪时的应对方式,可帮助患者移情于某项患者感兴趣同时又有益于身心的活动,如散步、看电视、闲聊、听音乐等[5],分散患者对自身病情的过度关注,让家属为患者提供社会支持,让患者感受到在社会及家庭中被了解、被尊重和关怀,改善不良心理。b. 向患者的丈夫讲解女性生殖系统的解剖生理知识及子宫的生理功能,使其知晓切除子宫后不会影响女性性征和加速患者的衰老,强调手术后不会影响夫妻生活,以改变丈夫对手术的认识偏差。鼓励患者的家属尤其是丈夫多从道德、亲情的角度去帮助患者,多从生理上、心理上关怀患者,减轻患者的思想压力[6]。

1.3 观察指标

(1)负性心理[7]:采用 Zung 编制的医院焦虑(SAS)和抑郁(SDS)自评量表评定。两个量表均包括 20 个条目,分四级进行评分,总分乘以 1.125,取整数为标准分,SAS 评分 > 50 分为存在焦虑,50 ~ 59 分为轻度焦虑,60 ~ 69 分为中度焦虑,69 分以上为重度焦虑。SDS 评分 > 53 分为存在抑郁。轻度抑郁为 53 ~ 62 分,中度抑郁为 63 ~ 72 分,重度抑郁为 72 分以上。(2)社会支持度:采用社会支持评定量表(SSRS)评定,该量表由三部分组成分别为:客观支持、主观支持和社会支持的利用度,共 10 个条目。评分 12 ~ 66 分,得分越高,社会支持度越好。两组患者术后均随访 6 个月,比较第 4 个月时的社会支持度。(3)性生活质量:采用术后性生活频率、性生活的满意度、性交痛和阴道干涩的发生率来评价。两组患者术后均随访 6 个月,比较第 6 个月时的性生活质量、心理状态及社会支持度。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 15.0 软件,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,采用两独立样本 t 检验比较计量非正态资料的差异性,计数资料采用百分比描述,χ^2 检验做比较,检验水准 $\alpha = 0.05$,以 $P < 0.05$ 认为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者负性心理比较

两组患者出院时的焦虑、抑郁评分无统计学意义($P > 0.05$)。观察组出院 3 个月后的焦虑、抑郁评分低于对照组,有

统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者负性心理比较

指标		观察组 ($n=50$)	对照组 ($n=50$)	t	P
焦虑水平	出院时	53.23 ± 8.81	53.15 ± 8.79	0.94	>0.05
	出院后 6 个月	43.85 ± 4.18	51.78 ± 4.65	6.83	<0.05
抑郁水平	出院时	54.34 ± 10.58	54.26 ± 10.43	0.51	>0.05
	出院后 6 个月	49.25 ± 1.32	56.45 ± 1.59	6.27	<0.05

2.2 两组患者社会支持度和性生活质量比较

观察组出院后 6 个月时的主观社会支持度、客观社会支持度和支持利用度显著高于对照组,有统计学意义($P<0.05$)。观察组出院后 6 个月时的性生活频率、满意度高于对照组,性交痛和阴道干涩的发生率低于对照组,有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者社会支持度和性生活质量比较

指标		观察组 ($n=50$)	对照组 ($n=50$)	t	P
社会支持度	主观支持度	25.28 ± 5.21	22.95 ± 4.89	3.68	<0.05
	客观支持度	13.75 ± 2.84	10.65 ± 2.78	4.13	<0.05
	支持利用度	10.61 ± 2.44	8.47 ± 3.51	4.51	<0.05
性生活质量	性生活频率	6.31 ± 1.87	4.62 ± 2.95	2.62	<0.05
	性生活满意度	33(66.0)	16(32.0)	12.56	<0.05
	性交痛	7(14.0)	14(28.0)	4.30	<0.05
	阴道干涩	15(30.0)	25(50.0)	7.05	<0.05

3 讨论

子宫涉及女性特征、生育能力,当患有某些顽固性子宫出血、严重子宫内膜异位症、子宫肌瘤以及子宫脱垂等疾病时,为了防止病情恶化而不得不切除子宫。子宫切除术的患者不仅要承受手术带来的身体创伤,而且面临着较大的心理压力,若不及时调整患者的情绪和心理状态,则有可能导致焦虑和抑郁,从而影响预后和生活质量。有研究显示,子宫切除后患者的心理状态对生活会产生不同程度的影响,主要表现为抑郁、恐惧、自卑、性生活下降和社会适应能力降低[8]。心理及社会因素是影响子宫出切除患者术后女性性功能的主要因素。支持性的心理治疗可以减轻心理障碍,改善性生活质量。及时、正确、高水平的心理治疗能够使 80% 以上的子宫切除术患者术后半年内恢复性生活[9]。

延续性护理是整体护理中不可分割的重要组成部分,是医院护理的延伸和拓展,其主要通过健康教育及康复指导等手段,快速的适应护理的需求及患者的要求,该模式更关注住院结束后返回家中的患者,强调随着时间推移患者得到的护理服务的协调性[10-14]。已经有部分研究证实,延续性护理干预能够根据不断变化的健康需求,使患者获得个体化的护理,改善患者的生活质量[15]。本研究对子宫切除术患者出院后实施延续性护理,通过出院后的定期健康教育,为患者提供保健知识、心理支持以及社会支持等措施,结果显示,观察组的出院后 6 个月的心理状态较好、社会支持度较高、性生活质量较高,与对照组相比有统计学意义($P<0.05$)。分析原因,一方面延续性护理满足了患者对专科疾病知识、心理调节、合理饮食、合理运动、自我管理等不同方面的健康知识的缺失,学习如何进行自我照顾,增加了患者的自护能力有关。另一方面延续性护理使患者感受到来自医护人员、家人、丈夫的支持,消除了悲观、失望的情绪,降低了心理压力,有利于维护个体良好的情绪体验,对患者的心理症状和生理症状的发展具有缓冲作用。同时医护人员传授给患者心理调节的方法和性生活知识,改善了负性情绪应对能力和术后性生活的认知,有效提高了术后的性生活质量。综上所述,延续性护理将护理延续到家庭,强调住院护理计划和出院护理计划的连续性和协调性,能够满足患者出院后的护理需求,能够改善子宫切除术患者术后的不良心理,提高性生活质量。

参 考 文 献

[1] 沈慧. 护理干预对子宫切除患者社会支持状况和生活质量的影响. 海南医学,2012,23(8):143 - 144.

[2] 于海心,王玉洁,齐玉梅,等. 子宫切除患者心理状况及社会支持研究. 实用预防医学,2012,19(4):563 - 564.

[3] 覃桂荣. 出院患者延续护理的现状及发展趋势. 护理学杂志,2012,27(3):89 - 91.

[4] 陈莉. 心理护理在子宫切除术患者中的应用效果. 中国医药科学,2013,3(21):133 - 134.

[5] 马瑞. 心理干预对子宫切除术后患者不良情绪及性生活满意度的影响. 当代护士(学术版),2013(4):55 - 56.

[6] 赵小玉. 心理护理在优质护理服务中的作用. 西南国防医药,2012,22(5):548 - 549.

[7] 王丹,郑立红. 妇科腹腔镜手术后的整体护理体会. 西南国防医药,2011,21(9):1006 - 1007.

[8] 党国伟. 全子宫切除术患者焦虑抑郁情绪的社会支持与护理对策. 中国实用神经疾病杂志,2012,15(7):77 - 79.

[9] 徐鑫芬,林莉莉,朱萍,等. 子宫切除患者出院随访及护理指导. 中华护理杂志,2001,36(8):601 - 602.

[10] 付伟,李萍,钟银奎. 延续性护理研究综述. 中国实用护理杂志,2010,26(4b):27.

[11] 袁玉珍,徐飞华. 延续性护理及其在国内现状. 中国实用护理杂志,2013,29(z1):6.

[12] Jonathan RK, Karen S, Dianne D. Two new aspects of continuity of care an Faro. Physician,2012(58):442 - 449.

[13] van Walraven C, Oake N, Jennings A, et al. The association between continuity of care and outcomes: A systematic and critical review. Journal of Evaluation in Clinical Practice,2010,16(5):947 - 956.

[14] 钱瑾,刘菲,尹小兵. 延续性护理的研究进展. 护理研究,2014,28(7):777 - 779.

[15] 秦玉霞,李惠萍,韦学萍,等. 基于医院的延续性护理对慢性心力衰竭病人生活质量的影响. 护理研究,2014,28(6a):1981 - 1982.

(收稿日期:2014 - 09 - 19)

·性医学·

DOI:10.3969/j.issn.1672 – 1993.2015.08.006

80 例Ⅰb2 ~ Ⅳa 期宫颈鳞癌患者两种含铂化疗方案的疗效和安全性分析

廖丹 尤共平 吴进盛
海南省农垦那大医院妇产科,海南 儋州 571700

【摘 要】 **目的:**探讨Ⅰb2 ~ Ⅳa 期宫颈鳞癌患者同步放化疗中两种含铂化疗方案的疗效和安全性。**方法:**病例选自 2010 年 2 月至 2013 年 4 月我院的 80 例Ⅰb2 ~ Ⅳa 期宫颈鳞癌的患者。在患者知情同意的情况下,按照随机数表法,将所有患者均分为观察组和对照组。对照组采用顺铂同步放疗的方案对患者进行治疗,观察组则采用氟尿嘧啶联合顺铂化疗同步放疗的方案对患者进行治疗。治疗后,评定分析两组患者的近期疗效和不良反应,并随访调查患者的远期疗效。**结果:**治疗 3 个月后,发现观察组治疗的总有效率为 85.00%,对照组的总有效率为 77.50%,观察组患者总有效率明显高于对照组($P<0.05$)。随访调查 3 年后,发现观察组患者的 3 年生存率(87.50%)明显高于对照组(67.50%),两组比较有统计学意义($\chi^2=4.5878$,$P=0.0322$);局部复发率和远处转移率(20.00%;17.50%)均明显低于对照组(42.50%;37.50%),两组比较有显著性差异($P<0.05$)。**结论:**氟尿嘧啶联合顺铂化疗同步放疗的方案治疗Ⅰb2 ~ Ⅳa 期宫颈鳞癌患者疗效显著,安全性高,值得临床推广应用。

【关键词】 宫颈鳞癌;同步放化疗;顺铂;氟尿嘧啶

The efficacy and safety of 80 patientswith Ⅰb2 ~ Ⅳa squamous carcinoma of the cervix after receiving two platinum – containing chemotherapy regimens *LIAO Dan, YOU Gongping, WU Jinsheng. Department of Obstetrics and Gynecology, Hainan Province Nongken Nada Hospital, Danzhou 571700, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To investigate the efficacy and safety of two platinum – containing chemotherapy regimens to patients with Ⅰb2 ~ Ⅳa squamous carcinoma of the cervix. **Methods**: 80 patients with Ⅰb2 ~ Ⅳa squamous carcinoma of the cervix in our hospital from February 2010 to April 2013were studied. With patients' informed consent, all the patients were divided into observation group and control group according to a random number table method. The control group was treated with concurrent radiotherapy and cisplatin and the observation group received fluorouracil and cisplatin combined with concurrent radiotherapy treatment. After treatment, the short – term efficacy and adverse reactions of the two groups were compared, and long – term outcome was followed up. **Results**: After 3 months, the total effective rate of the observation group and control group was 85.00% and 77.50% respectively, with significant difference ($P<0.05$). After 3 years of follow – up, the 3 – year survival rate of the observation group (87.50%) was significantly higher than the control group (67.50%), with statistically significant difference ($\chi^2=4.5878$, P =0.0322); the local recurrence rate and distant metastasis rate of the observation group (20.00%; 17.50%) were significantly lower than the control group (42.50%; 37.50%), with significant difference ($P<0.05$). **Conclusion**: Fluorouracil and cisplatin concurrent radiotherapy has a significant effect in treating patients of Ⅰb2 ~ Ⅳa cervical squamous cell carcinoma, which is safe and worthy of clinical application.

【**Key words**】 **Squamous carcinoma of the cervix; Concurrent chemoradiotherapy; Cisplatin; Fluorouracil**

【中图分类号】 R167 【文献标志码】 A

宫颈癌是女性生殖系统最常见的恶性肿瘤,也是已婚妇女的常见病多发病[1,2]。宫颈鳞癌也是宫颈癌中最常见的组织类型[3]。目前,放疗是临床中治疗宫颈癌的首要方案[4]。近年来,随着同步化疗技术在恶性肿瘤治疗中的广泛应用,国内外研究中以放疗为基础治疗,同步采用铂类等化疗药物治疗的方案越来越成为宫颈癌治疗中更为有效的治疗手段[5,6]。本研究中我院分别采用铂类单药与氟尿嘧啶 + 铂类联合化疗同步放疗对Ⅰb2 ~ Ⅳa 期宫颈鳞癌患者进行治疗,比较两种方案治疗的疗效差异。现报道如下。

1 材料与方法

1.1 一般资料

病例选自 2010 年 2 月至 2013 年 4 月我院的 80 例宫颈鳞癌的患者,患者均经病理确诊为Ⅰb2 ~ Ⅳa 期宫颈癌,同时排除合并

【第一作者简介】廖丹(1982 –),女,主治医师,主要从事妇产科临床与研究工作。

有严重心、肝、肺、肾等重要脏器严重疾病的患者。整个研究均在患者的知情同意下进行,并经过我院伦理委员会的批准认可。按照随机数表法,将所有患者均分为观察组和对照组。观察组 40 例患者,年龄为 37 ~ 47 岁,病程为 4 个月 ~ 2 年;对照组 40 例患者,年龄为 36 ~ 46 岁,病程为 5 个月 ~ 2 年。两组患者的年龄、病程及病理分型等临床资料无显著性差异($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者的临床资料的记录分析

组别	例数	年龄(岁)	病程(年)	病理分型[n(%)]			临床分型[n(%)]			肿瘤直径(cm)	
				高分化鳞癌	中分化鳞癌	低分化鳞癌	溃疡型	结节型	菜花型	<4	≥4
观察组	40	43.54 ± 3.21	1.32 ± 0.18	8(20.0)	12(30.0)	20(50.0)	11(27.5)	18(45.0)	11(27.5)	5(12.5)	35(87.5)
对照组	40	44.01 ± 3.02	1.34 ± 0.22	9(22.5)	13(32.5)	18(45.0)	12(30.0)	19(47.5)	9(22.5)	8(20.0)	32(80.0)
统计值		0.6745	0.4450			0.2041			0.2705		0.8266
P		0.5020	0.6576			0.9030			0.8735		0.3632

1.2 方法

对照组放疗的具体方法为:放疗分为盆腔内照射和盆腔外照射两部分。首先进行盆腔外照射,直线加速器的电压设定为 6MV,每周进行 5 次。每次盆腔外照射的设定剂量为 2.0Gy,水平和垂直全盆腔内照射总剂量控制在 30 ~ 36Gy。全盆照射完成后,继续对患者进行前后 4 野以外的照射,每周进行 4 次。仍设定每次的盆腔内照射的剂量为 2.0Gy,宫旁的总照射剂量控制在 16 ~ 20Gy 之间。具体的照射野的范围设定上界为第 4 腰椎 ~ 第 5 腰椎的水平,设定的下界位于闭孔的 2cm 的位置,两侧的外界则设定为骨盆最宽径的 2cm 外,但不能超过股骨头内的一半。盆腔外照射结束后,则进行盆腔内的照射,在治疗的第 3 周开始进行穿插后装进行治疗。除后装当天不进行体外照射外,宫腔和阴道进行同时照射,每次设定 A 点的剂量为 6Gy,照射的总剂量控制在 36 ~ 42Gy。在放疗的基础上对照组给予患者顺铂(国药准字 H37021362,齐鲁制药有限公司)60mg/m^2,第 1d 静脉滴注,进行同步化疗。

观察组在对照组放疗及用药的基础上,予 5 - 氟尿嘧啶(国药准字 H20050330,哈尔滨三联药业股份有限公司)0.5g/m^2,静脉滴注;顺铂 60mg/m^2,第 1d 静脉滴注 ,30d 为 1 个周期,间歇 4 周后开始进行下一个疗程,每 4 周重复进行,连续化疗 3 ~ 4 个周期。

1.3 观察指标

治疗后,评定分析两组患者的近期疗效和不良反应,并随访调查患者的远期疗效。3 个月后评价患者的近期疗效,具体评价标准为[7]:完全缓解(CR)表示患者的各项临床症状均消失,妇科 B 超检查显示局部的肿块消失;部分缓解(PR)表示患者经治疗后,症状出现明显的缓解,妇科 B 超检查显示肿块缩小 50% 以上;无效(SD)表示患者经治疗后,症状未得到明显改善,妇科检查显示肿瘤大小低于 50%;进展(PD)表示患者经治疗后,病情未得到改善,且出现加重趋势。总有效率 = (CR + PR)/总病例数 × 100%。不良反应的分级标准为[8]:骨髓抑制和胃肠道反应的分级标准参照 WHO 抗癌药物的毒性相关评价标准进行评定分析。对患者进行为期 3 年的远期随访,观察远期疗效情况。

1.4 统计学分析

选择 SPSS18.0 进行数据统计,数据采用 $\bar{x} \pm s$ 来表示,计量资料的比较采用 t 检验,计数资料的比较采用 χ^2 检验,计数资料结果以[n(%)]形式表达。等级资料的比较采用秩和检验进行,当 $P < 0.05$ 时,差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的近期疗效的评定分析

治疗 3 个月后,发现观察组治疗的总有效率为 85.00%,对照组的总有效率为 77.50%,观察组患者总有效率明显高于对照组($\chi^2 = 1.9717$, $P = 0.0486$)。见表 2。

表 2 两组患者的近期疗效的评定分析

组别	病例数	CR	PR	SD	PD	总有效率
观察组	40	29(72.50)	5(12.50)	6(15.00)	0(0.00)	34(85.00)
对照组	40	20(50.00)	11(27.50)	6(15.00)	3(7.50)	31(77.50)
χ^2						1.9717
P						0.0486

2.2 两组患者的不良反应的调查记录

治疗后,发现两组患者骨髓抑制、胃肠道反应的发生率无显著性差异($P > 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者治疗后的不良反应的记录分析

组别	例数	骨髓抑制					胃肠道反应				
		0	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	0	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ
观察组	40	1(2.5)	11(27.5)	25(62.5)	3(7.5)	0(0.0)	26(65.0)	9(22.5)	5(12.5)	0(0.0)	0(0.0)
对照组	40	0(0.0)	13(32.5)	24(60.0)	2(5.0)	1(2.50)	22(55.0)	12(30.0)	4(10.0)	1(2.5)	1(2.5)
χ^2						2.3871					2.8730
P						0.6650					0.5793

2.3 两组患者的远期疗效的随访调查

随访调查 3 年后,发现观察组患者的 3 年生存率(87.50%)明显高于对照组(67.50%),两组比较有统计学意义(χ^2 = 4.5878,P = 0.0322);局部复发率和远处转移率(20.00%;17.50%)均明显低于对照组(42.50%;37.50%),两组比较有显著性差异(χ_1^2 = 4.7127,P = 0.0299;χ_2^2 = 4.0125,P = 0.0452)。具体数据见表 4。

表 4 两组患者的远期疗效的分析记录

组别	病例数	3 年生存率	局部复发率	远处转移率
观察组	40	35(87.50)	8(20.00)	7(17.50)
对照组	40	27(67.50)	17(42.50)	15(37.50)
χ^2		4.5878	4.7127	4.0125
P		0.0322	0.0299	0.0452

3 讨论

宫颈癌是妇科常见的恶性肿瘤,在临床中较为常见。患者常会出现阴道出血、阴道排液及晚期时出现的癌灶累及范围出现不同的继发性症状,严重威胁患者的身体健康,影响患者的生活质量。宫颈癌分为鳞癌、腺癌及腺鳞癌三种病理类型,宫颈鳞癌是宫颈癌中最为常见的肿瘤,Ⅰb2 ~ Ⅳa 期子宫颈鳞癌也是临床中较为常见病理分期。目前,临床中常将放疗作为宫颈鳞癌治疗的首要手段。但是多项临床研究显示单纯放疗对宫颈鳞癌患者进行治疗疗效不佳[9],因此临床中需采用同步化疗的方式对患者进行治疗[10]。目前在常规放疗的基础上,采用铂类药物对患者进行同步放化疗。国内外研究中显示,采用铂类药物化疗联合放疗对患者进行治疗,疗效显著[11,12]。在本次研究中,也发现采用单纯顺铂联合放疗同步放化疗的治疗方案对患者进行治疗的总有效率为 77.50%,3 年生存率为 67.50%,达到了良好的效果。但是多位学者在临床研究中尝试采用多药联合化疗同步放疗的方案对患者进行治疗,取得了比铂类单药联合放疗以及单纯放疗更好的效果[13],只是目前同步放化疗方案治疗Ⅰb2 ~ Ⅳa 期子宫颈鳞癌患者过程中具体化疗药物的选择尚存在较多的争议[14]。

氟尿嘧啶通过抗代谢物而发挥作用,可在细胞内转化为有效的氟尿嘧啶脱氧核苷酸后,通过阻断脱氧核糖尿苷酸受细胞内胸苷酸合成酶转化为胸苷酸,干扰 DNA 的合成,进而干扰蛋白质的合成。因此,可抑制胸腺嘧啶核苷酸合成酶的合成,在宫颈鳞癌治疗中发挥作用。5 - FU 通过抑制胸腺嘧啶核苷酸合成酶而抑制 DNA 的合成。此酶的作用可能把甲酰四氢叶酸的一碳单位转移给脱氧尿嘧啶核苷 - 磷酸合成胸腺嘧啶核苷一酸。采用铂类药物联合氟尿嘧啶进行化疗,可在常规铂类药物的药效基础上,发挥更好的抑制 DNA 的作用。多位学者在临床中选择采用铂类药物联合氟尿嘧啶作为化疗的方案对患者进行治疗,取得了良好的效果[15]。本次研究中发现治疗的总有效率明显提高,高达 85.00%,生存率提高至 87.50%,局部复发率和远处转移率由 20.00% 和 17.50% 降至 42.50% 和 37.50%,效果明显提高。

此外,本次研究中我院还特地对治疗后的不良反应进行了调查,发现两种治疗方法的骨髓抑制、胃肠道反应的发生率无明显差异,进而证明了氟尿嘧啶联合顺铂同步放疗治疗的安全性。

本研究显示,氟尿嘧啶 + 铂类联合化疗同步放疗对Ⅰb2 ~ Ⅳa 期子宫颈鳞癌患者进行治疗可显著提高治疗的近期疗效和 3 年生存率,降低患者的不良反应发生率、局部复发率和远处转移率,效果明显优于铂类单药同步放疗的治疗效果。

综上所述,氟尿嘧啶 + 铂类同步放化疗方案治疗Ⅰb2 ~ Ⅳa 期子宫颈鳞癌,可显著提高治疗的临床疗效,安全性高,值得临床广泛推广应用。

参 考 文 献

[1] 杨镇休,宋向群. 局部晚期宫颈癌 80 例放化疗分析. 实用医学杂志,2012,28(18):3059 - 3061.

[2] 陈亚君,徐炎华. 氟尿嘧啶缓释植入剂在同步放化疗治疗老年宫颈癌中的疗效观察. 实用医学杂志,2012,28(20):3493 - 3494.

[3] 程晓伟,杨宇星,俞小元,等. 中晚期宫颈鳞癌放化疗后复发未控相关因素分析. 实用妇产科杂志,2012,28(10):845 - 848.

[4] 黄一统,柯晓慧,叶枫,等. 宫颈鳞癌同步放化疗前后高危型 HPV 感染的变化. 中国老年学杂志,2013,33(12):2905 - 2906.

[5] Wallach JB, Rosenstein MM, Kalnicki S. Localized synchronous squamous cell carcinomas of the esophagus and hypopharynx treated with definitive concurrent chemoradiotherapy with a unified radiotherapy plan. Curr Oncol, 2014,21(2):354 - 357.

[6] 李凌,曾四元,江维,等. 同步放化疗中多烯紫杉醇联合铂类单周和三周疗法治疗宫颈鳞癌疗效比较. 山东医药,2011,51(1):57 - 58.

[7] 林晓丹,周同冲,石兴源,等. 同步放化疗治疗中晚期宫颈癌的临床分析及感染因素. 中华医院感染学杂志,2011,21(18):3876 - 3877.

[8] 金凤岚,马宁,杨雷,等. 宫颈癌同步放化疗不同单药化疗方案疗效的 Meta 分析. 中国妇幼保健,2012,27(12):1911 - 1913.

[9] 彭莉贞,罗琳,吴云燕,等. 2175 例宫颈癌患者住院病历资料分析. 中国妇幼保健,2012,27(17):2592 - 2594.

[10] 郑胜利,杨有文,张大庆,等. 局部晚期宫颈癌同步放化疗疗效观察. 现代预防医学,2012,39(14):3720 - 3721,3724.

[11] Ahn D, Kim JH, Sohn JH, et al. Laryngeal preservation in stage III/IV resectable laryngo - hypopharyngeal squamous cell carcinoma following concurrent chemoradiotherapy with capecitabine/cisplatin. Mol Clin Oncol,2013,1(4):685 - 691.

[12] 刘石萍,杨佳欣,曹冬焱,等. 宫颈鳞癌同步放化疗后未控或 1 年内复发 30 例临床分析. 中国肿瘤临床,2013,40(17):1055 - 1058.

[13] 余小多,林蒙,陈舒兰,等. DWI 对宫颈鳞癌同步放化疗后短期预后的预测价值. 放射学实践,2014,29(2):140 - 144.

[14] 程晓伟,杨宇星,俞小元,等. 顺铂与奈达铂同步放化疗治疗中晚期宫颈癌的临床对比研究. 肿瘤,2011,31(7):662 - 664.

[15] 赵晶清,赵彩虹,赵好,等. 中晚期宫颈癌患者奈达铂与顺铂联合 5 - 氟尿嘧啶方案同步放化疗疗效及安全性对比分析. 中国全科医学,2013,16(32):3849 - 3850,3853.

(收稿日期:2014 - 10 - 23)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 – 1993.2015.08.007

腹腔镜联合促性腺激素释放激素激动剂(GnRH – a)治疗子宫内膜异位症的疗效分析

程珊[1] 马建芳[2]

1 江油市 903 医院妇产科,四川 绵阳 621700

2 西宁市第一人民医院妇科,西宁 810000

【摘 要】 **目的:**比较腹腔镜术和腹腔镜术联合促性腺激素释放激素激动剂(GnRH – a)治疗子宫内膜异位症的近期疗效和远期疗效。**方法:**根据患者自愿,将 120 例子宫内膜异位症患者分为观察组 65 例和对照组 55 例。对照组采用腹腔镜术治疗,观察组采用腹腔镜联合 GnRH – a 治疗。在治疗 3 个月后进行近期疗效评价。所有患者随访 2 年,记录复发情况和妊娠情况。**结果:**经治疗 3 个月后,观察组痊愈、有效、无效例数分别有 38 例(58.46%)、22 例(33.85%)、5 例(7.69%),治疗有效率为 92.31%,显著高于对照组 74.55% 的治疗有效率($\chi^2=7.053$,$P<0.05$)。观察组复发 7 例,复发率为 10.77%,显著低于对照组($\chi^2=6.455$,$P<0.05$)。观察组妊娠 31 例,妊娠率 81.58%,显著高于对照组($\chi^2=5.677$,$P<0.05$)。**结论:**相比于单纯腹腔镜手术治疗方案,联合疗法具有更好的近期和远期疗效,值得临床推广。

【关键词】 子宫内膜内异症;腹腔镜术;促性腺激素释放激素激动剂;疗效评价

The curative effect oflaparoscopy combined with GnRH – a in the treatment of endometriosis *CHENG Shan[1], MA Jianfang[2]. 1. Department of Obstetrics and Gynecology, The 903 Hospital in Jiangyou City, Mianyang 621700, China; 2. Department of Gynecology, Xining City First People's Hospital, Xining 810000, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To compare the short – term and long – term therapeutic effect of laparoscopy and laparoscopic surgery combined with GnRH – a in the treatment of endometriosis. **Methods**: 120 patients with endometriosis were divided into the observation group (65 cases) and control group (55 cases) according to the patients' willing. The control group were treated by laparoscopic while the observation group were treated by laparoscopic combined with GnRH – a therapy. Short term efficacies were evaluated after 3 months. All patients were followed up for 2 years and the recurrence and pregnancy were recorded. **Results**: The cured, effective and ineffective cases in the observation group were 38 (58.46%), 22 (33.85%), 5 (7.69%) respectively, an effective rate of treatment being 92.31%, which was significantly higher than the control group ($\chi^2=7.053$, $P<0.05$). The recurrence rate in the following 2 years of the observation group was 10.77%, which was significantly lower than the control group ($\chi^2=6.455$, $P<0.05$). The pregnancy rate of the observation group was 81.53%, which was significantly higher than that of the control group ($\chi^2=5.811$, $P<0.05$). **Conclusion**: Compared with laparoscopic surgical treatment, laparoscopic combined with GnRH – a therapy can get better short – term and long – term curative effect, which is worth clinical application.

【**Key words**】 **Endometriosis; Laparoscopy; GnRH – a; Efficacy evaluation**

【中图分类号】 R167 【文献标志码】 A

子宫内膜异位症以痛经、性交痛、月经不调、不孕、盆腔疼痛为主要临床表现[1,2]。异位症多为良性病变,但是具有局部种植、浸润生长、远处转移等恶性肿瘤表现[3]。如治疗不及时,将会加重不孕、阴道出血等妇产科疾病。随着腹腔镜术不断成熟,腹腔镜术在异位症的治疗中得到了广泛运用[4]。从临床来看,腹腔镜术具有创伤小、恢复快等优势,但是对深部病灶的清除效果较差,复发率较高[5-7]。因此,腹腔镜术联合术后药物治疗是异位症治疗的主要思路[8-10]。近年来,我院在腹腔镜术的基础上,联合促性腺激素释放激素激动剂(GnRH – a)治疗,取得了较好效果。现将有关结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2011 年 11 月至 2012 年 10 月我院收治的子宫内膜异位症患者共 120 例为研究对象。纳入标准:经影像学检查诊断并予术后病理证实;年龄 <40 岁,排卵正常者;有典型的临床症状,疼痛明显,具有性交痛、进行性痛经、腰痛等至少一项典型症状;能配合本研究,依从性较好,随访时间≥24 个月;如为已婚妇女需与伴侣保持规律性生活且均具有生育意愿;签署知情同意书,同意参加本研究。排除标准:哺乳期患者或孕妇;合并

【第一作者简介】程珊(1979 –),女,主治医师,主要从事妇产科临床与研究工作。

有心、肝、肺、肾功能不全者;有急性活动性出血者;曾接受过腹腔镜术等正规治疗复发者;曾在 3 个月内服用过 GnRH - a 者,或对 GnRH - a 过敏者;失访者,或随访时间 <24 个月。在告知患者不同治疗方案的优缺点、注意事项后,由患者自行选择治疗方案。按照所选治疗方案,分为观察组 65 例和对照组 55 例。其中:观察组年龄 22 ~ 40 岁,平均(33.6 ± 5.8)岁;EMT 分期:Ⅰ期 13 例(20.00%),Ⅱ期 19 例(29.23%),Ⅲ期 15 例(23.08%),Ⅳ期 18 例(27.69%);已婚 38 例(58.46%),未婚 27 例(41.54%)。对照组年龄 22 ~ 40 岁,平均(33.8 ± 6.2)岁;EMT 分期:Ⅰ期 11 例(20.00%),Ⅱ期 17 例(30.91%),Ⅲ期 12 例(21.82%),Ⅳ期 15 例(27.27%);已婚 34 例(61.82%),未婚 21 例(38.18%)。两组年龄、EMT 分期、婚姻状况等一般资料无统计学差异($P > 0.05$),研究具有可比性。

1.2 方法

对照组单纯行腹腔镜手术。观察组在腹腔镜术后使用 GnRH - a(注射用醋酸亮丙瑞林微球,3.75mg,生产厂家:上海丽珠制药有限公司,批准文号:国药准字 H20093852)治疗。所有患者均在术前排除手术禁忌症,在月经干净后 3 ~ 5d 内,气管插管全麻行腹腔镜手术。根据患者具体情况,行盆腔粘连松解术及电凝术、囊肿剥除术、输卵管通液术等。松解术及电凝术手术主要操作如下:分离盆腔周围粘连,尽量恢复盆腔正常解剖结构,单极或双极电凝烧灼术清除异位症病灶。囊肿剥除术:穿刺抽吸囊肿内囊液,剥离囊壁沿与卵巢交界处,明显出血时电凝止血。输卵管通液术:输卵管伞端闭锁者行输卵管造口术,向宫腔内注入美蓝液行双输卵管通液术。所有患者术后常规止血、包扎,并服用抗生素 3 ~ 7d 预防感染。对照组术后不使用 GnRH - a,观察组在术后恢复月经第 1 ~ 3d,皮下注射 GnRH - a 3.75mg,1 次/月,持续 3 个月。

1.3 观察指标

所有患者均完成了 24 个月随访。随访包括疗效评定、健康指导和术后检查等,记录复发情况和妊娠情况。在治疗 3 个月后,进行疗效判定。疗效评定分为痊愈、有效、无效。其中:经治疗后,患者临床症状完全消失,体检无盆腔包块,影像学检查未见病灶,判断为痊愈;经治疗后,患者症状有所缓解,但是未完全消失,未发现盆腔包块,判断为有效;经治疗后,患者临床症状无明显改善甚至加重,未见明显盆腔包块,判断为无效。治疗有效率 =(痊愈 + 有效)/治疗总例数 × 100%。在随访期内,患者诉痛经、性交痛等临床症状复现,彩超检查见异位症病灶,判定为复发。复发率 = 复发例数/治疗总例数 × 100%。妊娠情况采用妊娠率表示。妊娠判定标准为:血或尿绒毛膜促性腺激素阳性。妊娠率 = 随访期已婚患者妊娠例数/已婚患者有生育要求例数 × 100%。

1.4 统计学处理

所有数据使用 SPSS19.0 进行统计学处理。计量资料使用 $\bar{x} \pm s$ 表示,t 检验法检验。计数资料使用[n(%)]形式表示,χ^2 检验。$P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较

经治疗 3 月后,观察组治疗有效率为 92.31%,显著高于对照组 74.55% 的治疗有效率($\chi^2 = 7.053$,$P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组疗效比较

组别	例数	痊愈	有效	无效	有效率
观察组	65	38(58.46)	22(33.85)	5 (7.69)	92.31
对照组	55	25(45.45)	16(29.09)	14(25.45)	74.55

2.2 两组复发和妊娠情况比较

所有患者均随访 24 个月。观察组复发 7 例,复发率为 10.77%,显著低于对照组($P < 0.05$)。观察组妊娠 31 例,妊娠率 81.58%,显著高于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组复发和已婚患者妊娠情况比较

组别	总例数	复发例数[n(%)]	已婚例数	妊娠例数[n(%)]
观察组	65	7(10.77)	38	31(81.58)
对照组	55	16(29.09)	34	21(61.76)
χ^2		6.455		5.677
P		0.011		0.013

3 讨论

子宫内膜异位症是常见的妇科疾病之一。作为一种雌激素依赖性疾病,及时彻底清除异位病灶、消灭异位症复发的生物学基础是子宫内膜异位症治疗的基本原则[3,9-11]。随着腹腔镜术的不断成熟,因腹腔镜操作简单、术野宽广、创伤较小、恢复较快等优势,在子宫内膜异位症治疗中得到了较广运用。但是随着临床实践的不断深入,单纯运用腹腔镜治疗子宫内膜异位症的局限性不断显现。就现有的报道来看,子宫内膜异位症腹腔镜术治疗具有痊愈率低、复发率高、妊娠率低等缺陷,制约了腹腔镜术的推广运用[4-6,11-13]。因此,探索子宫内膜异位症治疗新思路具有重要的临床价值。由于子宫内膜异位症具有浸润、转移、复发等恶性生物学行为,药物治疗也具有一定的疗效。近年来,为了改善子宫内膜异位症治疗效果,腹腔镜联合药物治疗获得了学者的重视[3,6-8]。GnRH - a 作为一种激动剂,可以起到降低疼痛、抑制病灶发展等效果,是较为常用的子宫内膜异位症治疗药物[1,4,8,13]。现有报道已经证实 GnRH - a 可以结合 GnRH 受体,刺激 FSH、LH 等快速升高,随后又快速下降,从而加速异位内膜退化,减轻子宫内膜异位症症状。同时,GnRH - a 还可以抑制病灶,加速异位病灶坏死。因此,相比于单纯运用腹腔镜,腹腔镜术联合 GnRH - a 治疗子宫内膜异位症在理论上更具有优势[14,15]。

本研究比较了单纯腹腔镜术和腹腔镜术联合 GnRH - a 治疗子宫内膜异位症的近期疗效和远期效果。从治疗 3 个月后的近期疗效来看,观察组痊愈 38 例,痊愈率为 58.46%,与对照组无明显差异($\chi^2 = 2.021$,$P = 0.155$)。但是观察组无效例数仅有 5 例,治疗有效率为 92.31%,显著高于对照组 74.55% 的治疗有效率($\chi^2 = 7.05$,$P < 0.05$)。上述结果表明相比于单纯腹腔镜术,联合治疗的近期疗效更好。联合治疗的近期疗效更好,可能与 GnRH - a 起到了巩固腹腔镜手术效果的作用有关。而且 GnRH - a 对微小病灶的清除作用要显著好于腹腔镜术。在腹腔镜术后持续 3 个月使用 GnRH - a,还有利于彻底消除腹腔镜术可能遗留的微小病灶,从而改善了近期疗效[4,10,12]。

所有患者均获得 2 年的随访,以评价联合治疗的远期疗效。复发率高和妊娠率低是子宫内膜异位症腹腔镜术后最为常见的并发症,严重影响了腹腔镜的运用。因此,降低术后复发率、改善术后妊娠是衡量子宫内膜异位症远期疗效的主要指标。从 2 年的随访来看,观察组复发 7 例,复发率为 10.77%,显著低于对照组($\chi^2 = 6.455$, $P < 0.05$)。观察组妊娠 31 例,妊娠率 81.58%,显著高于对照组($\chi^2 = 5.677$, $P < 0.05$)。本研究结果与顾海清[4]、王琴等[5]、孟维杰等[8]的结论是一致的。联合治疗远期疗效显著好于单纯腹腔镜手术,可能与如下两个原因有关:(1)GnRH - a 可以对残留的微小病灶起到清除作用,在很大程度上抑制了子宫内膜异位症复发。此外,GnRH - a 还可以加速异位病灶的萎缩坏死,也有利于减轻临床症状,从根本上预防复发。(2)GnRH - a 可以改善输卵管顺应性,预防周期性出血,并且控制子宫内膜组织播散,从而改善了子宫环境,有利于防止复发,并提高妊娠的几率[6-8]。

本研究仍然存在以下不足之处:(1)本研究并非严格意义的随机对照研究,因此两组患者之间的心理状态可能并不一致而本研究并未对患者的心理状态进行评估,因此心理状态有可能影响治疗效果,使结果产生一定的偏倚,(2)本研究例数不多,可能产生一定的统计学偏倚。尽管存在上述不足,本研究结果表明:相比于单纯腹腔镜术,腹腔镜术联合 GnRH - a 治疗子宫内膜异位症近期疗效更好,术后 2 年内的复发率更低,妊娠率更高,是一种值得临床推广运用的治疗方案。

参 考 文 献

[1] 刘雅博. 青春期子宫内膜异位症的研究进展. 中国性科学,2014,23(5):38 - 40.

[2] 罗珊,李尚为,马黔红,等. 长方案中短效促性腺激素释放激素激动剂使用时间对临床结局的影响. 华西医学,2014,28(06):1082 - 1085.

[3] 张绍芬. 促性腺激素释放激素激动剂治疗与骨量丢失. 中国实用妇科与产科杂志,2014,30(5):326 - 329.

[4] 顾海清. 微创手术联合 GnRH - a 治疗子宫内膜异位症的疗效和安全性研究. 中国现代手术学杂志,2014,18(4):305 - 307.

[5] 王琴,赵玲军. 腹腔镜手术联合药物治疗子宫内膜异位症的疗效对比观察. 中华全科医学,2014,12(10):1619 - 1621.

[6] 付改玲,黄鹏翀,周晓亮. 卵巢子宫内膜异位囊肿合并不孕患者术后治疗探讨. 生殖与避孕,2014,35(6):515 - 518.

[7] 王丽. 子宫内膜异位症不孕患者腹腔镜术后应用促性腺激素释放激素激动剂对妊娠影响研究. 现代诊断与治疗,2014,25(10):2226 - 2227.

[8] 孟维杰,胡莎,李亚,等. 腹腔镜术后联合 GnRH - α 治疗子宫内膜异位症伴不孕患者的妊娠结局分析. 四川大学学报(医学版),2014,45(2):342 - 344.

[9] Na Young Kim, UiNam Ryoo, Dong - Yun Lee, et al. The efficacy and tolerability of short - term low - dose estrogen - only add - back therapy during post - operative GnRH agonist treatment for endometriosis. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2011,154(1):85 - 89.

[10] Takehito Imamura, Khaleque N Khan, Akira Fujishita. Effect of GnRH agonist therapy on the expression of human heat shock protein 70 in eutopic and ectopic endometria of women with endometriosis. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2014,157(9):16 - 23.

[11] 王治洁,王红琳,应小燕. 腹腔镜联合 GnRH - a 对Ⅰ - Ⅱ期子宫内膜异位症不孕患者的疗效. 江苏医药,2014,40(4):411 - 413.

[12] 殷爱明,张静,朱锦国. 整合医学在子宫内膜异位症治疗中的应用. 中国临床研究,2014,27(3):331 - 333.

[13] 居俊杰,石萍,刘涓. 子宫内膜异位症术后使用甲羟孕酮/达菲林疗效观察. 华南国防医学杂志,2014,33(2):113 - 116.

[14] 赵路阳,胡凌云,黄柯,等. 膀胱子宫内膜异位症诊疗分析. 解放军医学院学报,2014,35(6):568 - 570.

[15] 范丽英,王鑫炎,徐红艳. 曲普瑞林联合腹腔镜保守手术治疗子宫内膜异位症的疗效观察. 中国性科学,2014,23(4):10 - 13.

(收稿日期:2014 - 10 - 08)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 - 1993.2015.08.008

液基薄层细胞学检测在宫颈上皮内瘤变和宫颈癌诊断中的应用价值分析

韩一栩 曾新

海南省农垦总医院妇产科,海口 570203

【摘 要】 **目的:**探讨液基薄层细胞学技术(TCT)在诊断宫颈上皮内瘤变及宫颈癌中的应用价值。**方法:**选取 2012 年 6 月至 2013 年 12 月期间在我院接受宫颈病变筛查的 681 例患者作为研究对象,行 TCT 检查及阴道镜下宫颈活检,探讨年龄与发病率的关系,同时对比研究 TCT 细胞学与组织学诊断结果。**结果:**TCT 阳性率多见于 36 ~ 45 岁年龄段;TCT 细胞学诊断 ASC - H 60 例,ASC - US 222 例,LSIL 89 例,HSIC 14

【第一作者简介】韩一栩(1981 -),女,主治医师,主要从事妇产科临床诊治与研究工作

例,SCC 5 例,AGC 2 例;组织学诊断 CINI 178 例,CIN Ⅱ 114 例,CIN Ⅲ 33 例,SCC 13 例,以组织学诊断为金标准, ASC - H 符合率为 91.67%(55/60),ASC - US 为 34.23%(76/222),LSIL 为 87.64%(78/89),HSIC 为 92.86%(13/14),SCC 为 100%(2/2)。**结论:**液基薄层细胞学技术(TCT)具有较高的阳性检出率,是筛查宫颈上皮病变的重要手段,有助于宫颈上皮内瘤变和宫颈癌的早期诊断及治疗。

【关键词】 液基薄层细胞学技术;宫颈上皮内瘤变;宫颈癌;诊断价值

The application of TCT in the diagnosis of cervical epithelial lesions and cervical cancer

HAN Yixu, ZENG Xin. Department of Obstetrics and Gynecology, Hainan Nongken General Hospital, Haikou 570203, China

【**Abstract**】 **Objectives**: To investigate the application value of TCT in the diagnosis of cervical epithelial lesions and cervical cancer. **Methods**: 681 patients that received cervical lesions screening in our department from June 2012 to December 2013 were selected and were tested by TCT and colposcopy cervical biopsy. The relationship between age and incidence rate was explored, and results of TCT cytological and histological diagnosis were compared. **Results**: The positive rate of TCT was higher in patients of 36 ~ 45 years old. There were ASC - H (60 cases), ASC - US (222 cases), LSIL(89 cases), HSIC (14 cases), SCC (5 cases) and AGC (2 cases) diagnosed by TCT cytology, and 178 cases of CINI, 114 cases of CIN II, 33 cases of CIN III and 13 cases of SCC diagnosed by TCT. Choosing histological diagnosis as the gold standard, the coincidence rate of ASC - H, ASC - US, LSIL, HSIC and SCC were 91.67% (55/60), 34.23% (76/222), 87.64% (78/89), 92.86% (13/14) and 100% (2/2) respectively. **Conclusion**: With a high positive rate, TCT is an important screening means for cervical intraepithelial lesions, which is conducive to early diagnosis and treatment of cervical intraepithelial neoplasia and cervical carcinoma.

【**Key words**】 **TCT; Cervical intraepithelial neoplasia; Cervical cancer; Diagnostic value**

【中图分类号】 R167 【文献标志码】 A

宫颈癌属于女性最常见的恶性肿瘤,在我国发病率及死亡率约占世界的 35%,且每年新发宫颈癌病例超过 11 万,发病呈年轻化趋势[1,2]。宫颈上皮内瘤变(cervical intraepithelial neoplasia, CIN)是与宫颈癌相关的癌前病变的统称,可分为宫颈不典型增生及宫颈原位癌,是宫颈癌进展过程中的必经阶段[3,4]。有效的筛查手段是早期诊断及治疗宫颈上皮内瘤变的关键。宫颈上皮病变发展到宫颈癌需经历较长可逆转阶段,因此,宫颈细胞学检查是预防宫颈癌发生及发展的主要手段。作为一种传统的宫颈癌筛查方法,巴氏涂片法不能完全反映宫颈病变状态,假阴性率高达 50% 以上,主要由制片误差所致,不符合临床诊断要求。液基薄层细胞学涂片(Thinprep cytological test, TCT) 是新引进的宫颈癌筛查技术,采用薄层细胞检测系统检测宫颈细胞并进行细胞学分类,可提高宫颈癌前病变检出率,进而降低宫颈癌的发生率。本文总结了 681 例患者的 TCT 及电子阴道镜下宫颈活组织病理检查资料,并进行回顾性分析,旨在探讨 TCT 在宫颈上皮内瘤变和宫颈癌诊断中的应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料

从 2012 年 6 月至 2013 年 12 月期间在我院接受宫颈病变筛查的患者中随机抽取 681 例作为研究对象,年龄 21 ~ 63 岁,平均年龄(41.3 ± 1.5)岁,标本采集由本科室专职医师完成,宫颈上皮非典型鳞状上皮细胞增生以上者行阴道镜下活检。本研究获我院医学伦理委员会批准,患者或家属了解所有治疗方案并签署知情同意书。

1.2 方法

1.2.1 液基细胞薄片的制备 以窥阴器充分暴露宫颈,擦净宫颈内分泌物,严格按照细胞采样标准用宫颈刷于宫颈管内采集宫颈口及颈管脱落上皮细胞,迅速将刷头置入 Thinprep 细胞保存液中,经 Thinprep2000 系统程序化处理,使收集到的宫颈细胞团块与宫颈黏液及红细胞等粘性碎片分开,收集细胞至过滤器中,再行正压将细胞转移至玻片,制成直径为 2cm 的薄层细胞涂片,用 95% 酒精固定并行巴氏染色,显微镜下观察。

1.2.2 阴道镜下宫颈活检 以 3% ~5% 醋酸溶液涂抹宫颈上皮血管,阴道镜下先低倍后高倍观察宫颈移行上皮及血管微细变化;用 Lugol's 复方碘溶液涂抹宫颈,观察宫颈是否着色;于碘试验阴性区及阴道镜图像异常区多点取组织,如未发现可疑病变部位,则在转化区 3、6、9 及 12 点取活检送病理检查。

1.3 病理诊断标准

1.3.1 细胞学诊断 液基薄层细胞学检查诊断标准参照 2001 年修订的 TBS(the bethesda system)分级系统[5]:正常范围(within normal limits,WNL);鳞状细胞类病变,包括非典型鳞状细胞(atypical squmamous ce1ls, ASC),不除外高度病变的非典型鳞状上皮细胞(ASC - H)和未明确诊断意义的不典型鳞状上皮细胞(atypical squmamous ce1ls of undermined signification, ASC - US)以及高度鳞状上皮内病变(high grade squamous irrtraepithelial lesion,HSIC) 、低度鳞状上皮内病变(low grade squamous intraepithe liallesio,LSIL)和鳞状细胞癌(squamous cells carcinoma,SCC);腺细胞类病变包括腺癌(Adenocarcinoma, AC)、子宫颈管原位腺癌(AIS)及非典型腺细胞(AGC)。TBS 报告正常范围作为细胞学阴性,有鳞状细胞类病变或腺细胞类病变为细胞学阳性。

1.3.2 组织学诊断 组织学诊断参照《病理学》(第 6 版):根据细胞异型性程度及范围分为良性细胞改变(BCC)、宫颈上皮内瘤变 I 级(CIN I)、Ⅱ级(CIN Ⅱ)、Ⅲ级(CIN Ⅲ)、鳞状细胞癌(SCC)、腺鳞癌及腺癌(AC)。

1.4 统计学方法

对文中所得数据应用 SPSS19.0 软件进行统计学处理并作比较分析,计数资料比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 TCT 阳性涂片者年龄分布

根据患者年龄将上述研究对象分为≤25、26 ~ 35、36 ~ 45、46 ~ 55 及≥56 岁五个阶段,探讨年龄与疾病发生的相关性。26 ~ 35 岁年龄段 TCT 阳性率最高,其次为 36 ~ 45 岁,最低为 56 岁及以上。见表 1。

表 1 TCT 阳性涂片者年龄分布情况

年龄(岁)	ASC - H	ASC - US	LSIL	HSIC	SCC	AGC	合计
≤25	3(7.69)	23(58.97)	12(30.77)	1(2.56)	0(0)	0(0)	39
26 ~ 35	20(13.70)	95(65.07)	24(16.44)	4(2.74)	2(1.37)	1(0.68)	146
36 ~ 45	24(17.27)	72(51.80)	36(25.90)	5(3.60)	1(0.72)	1(0.72)	139
46 ~ 55	10(20.00)	22(44.00)	15(30.00)	2(4.00)	1(2.00)	0(0)	50
≥56	3(16.67)	10(55.56)	2(11.11)	2(11.11)	1(5.56)	0(0)	18
合计	60	222	89	14	5	2	392

2.2 TCT 细胞学与组织学诊断

681 例患者经 TCT 细胞学诊断出 ASC - H60 例, ASC - US 222 例,LSIL 89 例,HSIC 14 例,SCC 5 例,AGC 2 例;组织学诊断 CINI 178 例,CINⅡ 114 例,CINⅢ 33 例,SCC 13 例,其余均为良性细胞改变。根据病变分级准确性,细胞学与组织学诊断可以相差一级原则,ASC - H 符合率为 91.67%(55/60),ASC - US 为 100%(222/222),LSIL 为 87.64%(78/89),HSIC 为 92.86%(13/14),SCC 为 100%(2/2)。其中 LSIL 对应组织学 CINI,HSIC 对应组织学 CINⅡ级和 CINⅢ级。见表 2。

表 2 TCT 细胞学与组织学诊断

TCT 细胞学诊断	组织学诊断					合计
	正常范围	CINI	CINⅡ	CINⅢ	SCC	
正常范围	178	64	42	5	0	289
ASC - H	5	0	38	15	2	60
ASC - US	146	39	25	7	5	222
LSIL	11	72	5	1	0	89
HSIC	1	3	4	5	1	14
SCC	0	0	0	0	5	5
AGC	2	0	0	0	0	2
合计	343	178	114	33	13	681

3 讨论

宫颈癌是目前最常见的妇科恶性肿瘤之一,死亡率居女性肿瘤的第 2 位,给女性生命健康造成严重威胁。其多数是在宫颈内部慢性炎症的基础上经过 5 ~ 8 年逐渐发展产生的,定期行宫颈病变筛查则是发现宫颈癌的有效手段[6,7]。研究表明,宫颈上皮内瘤变(CIN)是与宫颈浸润癌发生、发展密切的一组癌前病变,其并非是单向的病理生理进展过程,而是两种不同的生物学行为,其中 CIN Ⅰ及 CINⅡ在不经历 CINⅢ阶段的情况下可直接发展为浸润癌,另外,CIN 可出现接触性阴道出血,较少见阴道排液增多,无特殊临床症状及明显病灶,故尽早行准确诊断意义重大[8]。

巴氏涂片细胞学已应用于宫颈病变诊断半个多世纪,为降低宫颈浸润癌的发生率和病死率起到重要作用。但巴氏涂片技术灵敏度较差,制片过程中损失近 80% 的细胞,易出现上皮细胞、炎症细胞、红细胞及黏液的重叠,涂片质量及染色技术等因素均会影响制片效果,假阴性率高达 15% ~ 20%,故该技术的应用范围受到很大程度的限制[9,10]。目前,随着制片技术的不断改进,宫颈液基薄层细胞学技术(TCT)及 TBS 分级系统得到广泛应用,TCT 将宫颈管内、外细胞刷洗到装有 TCT 保存液的容器中,经 Thinprep 2000 系统程序化处理,通过涡旋振荡、自然沉降及比重离心等过程在分离血液、黏液及上皮细胞等杂质的同时充分保留收集的标本,使制成的薄层涂片细胞结构清晰、成分完整,异常细胞易于观察、鉴别,克服了传统巴氏涂片技术的不足,具有阅片快及碎片少等特点[11]。

值得一提的是,TCT 诊断宫颈低度病变存在一定的漏诊率,其灵敏度小于阴道镜,故本研究宫颈上皮非典型鳞状上皮细胞增生以上者行阴道镜下活检。TCT 出现漏诊的可能原因为受涂片质量和技术的限制;阴道分泌物及宫颈黏液影响阅片结果;病灶局限或宫颈移行带位于刮取范围外,未能收集到病灶处异常细胞。

研究显示,TBS 报告方式要求诊断 ASC - US。ASC - US 可能由存在癌前病变但收集细胞不符合诊断标准、HPV 感染后角化不良细胞及炎症反应性改变等原因导致,其出现比例约为 8%[12]。本组资料显示 ASC - US 发生率为 32.60%(222/681),

与上述报道不一致,可能是因为所选病例数过少,有待进一步的研究。另外,222 例 ASC - US 患者中 CIN 71 例、SCC 5 例,其余为炎症性病变,表明 ASC - US 患者中存在部分高危癌前病变甚至癌,应引起足够重视,ASC - US 亦可作为存在病变危险的提示。

对所选患者 TCT 阳性涂片者年龄分布分析可知,ASC - US 在各个年龄段均有较高发病率,且明显高于其它宫颈上皮病变检出率;ASC - H 及 LSIL 均多见于 46 ~ 55 岁年龄段,另外,LSIL 在不超过 25 岁年龄段亦有较高发病率;HSIC 发病率随年龄的增长逐渐升高。上述结果表明宫颈癌的筛查人群需包括有性行为的青年妇女及绝经后的老年妇女,与此同时,积极开展性知识普及,强化青年妇女的自我保护意识是预防宫颈癌的有效手段。

本研究显示液基薄层细胞学 LSIL、HSIC 及 SCC 符合率分别为 87.64%(78/89)、92.86%(13/14)及 100%(2/2),表明 TBS 细胞学与组织学诊断一致性随病变程度的升高而逐渐增加,采用液基薄层细胞学技术诊断宫颈上皮内瘤变和宫颈癌具有高度敏感性,符合以往相关报道[13-15]。

综上所述,液基薄层细胞学技术在筛查宫颈病变中具有高度阳性检出率,可在很大限度上降低宫颈癌发生率及死亡率,是防止宫颈病变的有效手段,有助于提高患者生活质量,值得在临床上推广。

参 考 文 献

[1] 蒙玉刚,安明,徐文生. HR - HPV 及 TCT 检查评价宫颈上皮内瘤变宫颈锥切术后残留、复发的意义. 广西医学,2013,35(3):323 - 331.

[2] 黄晓清. 宫颈液基细胞学检查 2508 例分析. 广西医学,2011,33(6): 728 - 729.

[3] 洪恩. 宫颈 LCT 结合阴道镜及宫颈活检对宫颈上皮内瘤变和宫颈癌患者的早期诊断价值研究. 实用癌症杂志,2014,29(7):823 - 825.

[4] Fan YB,Wang QS, Ye L,et al. Clinical application of the SurePath liquid - based Pap test in cytological screening of bronchial brushing for the diagnosis of lung cancer. Cytotechnology, 2010,62(1):53 - 59.

[5] Sherman ME,Dasgupta A,Schiffman M,et al. The bethesda interobserver reproducibility study(BIRST): a web - based assessment of the bethesda 2001 system for classifying cervical cytology. Cancer, 2007,111(1): 15 - 25.

[6] 罗建文,李荣敏,覃宏志. 全自动液基细胞制片染片系统在宫颈病变筛查的临床价值. 广西医学,2010,32(9):1114 - 1115.

[7] 熊小泉,周强,丁海明,等. TCT、HPV - DNA 联合检测在宫颈病变诊断中的应用. 四川医学,2009,30(11): 1803 - 1805.

[8] 李艳红,杨瑛,丁迎春,等. 液基细胞薄片以及阴道镜在宫颈癌及宫颈上皮内瘤变筛查中的应用. 西南国防医药,2006,16(2):138 - 140.

[9] 林峥. 阴道镜联合宫颈脱落细胞学检查在宫颈上皮内瘤变及宫颈癌诊断中的临床应用. 中国初级卫生保健,2011,25(8):57 - 58.

[10] Kavatkar AN,Nagwanshi CA,Dabak SM. Study of a manual method of liquid - based cervical cytology. Indian J Pathol Microbiol,2008, 51(2): 190 - 194.

[11] 谢芳,毛玲芝,和秀魁,等. 液基细胞学和阴道镜检查在宫颈癌前病变中的诊断作用. 中国内镜杂志,2005,11(11):1147 - 1149.

[12] 罗思红,罗晓红,段朝晖. 薄层液基细胞学在宫颈癌筛查中的应用价值. 中国卫生检验杂志,2007,17(8):1466 - 1467.

[13] 杨怡卓,李亚里,李萍. HPV 检测和液基细胞学检查在宫颈病变筛查中的应用. 解放军医学杂志,2007,32(12):1288 - 1290.

[14] 姚军,钟萍,曾思恩. 液基薄层细胞学技术联合阴道镜检查筛查宫颈病变的临床研究. 广西医学,2007,29(9): 1320 - 1322.

[15] Biscotti CV, Dawsou AE, Dziura B, et al. Assisted grimary screening using the automated ThinPrep Imaging System. Am J Clin Pathol, 2005, 123(2): 281 - 287.

(收稿日期:2014 - 11 - 19)

·性医学·

DOI:10.3969/j.issn.1672 - 1993.2015.08.009

宫颈薄层液基细胞学检测联合高危型人乳头状瘤病毒检测对筛查宫颈鳞状上皮内瘤变的应用价值分析

黄星 杨丽 郭华 徐燕

番禺中心医院妇产科 广州 511400

【摘 要】 **目的:**分析宫颈薄层液基细胞学(TCT)联合高危型人乳头状瘤病毒(高危型 HPV)检测对筛查宫颈鳞状上皮内瘤变的应用价值。**方法:**2014 年 1 月至 12 月选取 2400 例自愿接受宫颈病变筛查的妇女,均行 TCT 筛查。对 218 例 TCT 检查结果阳性者(ASCUS 及以上)进一步行高危型 HPV 检测及阴道镜下宫颈活检病理检查。**结果:**在 218 例 TCT 检查结果阳性者中,TCT 结果与病理学结果符合率分别为鳞状上皮低度

【第一作者简介】黄星(1981 -),女,主治医师,主要从事妇产科临床诊治与研究工作。

病变(LSIL)60%,非典型鳞状细胞 - 不除外上皮内高度病变(ASC - H)84.6%,鳞状上皮高度病变(HSIL)100%。高危型 HPV 在不同程度的宫颈癌前病变中占的比例分别为 CIN Ⅰ 87.8%、CIN Ⅱ 91.6%、CIN Ⅲ 93.3%,高危型 HPV 的感染率随着宫颈病变的严重程度增加而明显升高。TCT 检查及高危型 HPV 检测阳性与病理学符合率为 65.9%。**结论**:TCT 联合高危型 HPV 检测提高了宫颈鳞状上皮内瘤变筛查的特异性及敏感性,具有良好的临床应用价值。

【关键词】 薄层液基细胞学;乳头状瘤病毒;宫颈鳞状上皮内瘤变

Application of TCT joint high - risk type HPV testing for screening cervical squamous intraepithelial neoplasia

HUANG Xing, YANG Li, GUO Hua, XU Yan. Department of Obstetrics and Gynecology, Panyu Center Hospital, Guangzhou 511400, China

【**Abstract**】 **Objectives**: To analyze the application value of ThinPrep cytology (TCT) in combination with high - risk type HPV testing for screening cervical intraepithelial neoplasia (CIN). **Methods**: 2400 women willing to receive cervical disease screening from January to December 2014 were selected for TCT screening. 218 women with positive screening results (ASCUS and above) were further given high risk HPV testing and colposcopy and biopsy. **Results**: Of the 218 women, the cytological and pathological diagnosis coincidence rate of LSIL, ASC - H and HSIL was 60%, 84.6% and 100%. The positive rate of high - risk type HPV in different colposcopy and biopsy lesions were CIN Ⅰ of 87.8%, CIN Ⅱ of 91.6% and CIN Ⅲ of 93.3%. The positive rate of high risk type HPV increased significantly with the aggravating degree of colposcopy and biopsy lesions. The consistency was 65.9% for pathology vs. HPV assay plus TCT positive. **Conclusion**: TCT combined with high - risk type HPV testing, increases the sensitivity and specificity of the diagnosis of cervical lesions, having good clinical application value.

【**Key words**】 **ThinPrep cytology (TCT); Papillomavirus; Cervical intraepithelial neoplasia**

【中图分类号】 R167 【文献标志码】 A

宫颈癌是女性生殖系统最常见的恶性肿瘤,是目前惟一明确病因的妇科恶性肿瘤,持续高危型人乳头状瘤病毒感染是发生宫颈病变、宫颈癌的关键[1-3]。宫颈鳞状上皮内瘤变(cervical intraepithelial neoplasia,CIN)根据细胞异型性分为低级别鳞状上皮内瘤变(CIN Ⅰ)及高级别鳞状上皮内瘤变(CIN Ⅱ、CIN Ⅲ),高级别 CIN 为宫颈癌癌前病变[4]。基于宫颈癌发病特点,于宫颈病变发展过程中及时发现异常及时阻断,可有效降低宫颈癌发生率。

1 研究对象和研究方法

1.1 研究对象

收集 2014 年 1 月至 12 月 2400 例自愿接受宫颈病变筛查的妇女。入选标准:年龄 29 ~ 60 岁,有性生活史,无合并急性期感染,无阴道炎症,非妊娠期、经期,无宫颈治疗病史者,无妇科生殖道恶性肿瘤病史妇女。检查前 3 天内无性生活及阴道用药等情况。

1.2 研究方法

1.2.1 TCT 检测[5] 用无菌棉球擦去宫颈表面分泌物,用 TCT 专用毛刷于宫颈转化区及宫颈管处旋转 3 周刷取宫颈脱落细胞,而后放入有细胞保存液的小瓶保存,1 份样本可同时进行液基细胞学(TCT)、HPV - DNA 检测。采用 TBS 分级系统进行诊断:无上皮内病变或恶性病变(NILM)、意义不明的不典型鳞状细胞(ASCUS)、不除外高度鳞状上皮内病变的不典型鳞状上皮细胞(ASC - H)、鳞状上皮内低度病变(LSIL)、鳞状上皮内高度病变(HSIL)、鳞状细胞癌(SCC)及不典型腺细胞(AGC)。本研究只针对宫颈鳞状上皮内瘤变的筛查,因此 TCT 阳性判定为 ASCUS 及以上病理改变,不包括 AGC。

1.2.2 HPV 检测[6] 高危型 HPV 检测方法采用专利 Invader 酶切信号放大法检测样本中 HPV - DNA 含量,可 1 次检测 14 种高危型 HPV(即 HPV16、18、31、33、35、39、45、51、52、56、58、59、66 和 68 型)。

1.2.3 组织病理检查[7] TCT 阳性者于非月经期行电子阴道镜成像系统检查,配合醋白试验和碘实验,指导宫颈活检的部位,必要时辅助颈管搔刮术,送病理检查。诊断标准:炎性改变、CIN Ⅰ级、CIN Ⅱ级、CIN Ⅲ级、宫颈鳞状细胞癌。其中,炎性改变与 TCT 检测结果的 ASCUS 对应;CIN1 与 LSIL 对应;CIN2 与 ASC - H 对应;CIN3 与 HSIL 对应。

2 研究结果

在 218 例 TCT 检测结果阳性病例中,ASCUS 128 例(58.7%),LSIL 10 例(4%),ASC - H 13 例(5.9%),HSIL 12 例(5.5%)。高危型 HPV 感染率 59%,高危型 HPV 阳性在不同程度的宫颈癌前病变中占的比例分别为 CIN Ⅰ 87.8%、CIN Ⅱ 91.6%、CIN Ⅲ 93.3%,高危型 HPV 的感染率随着宫颈病变的严重程度增加而明显升高。TCT 与宫颈活检病理结果相符合率为 LSIL 80%,与慢性宫颈炎、CIN Ⅰ、CIN Ⅱ和 CIN Ⅲ符合人数分别为:3、3、2 和 0;ASC - H84.6%,与慢性宫颈炎、CIN Ⅰ、CIN Ⅱ和 CIN Ⅲ符合人数分别为:1、1、4 和 6;HSIL 100%,与慢性宫颈炎、CIN Ⅰ、CIN Ⅱ和 CIN Ⅲ符合人数分别为:0、1、3 和 8。HPV 与 TCT 均为阳性与病理学结果的阳性符合率是 65.9%。TCT 检查的敏感性 62.6%,高危型 HPV 检测的敏感性 70.5%,特异性 67.6%。见表 1。

表 1 TCT 与高危型 HPV 检测与病理诊断结果的比较

TCT 诊断结果	HPV 检测结果	病理诊断			
		炎性改变	CIN Ⅰ	CIN Ⅱ	CIN Ⅲ
ASCUS	HPV +	34	61	2	0
	HPV –	22	8	1	0
LSIL	HPV +	3	3	2	0
	HPV –	1	1	0	0
ASC – H	HPV +	1	1	4	6
	HPV –	0	0	0	1
HSIL	HPV +	0	1	3	8
	HPV –	0	0	0	0

3 讨论

宫颈癌作为女性最常见的生殖道恶性肿瘤,宫颈癌筛查已被列入常规女性体检项目,也让越来越多女性关注生殖系统的健康。目前常规的筛查方式主要有两种,分别为 TCT 及高危型 HPV 检测。

TCT 从细胞形态学上对宫颈脱落细胞进行初步筛查,其相对于传统的宫颈巴氏涂片检查,收集脱落细胞量更多,避免了常规涂片过程中的干扰因素,假阴性率低、敏感性高,大大提高了宫颈病变的诊断率[8]。但不同的医疗机构检测出的 TCT 结果相对于病理活检结果的阳性符合率差别较大,其中有一部分原因可能与病理科的诊断医师对 TCT 结果判断的准确性有关,因此对 TCT 的病理学诊断医师进行专业的规范化培训是提高 TCT 检查在宫颈病变筛查的准确性的关键因素。另外,提高筛查人员的操作技术,也是提高 TCT 检查准确性的一个关键,正确的 TCT 取材方法、阴道镜检查医师的操作方法都可提高 TCT 检查在宫颈病变筛查中的准确性[9-11]。因此,推广对妇产科专科人员进行阴道镜检查的培训是进行宫颈癌筛查的必要环节。

高危型 HPV 可引起宫颈、阴道鳞状上皮内瘤变,甚至外生殖器癌、宫颈癌的发生,其与病变发生、发展密切相关。本研究采用的专利 Invader 酶切信号放大法,是同时检测体检者是否存在 14 种与宫颈癌发生密切相关的高危型 HPV,对体检者发生宫颈病变的危险性进行预测,亦便于既往曾有宫颈病变治疗病史的患者在日后随访中的监测[12-15]。

对于早期宫颈病变的患者,大部分没有典型的症状,提高对高危人群的筛查率,提高筛查方法的准确性,重视广大妇女的预防性教育,提高妇女对潜在症状的警惕性,是防治宫颈癌的关键。TCT 检查联合高危型 HPV 检测互为补充,更好地服务于筛查对象,尽可能减少宫颈病变漏检。

参 考 文 献

[1] Stefani C, Liverani CA, Bianco V, et al. Spontaneous regression of low – grade cervical intraepithelial lesions is positively improved by topical bovine colostrum preparations. A multicentre, observational, italian pilot study. Eur Rev Med Pharmacol Sci,2014,18(5):728 – 733.

[2] Chen H, Shu HM, Chang ZL, et al. Efficacy of Pap test in combination with ThinPrep cytological test in screening for cervical cancer. Asian Pac J Cancer Prev,2012,13(4):1651 – 1655.

[3] Kim JY, Kim HJ. A comparison between thinprep monolayer and cytospin cytology for the detection of bladder cancer. Korean J Urol, 2014,55(6):390 – 394.

[4] Silva C, Almeida EC, Côbo Ede C, et al. A retrospective study on cervical intraepithelial lesions of low – grade and undetermined significance: evolution, associated factors and cytohistological correlation. Sao Paulo Med J,2014,132(2):92 – 96.

[5] 毕雪玲. LEEP 治疗宫颈上皮内瘤变的临床疗效及高危型 HPV 检测在术后随访中的价值. 实用癌症杂志,2013,28(4):417 – 419.

[6] 吴六凤,熊 煜. 阴道镜下活检对产妇宫颈病变的临床意义. 中国性科学,2014,23(10):8 – 10.

[7] Jones HE, Mansukhani MM, Tong GX, et al. Validity and reliability of using a self – lavaging device for cytology and HPV testing for cervical cancer screening: findings from a pilot study. PLoS One,2013, 8(12):e82115.

[8] 韩延敏,邓娅. 液基细胞学检查联合高危型 HPV 检测在宫颈癌筛查中的临床应用. 中国社区医师,2014,30(12):113 – 114.

[9] Russomano F, Paz BR, Camargo MJ, et al. Recurrence of cervical intraepithelial neoplasia in human immunodeficiency virus – infected women treated by means of electrosurgical excision of the transformation zone (LLETZ) in rio de janeiro, Brazil. Sao Paulo Med J,2013, 131(6):405 – 410.

[10] 邓敏,赵洪福,车与睿,等. 高频利普刀联合 CO_2 激光治疗女性会阴部巨大尖锐湿疣临床观察. 中国性科学,2014,23(10):42 – 44.

[11] Ku CH, Lee SH, Lee SP. Effect of human papillomavirus genotype on severity and prognosis of cervical intraepithelialneoplasia. Obstet Gynecol Sci,2014,57(1):37 – 43.

[12] 蓝巨辉,赵劲松. 实时荧光定量 PCR 法与杂交捕获法在高危型 HPV 检测中的比较. 标记免疫分析与临床,2013,20(2):124 – 125.

[13] Lindström AK, Hellberg D. Immunohistochemical LRIG3 expression in cervical intraepithelial neoplasia and invasive squamous cell cervical cancer: association with expression of tumor markers, hormones, high – risk HPV – infection, smoking and patient outcome. Eur J Histochem,2014,58(2):22 – 27.

[14] 叶为群,潘晨萍. 人乳头状瘤病毒联合液基薄层细胞筛查宫颈病变的临床价值. 中国医药导报,2013(18):98 – 100.

[15] 李峰. TCT、HC2、阴道镜下宫颈组织活检在宫颈疾病诊断中的应用价值. 中国现代医生,2014(20):31 – 33.

(收稿日期:2014 – 10 – 09)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 – 1993.2015.08.010

单切口可调节 Ajust™ 吊带治疗固有括约肌障碍型女性压力性尿失禁疗效及安全性分析

孙峰 孙新成 颉亮 许衍超 马凰斌 史庆路
沧州市人民医院泌尿外科,河北 沧州 061000

【摘 要】 **目的:**评价单切口可调节 Ajust™ 吊带治疗固有括约肌障碍型(ISD)女性压力性尿失禁(SUI)疗效及安全性。**方法:**回顾性分析我院 2013 年 3 月至 2014 年 2 月 26 例接受 Ajust™ 吊带手术的经尿动力学检查证实为尿道固有括约肌障碍型(ISD)SUI 患者的临床资料。分别于术后 6 个月、12 个月对患者进行复查、随访。填写经过验证的问卷 ICI – Q – SF、PISQ – 12、UDI – 6/Ⅱ Q – 7,并比较患者手术前后膀胱残尿量(PVR)和最大尿流率(Qmax)评估手术疗效。**结果:**本组患者术中均无膀胱损伤、尿道损伤、闭孔血管及神经损伤、术后大腿根部疼痛等并发症。术后 6 个月随访(26 例):治愈率 92.3%,有效率 96.2%;术后 12 个月随访(11 例):治愈率 90.9%,有效率 100%。患者术后末次随访症状及 QOL 评分均较术前显著改善($P<0.01$)。有性生活患者术后 PISQ – 12 评分与术前无统计学意义差异($P>0.05$)。患者术后末次 UDI – 6 及Ⅱ – Q7 问卷总体评分较术前有统计学意义降低($P<0.05$),但 10 例患者术后末次 UDI – 6 问卷梗阻项目评分较术前增加。患者手术前后 PVR 无统计学意义变化($P>0.05$),术后末次 Qmax 较术前降低有统计学意义($P<0.05$)。**结论:**Ajust™ 吊带手术是治疗固有括约肌障碍型(ISD)女性压力性尿失禁的微创、安全的手术方法,短期疗效满意,远期疗效有待进一步随访。

【关键词】 压力性尿失禁;可调节吊带;固有括约肌障碍;疗效;膀胱出口梗阻

Efficacy and safety of Ajust™ system for female stress urinary incontinence with ISD *SUN Feng, SUN Xincheng, XIE Liang, XU Yanchao, MA Huangbin, SHI Qinglu. Department ofUrology, Cangzhou People's Hospital, Cangzhou 061000, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To assess the safety and efficacy of Ajust™ for surgical treatment of female stress urinary incontinence (SUI) with ISD. **Methods**: The outcome of 26 Ajust™ procedures for female stress urinary incontinence was analyzed. The follow – up time was 6 and 12 months. All the patients were asked to record the ICI – Q – SF, PISQ – 12 and UDI – 6/Ⅱ Q – 7 questionnaires before and after operation. The Qmax and PVR before and after operation were collected to evaluate the functions of the patients' bladder. **Results**: There were no cases of bladder injury or injury of obturator nerves or vessels in all the patients. 6 months after the operation, the cure rate and effective rate was 92.3% and 96.2% respectively; the final cure rate and effective rate of patients was 90.9% and 100%. There were notable improvements of common symptom and QOL scores in all the patients ($P<0.01$). There were significant improvements of the PISQ – 12 scores in the patients who were still sexually active ($P<0.05$). The changes in PVR of patients between before and after treatment were insignificant ($P>0.05$). **Conclusion**: The Ajust™ procedure is a safe, effective and minimally invasive treatment method for female SUI patients with ISD.

【**Key words**】 **Stress urinary incontinence; Ajust™; Intrinsic sphincter incontinence; Curative effect; Bladder outlet obstruction**

【中图分类号】 R167 【文献标志码】 A

自 Delormer 等[1] 2004 年首先采取经闭孔尿道吊带术(TOT)治疗女性压力性尿失禁(SUI)后,本术式凭借其微创、安全、有效的优势迅速得到推广[2]。但经闭孔路径采用盲穿方法通过危险区域,术后腹股沟疼痛发生率较高[3],其安全性存在争议。为提高手术的安全性及微创效果,人们发明了单切口可调节 Ajust™ 吊带,近年来已在国内外进行了较多的临床研究[4,5]。同时,约 15% 的女性压力性尿失禁(SUI)患者为尿道内括约肌障碍(ISD)型。Ajust™ 吊带系统对 ISD 型 SUI 疗效如何?目前国内尚缺乏这方面的研究。我们回顾性分析自 2013 年 3 月至 2014 年 2 月于我院治疗的 26 例尿动力学检查证实为 ISD 型 SUI 患者临床资料,现报道如下。

1 患者资料与术式

1.1 患者情况

本研究纳入标准:(1)存在不同程度腹压下漏尿症状,术前

【第一作者简介】孙峰(1986 –),男,医师、硕士,主要从事尿控及妇科泌尿学方向的研究。

立位或膀胱截石位行咳嗽诱发试验、指压诱发试验阳性;(2)最大尿流率(Qmax)≥15 mL/s,尿动力检查排除逼尿肌无力及膀胱出口梗阻(BOO),Valsalva 漏尿点压力(VLPP)<60cmH_2O;(3)患者即可为单纯 SUI,也可为合并尿急症状,但以压力性尿失禁症状为主的混合型 SUI;(4)泌尿系 B 超检查排除泌尿系结构异常,尿常规排除尿路感染。排除标准:II 度及以上程度阴道脱垂或需同时接受其他妇科手术患者。

本组患者年龄 39 ~ 76 岁,平均(52.51 ± 8.77)岁;病程 0.5 ~ 33 年,平均(5.37 ± 7.01)年;最大尿流率(Qmax)17.0 ~ 42.8mL/s,平均(30.96 ± 9.54)mL/s;膀胱残余尿量(PVR)0 ~ 20mL,平均(3.07 ± 5.19)mL;合并尿急的混合型尿失禁患者 8 人(30.8%)。

1.2 手术器械

Bard 公司生产的 Ajust™ 吊带系统,包括不锈钢导引器、柔性探针、可调节吊带。吊带宽度约 1.2cm,材质为单丝聚丙乙烯。

1.3 手术方法

患者排空膀胱后取截石位,术区常规消毒铺巾,1% 利多卡因于阴道前壁、阴道侧壁、耻骨降支黏膜充分浸润麻醉,并于尿道外口下 1cm 处阴道前壁打起"水垫",阴道前壁正中 1cm 纵形切口,切开阴道黏膜全层,分离阴道黏膜达耻骨降支,导引器前端斜向上朝向 10 点钟方向置入右侧阴道间隙,锚栓尖部紧贴耻骨降支后缘,拇指轻推导引器弯曲部绕耻骨降支前进,同时将手柄移向尿道左侧,锚栓穿透闭孔内肌及闭孔膜时会有突破感,此时手柄位置固定,可释放锚栓,牵拉吊带确认其妥善固定。将导引器头部连接可调锚栓,同法朝向 2 点钟方向穿刺左侧闭孔并释放锚栓。轻拉尿道下平片,然后轻拉管状网片保证吊带被正确固定。将吊带平展于尿道中段下方,膀胱灌生理盐水 300mL,嘱患者咳嗽,根据实际漏尿情况进行张力调节,留置 18F 尿管,如尿管通过尿道困难,则表示吊带过紧,需酌情放松吊带。张力调节满意后使用柔性探针前推吊带锁,探针弓形变形证实吊带锁到位,减除多余管状吊带,3 - 0 可吸收线缝合阴道切口。为防止阴道前壁血肿,常规使用碘伏纱布填塞阴道。手术次日取出阴道内纱布并拔除尿管。

1.4 疗效评估及随访方案

所有患者均被要求填写一系列经过验证的尿失禁症状问卷,包括:国际尿失禁咨询委员会尿失禁问卷简表(ICI - Q - SF)[6]、泌尿生殖苦恼目录短表(UDI - 6)/尿失禁影响问卷短表(ⅡQ - 7)[7]。ICI - Q - SF 评分包括漏尿次数(FOL)、漏尿量(VOL)、生活质量影响(QOL)三部分。治愈标准:VOL = 0 分且 QOL≤3 分;改善标准:VOL = 2 分且 QOL≤3 分;治愈率 + 改善率 = 有效率;VOL 得分 + FOL 得分 = 症状评分。我们把 UDI - 6/ⅡQ - 7 问卷每项问题按程度由轻到重定为 0 分、1 分、2 分、3 分,这与 Uebersax 等[7]将问卷系统各项评分定于 0 ~ 100 分之间的方法有较大不同。这是因为本研究中我们更关注 UDI - 6/ⅡQ - 7 问卷对患者术后尿频、急迫性尿失禁、膀胱梗阻等并发症的"预警"作用,简化评分可在不影响评价效果的前提下提高患者依从性。有性生活者加填国际盆底器官脱垂/尿失禁患者性生活质量问卷简表(PISQ - 12)[8],PISQ - 12 问卷包含 12 个涉及性生活问题,每题得分相加即 PISQ - 12 总分。

术后第 6、第 12 个月为患者随访时间,除填写上述问卷外,要详细询问患者并发症情况。不能回院患者采用电话方式填写问卷,随诊率 100%。可来医院复查患者免费行 Qmax、PVR 检查,完成随诊 18 例(69.2%)。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 17.0 统计软件分析数据。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示。手术前后均数的比较采用配对 t 检验,$\alpha = 0.05$。

2 手术效果及并发症情况

手术获得满意疗效:6 个月随访,治愈率 92.3%,有效率 96.2%;12 个月随访(11 例),治愈率 90.9%,有效率 100%。两次随访疗效无统计学意义差异($P < 0.05$)。5 例合并尿急的混合型尿失禁患者术后尿急症状消失。

1 例患者术中发生右侧锚栓断裂,更换手术套装后顺利完成手术。术中均未出现膀胱、尿道及闭孔血管、神经损伤并发症。手术出血量一般少于 20mL,无大出血病例(大于 100mL)。拔除尿管后,11 人出现不同程度的排尿不畅情况,通过尿道扩张或延长保留尿管时间均于 1 ~ 2 周内获得缓解。6 例患者在随访中诉排尿费力或排尿姿势改变。术后 4 人(15.4%)出现尿急症状,口服琥珀酸索利那新片或舍尼亭后均症状缓解。术后无患者诉大腿根部疼痛症状。10 例患者术后末次 UDI - 6 问卷梗阻项目评分较术前增加。患者各项问卷评分见表 1(注:共 11 名患者填写 PISQ - 12 问卷)。

表 1 患者手术前后生活质量各项评分比较

评分项目	术前评分	术后评分(末次)	P
ICI - Q - SF 症状评分	7.08 ± 1.08	0.39 ± 1.44	0.000
ICI - Q - SF QOL 评分	7.17 ± 1.33	1.06 ± 0.95	0.000
UDI - 6 评分	34.04 ± 8.93	28.67 ± 9.14	0.039
ⅡQ - 7 评分	29.25 ± 6.03	20.31 ± 6.05	0.026
PISQ - 12 评分	25.22 ± 7.11	27.87 ± 6.09	0.043

患者各阶段 Qmax、PVR 变化。见表 2。

表 2 患者手术前后 Qmax 和 PVR 改变

随访时间	例数	Qmax(mL/s)			PVR(mL)		
		术前	术后	P	术前	术后	P
6 个月	20	34.02 ± 7.02	28.42 ± 9.17	0.012	1.96 ± 6.32	2.04 ± 7.25	0.219
12 个月	8	31.93 ± 8.95	26.17 ± 9.02	0.034	2.02 ± 5.72	3.07 ± 4.97	0.370

3 讨论

基于女性盆底整体理论[9],多种通过加强中段尿道支持结构治疗女性 SUI 的尿道吊带术在世界范围内广泛开展。因有效避免了经阴道无张力尿道悬吊术(TVT)等耻骨后路径尿道吊带术膀胱穿孔、盆底血管损伤、肠管损伤等并发症,以 TOT 术为代表的经闭孔路径尿道吊带术逐渐成为治疗女性 SUI 主流术式。为进一步降低手术并发症,人们发明了经阴道单切尿道吊带术(TVT-S)、Ajust™ 吊带等更加微创的单切口尿道吊带术。其中,经闭孔路径的 Ajust™ 吊带术以其吊带锚定牢固可靠、微创、有效的特点得到国内外妇科泌尿医师的青睐。Mostafa 等[10]对 137 例女性 SUI 患者随机采用 Ajust™ 吊带术和无张力阴道闭孔系统尿道中段悬吊术(TVT-O),随访 6 个月,发现两种术式疗效相同,Ajust™ 组更加安全;Naumann 等[11]对 52 例接受 Ajust™ 吊带术 SUI 患者随访 29 个月,也得到疗效满意结果;本组 26 例患者未出现术后大腿根部疼痛并发症,可能与 Ajust™ 系统穿刺路径短,对大腿根部神经损伤小有关。但目前关于 Ajust™ 吊带术治疗固有括约肌障碍型(ISD)SUI 的研究尚未见报道。

Ⅰ型和Ⅱ型 SUI 统称为解剖型 SUI,约占 SUI 总数 80% ~ 95%[12];Ⅲ型 SUI 称为尿道固有括约肌缺陷型(ISD)SUI,约占 15%。Valsalva 漏尿点压(valsalva leak point pressure,VLPP)在 SUI 诊断及分型中有重要意义[13]:VLPP < 60 cmH_20,Ⅲ 型 SUI 发生率为 76%。本研究即以 VLPP < 60 cmH_20 作为 ISD 型尿动力学诊断标准。一般来说,解剖型 SUI 症状较轻,多为轻度或中度,ISD 者尿失禁严重,因此,寻找一种安全、有效治疗 ISD 型 SUI 的方法非常必要。经耻骨后尿道吊带术吊带角度较锐,可获得对尿道足够大的张力,已被证明可有效治疗 ISD 型 SUI[14]。经闭孔路径吊带方向与垂直和水平面分别成 45°角,吊带两端构成近 90°角,有学者认为其对尿道剪力不足,治疗 ISD 型 SUI 效果较耻骨后路径吊带术差[14]。那么,同为经闭孔路径的 Ajust™ 吊带术是否适用于 ISD 型 SUI 的治疗呢?

Ajust™ 系统仅需阴道前壁单个切口,避免了大腿内侧或耻骨上两个小切口,这使其较其他传统吊带术更加微创。吊带的锚栓穿透性强,双翼固定可靠,不同于 TOT、TVT-O 等系统具有吊带放置完毕后仍可调松的特点;笔者术中发现,一旦释放可调节端锚栓,吊带位置将难以改变,吊带的稳固保证了 Ajust™ 吊带术稳定的疗效。同时,吊带的稳固与可调使得经闭孔路径尿道吊带术第一次获得了为尿道提供足够剪力的可能。众所周知,无张力尿道吊带术在非应力状态下并不增加尿道阻力,但对于尿道固有括约肌缺陷患者,吊带促进尿道闭合与纠正尿道应力下活动起着同样重要作用。因此,对于 ISD 型患者,吊带需要提供适当的剪力。那么,何为适当呢?我们的经验是,患者尽量采用局部麻醉,吊带放置于尿道中段后,膀胱注水 300mL,嘱患者咳嗽,根据患者漏尿情况,调节吊带张力。因术后随着局部瘢痕组织长入吊带网眼,其张力会进一步增加,为降低远期膀胱出口梗阻(BOO)风险,以患者无或少量漏尿为最佳调节效果。此时,留置 18F 尿管,如尿管通过尿道困难,则表示吊带过紧,需酌情放松吊带,最后,锁定吊带位置。全部 26 例患者术后 6 个月随访:治愈率 92.3%,有效率 96.2%;术后 12 个月随访(11 例):治愈率 90.9%,有效率 100%。这一结果与 Gungorduk 等[15]应用 TVT 术治疗 ISD 型 SUI 疗效相近。但值得注意的是,无论哪种吊带手术,增加尿道压力,必然会带来 BOO 的风险。本组术后拔除尿管后排尿障碍 11 人(42.3%),随后各阶段随访中共 6 例(23.1%)患者诉排尿费力或排尿姿势改变,虽然排尿障碍患者通过保守治疗均获得满意排尿且手术前后膀胱残尿量(PVR)改变无统计学意义,但是有必要通过长期随访明确 Ajust™ 吊带术治疗 ISD 患者会出现 BOO 的风险。

综上所述,Ajust™ 吊带系统治疗 ISD 型 SUI 具有安全、有效、微创的特点,有较好的推广前景。但仍需大样本研究,并通过长期随访明确其疗效及远期并发症。

参 考 文 献

[1] Delorme E, Droupy S, de Tayrac R, et al. Transobturator tape (Uratape): a new minimally invasive procedure to treat female urinary incontinence. Eur Urol, 2004, 45(2): 203-207.

[2] Fischer A, Fink T, Zachmann S, et al. Comparison of retropubic and outside-in transobturatori sling systems for the cure of female genuine stress urinary incontinence. Eur Urol, 2005 (48): 799-804.

[3] David-Montefiore E, Frobert JL, Grisard-Anaf M, et al. Peri-Operative Complications and Pain After the Suburethral Sling Procedure for Urinary Stress Incontinence: A French Prospective Randomised Multicentre Study Comparing the Retropubic and Transobturator Routes. European Urology, 2006(49): 133-138.

[4] 苗娅莉,孙秀丽,杨欣. 阴道单切口可调节无张力尿道中段悬吊术治疗压力性尿失禁近期疗效评价. 中国妇产科临床杂志, 2013, 14(5): 410-412.

[5] Meschia M, Barbacini P, Baccichet R, et al. Short-term outcomes with the Ajust™ system: a new single incision sling for the treatment of stress urinary incontinence. Int Urogynecol J, 2011, 22(2): 177-182.

[6] Avery K, Donovan J, Peters TJ, et al. ICIQ: A Brief and Robust Measure for Evaluating the Symptoms and Impact of Urinary Incontinence. Neurourol and Urodyn, 2004, 23(4): 322-330.

[7] Uebersax JS, Wyman JF, Shumaker SA, et al. Short forms to assess life quality and symptom distress for urinary incontinence in women: The incontinence impact questionnaire and the urogenital distress inventory. Neurourol Urodyn, 1995, 14(2): 131-139.

[8] Regers RG, Coates KW, Kammerer-Doak D, et al. A short form of the Pelvic Orgen Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12). Int Urogynecol, 2003, 14(3): 164-168.

[9] [美]魏恩(Wein, A. J.). 坎贝尔-沃尔什泌尿外科学. 9 版. 郭应禄,周立群主译. 北京:北京大学医学出版社, 2009: 2379-2400.

[10] Mostafa A, Agur W, Abdel-All M, et al. A multicentre prospectiverandomized study of single-incision mini-sling (Ajust™) versus tension-free vaginal tape-obturator (TVT-O™) in the management of female stress urinary incontinence: pain profile and short-term outcomes. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2012 (165): 115-121.

[11] Naumann G, Hagemeier T, Zachmann S, et al. Long-term outcomes of the Ajust Adjustable Single-Incision Sling for the treatment of stress urinary incontinence. Int Urogynecol J, 2013(24): 231-239.

[12] Batra AK, Mathews R, Lopresti A. Initial experience with the modified vaginal wall sling in the treatment of female stress urinary incontinence. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct, 1997, 8(4): 209-212.

[13] McGuire EJ, Fitzpatrick CC, Wan J, et al. Clinical assessment of urethral sphincter function. Urol, 1993, 150(5): 1452 – 1454.

[14] Long CY, Hsu CS, Wu MP, et al. Comparison of tension – free vaginal tape and transobturator tape procedure for the treatment of stress urinary incontinence. Curr Opin Gynecol. 2009, 21(4): 342 – 347.

[15] Gungorduk K, Celebi I, Ark C, et al. Which type of mid – urethral sling procedure should be chosen for treatment of stress urinary incontinence with intrinsic sphincter deficiency? Tension – free vaginal tape or transobturator tape. Acta Obstetricia, 2009(88): 920 – 926.

(收稿日期:2014 – 11 – 19)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 – 1993.2015.08.011

甲硝唑联合雌三醇治疗老年性阴道炎临床效果观察

余仁芳[1] 张耀[2△] 张兰[1]

1 江油市第二人民医院妇产科,四川 绵阳 621700

2 绵阳市中心医院妇产科,四川 绵阳 621000

【摘 要】 **目的:**探讨甲硝唑联合雌三醇治疗老年性阴道炎临床效果。**方法:**收集 2012 年 2 月至 2014 年 1 月来我院就诊的老年性阴道炎妇女 100 例,随机分为对照组与实验组,两组均有患者 50 例。对照组患者给予甲硝唑治疗,实验组患者给予甲硝唑与雌激素联合治疗,最后分析与比较两组患者的疗效。**结果:**实验组患者的总有效率明显高于对照组;实验组患者的复发率明显低于对照组;治疗后实验组患者的阴道炎症评分、健康状况评分、pH 值及患者的临床表现均优于对照组。**结论:**雌激素可以明显提高抗生素治疗老年性阴道炎患者的疗效。

【关键词】 雌激素;老年性阴道炎;应用效果;甲硝唑

The clinical effect of estrogen combined metronidazole in treating patients with seile vaginitis *YU Renfang[1], ZHANG Yao[2△], ZHANG Lan[1]. 1. Department of Obstetrics and Gynecology, The Second People's Hospital of Jiangyou City, Mianyang 621700, China; 2. Department of Obstetrics and Gynecology, Mianyang Center Hospital, Mianyang 621000, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To explore the clinical effect of estrogen combined metronidazole in treating patients with seile vaginitis. **Methods**: 100 patients with senile vaginitis in our hospital from February 2012 to January 2014 were selected and divided into experimental group and control group, 50 cases in each group. The control group was treated with metronidazole therapy, and patients of experimental group were treated with metronidazole combined estrogen therapy. The effects of the two groups were analyzed and compared. **Results**: The total efficiency of experimental group was significantly higher than control group. The relapse rate of experimental group was significantly lower than control group. The vaginal inflammation ratings, the health status ratings, pH value and the clinical manifestations of the experimental group were better than the control group. **Conclusion**: Estrogen can significantly improve the treatment efficacy of patients with senile vaginitis.

【**Key words**】 **Estrogen; Senile vaginitis; Application effect; Metronidazole**

【中图分类号】 R167 【文献标志码】 A

老年性阴道炎又称萎缩性阴道炎,是妇科常见的一种多发性疾病,病因主要是因为绝经后老年女性的卵巢功能逐渐衰退,雌激素的水平也会随之降低,进而会导致绝经女性的阴道壁发生萎缩,黏膜层变得很薄,对水平的阴道上皮内的糖原含量会使阴道内的酸碱性发生失衡,进而导致病原菌的感染[1-3]。老年性阴道炎的临床表现为瘙痒、灼痛、性交痛、分泌物多及干涩等,还具有病程比较长,迁延易复发等特点[4,5]。临床上目前治疗老年性阴道炎的药物为激素与抗生素等,本文以 100 例老年性阴道炎患者为研究对象,来探讨雌激素在治疗治疗老年性阴道炎中的作用。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 100 例 2012 年 2 月至 2014 年 1 月来我院就诊的老年性阴道炎的患者为研究对象,年龄 48 ~ 72 岁,平均年龄(58.6 ± 3.1)岁;绝经时间 2 ~ 24 年,平均绝经时间(8.6 ± 2.1)年;病程 1 ~ 10 年,平均病程(5.2 ± 1.3)年。按患者就诊的顺序随机分为实验组与对照组,两组均有患者 50 例。所选患者均符合老年性阴道炎的诊断标准[6]:(1)阴道分泌物多、瘙痒、灼痛;(2)阴

【第一作者简介】余仁芳(1976 –),女,主治医师,主要从事妇产科临床与研究工作。

△【通讯作者】张耀,主任医师,E – mail: d024d8ba@163.com

道分泌物稀薄、呈血性、脓性;(3)阴道黏膜有小出血点,呈老年性变化;(4)阴道分泌物镜检见大量基底细胞及白细胞,且排除滴虫及假丝酵母菌;(5)其他疾病除外。所选患者均在半年内没有使用激素治疗。排除标准:(1)雌激素禁忌证的患者;(2)有严重器官衰竭的患者;(3)有恶性肿瘤的患者。两组患者在年龄、病程及绝经时间等一般情况的差异,具有可比性,见表 1。所选患者均有签署知情同意书。

表 1 两组患者一般资料的比较

	年龄(岁)	病程(年)	绝经时间(年)
实验组(n=50 例)	58.5±5.2	4.9±2.5	8.4±5.2
对照组 (n=50 例)	58.2±2.5	5.4±4.1	8.7±2.3
P	0.358	0.415	0.374

1.2 试验方法

两组患者均在睡前清洁外阴后把一枚甲硝唑栓剂(吉林晶珠药业,批号 H10930166)放到到阴道深处,用量为 0.5g/1 次,1 次/d,连用 7d。实验组患者同时使用雌三醇(欧维婷软膏,爱尔兰欧加农公司,批号 H20091091),用量为 0.5g/次,1 次/d,连用 7d,7d 后改为 1 次/周,连用 8 周。在用药期间患者禁止性生活,并保证不用其他类药物治疗老年性阴道炎。在治疗后的第 8 周对患者进行复查,在治疗后的第 24 周对患者进行随访,来判定各组患者的治疗效果。

1.3 疗效的判定及观察指标

本研究患者治疗效果的判定[7]为:患者的临床表现已完全或基本上消失,分泌物中没有大量的炎细胞及基底细胞为治愈;患者的临床表现有显著的改善,镜检分泌物的结果为阴性的患者为有效;没有达到上述标准的为无效。总有效率 =(治愈 + 有效)/总例数。观察治疗前与治疗后两组患者阴道炎症的评分情况[8]、阴道健康的评分状况、阴道的 pH 值、患者的临床表现、药物的不良反应及治疗 24 周后的复发率。

1.4 统计学方法

研究中所有的数据均采用 SPSS19.0 统计软件来进行处理,计量资料结果采用组间 t 检验,计数资料间的比较采 χ^2 检验来。$P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者疗效、不良反应及复发率的比较

实验组患者的总有效率为 98.00%,对照组患者的总有效率为 74%,两组间的差异有统计学意义;发生外阴不适的实验组中有 1 例患者,对照组有 2 例,还有 1 例实验组患者发生乳房胀痛,1 例对照组患者发生腹胀,两组患者间的不良反应无统计学差异;在治疗后的 24 周发生复发的患者实验组有 2 例,对照组患者有 9 例,两组患者间的差异有统计学意义。见表 2。

表 2 两组患者疗效、不良反应及复发率的比较

		实验组(n=50)	对照组 (n=50)	P
疗效	治愈	46	20	0.012
	有效	3	17	
	总有效率	49	37	
不良反应		2	3	0.154
复发率		2	9	0.023

2.2 两组患者阴道环境及临床表现的比较

治疗前两组患者的阴道环境及临床表现的差异无统计学意义,治疗后两组患者的阴道环境及临床表现的差异有统计学意义。见表 3。

表 3 两组患者阴道环境及临床表现的比较

		实验组(n=50)	对照组(n=50)	P
阴道健康状况评分(分)	治疗前	9.31±1.24	9.29±1.05	0.964
	治疗后	16.01±2.17	12.58±1.35	0.031
阴道炎症程度评分(分)	治疗前	5.09±0.15	5.12±0.21	0.867
	治疗后	0.09±0.04	0.71±0.05	0.025
阴道的 pH 值	治疗前	6.69±0.25	6.72±0.24	0.853
	治疗后	4.89±1.05	6.09±1.25	0.032
阴道瘙痒	治疗前	36	35	0.854
	治疗后	0	4	0.021
阴道触痛	治疗前	20	21	0.871
	治疗后	0	4	0.018
阴道干涩	治疗前	43	42	0.798
	治疗后	0	7	0.012
阴道灼痛	治疗前	25	26	0.837
	治疗后	0	3	0.024
性交痛	治疗前	45	46	0.914
	治疗后	1	12	0.004
阴道充血	治疗前	41	42	0.728
	治疗后	1	6	0.008

3 讨论

老年性阴道炎是绝经后的妇女因雌激素大量减少而导致阴道黏膜发生萎缩而变薄,致使患者阴道上皮内的糖原含量随之减少,最终导致患者阴道的自净功能下降,发生细菌的侵袭而诱发的炎症反应[9,10]。如果得不到及时的治疗,老年性阴道炎患者会出现阴道溃疡,进而会形成阴道积脓,因此,要及时治疗老年性阴道炎的患者,目前临床上所用的治疗方法主要以激素治疗与药物的局部治疗为主[11,12]。本研究 100 例老年性阴道炎患者为研究对象,来探讨甲硝唑联合雌三醇治疗老年性阴道炎临床效果。

本研究的结果发现雌激素联合甲硝唑治疗实验组患者的总有效率(98%)明显高于单用甲硝唑治疗对照组患者的总有效率(74%),分析其原因可能是由于雌激素及时地补充了绝经患者体内的雌激素的不足,促进患者阴道上皮细胞的增殖,使细胞外基质的合成增加,进而促进了患者阴道底层上皮细胞向表层上皮细胞的分化过程,使患者阴道上皮厚度增加,阴道壁结构及弹性均得到改进,阴道上皮细胞内的糖原含量大大增加,增加了患者阴道的自净作用[13,14]。其结论就是雌激素可以增加用抗生素来治疗老年性阴道炎的治疗效果。本研究的结果还显示使用雌激素联合甲硝唑治疗的老年性阴道炎患者的

阴道健康状况、炎症程度及 pH 值的评分均高于单用甲硝唑治疗的老年性阴道炎的患者,使用雌激素联合甲硝唑治疗的老年性阴道炎患者的临床症状及体征均得到明显的改善。这与许多的研究结果相符合[15-17],这说明雌激素能降低老年性阴道炎患者阴道的 pH 值,还能降低老年性阴道炎的复发率,更能改善老年性阴道炎患者的临床表现,最终使得老年性阴道炎患者阴道的健康状况的评分与炎症程度的评分得到了明显的改善,提高老年性阴道炎患者的生存质量。

综上所述,在使用甲硝唑治疗老年性阴道炎患者时辅以雌激素不仅可以明显提高患者治疗的效果,还可以降低患者的复发率,及明显改善老年性阴道炎患者的阴道健康状况的评分、炎症程度的评分和 pH 值,其药物的不良反应并没有增加,因此,在临床治疗老年性阴道炎患者时建议推广应用。

参 考 文 献

[1] 贾艳艳. 雌激素辅助治疗老年性阴道炎患者的疗效和安全性分析. 中华老年医学杂志,2014,33(8):891-893.

[2] 林曼. 乳酸菌阴道胶囊治疗老年性阴道炎临床疗效分析. 中国性科学,2012,21(9):39-41.

[3] 缪缙,陈宝霞. 替勃龙片联合复方甲硝唑栓剂治疗老年性阴道炎的临床疗效分析. 中国老年学杂志,2011,31(9):3410-3411.

[4] 马丽霞,南静. 保妇康栓与雌激素配伍治疗老年性阴道炎 42 例疗效观察. 陕西医学杂志,2011,40(5):628-631.

[5] 韩荣慧,何维. 老年性阴道炎的治疗. 天津药学,2011,23(2):71-73.

[6] 乐杰. 妇产科学. 7 版,北京:人民卫生出版社,2008:242-249.

[7] 邱海凡,姜李媛. 老年性阴道炎 3 种治疗方法效果比较. 中国妇幼保健,2010,25(5):3198-3199.

[8] 江如,张先琴,邵军晖. 低剂量性激素补充疗法对绝经后妇女性功能的影响. 中国妇幼保健,2009,23(4):40-43.

[9] 隋凤香. 雌激素治疗萎缩性阴道炎疗效观察. 中国社区医师(医学专业),2014,13(8):77-78.

[10] Liu HM,Li YL. The effect of beimeili ointment on 200 cases of senile vaginitis. Chin J Geriatric Care,2010,8(6):48-49.

[11] 张小松,狄江丽,刘朝晖. 不同方法治疗老年性阴道炎的临床效果评价研究. 中国妇幼保健,2013,28(12):1876-1879.

[12] Mashburn J. Etiology,diagnosis,and management of vaginitis. J Midwifery Womens Health,2006,51(6):423-429.

[13] 陈雪珍. 不同药物治疗老年性阴道炎 320 例疗效分析. 中国社区医师,2011,13(18): 97-98.

[14] 杨燕. 尼尔雌醇联合洁悠神治疗老年性阴道炎 49 例临床分析. 皮肤病与性病,2012,34(2):95-96.

[15] 韩荣慧,何维. 老年性阴道炎的治疗. 天津药业,2011,23(2):71-73.

[16] 庞立芳. 老年性阴道炎的治疗进展. 临床合理用药,2012,5(6A):141-142.

[17] 于小飞. 不同治疗方法治疗老年性阴道炎疗效比较. 现代中西医结合,2013,22(20):2233-2234.

(收稿日期:2014-10-20)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.08.012

子宫肌瘤大于孕 14 周体积患者术前使用促性腺激素释放激素激动剂的效果评价

张莹 杨军

汕头市中心医院生殖中心,广东 汕头 515031

【摘 要】 **目的:**研究术前使用促性腺激素释放激素激动剂(GnRHa)对提升子宫体积 >14 孕周子宫肌瘤患者手术效果的临床价值。**方法:**将 2010 年 1 月至 2014 年 1 月于我院择期手术、子宫体积 >14 孕周的子宫肌瘤患者纳为观察组($n=20$),术前行 GnRHa 皮下注射处理,停药 3 个月后行腹腔镜手术;择同期行腹腔镜手术、子宫体积≤14 孕周的子宫肌瘤患者为对照组($n=20$)。统计对比两组患者子宫及肿瘤体积、血红蛋白(Hb),以评价 GnRHa 预处理效果;统计对比两组手术时间、术中出血量、输血情况等指标,以评价手术效果。**结果:**(1)观察组患者用药后 Hb 水平明显升高而子宫及肌瘤体积明显下降($P<0.05$);两组患者手术前 Hb 水平、肌瘤体积无明显差异($P>0.05$),观察组子宫体积仍明显大于对照组($P<0.05$);(2)所有患者均成功完成腹腔镜手术,无中转开腹患者;两组手术时间、术中出血量、输血例数差异均无统计学意义($P<0.05$);两组均未见严重术中及术后并发症,观察组均出现 GnRHa 相关不良反应,但均未影响手术效果。**结论:**行 GnRHa 预处理,可有效降低子宫体积 >14 孕周子宫肌瘤患者的肿瘤体积,并提升 Hb 水平,从而使患者满足腹腔镜手术指征,保证腹腔镜手术效果,提升患者预后。

【关键词】 子宫肌瘤;促性腺激素释放激素激动剂;腹腔镜全子宫切除术;腹腔镜子宫肌瘤剔除术

【第一作者简介】张莹(1981-),女,主治医师,主要从事生殖医学临床与研究工作。

Effect of pre – operative gonadotropin releasing hormone agonists to myoma patients with large uterusof over 14 weeks' pregnancy size *ZHANG Ying, YANG Jun. Reproductive Center, The Centre Hospital of Shantou city, Shantou 515031, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To study the clinical effect on increasing operation effect by pre – operative applying gonadotropin releasing hormone agonist (GnRHa) to myoma patients with large uterus of over 14 weeks' pregnancy size. **Methods**: 20 myoma patients with large uterus of over 14 weeks' pregnancy size in our hospital from Jan. 2010 to Jan. 2014 were selected as the observation group. They received preoperative GnRHa subcutaneous injection, and laparoscopic surgery after 3 months of pre – operative process. 20 patients accepted by our hospital in the same time, whose uterus were not larger than 14 weeks' pregnancy size, were chosen as the control group. Their uterus and tumors volume, as well as hemoglobin level (Hb) were recorded in order to show the effect of pre – operative applying GnRHa. Their operative time, bleeding volume, blood transfusion and other indicators of surgery were also recorded to evaluate the effect of operation. **Results**: i. The levels of Hb in patients of observation group after treatment increased obviously and uterine and fibroid volume decreased significantly ($P < 0.05$). Before surgery, the Hb level and the tumor volume of patients in the two groups showed no significant difference ($P > 0.05$), but the uterus volume of patients in observation group were larger than the that of the control group ($P < 0.05$); ii. All patients successfully completed laparoscopic surgery, with no patients conversed into open surgery. The difference in operative time, amount of bleeding and number of blood transfusion patients in the two groups were not statistically significant ($P < 0.05$). There were no serious intraoperative and postoperative complications in both groups. All patients in observation group showed adverse reactions related to GnRHa, but did not influence the effect of operation. **Conclusion**: The pre – operation applying of GnRHa can effectively reduce the volume of uterus and tumor size in myoma patients with large uterus of over 14 weeks' pregnancy size. Thus it can make patients meet the laparoscopic surgical indications, ensure the effect of laparoscopic operation, and improve the prognosis of the patients.

【**Key words**】 **Uterine fibroids; Gonadotropin releasing hormone agonist; Laparoscopic hysterectomy; Laparoscopic myomectomy**

【**中图分类号**】 R167 【**文献标志码**】 A

子宫肌瘤为女性生殖器常见良性肿瘤之一,临床主要行手术切除子宫或剔除肌瘤治疗,且受微创理念发展影响,目前多推荐尽可能行腹腔镜下手术[1]。但部分患者肿瘤体积较大,导致子宫形态超过 14 孕周,此时行腹腔镜手术,视野及操作空间均严重受限,可能导致误操作,造成严重后果[2]。临床研究指出 GnRHa 对子宫肌瘤具有较佳的短期治疗作用,能够有效缩小肌瘤体积[3],但其能否使子宫形态 >14 孕周患者肌瘤形态下降至可正常开展腹腔镜手术尚待临床研究证实。本研究行对比分析,深入探讨了该问题,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

随机于我院数据库中抽选子宫肌瘤 >14 孕周及≤14 孕周患者各 20 例,纳为观察组及对照组。其中观察组对象 20 例,均于 2010 年 1 月至 2014 年 1 月于我院产科就诊,年龄范围 24 ~ 44 岁,平均(38.2 ± 4.2)岁;单发 3 例、多发 17 例;子宫体积 > 14 孕周,体积 470 ~ 600mL,平均(525.8 ± 22.6)mL。纳入标准:初次就诊行 B 超、宫腔镜诊断,子宫体积 >14 孕周;不伴子宫内膜异位;盆腔器官无脱垂;近 6 个月内无药物治疗史;无子宫手术史;术后病理诊断为子宫肌瘤;知情同意。对照组对象 20 例,年龄范围 25 ~ 46 岁,平均(38.4 ± 4.1)岁;单发 4 例、多发 16 例;同期就诊,均符合腹腔镜手术指征,术前 B 超提示子宫体积≤14 孕周,体积 182 ~ 262mL,平均(219.4 ± 18.5)mL;术后病理诊断确诊为子宫肌瘤。除子宫体积外,两组一般信息无明显差异($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法

观察组于月经来潮第 1 日行 GnRHa(商品名诺雷得,国药准字 J20090102,英国阿斯利康制药公司,3.6mg/针)肌注,隔 28d 1 次,共 3 次。3 个月后入院根据病情行腹腔镜全子宫切除或肌瘤剔除。对照组不行预处理,择期根据病情行手术治疗。

1.3 统计项目

(1)观察组统计用药前、手术前子宫及肌瘤体积、Hb 水平,对照组仅统计手术前上述项目。其中子宫及肌瘤体积由 B 超影像计算,公式为 $V(cm^3) = 0.523 \times a \times b \times c$,a、b、c 分别指子宫或肌瘤的三维径线。(2)统计手术时间、术中出血量、输血例数等手术指标。(3)统计 GnRHa 相关不良反应及手术相关并发症。

1.4 统计学方法

应用 SPSS19.0 统计学软件处理数据,计量资料按 $\bar{x} \pm s$ 表示,对比行 t 检验;计数资料按 $n(\%)$ 表示,对比行 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异显著,具备统计学意义。

2 结果

2.1 观察组子宫及肌瘤体积、Hb 变化

观察组组内对比:手术前 Hb 水平明显高于用药前;子宫体积明显低于用药前,且 18 例子宫体积缩小至 10 ~ 12 孕周;观察组所有患者肌瘤体积手术前均明显小于用药前。观察组与对照组手术前对比:两组 Hb 水平、肌瘤体积无明显差异,但观察组子宫体积仍明显大于对照组。见表 1。

表 1 观察组子宫及肌瘤体积、Hb 变化($\bar{x} \pm s$)

项目		观察组(20)	对照组(20)	t_1,P	t_2,P
Hb(g/L)	用药前	92.4 ±21.8		-5.575,	-0.525,
	手术前	125.6 ±15.3	128.1 ±14.8	<0.001	>0.05
子宫体积	用药前	517.2 ±83.8		9.495,	4.432,
(cm^3)	手术前	308.7 ±51.2	218.3 ±75.5	<0.001	<0.001
肌瘤体积	用药前	142.5 ±28.6		8.862,	-0.282,
(cm^3)	手术前	71.6 ±21.5	73.3 ±16.2	<0.001	>0.05

注:t_1,P 为观察组用药前及手术前对比;t_2,P 为观察组与对照组手术前对比

2.2 两组手术情况对比

所有患者均成功完成腹腔镜手术,未出现中转开腹病例。其中观察组全子宫切除 15 例(75.0%)、肌瘤剔除 5 例(25.0%);对照组全子宫切除 13 例(65.0%)、肌瘤剔除 7 例(35.0%),手术类型差异无统计学意义($\chi^2 = 0.476$, $P > 0.05$);两组手术时间、术中出血量、术后住院时间均无明显差异($P > 0.05$),见表 2;两组均各出现 1 例输血患者,浓缩红细胞输入量分别为 3.8U、4.2U。

表 2 两组手术情况对比

组别	手术时间(min)	术中出血量(mL)	术后住院时间(d)
观察组(20)	82.8 ±18.7	280.3 ±85.7	4.0 ±1.8
对照组(20)	81.7 ±16.3	288.1 ±82.1	4.2 ±1.2
t	0.198	-0.294	-0.413
P	>0.05	>0.05	>0.05

2.3 不良反应及并发症情况对比

手术相关并发症:两组均未见明显手术并发症,观察组出现 4 例术后发热、1 例术后切口感染,并发症发生率 25.0%;对照组出现 4 例术后发热,并发症出现率 20.0%。对症处理后,均未严重影响预后,两组对比,手术并发症发生率差异无统计学意义($\chi^2 = 0.143$, $P > 0.05$)。GnRHa 不良反应:观察组未见严重不良反应,用药后闭经 17 例、多热 11 例,均未行特殊干预。

3 讨论

腹腔镜手术具备微创、术后恢复快等优势,因此在妇产科手术中应用广泛。既往大量研究证实腹腔镜手术下,患者术中出血量、术后肛门排气时间及住院时间均较为理想[4],且李孟慧等[5]的研究能进一步证实其能有效保证患者的生育要求。但部分子宫肌瘤患者子宫形态较大,导致腹腔镜置入后视野狭窄、操作空间受限,极易误伤周围组织,造成严重并发症,影响患者预后,且此类患者多合并贫血症状,手术难度高,国外虽有研究显示系统实施腹腔镜全子宫切除术,可能仍具备较确切的疗效,但其对操作要求高,且仍可导致患者无法生育[6],故临床多认为对子宫形态 > 14 孕周患者,腹腔镜手术属于相对禁忌,不宜开展,患者仍需进行开腹手术。这显然不符合微创手术理念的发展方向,难以满足患者治疗需求。

基于大子宫肌瘤患者特殊情况,我们认为如能于术前有效降低患者子宫及肌瘤体积、提升患者血红蛋白水平,或许能够使腹腔镜手术成为可能,MacCiò A 等[7]的研究表明有效的腹腔镜手术还可有效保证患者生育能力。而 GnRHa 则可能具备这方面的功能,马永琴等[8]经研究证实 GnRHa 术前处理确可有效缩小子宫肌瘤体积、刘大菊等[9]的研究还能说明其能够有效降低患者术后并发症,其它亦有大量研究能够说明其应用可行性[10,11]。其作用机理可能为:第一,持续刺激垂体,在短期升高卵泡刺激素及黄体生成激素水平后,使垂体降调节,持续性降低促性腺激素的分泌,从而使雌激素及孕激素在一段时间内处于较低水平,抑制肿瘤生长并缩小其体积;第二,雌激素降低至绝经水平,亦可短期内缓解贫血症状,提升患者血红蛋白水平[12]。其虽可能导致绝经期综合征等不良反应,但由于用药时间较短,故严重并发症发生率较小,能够满足治疗需求。

但目前国内外多数研究依旧集中于对已满足腹腔镜手术指征患者应用该药物,进一步提升腹腔镜手术效果,将其应用于大子宫肌瘤患者的研究尚不多见。本研究则能够证实,术前应用该药物能够使患者子宫及肌瘤体积下降至满足腹腔镜手术需求水平,观察组手术前子宫体积下降至(308.7 ± 51.2) cm^3,肌瘤体积下降至(71.6 ±21.5) cm^3,其肌瘤体积已与非大子宫肌瘤患者相近,同时患者 Hb 水平亦显著提升,有效降低了手术难度。

手术效果的对比则能够进一步说明该药物的应用效果。观察组 20 例患者经 GnRHa 处理后,均安全完成了腹腔镜手术,未出现中转开腹患者,且其手术时间、术中出血量、术后住院时间等均与对照组相近,说明子宫及肌瘤体积下降、Hb 水平上升后,腹腔镜手术难度大幅下降,手术效果较为理想。这与其它学者的研究结果大体一致[13,14]。两组术中及术后均未见严重不良反应,且观察组 GnRHa 不良反应均较轻,亦证实了该药物的安全性。

但 GnRHa 的应用亦有一定局限性,如部分患者停药 3 ~ 6 个月后,肌瘤体积会再次增大,因此需要于停药后及时开展手术治疗;同时,受肌瘤短暂性缩小影响,手术时部分肌瘤可能体积过小,导致难以发现,因此术后复发几率可能更高。上述不足还需要通过提升医生手术技能等措施来避免。

总之,本研究证实,子宫肌瘤患者术前应用 GnRHa,可以有效降低子宫及肌瘤体积、提升 Hb 水平,使部分子宫体积 > 14 孕周患者能够暂时性满足腹腔镜手术指征,安全完成微创手术、提升预后。

参 考 文 献

[1] 吕华,夏恩兰,彭雪冰,等. 促性腺激素释放激素激动剂治疗后子宫肌瘤细胞凋亡调控基因 Bcl-2 表达的变化. 中国妇幼保健,2010,25(34):5101-5103.

[2] 张艳珍. 腹腔镜下子宫肌瘤剥除术 137 例分析. 实用医学杂志,2010,26(10):1795-1796.

[3] 魏华芳,王晶,李运萍,等. 腹腔镜术前应用 GnRH-a 在未育妇女子宫肌瘤治疗中的疗效观察. 疑难病杂志,2013,12(1):65-66.

[4] 王爱芬,李蔚心,张建亚,等. 悬吊式腹腔镜在子宫肌瘤剥除术中的临床应用. 实用妇产科杂志,2011,27(2):152-153.

[5] 李孟慧,冷金花,史精华,等. 腹腔镜与开腹子宫肌瘤剔除术后肌瘤残留、复发及妊娠结局的比较. 中华妇产科杂志,2011,46(9):669-673.

[6] Uccella S, Cromi A, Bogani G, et al. Systematic implementation of laparoscopic hysterectomy independent of uterus size: clinical effect. Journal of Minimally Invasive gynecology, 2013, 20(4): 505 - 516.
[7] MacCiò A, Madeddu C, Caffiero A, et al. Successful pregnancy following myomectomy of a giant uterine myoma: Role of a combined surgical approach. Archives of Gynecology and Obstetrics, 2012, 285(6): 1577 - 1580.
[8] 马永琴. GnRH - α 用于子宫肌瘤术前预处理的疗效观察. 中国计划生育学杂志,2009,17(4):240.
[9] 刘大菊,田秦杰,陈蓉,等. 促性腺激素释放激素激动剂预防子宫纵隔切除术后宫腔粘连的初步研究. 生殖医学杂志,2013,22(2):83 - 86.
[10] 俞梅,朱兰,郎景和,等. GnRHa 用于大子宫子宫肌瘤腹腔镜手术前治疗疗效的前瞻性研究. 实用妇产科杂志,2014,30(8):588 - 591.
[11] 周英,李凤葵,曹佳佳,等. 补肾活血法配合 GnRHa 治疗难治性无排卵型功能性子宫出血合并子宫肌瘤 8 例. 河南中医,2010,30(2):157 - 158.
[12] 杨尚武,朱素君,王小婕,等. GnRHa 联合等离子宫腔镜在黏膜下子宫肌瘤切除中的应用. 中国妇幼健康研究,2011,22(6):780 - 782.
[13] M David, T Kroncke. Preoperative uterine artery embolisation for large uterine fibroids with subsequent uterus preservation - three case histories and review of the literature. Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 2012, 72(6): 539 - 542.
[14] M David, L Adams, JH Stupin, et al. Natural size development of myomata - ultrasound observational study of 55 premenopausal patients. Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 2014, 74(1): 75 - 80.

(收稿日期:2015 - 01 - 04)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 - 1993.2015.08.013

B 超和宫腔镜对子宫内膜息肉诊断价值的探讨

王轩 肖群 万安霞△
首都医科大学宣武医院妇产科,北京 100053

【摘 要】 **目的:**比较 B 超和宫腔镜对子宫内膜息肉(EP)的诊断价值。**方法:**对 355 例阴道异常出血、绝经后子宫内膜增厚或不孕的患者进行阴道 B 超及宫腔镜检查,以病理诊断为标准,计算两种方法与最后病理的诊断符合率、敏感性、特异性、假阴性率、假阳性率。**结果:**阴道 B 超对子宫内膜息肉的诊断的符合率、敏感性、特异性、假阴性率、假阳性率分别为 62.50%、77.92%、87.05%、12.95%、22.08%。宫腔镜对子宫内膜息肉的诊断符合率、敏感性、特异性、假阴性率、假阳性率分别为 89.41%、92.68%、96.70%、3.30%、7.32%。**结论:**阴道 B 超诊断子宫内膜息肉与病理的符合率较低,因其无创、方便和快捷,可作为子宫内膜息肉术前筛查和术后随访的手段。宫腔镜诊断子宫内膜息肉具有更高的病理符合率、敏感性和特异性,可作为诊断其的首选检查方法。

【关键词】 宫腔镜;诊断;子宫内膜息肉

Discussion on the ultrasound and hysteroscopy in the diagnosis of endometrial polyp *WANG Xuan, XIAO Qun, WAN Anxia△. Department of Gynecology and Obstetrics, Xuanwu Hospital of Capital Medical University, Beijing 100053, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To analyze the value of hysteroscopy and transvaginal ultrasound in the diagnosis of endometrial polyp. **Methods**: A total of 355 patients with abnormal metrorrhagia or infertility were tested by ultrasound and hysteroscopy, followed by biopsy during hysteroscopy. The diagnose accordance rate, sensitivity, specificity, false negative rate and false positive rate were calculated and compared between the two approaches against the pathological standard. **Results**: The diagnose accordance rate, sensitivity, specificity, false negative rate and false positive rate of ultrasound with pathological examination in diagnosing EP was 62.50%, 77.92%, 87.05%, 12.95%, 22.08% respectively. The diagnose accordance rate, sensitivity, specificity, false negative rate and false positive rate of hysteroscopy with pathological examination in diagnosing EP was 89.41%, 92.68%, 96.70%, 3.30% and 7.32% respectively. **Conclusion**: The coincidence rate of ultrasound is lower than hysteroscopy by

【第一作者简介】王轩(1985 -),女,住院医师、硕士,主要从事妇产科临床研究工作。
△【通讯作者】万安霞,女,主任医师,E - mail:wx4815809@163.com

pathological standard. As a non – invaded, convenient and shortcut method, ultrasound can be used in preoperative screening and postoperative follow – up visiting. Hysteroscopy can be used as a first selected method in EP diagnosing because of its higher coincidence rate, sensitivity and specificity.

【Key words】 Hysteroscopy; Diagnosis; Endometrial polyp

【中图分类号】 R167 【文献标志码】 A

子宫内膜息肉(endometrial polyp, EP)是妇女最常见的子宫内膜病变之一,其发病率约为 25%[1]。子宫内膜息肉是由子宫内膜腺体和含有厚壁血管的纤维化间质构成的突出于子宫内膜表面的良性结节,常为单发,也有多发。传统的诊断方法 B 超检查及诊断性刮宫很难确诊,宫腔镜的广泛应用使其诊断率提高。本文对我院行 B 超和宫腔镜检查诊断为 EP 患者的临床资料进行分析,以判断两者对子宫内膜息肉的诊断价值。

1 资料与方法

1.1 研究对象

2013 年 1 月至 2014 年 1 月,在我院因阴道异常出血、月经量过多或不孕行宫腔镜检查的病人 355 例,年龄在 28 ~ 76 岁之间,平均年龄 41 ± 13 岁。

1.2 方法

355 例所有患者行宫腔镜和 B 超检查,检查后经诊断为 EP 的患者,行刮宫送病理检查,最后确诊依据以病理诊断为准。比较宫腔镜和 B 超检查与病理诊断的符合程度。

1.3 诊断标准

(1) B 超: 凡有子宫内膜增厚、不均质、宫腔内占位或强回声光团及见星点状血管者考虑为子宫内膜息肉。(2)宫腔镜下见子宫内膜表面突出良性结节,外表呈细长的卵圆型或圆锥形,表面平滑,有光泽呈鲜红色,大小不等,可单发或多发,多数有蒂,若息肉体积较大,其顶部可见溃疡出血甚至坏死[2]。(3)病理:目检:表面灰红,直径约 2 ~ 3cm,顶端常见糜烂及出血。镜检:子宫内膜息肉的三面包被子宫内膜上皮,间质由梭形的纤维母细胞和结缔组织以及大的厚壁血管组成[3]。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 14.0 软件处理数据,组间比较用 χ^2 检验,$\alpha = 0.05$。

2 结果

2.1 B 超对子宫内膜息肉的诊断

355 例患者中 B 超诊断为 EP 者 96 例,病理诊断 EP 者 60 例,36 例与病理诊断不符,其中 8 例为增生期子宫内膜,10 例为分泌期子宫内膜,5 例子宫内膜单纯性增生,5 例为子宫平滑肌瘤,4 例为子宫内膜腺癌,有 4 例为腺纤维瘤。B 超检查与病理诊断为 EP 的符合率为 62.5% (60/96),敏感性、特异性、假阳性、假阴性率分别为 77.92%、87.05%、12.95%、22.08%。见表 1。

表 1 子宫内膜息肉的 B 超检查与病理诊断的比较

		病理诊断		合计
		阳性	阴性	
阴道超声	阳性	60	36	96
	阴性	17	242	259
合计		77	278	355

2.2 宫腔镜对子宫内膜息肉的诊断

355 例病人中经宫腔镜检查诊断为 EP 有 85 例,均行 D & C。术后病理符合子宫内膜息肉者 76 例,9 例不符合子宫内膜息肉者中 5 例为增生期子宫内膜,3 例为分泌期子宫内膜,1 例为少许老年性宫内膜,宫腔镜与病理诊断的符合率为 89.41% (76/85),敏感性、特异性、假阳性和假阴性率分别为 92.68%、96.70%、3.30% 和 7.32%。见表 2。

表 2 子宫内膜息肉的宫腔镜检查与病理诊断的比较

		病理诊断		合计
		阳性	阴性	
宫腔镜	阳性	76	9	85
	阴性	6	264	270
合计		82	273	355

3 讨论

EP 常导致不孕症和异常子宫出血,且临床症状不典型,有报道因 EP 引起的子宫异常出血仅次于子宫内膜增殖症[4]。EP 的确诊较难,B 超和诊断性刮宫是检查的传统方法。诊刮时易损伤破坏息肉结构,使病理诊断受到影响[5]。B 超检查是根据超声波回波的反射来确定子宫内膜息肉的大小、形态等情况[6]。本研究中,B 超诊断和病理诊断为 EP 的符合率是 62.50%。尽管超声诊断准确率较低,但应用超声检查诊断 EP 具有方便、无创伤、逆行感染机会少及无出血等优点,临床上应用较多。但是由于 EP 通常比较小,行腹部超声检查时显影不是很清晰,经阴道超声的时候探头较腹部超声距离子宫及附件位置近,显影清晰;不同的病理类型的子宫内膜息肉超声影像学表现并不相同,如为功能性息肉及单纯性增生息肉则与子宫内膜自身不容易分辨,如观察到蜂窝状回声则以复杂性增生多见,如为致密性的细小网络状回声则以腺瘤样息肉多见,而且部分子宫内膜息肉也可表现为低回声或不均匀回声,此时需要进行鉴别诊断[7,8];子宫内膜息肉直径 < 1cm 时不易与其他占位性病变区分开来,此外子宫内膜增厚的患者也易造成漏诊、误诊的情况[9]。因此 B 超可作为 EP 术前筛查及术后随访的方法。

子宫内膜病变在宫腔镜检查下可观察到病灶的部位、大小、外观及范围,能够准确获取病变组织,能明确宫腔内的病变,故是诊断宫腔病变的金标准[7,10]。以往较重的宫腔病变病例会采用腹腔镜监护下进行宫腔镜手术,腹腔镜下可以直接观察子宫浆膜面的变化,如子宫黏膜下肌瘤,子宫内膜增殖症及内膜癌等在宫腔镜下均可呈息肉样表现[11,12];由于检查时经验不足,加之宫腔内膜形态复杂多变而造成漏诊,但也不排除由于组织破碎等所致的病理学漏诊和误诊。有研究显示,宫腔镜

诊断子宫内膜息肉的特异性、敏感性、阳性诊断率、阴性诊断率分别高达 95.4%、95.3%、81.7%、98.9%[13];本研究中,宫腔镜与病理诊断的符合率为 89.41%(76/85),敏感性和特异性分别为 92.68% 和 96.70%,与文献报道相符;而且,在本研究中,在临床符合率、敏感性和特异性方面,宫腔镜远高于 B 超检查。宫腔镜的优点为可直视,操作直接、彻底,较少漏诊,准确率高[14,15]。

综上所述,在进行临床诊断子宫内膜息肉时,超声是操作简便、无创的检查方法,但漏诊率较高,可作为术前筛查与术后随访的方法;而宫腔镜检查定位准确,观察直接,对 EP 的大小、部位、数目均能准确判断,因此值得在临床推广使用。故建议阴道不规则出血、不孕症的患者可先行超声筛查,再常规行宫腔镜检查以进一步明确诊断。

参 考 文 献

[1] 张明, 李明勋,朴锦丹. 宫腔镜诊治子宫内膜息肉的临床研究. 中国性科学,2008,17(12):23 - 24.

[2] 董建春,夏恩兰. 临床妇产科内窥镜技术. 济南:山东科技出版社,2005:41

[3] 陈乐,雷道平. 妇产科病理学. 北京:人民卫生出版社,2001:83.

[4] 陈忠年,沈铭昌,郭慕依. 实用外科病理学. 上海:上海医科大学出版社,1997:228.

[5] 白明春. 子宫内膜异位症 152 例临床分析. 中国性科学, 2012,21(9):35 - 36.

[6] Mell LK, Kochanski JD, Roeske JC, et al. Dosimetric predictors of acute hematologic toxicity in cervical cancer patients treated with concurrent cisplatin and intensity - modulated pelvic radiotherapy. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2006(66):1356 - 1365.

[7] 沈晓萍,曹作增,王梅. 阴道 B 超与宫腔镜对子宫内膜息肉的诊断价值对比研究. 中国妇幼保健,2014,29(1):152 - 153.

[8] 于云英,冷金花. 子宫内膜息肉的研究进展. 现代妇产科进展. 2005,14(1):60.

[9] van de Bunt L, van der Heide UA, Ketelaars M, et al. Conventional, conformal, and intensity - modulated radiation therapy treatment planning of external beam radiotherapy for cervical cancer. The impact of tumor regression. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2006(64): 189 - 196.

[10] 唐丽芹. 经阴道超声和经腹部超声联合诊断宫外孕的临床价值. 影像技术,2012(2):5 - 6.

[11] 刘红. 宫腔镜为主的综合治疗在中、重度宫腔粘连中的应用. 中国性科学, 2012,21(4): 7 - 10.

[12] Verrotti C, Benassi G, Caforio E, et al. Targeted and tailored diagnostic strategies in women with perimenopausal bleeding : advantages of the sonohysterographic approach. Acta Biomed, 2008(79):133 - 136.

[13] Therasse P, Arbuck SG, Eisenhauer EA, et al. New guidelines to evaluate the response to treatment in solid tumors. J Natl Cancer Inst, 2000,92(3):205 - 216.

[14] 陈小玲,陈雪娟,钟华. 超声检查在妇科急腹症诊断中的价值. 淮海医药,2013,31(3):226 - 227.

[15] 钱沁佳. 宫腔镜和 B 超对子宫内膜息肉的诊断价值研究. 中国妇幼保健,2013,28 (10): 1661 - 1662.

(收稿日期:2014 - 11 - 14)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 - 1993.2015.08.014

应用一次性包皮环切缝合器与商环治疗包皮过长的疗效比较

王立新 刘凤英 刘龙 曹志强△

沈阳军区总医院泌尿外科,沈阳,110016

【摘 要】 **目的:**探讨应用一次性包皮环切缝合器与商环治疗包皮过长临床疗效比较。**方法:**从疼痛程度、手术时间、术后恢复时间、出血情况及术后美观度这几个方面对以上两种术式进行比较。**结果:**一次性包皮环切缝合器治疗包皮过长在其疼痛程度、手术时间及术后愈合时间上比商环治疗包皮过长具有明显优势($P<0.05$),在出血情况与外形美观度上与其相比无显著差异($P>0.05$)。**结论:**应用一次性包皮环切缝合器与商环治疗包皮过长都具有手术操作简单、术后患者满意度高的特点,但在手术时间及愈合时间及出血情况及疼痛情况两者存有一定的差异。

【关键词】 包皮环切术;一次性包皮环切缝合器;商环

【第一作者简介】王立新(1981 -),男,主治医师,主要从事泌尿外科临床诊治与研究工作。

△【通讯作者】曹志强,男,副主任医师、博士, E - mail:13309888392@189.cn

The curative effect of disposable circumcision suture device and the Shang ring on the treatment of redundant prepuce *WANG Lixin, LIU Fengying, LIU Long, CAO Zhiqiang△. Urology Department, General Hospital of Shenyang Military Region, Shenyang 110016, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To explore the clinical curative effect of disposable circumcision suture device and the Shang ring on the treatment of redundant prepuce. **Methods**: The degree of pain, duration of surgery, recovery time of postoperative, hemorrhage and the aesthetic extent of postoperative were compared between the two treatment methods. **Results**: The treatment with the disposable circumcision suture device had a distinct advantage in the degree of pain, duration of surgery, recovery time of postoperative ($P < 0.05$). And there was no significant difference in the aesthetic extent and hemorrhage ($P > 0.05$). **Conclusion**: Both the two kinds of surgical options had a common feature in simple operation and high level of satisfaction. However, there are differences in the duration of surgery, recovery time of postoperative and hemorrhage between the two surgical options.

【**Key words**】 **Circumcision; Disposable circumcision suture device; Shang ring**

【**中图分类号**】 R679 + .22 【**文献标志码**】 A

包皮环切术是泌尿生殖男科常见手术,手术方法多样。应用一次性包皮环切缝合器及商环治疗包皮过长都是近年来新兴的技术,都具有手术操作简单、术后出血少、术后外形美观、患者满意度高的特点。但两者术式优缺点对比研究不多,我院自 2012 年 8 月至 2014 年 9 月采用这两种方式治疗包皮过长,对其疼痛评分、手术时间、术后愈合时间、出血情况及外形美观度做了统计对比,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

采取自愿选择术式的方式将 422 例患者分为两组,一次性包皮环切缝合器组 186 例,年龄 13 ~ 52 岁,包皮过长 160 例,包茎 26 例;商环组 236 例,年龄 14 ~ 55 岁,包皮过长 196 例,包茎 40 例。两组患者阴茎发育均正常,无隐匿性阴茎和尿道下裂等伴发病。两组基本资料差异无统计学意义。

1.2 包皮吻合器手术器材与方法

1.2.1 手术器材准备 缝合器组: 4 把血管钳,组织剪 1 把,持针器 1 把,小圆针 1 支,1 号丝线 1 包,无菌孔巾 1 块,消毒碗 1 只,消毒棉球 6 个,无菌纱布 3 块,5mL 注射器 1 支,1% 利多卡因 10mL,5% 碘伏溶液;一次性使用包皮环切缝合器一个(图 1)。商环组:卵圆钳 1 把,4 把血管钳,组织剪 1 把,无菌孔巾 1 块,消毒碗 1 只,消毒棉球 6 个,无菌纱布 3 块,5mL 注射器 1 支,1% 利多卡因 10mL,5% 碘伏溶液;亚甲蓝注射液;商环 1 个(图 2)。

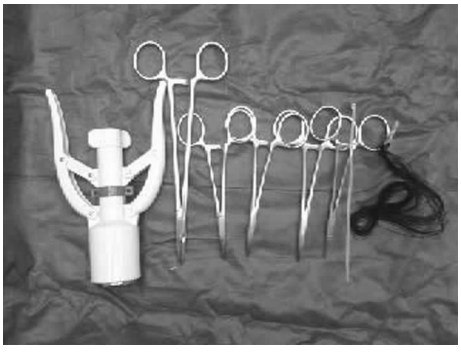

图 1 一次性包皮环切缝合器组成部件

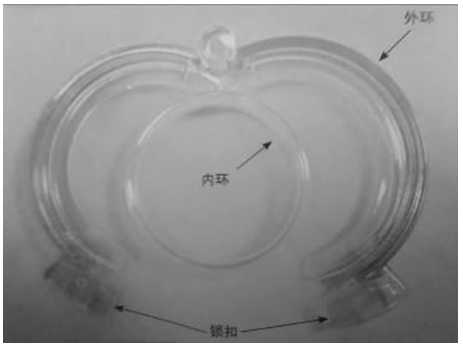

图 2 商环组成部件

1.2.2 手术方法 缝合器组:在阴茎非勃起状态下,以专用卡尺测量阴茎冠状沟下阴茎体的周径,根据尺寸选择相应的包皮环切缝合器。先在包皮系带处距离远端止点 0.8cm 处用亚甲蓝定位划标志点。患者取平卧位,常规消毒铺无菌单,1% 利多卡因 5 ~ 10mL 行阴茎根部阻滞麻醉,麻醉效果满意后开始手术。4 把文氏钳分别钳夹包皮 3 点、6 点、9 点、12 点处牵拉包皮,将缝合器钟座放于包皮内,罩于龟头上,钟罩下缘置于亚甲蓝标记点处,并用固定锁扣锁住包皮。将拉杆插入壳体内中心孔,直达尾部,装上调节旋钮并顺时针收紧,使拉杆尾端与调节旋钮尾端相平,取出保险扣,激发切割器把手 5 ~ 10s 松开。逆时针旋转调节旋钮,退出钟座约 4 ~ 5mm,左右旋转继续退出环切器和钟座,完成手术。术后即应用敷料并附以弹力绷带包扎,3d 后给予切口换药,共换药 3 次,每 3d 换药 1 次。口服抗生素预防感染 3 ~ 5d。见图 3 ~ 7。商环组:在阴茎非勃起状态下,以商环测量尺测量阴茎冠状沟下阴茎体的周径,根据尺寸选择相应的商环型号[1]。先在距包皮内板处距冠状沟 0.8cm 用亚甲蓝定位标志线。患者取平卧位,常规消毒铺无菌单,1% 利多卡因 5 ~ 10mL 行阴茎根部阻滞麻醉,麻醉效果满意后开始手术。4 把文氏钳分别钳夹包皮 3 点、6 点、9 点、12 点处牵拉并翻转包皮,将内环放置在冠状沟处,回翻包皮,以标记线为标准调整内环位置并固定,安装外环,上第一齿扣,再次调整包皮内外板位置,并将皮肤拉平,满意后上第二齿扣。沿商环边缘剪除多余包皮,并做减张切口。碘伏再次创面消毒,无菌敷料包扎。包茎患者可先将包皮做背切开,术式同前。术后即刻服用

止痛药 1 次,口服抗生素预防感染 3d,1 ~ 2 次/d 切口消毒,8 ~ 10d 后拆除商环,拆环后口服乙烯雌酚 3mg 抑制勃起,共服用 3d。见图 8 ~ 12。

图 3

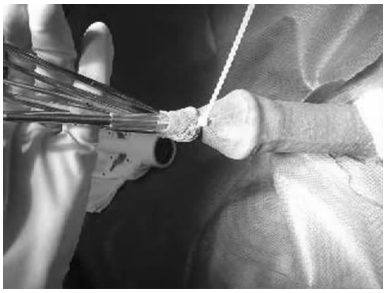

图 4

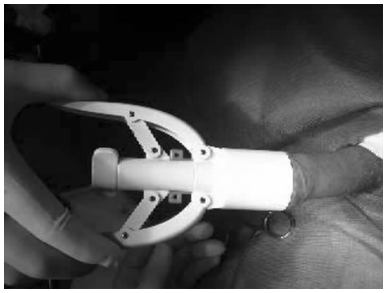

图 5

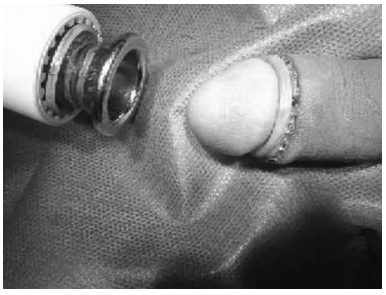

图 6

图 7

图 3 ~ 5 一次性包皮环切缝合器手术步骤;图 6 术后即刻;图 7 术后 2 周

图 8

图 9

图 10

图 11

图 12

图 8 ~ 10 商环手术步骤;图 11 术后即刻;图 12 术后 2 周

1.3 观察指标

1.3.1 疼痛指标观察 选用 VAS 评分标准,其一端标记为 0 表示“无痛”,另一端标记为 10 表示“最强烈的疼痛”,患者在 0 ~ 10 之间选择一个数字表示评分时的疼痛程度[2]。中国成人使用 VAS 评价疼痛有较好的可靠性满意度和敏感度,且与其他量表相关性好[3]。考虑对 VAS 的理解程度,对儿童和有认知障碍的老人应谨慎使用[4]。包皮缝合器组 VAS 评分为(2.2 ± 0.1)分,商环组 VAS 评分(4.3 ± 0.1)分。

1.3.2 外观满意度观察指标 选用李克特 5 级别评分,对很满意、满意、一般、不满意、很不满意,分别赋值 5 分、4 分、3 分、2

分、1 分[5]。包皮缝合器组(4.3 ± 0.3)分,商环组(4.1 ± 0.4)分。

1.3.3 手术时间、愈合时间及出血情况观察 包皮缝合器组手术时间为(7.4 ± 2.5)min,术后愈合时间(10 ± 3.2)d,术后出血 3 例,均给予 2 次手术止血。商环组手术时间为(11.5 ± 1.1)min,术后愈合时间(24 ± 3.7)d,术后患者均无出血。

1.4 统计学方法

所有数据采用 SPSS11.0 软件包进行数据分析,$P < 0.05$ 有统计学意义。

2 结果

一次性包皮环切缝合器治疗包皮过长在其疼痛程度、手术时间及术后愈合时间上比商环治疗包皮过长具有明显优势($P < 0.05$),在出血情况与外形美观度上与其相比无显著差异($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 两种手术方式临床数据对比

	N(例)	手术时间(min)	疼痛程度(VAS 评分)	愈合时间(d)	术后出血(例)	满意度(李克特评分)
包皮缝合器组	186	7.4 ± 2.5 *	2.2 ± 0.1 *	10 ± 3.2 *	3	4.3 ± 0.3
商环组	236	11.5 ± 1.1	4.3 ± 0.1	24 ± 3.7	0	4.1 ± 0.4

注:与商环组对比: * $P < 0.05$

3 讨论

包皮环切手术是历史最为悠久,开展最为广泛的手术之一。最早记录可追溯到公元前 3000 年的埃及壁画,包皮环切术作为埃及贵族的卫生习惯得以保留[6]。包皮环切手术方式很多,包括传统包皮环切术、阴茎背切开术、激光包皮环切术、袖套式包皮环切术、商环包皮环切术及经一次性包皮缝合器包皮环切术等及各种手术方法的改良术式。理想的包皮环切术应具备操作简单安全,疼痛少,伤口愈合快,外观满意度高,成本低,手术流程易于标准化和培训的特点[7]。在临床实践中我们发现后两种手术方式有明显的优势,所以我们对这两种手术方式从手术时间、疼痛程度、切口愈合时间及术后并发症等方面对其进行研究统计,以供临床参考。

通过对 422 例患者随机对比研究,我们发现应用一次性使用包皮环切缝合器与商环治疗包皮过长都具有手术安全简单、术后患者满意度高等特点,商环在术后出血方面具有明显优势,而包皮缝合器组在疼痛程度、愈合时间上具有明显优势。所以我们应对于不同的人群选用不同的手术方式,以更好的发挥手术的优越性,从而使患者受益。

经一次性使用包皮环切缝合器发明的灵感来自于肠吻合器,其原理在于应用切割器将包皮环行切割,同时用皮钉将包皮创面环形钉合。因包皮内外板为锐性切割且术后皮钉自动脱落,包皮愈合时间短,疼痛程度轻。切割与缝合同时进行,手术时间短。但手术过程没有电凝止血过程,缝合钉与钉之间有间隙,故术后出血情况相对多见,必要时缝扎大的扩张血管进行止血。术后出血是包皮环切术的常见并发症,术中操作及术后护理因素均可导致,对于术后出血,明确出血原因并正确处理是关键[8]。自行弹力绷带能起到加压包扎作用,即使术后有微量渗血,也可在加压情况下很快止血[9]。

中国商环是以其发明人商建忠先生姓氏命名。经商环包皮环切术原理在于采用 2 个特制环夹锁包皮从而阻断远端包皮血流至包皮坏死脱落,而近端皮缘经挤压后对合生长,有手术时间短、出血少、无缝合、无线头反应、无拆线痛苦、术后切缘美观,术后可以洗澡等特点[10-14]。但因术后包皮需经自然坏死、脱落而后再愈合的漫长过程,愈合时间明显延长[15]。

根据以上两种手术的特点,我们对不同人群进行了分类。4 岁到 14 岁的儿童皮肤较薄、代谢旺盛、皮肤修复能力强、术后恢复较快、伤口愈合基本不留痕迹[16],同时也具有阴茎小、包扎困难的特点,故行包皮背切开术及商环包皮环切术更合适。凝血机制略差或阴茎血管丰富的患者,其出血风险要高于普通患者,因此使用商环更为适合。而对疼痛耐受性差的患者、包皮厚度较厚的、阴茎血管分布较少的、包皮感染的患者或糖尿病患者,因其本身切口愈合时间相对较长,宜选用包皮缝合器行包皮环切术。

每种手术方式都有它相应的缺点和优点,手术医师应熟悉每一种手术方式,根据不同病人情况进行选择。目前各种改良或创新的手术方式层出不穷,在众多手术方式中,经商环包皮环切术与吻合器包皮环切术术后患者满意度较高,值得推广和普及。

参 考 文 献

[1] 程跃,李石华. 商环包皮环切术. 北京:人民卫生出版社,2012:8.

[2] 高万露,汪小海. 患者疼痛评分法的术前选择及术后疼痛评估的效果分析. 实用医学杂志,2013, 29(23):3892 - 3894.

[3] Li L, Liu X, Herr K. Postoperative pain intensity assessment:a comparision of four scales in chiinese adults. Pain Med, 2007, 8(3):223 - 234.

[4] 高万露,汪小海. 视觉模拟疼痛评分研究的进展. 医学研究杂志,2013,42(12):144 - 146.

[5] 汪洋,孙林岩. 李克特量表与模糊语言量表记分的差异比较. 运筹与管理,2008,17(1):48 - 52.

[6] 李子然,李学松. 关于包皮环切术的争议. 中华临床医师杂志(电子版),2012,9(18):140 - 143.

[7] 李石华,吕青年,呈跃,等. 中国建立男性包皮环切手术标准化和培训的重要性. 中国男科杂志,2009,15(5):390 - 394.

[8] 刘树志. 包皮环切术后出血的原因及处理. 中国实用医药,2009,26(4):108 - 109.

[9] 赵景良. 自粘弹力绷带在包皮环切术后的应用体会. 现代泌尿外科杂志,2011,16(2):177 - 178.

[10] 王刚,吴士良. 采用包皮去除环行包皮环切术. 中华泌尿外科杂志,2001,22(6):369.

[11] 陈从其,林云侨. 传统包皮环切术与包皮吻合术的疗效分析. 中

国性科学,2012,21(2):20,22.
[12] 严兵,游海,张昆,等. 应用中国商环行儿童包皮环切 824 例分析. 中国男科学,2010,16(3):250 - 253.
[13] 陆建吕,罗慈伟. 包皮环扎器治疗包茎和包皮过长 180 例. 中国实用医药,2013,8(31):50.
[14] 王国栋,马启东,张靖,等. 一次性包皮环切器临床应用 110 例分析. 山东医药杂志,2010,39(3):258 - 259.
[15] 郑宇朋,陈山,张广银,等. 新型包皮环切器临床应用 103 例分析. 现代泌尿外科杂志,2009,14(2):152 - 153.
[16] 邱德芳,巴运芬. 包皮环切术的最佳年龄及术后护理要点. 基层医学论坛,2013(18):2357 - 2358.

(收稿日期:2014 - 10 - 28)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 - 1993.2015.08.015

2μm 激光治疗长期口服抗凝药物良性前列腺增生临床观察

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

【摘 要】 **目的**:探讨 2μm 激光治疗长期口服抗凝药物良性前列腺增生患者的安全性及有效性。**方法**:对 28 例长期服用抗凝药物良性前列腺增生患者行经尿道前列腺 2μm 激光"刀削面"式汽化切除术。**结果**:手术时间为 30 ~ 70min,平均时间(45 ± 13) min;术后持续膀胱冲洗 1 ~ 3d;留置尿管 2 ~ 6d,膀胱造瘘管于拔出尿管后次日拔出;术后住院时间 4 ~ 7d。术后随访 3 ~ 6 个月,术前与术后 6 个月平均 IPSS 分别为:(22.7 ± 4.5)分、(6.8 ± 3.5)分;QOL 分别为:(5.2 ± 0.4)分、(2.2 ± 1.2)分;Qmax 分别为:(6.4 ± 1.5) mL/s、(18.8 ± 3.2) mL/s,上述三项指标与术前比较,均有明显改善($P < 0.01$)。**结论**:经过严格术前评估与恰当处理,2μm 激光治疗长期口服抗凝药物良性前列腺增生患者安全有效。

【关键词】 2μm 激光;前列腺增生;抗凝药物

2 μm laser in treating benign prostatic hyperplasia with long - term anticoagulative therapy *WANG Zhongxing, LI Xuede, JIANG Zhiyong, He Qingxin, FAN Shenghai, BI Jinghua. Department of Andrology, No 181 Hospital of People's Liberation Army of China, Guilin 541002, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To analyze the technical properties and safety of 2μm laser in the management of benign prostatic hyperplasia with long - term anticoagulative therapy. **Methods**: 28 patients with obstructive BPH and long - term anticoagulative therapy were treated transurethrally by the 'sliced noodles - vaporesection' technique using the Revolix70 W 2μm continuous laser. **Results**: The mean operation time was (45 ± 13) (30 - 70) min; mean continuous bladder irrigation time was 1 ~ 3d; mean catheter time was 2 ~ 6d; mean hospitalization time was 4 - 7d. All patients were followed up for 3 to 6 months, and IPSS and QOL - Score improved from (22.7 ± 4.5) and (5.2 ± 0.4) to (6.8 ± 3.5) and (2.2 ± 1.2) respectively at six months after operation ($P < 0.05$). Mean Qmax increased from (6.4 ± 1.5) mL/s preoperatively to (18.2 ± 3.2) mL/s 6 months postoperatively ($P < 0.05$). **Conclusion**: With strict preoperative evaluation and management, 2μm continuous laser is safe and effective in treating benign prostatic hyperplasia with long - term anticoagulative therapy.

【**Key words**】 **2μm laser; Benign prostatic hyperplasia; Anticoagulative therapy**

【中图分类号】 R167 【文献标志码】 A

良性前列腺增生(benign prostatic hyperplasia,BPH)是老年男性常患疾病,因各种原因(如心脏支架植入、脑梗塞、冠心病等)患者需长期服用抗凝药物(阿司匹林、氯吡格雷等)。此年龄段患者也是心脑血管疾病高发阶段,患者需长期服用抗凝药物来预防疾病进展或术后需长期服用抗凝药物预防并发症发生,口服给药治疗或持续导尿,容易增加泌尿系感染风险,且对患者生活质量影响较大,因此接受手术治疗的高危 BPH 患者越来越多[1]。术前停用抗凝药物将带来较大的出血风险,选择一种良好的手术方式可减低患者围手术期及手术的风险。为探讨此类情况的最佳处理方式,我院对 2008 年 10 月至 2012 年 10 月住院期间 28 例长期服用抗凝药物 BPH 患者行经尿道前列腺 2μm 激光"刀削面"式汽化切除术[2],疗效满意。现报告

【第一作者简介】汪中兴(1985 -),男,医师,主要从事泌尿男科临床诊治工作。

如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

2008 年 10 月至 2012 年 10 月我科住院长期服用抗凝药物 BPH 患者 28 例,服用抗凝药物 6.5 ~ 36.5 个月,平均(16.4 ± 3.6)个月。年龄 64 ~ 82 岁,平均年龄 73 岁,其中冠心病心脏支架植入术后 6 例,腹主动脉瘤支架植入术后 2 例,冠心病患者 13 例,脑梗塞患者 7 例。28 例中合并高血压患者 12 例、心律失常 4 例、慢性肺疾病 8 例、糖尿病 2 例、留置膀胱造瘘管 3 例、留置尿管 2 例。术前至少规范服用 α 受体阻滞剂及 5 - α 还原酶抑制剂 3 个月。B 超测得前列腺增生体积 25.5 ~ 60.5mL,平均(40 ± 6.8) mL,平均国际前列腺症状评分(IPSS)为(22.7 ± 4.5)分,生活质量评分(QOL)为(5.2 ± 0.4)分,平均最大尿流率(Qmax)为(6.4 ± 1.5) mL/s。见表 1。

表 1 28 例患者术前情况分布

术前情况	病例数	高血压	心律失常	慢性肺疾病	糖尿病	造瘘管	尿管
冠心病心脏支架植入	6	4	1	2			
腹主动脉瘤支架植入	2						1
冠心病	13	5	3	3	2	2	1
脑梗塞	7	3		3		1	

1.2 术前准备

术前行血尿常规、肝肾功能、凝血功能、心肌酶谱、心电图、胸片、PSA 等检查,心律失常患者行 24h 动态心电图,脑梗塞患者行头颅 CT 检查,术前请心内科、神经内科、麻醉科等相关科室会诊,予以手术风险评估,并提供出血的应急预案。对于支架植入术后 8 例患者,术前 12h 应用低分子肝素钠皮下注射,其余患者术前 1d 停用抗凝药物。

1.3 手术方法

患者取截石位,全身或硬膜外麻醉。应用德国生产的 RevoLix 2μm 激光系统,激光波长 2μm,功率 70W。STROZ F26 激光操作镜,在 Wolf 监视系统下进行,按 2μm 激光“刀削面”式前列腺汽化切除[1],仔细止血,术中及术后未应用止血药物,术中用等渗盐水冲洗,术毕以艾力克冲洗器吸出膀胱内所有前列腺组织碎块,术后留置 F20 三腔气囊导尿管或 F20 双腔气囊导尿管(留置膀胱造瘘管患者),生理盐水行膀胱冲洗,术后留置静脉或硬膜外镇痛泵。

1.4 术后处理

术后复查血常规、肝肾功能、电解质、心肌酶谱、心电图、心脏彩超。术后持续膀胱冲洗 1 ~ 3d,留置尿管 2 ~ 6d,膀胱造瘘管于拔出尿管后次日拔出,对于支架植入术后 8 例患者,继续给予低分子肝素钙皮下注射,尿色清亮停止膀胱冲洗后继续给予术前抗凝药物口服,其他患者至停止膀胱冲洗尿色清亮后开始继续服用抗凝药物。评估原发病的情况,严密观察心脑血管疾病的表现。

1.5 统计学方法

所有数据用 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 SPSSl6.0 统计分析软件进行数据处理,术前、术后组间均数比较用 t 检验,以 $P < 0.01$ 为差异有统计学意义。

2 结果

所有患者均顺利完成手术,监测生命征平稳,术中出血 20 ~ 80mL,平均(40.5 ± 10.5) mL,术中、术后无输血患者。手术时间为 30 ~ 70min,平均时间(45 ± 13) min。术后实验室检查无异常。原有心脑血管疾病无加重表现,复查心电图、心脏彩超较术前无明显改变,无新发心律失常。术后住院时间 4 ~ 7d。随访 3 ~ 6 个月。术后 3 个月随访,IPSS、Qmax 与 QOL 三项指标与术前比较,均有明显改善($P < 0.01$)。见表 2。

表 2 术前与术后随访相关指标的变化比较

项目	术前	术后	
		3 个月	6 个月
Qmax(mL/s)	6.4 ± 1.5	16.8 ± 3.5	18.8 ± 3.2
IPSS 评分	22.7 ± 4.5	8.8 ± 3.5	6.8 ± 3.5
QOL 评分	5.2 ± 0.4	3.2 ± 1.5	2.2 ± 1.2

3 讨论

经尿道前列腺电切术(transurethral resection of prostate, TURP)目前是治疗前列腺增生的“金标准”[3],有着可靠的临床效果,但有出血、电切综合征等严重并发症,使得 TURP 治疗长期口服抗凝血药物的 BPH 患者受到限制。唐飞等[4]和孙杰等[5]将绿激光前列腺汽化切除术应用于正常口服抗凝药物的前列腺增生患者及李连军等[6]将 160W 绿激光应用于冠脉支架置入术后前列腺增生患者,均取得了良好效果。但绿激光没有切割功能,术后不能取得前列腺组织标本,无法进行病理检查,且绿激光采用侧出光纤,只能使用 1 次,手术费用较高[7],对于患者术后病情评估及经济负担造成一定影响。

本组患者选择经尿道前列腺 2μm“刀削面”式前列腺汽化切除。术中先在膀胱颈 5、7 点分别做一汽化切除沟,远端达精阜,深至外科包膜,然后采用钝性剥离方法将中叶腺体沿包膜由精阜端推至近膀胱颈水平,使腺体收缩而成“面团”状后,然后将腺体分割成小块推入膀胱。切除两侧叶时在膀胱颈 1 点处作一深达包膜汽化沟,延伸至精阜处前列腺尖部,以 5 点 7 点汽化沟远端为起点,作一弧状汽化沟,止于 1 点处尖部汽化沟,从尖部沿包膜逆行推剥大约至前列腺尿道中段处,此时侧叶腺体亦收缩成“面团”状,随后从近端开始进行横向切割,切除的组织成片状。术中遇到穿透包膜的血管呈点状出血,采用非接触式止血,如出血区域呈片状,则在出血区域行缓慢接触切割止血。此手术方法可做到一次性辨认外科包膜及止血,既提高了

手术效率,又减少术中出血,且能达到前列腺摘除效果。2μm 激光可以产生有效而迅速地组织切割、汽化及凝固效果,在汽化过程中 2μm 激光可使组织形成 1mm 的凝固层[8-10],起到有效止血效果,即使对于长期抗凝患者亦能达到良好止血效果。国外亦有学者认为长期使用接受抗凝治疗的患者,2μm 激光亦可发挥良好的止血效果[11]。

2μm 激光汽化前列腺切除术具有术中出血少、视野清晰、术后留置尿管时间短等优点,同时具有汽化和切割效果[12],且 2μm 的波长为 1013nm,接近水的吸收峰,对周围组织几乎没有热损伤[13,14],是一种安全有效的治疗前列腺增生手术方式,对于长期服用抗凝药物亦可达到良好的止血效果,减少了因停用抗凝药物而导致血栓形成风险。本组病例服用抗凝药物时间较长(>6 个月),而长期口服抗凝治疗(>3 个月)血栓形成及复发危险将明显减低[15],对于近期有支架置入及心脑疾病发作患者,我们建议先行膀胱穿刺造瘘,服药半年以上后再评估手术风险。本组患者术后无大出血发生。我们对于术后出血患者应急方案是术前充分备血、更换尿管牵拉角度、换用三腔二囊尿管压迫止血及局部应用收缩血管药物(如肾上腺素盐水冲洗等)达到止血目的,尽量避免应用止血药物。

本组病例前列腺体积相对偏小,手术时间不长,对于前列腺体积较大的疗效尚不确定。因此,对于小体积前列腺患者,术前权衡好出血与血栓形成利弊,做好充分术前准备,2μm 激光汽化前列腺切除术可做为长期服用抗凝药物前列腺增生患者的一种安全及有效的微创手术方式。

参 考 文 献

[1] 徐海亮,卢学仁,吴春茹. PKRP 及 TURP 治疗高龄高危前列腺增生的临床比较. 中国当代医药,2012,19(15):36-38.

[2] 李学德, 何庆鑫, 樊胜海, 等. 2μm 激光"刀削面"式汽化切除术治疗 BPH. 临床泌尿外科杂志,2011, 26(11):846-848.

[3] Madersbacher S, Alivizatos G, Nordling J, et al. EAU 2004 guidelines on assessment, therapy and follow-up of men with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic obstruction (BPH guideline). Eur Urol,2004,46(5):547—554.

[4] 唐飞, 陈立军, 赵立, 等. 选择性 120W 绿激光汽化术治疗正在口服抗凝药物良性前列腺增生症的临床观察. 临床外科杂志, 2012, 20(10):743-745.

[5] 孙杰. 光选择性前列腺汽化术治疗抗凝下良性前列腺增生的短期疗效评价. 中华泌尿外科杂志,2013,34(5):366-368.

[6] 李连军,赵勇,王慕文,等. 冠脉支架术后前列腺增生患者围术期处理要点. 泌尿外科杂志(电子版),2012, 4(2):9-11.

[7] 杨勇,洪宝发,魏志涛,等. 经尿道 2μm 激光前列腺汽化切除术治疗大体积良性前列腺增生的初步经验. 中华泌尿外科杂志, 2009, 30(3):198-201.

[8] Poulakis V, Dahm P, Witzsch U, et al. Transurethral electrovaporization VS transurethral resection for symptomatic prostatic obstruction: a meta-analysis. BJU Int,2004,94(1):89-95.

[9] 卓见,夏术阶,刘海涛,等. 经尿道祛激光前列腺剥橘式切除术与经尿道前列腺电切术治疗良性前列腺增生的对比研究. 中华泌尿外科杂志,2007, 28(1):38-41.

[10] 李建业,郭和清. 2μm 激光系统治疗良性前列腺增生的进展. 临床泌尿外科杂志,2010,25(8):635-637.

[11] Szlauer R, Gotschl R, Razmaria A, et al. Endoscopic vaporesection of the prostate using the continuous-wave 2-microm thulium laser: outcome and demonstration of the surgical technique. Eur Urol,2009, 55(02):368-375.

[12] 鹿尔驯. 新型激光在前列腺外科中的应用. 中华外科杂志,2007, 45(14):964-966.

[13] 顾成元. 2 微米激光在前列腺外科中的应用. 国际泌尿系统杂志, 2010, 30(6):762-765.

[14] 谢弘,徐月敏. 经尿道 2 微米激光前列腺汽化术治疗高龄高危良性前列腺增生(附 30 例报告). 中国男科学杂志,2010, 24(9): 26-28,35.

[15] 郁正亚. 围手术期抗凝药物的使用. 中华临床医师杂志,电子版, 2011, 5(16):4778-4783.

(收稿日期:2014-10-20)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.08.016

输尿管镜微创术与开放性尿道吻合术治疗尿道损伤临床效果的对比研究

应爱影[1] 丛志承[2△]

1 永康市第一人民医院泌尿外科,浙江 金华 321300

2 浙江医院泌尿外科,杭州 310030

【摘 要】 **目的:**观察输尿管镜微创术与开放性尿道吻合术在临床治疗尿道损伤的疗效。**方法:**临床

【第一作者简介】应爱影(1980-),女,主治医师,主要从事泌尿外科临床诊治与研究工作。

△【通讯作者】丛志承,E-mail:zhicheng_cong@126.com

纳入尿道损伤患者 40 例,根据入院后手术方案的不同分为研究组与对照组。研究组手术方案选择为输尿管镜微创术,对照组手术方案选择为开放性尿道吻合术,每组 20 例。观察两组患者治疗情况(包括手术时间、住院时间、膀胱冲洗、留置导管、术中出血等)、术后相关并发症发生情况(包括术后出血、尿道狭窄、勃起障碍、尿瘘、尿失禁等)以及治疗有效率等。**结果**:研究组患者治疗总有效率为 95.0%,对照组患者治疗总有效率为 90.0%,差异无显著性($P<0.05$)。但研究组术后最大尿流率(MFR)为(15.1 ± 3.6)mL/s,对照组术后最大 MFR(10.2 ± 2.5)mL/s,差异有显著性($P<0.05$)。研究组手术时间、住院时间短于对照组,术中出血少于对照组,差异有显著性($P<0.05$)。并发症方面,研究组尿道狭窄、勃起障碍、尿失禁的发生率均明显低于对照组,差异有显著性($P<0.05$)。**结论**:输尿管镜微创治疗尿道损伤的疗效确切,患者恢复较快,并发症较少,值得推广。

【关键词】 输尿管镜微创术;开放性尿道吻合术;尿道损伤;并发症;疗效

Clinical effect of minimally invasive ureteroscopy and open urethral anastomosis in treating urethral injury

YING Aiying[1], *CONG Zhicheng*[2Δ]. *1. Department of Urology, Yongkang First People's Hospital, Jinhua 321300, China; 2. Department of Urology, Zhejiang Hospital, Hangzhou 310030, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To observe the clinical effects of minimally invasive ureteroscopy and open urethral anastomosis on urethral injury. **Methods**: 40 patients with urethral injury were selected and divided into study group and control group based on different surgical plan after admission. Patients in study group took minimally invasive ureteroscopy while patients in control group took open urethral anastomosis, with 20 cases in each group. Treatment status (surgery time, hospitalization time, bladder irrigation, indwelling catheters and blood loss) and postoperative complications (postoperative bleeding, urethral stricture, erectile dysfunction, urinary fistula, and incontinence), and treatment effects of patients in both groups were observed. **Results**: The overall efficiency of the study group was 95.0%, while 90.0% in control group, without statistically significant difference ($P>0.05$). The MFR of the study group was (15.1 ± 3.6) mL/s, while (10.2 ± 2.5) mL/s for the control group, with statistically significant difference ($P<0.05$). Operation time and hospitalization time, and blood loss of the study group are less than control group, with significant difference ($P<0.05$). The complications, urethral stricture, erectile dysfunction and incontinence of study group were significantly lower than the control group, with statistically significant difference ($P<0.05$). **Conclusion**: The effect of minimally invasive ureteroscopy on urethral injury is exact, with fast recovery and fewer complications, which is worth promotion.

【**Key words**】 **Minimally invasive ureteroscopy; Open urethral anastomosis; Urethral injury; Complications; Effects**

【中图分类号】 R167 【文献标志码】 A

尿道损伤属于泌尿外科较常遇到的一类疾病,多见于男性患者。男性尿道可分为前列腺部、膜部及海绵体部,其中海绵体部称为前尿道,膜部与前列腺部称为后尿道。因此,根据患者损伤的位置,临床可分为前尿道损伤与后尿道损伤。手术治疗是目前临床上治疗尿道损伤的一个重要手段,具有较好的临床疗效。随着微创技术的飞速发展,目前输尿管镜技术已经被广泛应用于各类男性泌尿疾病的诊疗中[1,2]。开放性尿道吻合术曾是治疗尿道损伤较多采用的一种治疗方案,随着研究的深入,发现手术操作对患者的损伤较大,患者术后恢复较慢[3,4]。此外,开放性尿道吻合术术后并发症较多。笔者临床工作中采用输尿管镜微创治疗尿道损伤,取得了较好的临床疗效,现报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

本研究共纳入尿道损伤患者 40 例,均为我院 2010 年 1 月至 2014 年 1 月间收治入院部分手术病例。根据入院后手术方案的不同分为研究组与对照组。研究组手术方案选择为输尿管镜微创术,对照组手术方案选择为开放性尿道吻合术,每组 20 例。所有患者入院前均已不能自行排尿,并且尿道口有血液渗出,尿潴留,经直肠检查明显触痛,进行保留导尿均失败,转为手术治疗。研究组:年龄 20 ~ 59 岁,平均年龄(36.5 ± 9.6)岁,入院时间 1 ~ 11h,平均入院时间(3.9 ± 4.5)h;对照组:年龄 22 ~ 58 岁,平均年龄(36.6 ± 9.3)岁,入院时间 1 ~ 10h,平均入院时间(3.7 ± 4.3)h。两组患者年龄、入院时间等资料无统计学差异($P>0.05$),有可比性。所有患者或其家属均知情同意且签署了知情同意书。且本研究经我院医学伦理委员会批准通过。

1.2 手术方法

(1)开放性尿道吻合术:患者取截石位,常规消毒,连续硬脊膜外阻滞麻醉。会阴部进行倒 U 形切口,暴露损伤的尿道位置。使用导尿管从尿道口插至创伤的部位,充分暴露尿道裂口,将创缘修剪整齐然后进行缝合,最后留置 F16 ~ F18 双腔导尿管。术后给予抗生素静滴,预防感染。此外,服用雌激素 4 ~ 7d,预防阴茎勃起。(2)输尿管镜微创术:患者取截石位,常规消毒,连续硬脊膜外阻滞麻醉。从尿道口逆行插入 F8.9/9.8 wolf 输尿管硬镜,在电视监视下缓慢到达尿道断裂的部位,在尿道断裂处用液压灌注泵水压冲洗血凝块,并且寻找尿道断裂近侧端。沿着正常黏膜插入 F4 ~ F5 输尿管导管,若有尿液滴出,

说明导管已进入膀胱,窥镜沿着导管插入膀胱,观察膀胱内情况,最后保留导管,退出输尿管镜。取 F16 ~ F18Folley 三腔导尿管,剪去少许顶端圆头,沿着输尿管导管缓慢插入尿道,到达膀胱后拔除导管,并在气囊中注水 30mL。最后使用宽胶布将其固定在患者大腿内侧,并牵引、压迫止血,膀胱冲洗。术后给予抗生素静滴,预防感染。此外,服用雌激素 4 ~ 7d,预防阴茎勃起。

1.3 观察指标

(1)观察两组患者治疗情况(包括手术时间、住院时间、膀胱冲洗、留置导管、术中出血等);(2)术后相关并发症发生情况(包括术后出血、尿道狭窄、勃起障碍、尿瘘、尿失禁等);(3)治疗有效率:治愈:最大尿流率(MFR)≥15mL/s;好转:10mL/s≤MFR < 15mL/s;失败:MFR < 10mL/s。有效率 = 痊愈率 + 好转率。

1.4 统计学分析

采用 SPSS17.0 统计学软件包进行统计分析、处理,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,计数资料用百分率(%)表示,组间计量资料比较采用两样本 t 检验,组间计数资料的比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异说明有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者一般治疗情况比较

研究组手术时间、住院时间、膀胱冲洗时间、留置管道时间以及术中出血量分别为(15.3 ±3.4)min、(6.1 ±1.1)d、(1.1 ±0.6)d、(18.3 ±7.1)d、(14.3 ±5.4)mL;对照组分别为(70.3 ±10.4)min、(10.2 ±3.2)d、(1.4 ±0.6)d、(19.4 ±6.6)d、(70.4 ±10.6)mL。其中,研究组手术时间、住院时间短于对照组,术中出血少于对照组,差异有显著性($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者一般治疗情况比较

组别	例数	手术时间(min)	住院时间(d)	膀胱冲洗(d)	留置管道(d)	术中出血量(mL)
研究组	20	15.3 ± 3.4	6.1 ±1.1	1.1 ±0.6	18.3 ±7.1	14.3 ± 5.4
对照组	20	70.3 ±10.4	10.2 ±3.2	1.3 ±0.6	19.4 ±6.6	70.4 ±10.6
t		22.48	5.42	1.05	0.51	21.09
P		<0.05	<0.05	>0.05	>0.05	<0.05

2.2 两组患者治疗有效率及 MFR 比较

研究组治疗总有效率为 95.0%,对照组治疗总有效率为 90.0%,差异无显著性。研究组术后最大 MFR(15.1 ±3.6)mL/s,对照组术后最大 MFR(10.2 ±2.5)mL/s,差异有显著性($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 两组患者术后并发症情况比较

研究组尿道狭窄、勃起障碍、尿失禁的发生率均明显低于对照组,差异有显著性($P < 0.05$)。见表 3。

表 2 两组患者治疗有效率及 MFR 比较

组别	例数	MFR(mL/s)	痊愈	好转	无效	有效率
研究组	20	15.1 ±3.6	11	8	1	19(95.0)
对照组	20	10.2 ±2.5	8	10	2	18(90.0)
χ^2/t		7.50	–	–	–	0.34
P		<0.05	–	–	–	<0.05

表 3 两组患者术后并发症情况比较

组别	例数	术后出血	尿道狭窄	勃起障碍	尿瘘	尿失禁
研究组	20	0	2(10.0)	0	0	0
对照组	20	1(5.0)	8(40.0)	4(20.0)	1(5.0)	5(25.0)
χ^2		1.03	4.80	4.44	1.03	5.71
P		>0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

目前,尿道损伤的手术治疗方案较多,其中开放性尿道吻合术操作简便,临床的应用亦较广。但是随着临床研究的深入,发现开放性尿道吻合术对患者的创伤较大,加上尿道损伤等诸多客观因素,患者术后尿瘘、尿失禁以及尿道狭窄等并发症的发生率一直居高不下[5,6]。本研究中,可以见到对照组术后出血、尿道狭窄、勃起障碍、尿瘘、尿失禁等术后并发症均有发生。特别在尿道狭窄、勃起障碍以及尿失禁等并发症发生率方面,对照组更是明显高于研究组($P < 0.05$)。该结果说明,输尿管镜微创治疗尿道损伤具有明显的优越性。而开放性尿道吻合术带来的术后并发症,我们认为与手术过程中各类操作对尿道造成的再次损伤有关。随着临床上使用输尿管镜微创术的增加,目前认为其在治疗尿道损伤手术患者中有以下几个方面的优势[7-10]:(1)手术对患者的创伤较小,因此术中出血较少;(2)术后处理较为简单,患者较舒适,无需引流、拆线,术后恢复较快;(3)术后保留尿管的时间较短,因此尿路感染发生率较低;(4)手术时间较短,复位较好;(5)手术不会损伤患者的会阴部黏膜神经丛,因此患者的性功能不会受到影响,能够有效提高患者的生活质量;(6)术后恢复较快,减少了住院费用。

目前,泌尿科常用的内镜有尿道镜、膀胱镜以及输尿管镜 3 种。我们发现,在进行尿道损伤手术中采用输尿管镜,具有以下几个方面的优势[11-13]:(1)输尿管镜较尿道镜、膀胱镜更为细小,因此对患者尿道造成的医源性损伤更小;(2)尿道管腔与输尿管镜之间腔隙较大,能够有利于血块以及冲洗液的顺利流出。对于手术者而言,手术视野更清晰,有利于组织结构的辨认;(3)输尿管镜的管腔较细,因此手术过程中所需要的洗液量较少,有利于血块以及冲洗液的流出,不会加重液体外渗;(4)即使本手术治疗失败,仍可进行开放性尿道吻合术,对手术效果无影响。

本研究主要对比了输尿管镜微创术以及开放性尿道吻合术在尿道损伤患者中的应用效果。首先,我们比较了两组患者

手术时间、住院时间、膀胱冲洗时间、留置管道时间以及术中出血量等一般手术情况。结果显示,研究组手术时间、住院时间短于对照组,术中出血少于对照组($P<0.05$),说明输尿管镜微创术操作简便、手术操作对患者损伤较小,患者术后恢复较快。疗效方面,研究组与对照组治疗总有效率分别为 95.0%、90.0%,并没有明显的差异($P<0.05$)。但是,通过对比两组患者的 MFR,却能够发现研究组明显大于对照组($P<0.05$),该结果说明,输尿管镜微创术以及开放性尿道吻合术治疗尿道损伤的疗效接近,但是输尿管镜微创术能够最大程度上保持患者尿道结构,对于患者日后排尿有着显著的意义。

综上所述,输尿管镜微创治疗尿道损伤的疗效确切,患者恢复较快,并发症较少,值得推广。

参 考 文 献

[1] Deters LA, Belanger G, Shah O, et al. Ultrasound guided ureteroscopy in pregnancy. Clinical nephrology, 2013, 79(2): 118 – 123.

[2] Nison L, Rouprêt M, Bozzini G, et al. The oncologic impact of a delay between diagnosis and radical nephroureterectomy due to diagnostic ureteroscopy in upper urinary tract urothelial carcinomas: Results from a large collaborative database. World Journal of Urology, 2013, 31(1): 69 – 76.

[3] 蔡海建,周宏,戴军,等. 输尿管镜技术在男性尿道损伤临床诊治中的应用. 创伤外科杂志,2013(6):500 – 503.

[4] 齐金红,周卫东,王志建,等. 输尿管镜下早期尿道会师术治疗外伤性尿道断裂的体会(附 13 例报告). 中国微创外科杂志,2013,13(10):946 – 947.

[5] 饶德强. 输尿管镜下钬激光碎石术治疗输尿管结石 66 例疗效分析. 中国医学创新,2013(36):122 – 123.

[6] 代宏. 输尿管镜微创治疗尿道损伤 61 例分析. 陕西医学杂志,2013,42(1):43 – 44,77.

[7] 陶维雄,李辉明,王进,等. 应用输尿管镜微创治疗尿道损伤 12 例报告. 创伤外科杂志,2013,15(3):260 – 260.

[8] 李强,娄付玲,张豪亭,等. 输尿管镜、尿道镜下腔内尿道会师术治疗尿道损伤 28 例. 中国微创外科杂志,2012,12(9):820 – 821.

[9] 兰勇,朱圣亮. 经尿道输尿管镜在复杂输尿管上段结石治疗中的临床研究. 中国性科学,2013,22(3):25 – 27.

[10] Hsi RS, Harper JD. Fluoroless ureteroscopy: Zero – dose fluoroscopy during ureteroscopic treatment of urinary – tract calculi. Journal of endourology, 2013, 27(4): 432 – 437.

[11] Elkoushy MA, Andonian S. Variations among urology trainees in their use of fluoroscopy during ureteroscopy. Journal of Endourology, 2013, 27(1): 19 – 23.

[12] 宋国辉,王文友,吴继东,等. 输尿管镜下气压弹道碎石治疗输尿管结石 98 例. 中国医学创新,2013(6):131 – 132.

[13] 樊胜海,李学德,武英杰,等. 经尿道输尿管镜治疗顽固性血精的临床观察. 中国性科学,2012,21(6):13 – 14,24.

[14] 董馨,王爽,唐美玲,等. 输尿管镜联合球囊扩张导管在尿道狭窄治疗中的应用. 哈尔滨医科大学学报 ,2013(5):459 – 461.

[15] 王海坤,何恢绪,陈细明,等. “屏障”及“加固”技术在复杂尿道阴道瘘修复中的应用(附 7 例报告). 中国性科学,2012,21(11):25 – 27.

(收稿日期:2014 – 09 – 10)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 – 1993.2015.08.017

附睾精子肉芽肿超声图像特征与病理检查结果的对比研究

郑莉娟[1] 王学培[1] 张阳光[2] 李晓妍[3]

1 广元市第三人民医院功能检查科, 四川 广元 628001

2 广元市第三人民医院泌尿外科,四川 广元 628001

3 广元市中心医院超声科,四川 广元 628000

【摘 要】 **目的:**探讨精子性肉芽肿(SG)的彩超图像特征,结合病理基础分析,旨在总结经验提高其诊断符合率。**方法:**回顾性分析经病理证实为 SG 的 28 例患者的彩色超声声像图与病理检查结果之间的关系。**结果:**28 例患者中,彩超与病理对照分析显示:低回声型 14 例、中等回声型 7 例、高回声型 4 例、网状格无回声 3 例,各组彩超图像特点主要与肿块纤维组织成分多少有关。**结论:**精子附睾肉芽肿彩超图像特征表现主要基于其组织病理结构的特点,彩超检查结合病灶病理检查可提高彩超对该病的诊断准确率。彩超对 SG 是一种有价值的检查方法,可列为首选。

【关键词】 彩色超声;病理诊断;精子肉芽肿;对比研究

【第一作者简介】 郑莉娟(1979 –),女,主治医师,主要从事临床超声检验工作。

Comparison of ultrasound and pathological diagnosis of the spermatic granuloma

ZHENG Lijuan[1], *WANG Xuepei*[1], *ZHANG Yangguang*[2], *LI Xiaoyan*[3]. *1. Functional Examination Department, The Third People's Hospital of Guangyuan, Guangyuan 628001, China; 2. Department of Urology, The Third People's Hospital of Guangyuan, Guangyuan 628001, China; 3. UltrasoundDepartment, The Central Hospital of Guangyuan, Guangyuan 628000, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To investigate the image characteristics of color doppler ultrasound of SG and combine pathologic analysis to sum up experience and improve the diagnostic coincidence rate. **Methods**: The relationship between ultrasonography and pathological findings of 28 patients confirmed for SG by pathology were retrospectively analyzed. **Results**: 14 cases were found low echo; 7 cases were found moderate echo; 4 cases were found high echo; and 3 cases were found dicty – anechoic. The image characteristics mainly related to how much lump fibrous tissue composed. **Conclusion**: The performance of color doppler ultrasound image is mainly based on the histopathological structure of the tissue. The combined use of color doppler ultrasound and pathological examination can enhance the diagnostic coincidence rate. Color doppler ultrasound examination can be the first choice for detection of SG.

【**Key words**】 **Color doppler ultrasonic examination; Pathological diagnosis; Spermatic granuloma; Comparison**

【**中图分类号**】 R167 【**文献标志码**】 A

附睾精子肉芽肿(Spermatic granuloma,SG)是一种发病率不高的肉芽肿性慢性炎症[1],因其发病率较低,因此临床对其的研究较少,近 10 年来关于此病的文献报道也较少,对它的认识还不够清楚,诊断率也较低[2]。本文对 28 例精子附睾肉芽肿患者进行彩超检查诊断,分析其声像表现与病理改变之间的关系,以期利用彩色多普勒超声提高本病的临床诊断的准确性,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

临床收集 2013 年 2 月至 2014 年 8 月我院收治的经手术病理证实为附睾精子肉芽肿的患者 28 例,术前均经彩色多普勒超声检查,年龄 32 ~ 59 岁,平均年龄 43.5 岁;已婚 22 例,未婚 6 例;病史最短 7d,最长 2 年。

1.2 仪器

百胜 Mylab50 彩色多普勒超声诊断仪,探头频率为 7.5 ~ 12MHZ。

1.3 检查方法

患者仰卧位躺下,将阴茎尽量向上提起,使阴囊充分暴露,用直接探测的方法扫查。采用纵切面、斜切面及横切面扫查的方法对患者阴囊内睾丸、附睾进行检查。对患者的附睾进行观察,查看附睾内是否有肿块,如有肿块,计算肿块的数目,观察肿块的大小、形态、有无包膜以及内部回声的特点。然后进行彩色多普勒超声检查,观察肿块内部以及周围有无血流信号。利用脉冲多普勒测量血流速度及阻力指数。最后电脑储存记录清晰的声像图像,将其与各自的病理改变进行对比分析,研究二者之间的关系。

2 结果

28 例患者 SG 单侧 25 例,双侧 3 例,单发 24 例,多发 4 例,共发现 32 个肉芽肿结节,其中 9 个位于附睾头部,23 个位于附睾尾部,大小 0.5cm × 0.4cm ~ 3.1cm × 3.6cm。根据彩色多普勒超声图像可将患者分为低回声、中等回声、高回声以及网状格无回声 4 组,4 组患者彩超声像与病理诊断之间的联系分别对应如下:

(1)低回声组:本组患者共 14 例,病史 7 天 ~ 2 月,属于附睾精子肉芽肿的早期。超声声像表现为:肿块形态规则,边界清晰,呈现圆形或者类似圆形,内部均匀低回声,病灶血流丰富,呈短棒状或条索状彩色血流,可出现在病灶内部及周边,以周边为主(如图 1 – A 所示)。病检结果:肉眼下见结节组织无包膜,但界限清晰,质中,切面多呈白色或灰黄色。镜下见组织有少量纤维细胞及上皮细胞增生,炎性细胞弥漫浸润,血管呈现扩张,散在或成堆的精子碎片堆积于附睾管腔及间质(如图 1 – B 所示)。

图 1 – A SG 早期彩超声像,病灶为低回声,周边及内部见丰富血流

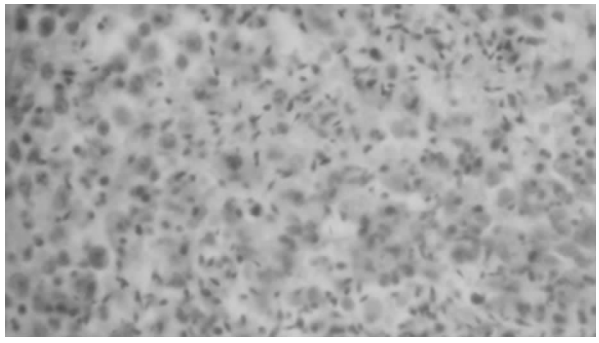

图 1 – B 低回声组组织病理附睾间质内见大量炎性细胞及精子 HE 染色

(2)中等回声组:本组患者共 7 例,病史 2 ~ 8 月,属于附睾精子肉芽肿的中期。超声声像表现为:病灶大小各异,边缘不规则,呈现近圆形或椭圆形,内部呈中等回声,点状回声稍不均匀,病灶周边及内部呈现丰富血流(如图 2 - A 所示)。病检结果:肉眼见病灶无包膜而呈现分叶结节状, 质中,切面呈现灰黄色或者灰黄、白相间。镜下可见散在的精子及少量炎性细胞分布于间质,形成上皮样细胞结节,有较明显的纤维样组织增生,散在分布,管壁部分纤维化,可见附睾管扩张(如图 2 - B 所示)。

图 2 - A SG 中期彩超声像,病灶为中等回声,周边可见血流

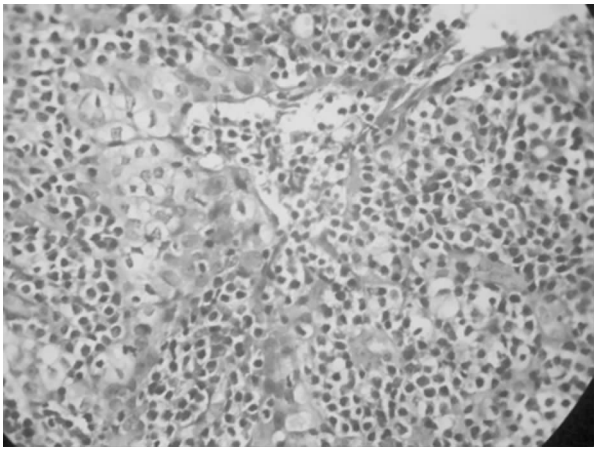

图 2 - B 中等回声组附睾病理图片 附睾见少量纤维状增生 HE 染色

(3)高回声组: 本组患者共 4 例,病史 6 月 ~ 1 年,属于附睾精子肉芽肿的中后期。超声声像表现为:病灶具有比较规则的形态,清晰的边界,呈现近圆形,内部呈高回声,回声不甚均匀,可见少许点状血流信号出现在大部分病灶内部,可见丰富点状血流信号出现在病灶周围(如图 3 - A 所示)。病检结果:肉眼下可见病灶具有光滑的表面,并形成包膜,质地较硬,切面呈现灰白色。镜下可见大量致密的纤维组织增生,血管增多伴随管壁纤维化增厚,少许炎性细胞,少量精子出现在附睾管内(如图 3 - B 所示)。

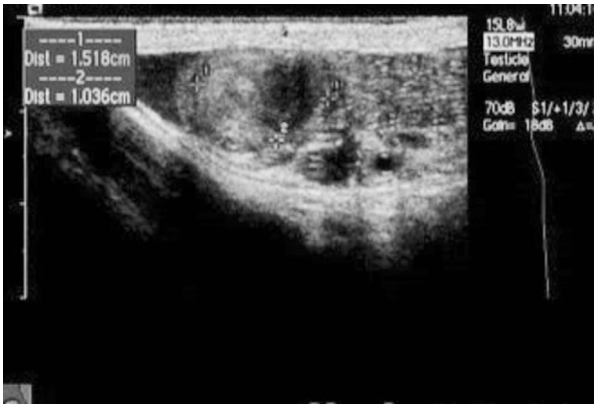

图 3 - A SG 中后期彩超声像 病灶为高回声

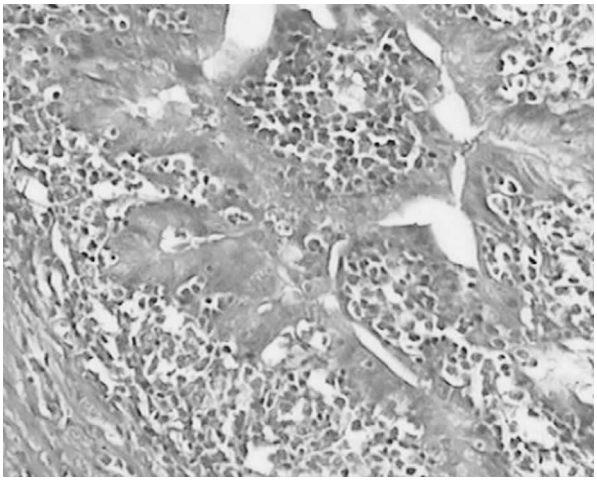

图 3 - B 高回声组病理图片 附睾间质可见较多纤维增生管壁纤维化 HE 染色

(4)网状格无回声组:本组患者共 3 例,病史 1 年以上 2 年以内,属于附睾精子肉芽肿的后期。超声声像表现为:病灶形态规则,边界清晰,呈现椭圆形,内部为网状格无回声结构,内部可见少量短棒状血流信号,周围未见明显血流信号(如图 4 - A 所示)。病检结果:肉眼见病灶无包膜形成,质硬,切面呈灰白色。镜下见多个附睾管扩张,官腔内见精子碎片,上皮细胞受压变形(如图 4 - B 所示)。

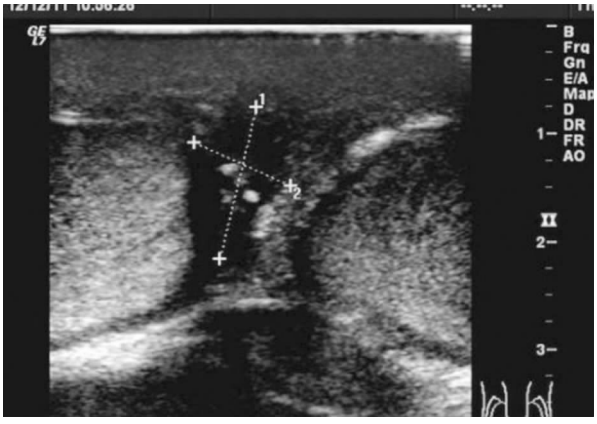

图 4 - A SG 后期彩超声像 病灶为网状格无回声,周围未见明显血流信号

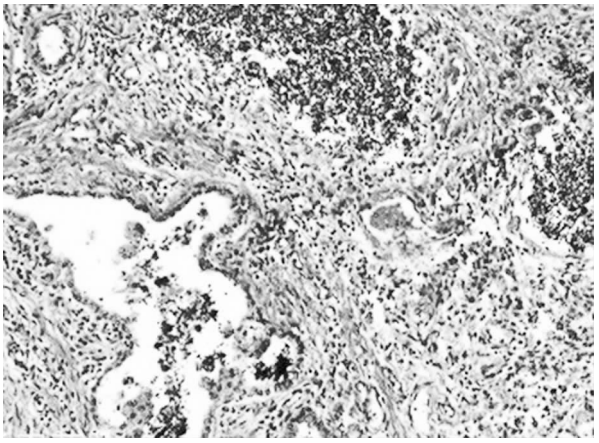

图 4 – B 网状格无回声组病理图片 附睾组织可见官腔扩张、上皮细胞受压变形 HE 染色

3 讨论

附睾精子肉芽肿是一种慢性炎症性病变,其常常继发于炎症、肿瘤或输精管切除术后[3]。导致 SG 最常见的原因是输精管结扎,其概率可高达 41%[4]。尸检中发现 SG 的概率大约是 2.5%[5]。从组织学角度来说,SG 的病灶肉芽肿结节的中心是精子碎片,碎片周围包裹着类上皮细胞、淋巴细胞、树突细胞以及纤维组织等[6]。由 Dunner 等[7]于 1982 年首次发表关于 SG 的超声表现图片。但是,其后很多年,临床关于 SG 的检查报道十分稀少,相关文献不足,对此病的研究相对缓慢,进展不大[8]。虽然根据患者的年龄、阴囊胀痛、附睾扪及压痛硬结节等,通常临床会考虑诊断为 SG,但有时常因缺乏辅助依据而导致误诊,超声为其诊断提供了有用的帮助[9]。本文针对临床对 SG 的诊断相对缺少辅助检查进行了彩色多普勒超声声像的研究,结合病理检查分析,以期能较科学客观的评价彩色多普勒超声运用于 SG 诊断的价值,为临床提供丰富可选的优异检查方案,提高诊断的准确率。

超声诊断是针对病灶进行的形态学诊断,其超声声像图的特点最终是基于组织病理结构特点的[10]。本文对 28 例 SG 患者的超声声像图表现对照病理分析,发现如下:SG 病变的早期,即急性期,附睾组织内部是以炎性细胞和大量精子细胞为主,而纤维组织的含量较少,故超声声像表现多为低回声。在本项研究中此类型声像最多,共有 14 例(50%)。此期因为有炎性细胞的刺激,局部组织出现充血水肿,血管扩张,故病灶内部以及病灶周边血流丰富[11]。随着疾病进程的发展,当病程发展到中期,附睾间质内部炎性细胞和精子细胞逐渐减少,而纤维组织逐渐增多,就可以使得超声声像较之病变早期增强而呈现中等回声。要是纤维增生分布不均或出现组织坏死,回声则表现为不均质回声。病变继续发展至中后期,附睾间质内部炎症细胞和精子细胞进一步减少,而纤维组织大量增生,血管管壁纤维化改变也明显,此期组织变化较前明显以纤维组织为主,因此超声呈现高回声表现。此期炎症细胞较少,血管纤维化明显,充血没有早中期明显,故病灶周边及内部仅见少许星点状血流或无血流。网状格无回声组的 3 例患者病程均在 1 年以上,属于 SG 病变的后期,可能在病变的过程中曾出现局部组织的坏死变性,组织出现病理的自我修复,故纤维组织增生明显,附睾间质内炎细胞较少,精子细胞也比较小。另外,SG 出现钙化灶的情况不常见[12],本次研究发现的网状格无回声声像,可能是由于附睾的炎症导致附睾管被堵塞而后造成囊腔扩张,因此声像图表现为蜂窝状无回声结构。

此外,引起 SG 的原因同样也能导致精液囊肿、附睾结核、慢性附睾炎等其他一些附睾疾病,故而 SG 的诊断应注意与这些疾病进行鉴别。精液囊肿病灶多位于附睾头,形态呈现圆形无回声结节,而 SG 的病灶较多位于附睾尾部[13],本项研究 28 例患者中发现的 32 个附睾肉芽肿结节有 23 个就位于附睾尾部,也证实了 SG 的病灶多位于附睾尾部;其回声根据病程的长短而呈现多种表现,但多以低、中、高回声为主要表现,易于区别。附睾结核患者则大多数有结核病史,通常是继发于肾结核,超声声像图表现为附睾弥漫性肿大,形态欠规则,中等回声或因有钙化灶而呈混合回声[14],超声图像与 SG 的较易区别开来。慢性附睾炎的表现也是呈现中低回声,鉴别相对较难,但多有急性附睾炎病史,经抗炎治疗有效[15]。慢性附睾炎患者随着病程进展表现为局部组织慢性炎性渗出,组织水肿囊液性改变,触摸无硬块结节,而慢性肉芽肿病变则随着病程的进展,纤维增生明显,附睾管纤维化,组织变硬或者肿块结节形成,临床触诊能在阴囊附近触及硬块结节,根据临床表现及病史可进行鉴别[16]。

综上所述,附睾精子肉芽肿的超声声像图的表现主要与附睾间质组织、附睾管及周围血管管壁的组织结构的纤维化程度密切相关。这些管壁组织纤维化的程度表现越低则回声表现愈低,反之这些组织纤维化程度越高则回声表现愈高。虽然引起 SG 的原因也可引起其他附睾疾病,临床根据超声声像表现及病史、临床症状能鉴别。因此,彩色多普勒超声检查对诊断 SG 是一种有价值的方式,可作为临床首选。

参 考 文 献

[1] 杨青,杨蓉. 附睾精子肉芽肿超声诊断与病理、临床对照分析. 中国临床医学影像杂志,2012,23(8):596 – 598.

[2] Ramasamy R, Schlegel PN. Vasectomy and vasectomy reversal: an update. Indian J Urol,2011,27(1):92 – 97.

[3] Philips S, Nagar A, Dighe M, et al. Benign non – cystic scrotal tumors and pseudotumors. Acta Radiologica,2012,53(1):102 – 111.

[4] Shah VB, Shet TM, Lad SK. Fine needle aspiration cytology of epididymal nodules. J Cytol,2011,28(3):103 – 107.

[5] Dunner PS, Lipsit DR, Nochomovits LE. Epididymal sperm granuloma simulating a testicular neoplasm. J Clin Ultrasound, 1982, 10(7):353.

[6] Labrecque M, Hays M, Chen – Mok M, et al. Frequency and patterns of early recanalization after vasectomy. BMC Urol,2010,6(9):25.

[7] 朱瑞霞,刘建军,衡伟. 睾丸精子肉芽肿 2 例的超声表现. 中国超声医学杂志,2004,20(12):950 – 951.

[8] 马创郁,翟玉霞,黄海花,等,炎症后附睾精子肉芽肿的超声表现. 临床超声医学杂志,2013,11(15):775 – 776.

[9] 王国田,孙淑艳. 附睾结核的 B 型超声诊断价值. 中国超声医学杂志,2009,11(10):761 – 763.

[10] 许冬峰,陈良. 附睾炎超声诊断价值. 临床超声医学杂志,2008.9(4):269.

[11] Rao MS, Arjun K. Sonography of scrotal trauma. Indian J Radiol Im-

aging, 2012, 22(4): 293 – 297.
[12] Valentino M, Bertolotto M, Ruggirello M, et al. Cystic lesions and scrotal fluid collections in adults: Ultrasound findings. J Ultrasound, 2011, 14(4): 208 – 215.
[13] Kim JY, Lee YT, Kang HJ, et al. Primary mucinous cystadenoma of the spermatic cord within the inguinal canal. Diagn Pathol, 2012, 8(12): 139.
[14] Bhatt S, Rubens DJ, Dogra VS. Sonography of benign intrascrotal lesions. Ultrasound Q, 2009, 22(2): 121 – 136.
[15] Yang DM, Kim SH, Kim HN, et al. Differential diagnosis of focal epididymal lesions with gray scale sonographic, color Doppler sonographic, and clinical features. J Ultrasound Med, 2003, 22(2): 135 – 142.
[16] Maher ER, Neumann HP, Richard S. von Hippel – Lindau disease: a clinical and scientific review. Eur J Hum Genet, 2011, 19(6): 617 – 623.

(收稿日期: 2014 – 10 – 13)

· 性医学 ·

DOI: 10.3969/j.issn.1672 – 1993.2015.08.018

男性肿瘤患者化疗后勃起功能状况分析

张群[1] 汤山松[2]
1 资阳市人民医院肿瘤科, 四川 资阳 641300
2 资阳市人民医院泌尿外科, 四川 资阳 641300

【摘 要】 **目的:** 探讨男性肿瘤患者化疗后勃起功能状况。**方法:** 选取我院 2011 年 1 月至 2013 年 12 月间的 50 例初次接受化疗的男性肿瘤患者为研究对象, 采取国际勃起功能指数 – 5(IIEF – 5)进行评估化疗前后勃起功能状况。**结果:** 治疗有效率为 58.0%。其中, CR 14 例, PR 15 例, PD 21 例, SD 0 例。化疗前勃起功能障碍 32.0%, 化疗后勃起功能障碍 83.0%, 化疗前后勃起功能障碍发生率比较差异有统计学意义($P < 0.05$); 化疗后消化道肿瘤、鼻咽癌、肺癌、淋巴瘤、软组织肿瘤患者 IIEF – 5 评分较化疗前有不同程度的降低, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。化疗后不同病理类型间 IIEF – 5 评分比较无统计学意义($P > 0.05$)。**结论:** 临床中男性肿瘤患者实施化疗后会增加勃起功能障碍, 增加其发病率。

【关键词】 男性肿瘤; 化疗; 勃起功能

The erectile functional status of cancer patients after chemotherapy *ZHANG Qun[1], TANG Shansong[2]. 1. Oncology Department, Ziyang People's Hospital, Ziyang 641300, China; 2. Department of Urology, Ziyang People's Hospital, Ziyang 641300, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To investigate the erectile functional status of male cancer patients after chemotherapy. **Methods**: 50 primary male cancer patients receiving chemotherapy in our hospital from January 2011 to December 2013 were selected. The international index of erectile function – 5 (IIEF – 5) were adopted to evaluate the erectile function before and after chemotherapy. **Results**: The effective rate was 58%. Among them, there were 14 cases of CR, 15 cases of PR, 21 cases of PD and 0 case of SD. The incidence rate of erectile dysfunction before chemotherapy (32.0%) and after chemotherapy (83.0%) were different, with statistical significance ($P < 0.05$); after chemotherapy, the IIEF – 5 scores of patients with digestive tract cancer, nasopharyngeal carcinoma, lung cancer, lymphoma, soft tissue tumor were lower than those before treatment, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). There was no significant difference in IIEF – 5 score between different pathological types after chemotherapy ($P > 0.05$). **Conclusion**: The incidence rate of erectile dysfunction increases after chemotherapy.

【**Key words**】 **Male tumor; Chemotherapy; Erections**

【中图分类号】 R167 【文献标志码】 A

性功能障碍在男性中属于常见疾病, 表现形式也比较多样, 主要体现性欲减退、性活动降低以及勃起功能障碍与早泄等, 严重的影响男性患者的身体健康[1,2]。引起男性性功能障碍的因素相对较多, 手术是其常见的因素[3]。一些肿瘤手术治疗, 术后常常辅以化疗进行治疗, 而化疗是否对男性性功能有影响的报道较少。因此, 本研究重点分析化疗前后男性肿瘤患者勃起功能的变化, 具体的分析如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

随机选取我院 2011 年 1 月至 2013 年 12 月间的 50 例初次

【第一作者简介】 张群(1978 –), 男, 主治医师, 主要从事肿瘤内科及放射介入临床与研究工作。

接受化疗的男性肿瘤患者为研究对象,均医院伦理委员会同意。患者年龄 24 ~ 65 岁,平均年龄(46. 1 ± 4. 5)岁;肿瘤类型:消化道肿瘤 19 例,鼻咽癌 17 例,肺癌 8 例,淋巴瘤 4 例、软组织肿瘤 2 例;化疗方案:80. 0mg/m^2 顺铂,d1 + 1. 0g/m^2 氟脲嘧啶,d1 – d4;175. 0mg/m^2 紫杉醇,d1 + 80. 0mg/m^2 顺铂,d1;21d 为 1 个周期,连续治疗 3 个周期。

1. 2 纳入标准

(1)年龄 20 ~ 65 岁,男性患者;(2)有固定的女性伴侣;(3)首次接受化疗,且化疗周期在 2 周以上;(4)文化程度在高中以上。

1. 3 排除标准

(1)年龄 <20 岁, >65 岁男性患者;(2)伴有心血管病、高脂血症、糖尿病以及抑郁症等,出现有生殖器系统手术史、尿道手术史和前列腺手术史等患者;(3)真假两性畸形患者;(4)非初次化疗患者;(5)不同意此次研究对象。

1. 4 勃起功能评定

临床中对于勃起功能的评估主要依据 IIEF – 5 进行评估[4],在患者化疗前的第 3d 和化疗 2 周后进行评估,由患者自己填写,并得出 IIEF – 5 总分。勃起功能正常:IIEF – 5 评分在 21 分以上;轻度勃起功能障碍:IIEF – 5 评分在 12 ~ 20 分之间;中度勃起功能障碍:IIEF – 5 评分在 8 ~ 11 分之间;重度勃起功能障碍:IIEF – 5 评分在 7 分以下。

1. 5 肿瘤治疗效果评定

依据 RECIST 标准进行评估,分为四个等级:完全缓解(CR):肿瘤完全消失;部分缓解(PR):肿瘤大小减少 >30% ;进展(PD):肿瘤变化 >30% 或出现新的病灶;稳定(SD):肿瘤改变介于 PR 和 PD 之间;有效率 = CR% + PR% 。

1. 6 统计学处理

此次研究的数据均采取 SPSS19. 0 的统计学软件进行数据分析与处理,计量数据采取均值 ± 标准差 $\bar{x} \pm s$ 表示,独立样本采取 t 检验,计数数据采取 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2. 1 肿瘤治疗效果

本组患者的治疗有效率为 58. 0% 。其中,CR 14 例,PR 15 例,PD 21 例,SD 0 例。

2. 2 化疗前后勃起功能观察

通过对化疗前后勃起功能的观察比较,化疗前勃起功能正常 68. 0% ,勃起功能障碍 32. 0% ;化疗后勃起功能正常 17. 0% ,勃起功能障碍 83. 0% ;化疗前后勃起功能障碍发生率比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 化疗前后勃起功能对比观察

分组	例数	勃起功能正常	轻度勃起功能障碍	中度勃起功能障碍	重度勃起功能障碍
化疗前	50	34(68. 0)	14(28. 0)	2(4. 0)	0 (0. 0)
化疗后	50	7(17. 0)	28(56. 0)	7(14. 0)	8(16. 0)
χ^2	–	6. 321	4. 511	3. 725	5. 173
P	–	<0. 05	<0. 05	<0. 05	<0. 05

2. 3 不同病理类型化疗前后 IIEF – 5 评分观察

通过对不同病理类型化疗前后 IIEF – 5 评分对比观察,化疗前消化道肿瘤、鼻咽癌、肺癌、淋巴瘤、软组织肿瘤患者 IIEF – 5 评分比较无明显的差异($P > 0.05$);化疗后消化道肿瘤、鼻咽癌、肺癌、淋巴瘤、软组织肿瘤患者 IIEF – 5 评分较化疗前有不同程度的降低,差异有统计学意义($P < 0.05$)。化疗后不同病理类型间 IIEF – 5 评分比较无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 不同病理类型化疗前后 IIEF – 5 评分对比观察

分组	消化道肿瘤(n = 19)	鼻咽癌(n = 17)	肺癌(n = 8)	淋巴瘤(n = 4)	软组织肿瘤(n = 2)
化疗前	21. 4 ± 1. 3	21. 6 ± 0. 9	20. 8 ± 1. 3	19. 7 ± 2. 0	22. 3 ± 0. 8
化疗后	12. 4 ± 1. 2	13. 2 ± 1. 2	12. 1 ± 1. 1	14. 2 ± 1. 1	15. 2 ± 1. 1
t	5. 134	5. 019	4. 912	4. 516	3. 783
P	<0. 05	<0. 05	<0. 05	<0. 05	<0. 05

3 讨论

男性性功能障碍是男性疾病中常见的一种,对患者的生活质量具有重要的影响[5]。临床表现形式也相对较多,如性欲减少和勃起功能障碍以及性活动减少等[6,7]。而勃起功能障碍在男性性功能障碍中具有较高的发病率,对男性的生活质量和工作学习具有重要的影响[8]。随着临床中人们对男性性功能障碍的研究,发现众多因素干扰着男性健康。尤其在男性肿瘤治疗的过程中,化疗是否对男性性功能有影响已经引起临床中的高度关注[9]。因此,为了进一步了解男性化疗后勃起功能情况,本研究对化疗前后勃起功能进行评估,从而了解其具体情况,为以后预后和治疗提供参考。

经过此次的临床研究分析,发现男性肿瘤患者化疗后勃起功能障碍发生率明显的增加,严重的影响其正常的性生活。临床数据显示,化疗后勃起功能障碍发生率达到了 83. 0% ,明显高于化疗前勃起功能障碍的 32. 0% ,差异有统计学意义。通过比较可进一步说明,男性肿瘤患者实施化疗后很容易影响到性功能[10]。化疗药物不同程度的抑制中枢神经系统,从而导致患者性欲减低和性反应缓慢。同时,一些药物能够有效的降低平滑肌的紧张,最终影响阴茎勃起,导致性高潮降低[11,12]。另外,阴茎海绵体中主要是以 H1 和 HT2 受体为主,一些化疗药物阻断了阴茎海绵体中 H1 受体,从而引起阴茎的疲软[13]。临床中也有其他相关研究显示,癌症化疗患者治疗后对其性功能有明

显的影响,与本研究报道相似[14]。另外,数据还显示,化疗后消化道肿瘤、鼻咽癌、肺癌、淋巴瘤、软组织肿瘤患者 IIEF - 5 评分较化疗前有不同程度的降低,差异有统计学意义,则进一步说明,临床中男性不同肿瘤患者在实施化疗后勃起功能明显发生障碍,但不同疾病患者化疗后的 IIEF - 5 评分比较无明显的差异,阐述了勃起功能障碍与患者病理类型无相关性。同时通过数据分析,软组织肿瘤和淋巴瘤患者化疗后的 IIEF - 5 评分高于消化道肿瘤、鼻咽癌、肺癌患者的 IIEF - 5 评分。可见在男性软组织肿瘤和淋巴瘤患者中,实施化疗后其性功能影响相对小,而对消化道肿瘤、鼻咽癌、肺癌患者的影响更明显。临床中阴茎勃起功能是肿瘤患者生存质量的一个重要指标,了解其勃起功能更好的指导患者治疗,从而提高患者的生存质量[15]。

综上所述,临床中化疗很容易增加男性肿瘤患者的勃起功能障碍,应引起足够的重视,改善患者的生存质量。

参 考 文 献

[1] Emily, Banks Grace, Joshy Walter P, et al. Erectile dysfunction severity as a risk marker for cardiovascular disease hospitalisation and all - cause mortality: a prospective cohort study. PLoS Medicine, 2013,10(1):e1001372.

[2] John P, Mulhall Arthur L, Burnett Run, et al. A phase 3, placebo controlled study of the safety and efficacy of avanafil for the treatment of erectile dysfunction after nerve sparing radical prostatectomy. The Journal of Urology,2013,189(6):2229 - 2236.

[3] 邵阿林. 男性性功能障碍的诊断与心理治疗. 天津:世界中联第五届男科国际学术大会、中华中医药学会第十二次全国中医男科学术大会、国际中医男科第七届学术大会、第二届海峡两岸中医男科学术论坛,2012.

[4] 余闫宏,肖民辉,邹岷,等. 保留性神经的经腹膜后腹腔镜前列腺癌根治术 2 例报告. 昆明医学院学报,2010,31(5):136 - 138.

[5] BPC - BPH 研究小组,宋健,邵强,等. 北京地区多中心老年男性性功能障碍危险因素分析. 中华泌尿外科杂志,2012,33(4): 300 - 304.

[6] 蓝天,王养民,陈烨. 高原地区慢性前列腺炎患者性功能障碍的调查研究. 中华男科学杂志,2009,15(10): 886 - 890.

[7] 杨冬泉,孙文学,马然. 北京市城区与郊区中老年男性性功能的现状调查. 中华男科学杂志,2013,19(4):328 - 331.

[8] 叶定伟,沈益君. 前列腺癌根治术后勃起功能障碍的康复治疗. 中国男科学杂志,2011,25(11):3 - 5.

[9] 张亚莉. 48 例男性肿瘤患者化疗后勃起功能状况分析. 四川:第二届全国中西医结合影像青年专家论坛,2013.

[10] Verit A, Savas M, Ciftci H, et al. Assessment of the acute effects of tadalafil on the cardiovascular system based on examination of serum oxidative status and paraoxonase activity in men with erectile dysfunction: a preliminary study. International Journal of Impotence Research,2010,22(2):115 - 119.

[11] 郑天一. 直肠癌术后男性患者性功能障碍的评估及其影响因素. 中国医科大学,2013.

[12] 胡瑞义. 老年男性性功能障碍危险因素. 中国老年学杂志,2013,33(17):4240 - 4241.

[13] 沈益君,叶定伟,姚旭东,等. 负压勃起装置治疗前列腺癌根治术后的勃起功能障碍. 中华男科学杂志,2012,18(8):723 - 726.

[14] 韩晓峰,任江玲,胡黎明,等. 平凉市中老年男性性功能调查报告. 现代泌尿外科杂志,2011,16(2):163 - 165.

[15] 李文春,张东友 . 经腹腔镜与开腹直肠癌根治术对男性性功能影响的临床研究. 中国性科学 ,2014,23(2):34 - 36.

(收稿日期:2014 - 11 - 19)

· 中医性学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 - 1993.2015.08.019

经方四逆散在男科临床上的运用

谭广兴 蒋霖 陈群△

南京中医药大学附属无锡中医院泌尿男科,江苏 无锡 214079

【摘 要】 四逆散被誉为疏肝剂之祖方,具有疏气机、理肝脾之效,主治肝胆气机阻滞、脾胃升降受阻、阳热内郁等证。男科临床上,肝失疏泄、阳气郁遏之证颇为常见,多为四逆散治疗的适应症。笔者运用四逆散治疗男科疾病,取得较好疗效。

【关键词】 经方;四逆散;男科病

The application of Si - ni - san in the andrology *TAN Guangxing, JIANG Lin, CHEN Qun. Department of Urology and Andrology, Wuxi City TCM Hospital Affillated to Nanjing University of Chinese Medicine, Wuxi 214079, China*

【Abstract】 Si - ni - san is known as the origin medicine of the shugan decoction, with the effect of shuqi

【第一作者简介】谭广兴(1980 -),男,主治医师、硕士,主要从事泌尿男科临床与研究工作。

△【通讯作者】陈群(1960 -),男,主任医师,E - mail:SHM_6205@126.com

and smoothing the spleen and liver. The major function of it is to treat the block of qi in spleen and liver and depression. Liver dysfunction and yang – qi blocking is very common in andrology, which are the indications of Si – ni – san. We use Si – ni – san in the treatment of male diseases and obtain good curative effect, which is introduced in the article.

【Key words】 Classical prescription; Si – ni – san; Male disease

【中图分类号】 R277.33 【文献标志码】 A

四逆散源于《伤寒论·辨少阴病脉证并治》篇,原文"少阴病,四逆,其人或咳,或悸,或小便不利,或腹中痛,或泻利下重者,四逆散主之。"由柴胡、白芍、枳壳、炙甘草组成,被誉为疏肝祖方。

四逆散虽药物简单,但组方精良,方中柴胡疏肝解郁为君,白芍养血柔肝为臣,枳壳下气破结为佐,炙甘草益气健脾为使。其中,柴胡与白芍相配,为该方的核心药组[1],两药一疏一养,一散一敛,助肝用、养肝体,散气结、敛阴血,二者互相依赖,相互促进,互治其短而展其长[2],最终能理气和血,使气血调和;柴胡与枳壳相配,一升一降,加强舒畅气机之功,并可升清降浊;三者配伍,可大大提升破结、解郁、调血之效。最后,使以甘草,配合白芍可使肝木平而脾土健、胃气和。综观全方,共奏疏气机、理肝脾之效,主治肝胆气机阻滞、脾胃升降受阻、阳热内郁等证。因此,该方在临床上运用颇为广泛。笔者应用本方加减治疗男科疾病,疗效较好,现介绍如下。

1 阳痿

患者蔡某,31 岁,阴茎勃起困难 1 年余,反复外院就诊,阴茎多普勒及性激素五项等检查均正常,长期服用中西药未瘥。2014 年 3 月 22 日初诊,来诊时:阴茎勃起困难,或勃起片刻即萎软,晨勃较少,伴腰酸,胃纳差。查舌红,苔薄腻,脉弦有力,双尺稍弱。辨为肝气郁滞,兼有肾虚之证,予以疏肝补肾法,方用四逆散加减,药用:柴胡 12g,枳壳 10g,白芍 10g,甘草 6g,蜈蚣 3g,白蒺藜 30g,龙骨 15g,牡蛎 15g。7 剂,1 剂/d,水煎服;另服还少胶囊 5 粒,3 次/d,补肾兴阳。2014 年 4 月 2 日复诊,患者服药后晨勃明显增多、未同房、舌脉同前,守方续服 7 剂,并嘱同房。2014 年 4 月 12 日再诊,同房数次勃起均坚挺持久,续服 7 剂巩固治疗。

按:阳痿是指阴茎持续不能达到或维持足够的勃起以完成满意性生活[3],病程在 3 个月以上,其为临床常见病之一。阳痿的病因错综复杂,通常是多因素所导致的结果[4]。中医治疗阳痿已经有几千年的历史,多认为其病因病机复杂,五脏功能失调皆可导致阳痿的发生。近年来,从肝论治男科疾病的研究得到重视,认为除传统的"从肾论治"外,"从肝论治"是不容忽视的重要法则[5]。同时,不少医家倡导从肝论治阳痿,如王氏通过研究发现,情志因素所致肝气郁结、肝失疏泄以及湿热下注、瘀血阻亦络为阳痿的主要病机,并提出阳痿之病位在肝,临床应从肝论治[6]。然而,笔者以为在临床上不应囿于某家学说,而应从实际出发,脏病则治其脏。即使从肝论治男科疾病,亦要详细辨别肝之虚实寒热,精确辨证,严格按照方剂的适应症遣方用药,有是证用是方,随证转方。该案中,患者已经长期诊治,查看既往病历,有用滋阴壮阳剂,有用疏肝活血剂,亦有四逆散合右归饮汤剂加减者,皆无明显疗效。来诊时,脉弦有力,双尺稍弱,为肝郁兼肾虚之证。然既往为何无效?盖因用方未准确对证,用药欠妥。该患者肝之病变,仅为肝气不畅,未有瘀滞及虚损,运用四逆散舒畅气机最为切合。同时,肝体阴而用阳,肝体宜濡润调达,肝气益平和通畅,疏肝忌耗气伤阴。因此,运用四逆散加蜈蚣散郁通阳,用白蒺藜、龙骨、牡蛎平肝敛神,以散为主,散敛结合,使肝气平和舒畅。患者稍有肾之阴阳两虚,故以成药还少胶囊轻补阴阳。诸药配合,恰合病机,阴茎勃起自然正常。

2 慢性前列腺炎

患者陈某,男,42 岁,肛门坠胀疼痛 2 年余,外院检查确诊为慢性前列腺炎(III 型),反复服药不效。2014 年 6 月 7 日初诊,来诊时于已连续服药 1 月余,症状加重,伴尿道阵痛,呈抽痛性,龟头部潮红瘙痒,查舌质红,苔薄,脉弦兼滑。辨为肝经郁热之证,予以疏肝清热法,方选四逆散加减,药用:春柴胡 12g,枳壳 9g,白芍 9g,黄芩 12g,山栀 9g,茯苓 9g,甘草 6g,茅根 15g。7 剂,日 1 剂,水煎服;2014 年 6 月 14 日复诊,服药后患者肛门稍坠感,余症消除。舌质淡红,脉左关沉取稍弱,予以前方加当归 9g,7 剂后症状全部消除。

按:前列腺炎是泌尿男科常见病,其中主要是慢性前列腺炎(III 型),亦即慢性非细菌性前列腺炎/慢性骨盆疼痛综合症,约占 90% ~95%[7]。该型前列腺炎的发病机制、病理生理学改变还不十分清楚,多数学者认为其主要原因可能是病原体感染、炎症和异常的盆底神经肌肉活动和免疫、心理、神经内分泌异常等共同作用的结果[8,9]。因此,临床上对于该型前列腺炎的治疗往往令广大泌尿男科医生感到棘手[10],疗效也常不能令人满意。同时,由于慢性前列腺炎病情多变,且迁延难愈,往往引起较大的精神心理负担,最终成为严重的身心疾病。中医中药治疗慢性前列腺炎疗效较好,有一定的优势。该患者肛门部坠胀疼痛,伴尿道阵痛,脉弦滑,为肝气郁滞化热伤阴所致,气滞则坠胀疼痛,阴伤尿道失于濡润则阵痛。因此,予以四逆散疏肝解郁,加黄芩、山栀清热,茅根清热养阴、凉血利尿,再加茯苓健脾,以防苦寒伤胃。全方药物虽少,但切中病机,遂收良效。次诊时,左关沉取稍弱,恐为疏肝耗伤肝血,遂加当归养肝,药后症状得除。该例以痛为主症,且病程长,最易误用破气活血之方药,导致阴伤难愈。若用龙胆泻肝汤或八正散清热利湿,则苦寒伤气,缠绵难愈。

3 慢前列腺炎合并早泄案

患者张某,36 岁,慢性前列腺炎继发早泄 1 年余,已于当地反复就诊不效。2014 年 3 月 29 日初诊,来诊时会阴部胀痛,早泄,每次不足 1min(发病前能持续 5min 以上),尿无力,尿道刺痛,心胸烦,舌质红,苔薄黄腻,脉弦滑有力。前列腺液常规:白细胞 5 ~6/hp,卵磷脂小体 50%。辨为肝经郁热,兼有湿热,予以疏肝清热法,方选四逆散合栀豉汤加减,药用:春柴胡 10g,枳壳 10g,生白芍 10g,黄芩 10g,黄连 6g,栀子 10g,淡豆豉 10g,荔

枝核 30g,甘草 6g。14 剂,1 剂/d,水煎服;另服复方石苇咀嚼片,5 粒,3 次/d,清利湿热。4 月 26 日复诊,服药后症状大减,偶有轻微疼痛,排尿通畅有力,早泄明显缓解,能持续 5min 左右,查舌质红苔黄腻,脉弦稍滑。守方 14 剂巩固治疗,并续用复方石苇咀嚼片清利湿热。

按:早泄是男性常见的性功能障碍疾病,已经成为泌尿男科临床上最为常见疾病之一,但早泄的定义至今没有达成一个共识[11]。该案中,患者早泄继发于慢性前列腺炎,发病后性生活持续时间较前明显缩短,可确诊为继发性早泄。在临床上,慢性前列腺炎伴发性功能障碍较为常见。有研究认为,这与心理因素关系密切,大多数患者出现抑郁、焦虑和人际关系敏感等心理问题[12]。治疗上,不少医家主张应以治疗前列腺炎为主,认为前列腺炎的治愈是治愈早泄的前提,但在实际临床中往往颇为棘手。笔者以为,运用中医治疗该类患者,遣方用药时只需紧扣病机,有是证用是方是药,不应被病名所囿。该案中,患者已经反复治疗不效,病程长,有严重的心理负担,心胸烦闷,终日惶惶不安。查其脉弦滑有力,舌质红苔黄腻,为肝经郁热,兼有湿热之证,心胸烦闷为栀豉汤证,遂用四逆散加黄芩、黄连合栀豉汤,清泄心胸、肝经之郁热,加荔枝核者增强疏肝之力,另用成药石苇咀嚼片清热利湿。诸药合用,切合病机,使肝经与心胸之郁热得除,肝之疏泄功能正常,心神得守。因此,虽无涩精固精之药,仍收良效,前列腺炎和早泄同时治愈。

4 慢性前列腺炎合并阳痿、早泄案

患徐某,25 岁,尿频、尿急并阳痿、早泄半年余。外院检查提示慢性无菌性前列腺炎,已反复用药及物理治疗不效。2014 年 6 月 18 日初诊,来诊时尿频、尿急,日间排尿 10 余次,勃起困难,或伴勃起不坚,或能勃起而插入即泄,患者精神抑郁,时焦躁,查舌质红苔薄黄腻,脉弦。辨为肝经郁热证,兼有湿热,热重湿轻,予以疏肝清热为法,兼清湿热方选四逆散加减,药用:柴胡 15g,枳壳 10g,生白芍 10g,炙甘草 6g,茯苓 30g,桔梗 15g,黄芩 10g。7 剂,一剂/d,水煎服;另服热淋清颗粒 1 包,3 次/d,冲服,清热利湿。2014 年 7 月 2 日复诊,服药后患者排尿正常,勃起好转,仍早泄,舌质淡红,苔薄白,脉左弦滑,右弱。守前方加黄连 10g,生白术 10g,龙骨 15g,牡蛎 15g。7 剂后勃起正常,性事能持续 5min 左右。

按:该患者慢性前列腺炎合并阳痿早泄,三病同见,精神抑郁,时焦躁,心理负担严重。患者肝郁,肝失疏泄引起水液代谢异常,故而尿频、尿急,又湿邪久蕴化热,遂舌苔薄黄腻,尿液色黄;同时,肝失疏泄,则精关开泄失常而早泄;肝气郁结不能畅达,故而阳痿不举,或举而不坚不久。因此,以四逆散加黄芩疏肝清热,加桔梗增强疏泄之力,加茯苓促进水液代谢,另服热淋清清热利湿,诸药合用,切合病机,标本兼治,遂得良效。复诊时,排尿正常,勃起好转,仍早泄,脉左弦滑,较前力缓,右脉弱,考虑肝气渐平,但郁火未除,且现气虚;同时,肝经相火扰心,早泄难愈,遂守方加白术健脾补气,黄连清肝火,龙骨、牡蛎平肝调神,使肝气平畅,心神安和,阳痿、早泄得除。

5 体会

中医认为,肝司阴器[13]。肝通过其经、筋、别输送气血以充养男性生殖器官,促进其发育,供养其所需。同时,肝主疏泄,对二便之排泄、阴茎之勃起与软缩、精关的开启与闭合等起调节作用。因此,男性生殖系统的生理病理均与肝经密切相关,肝之功能异常多导致生殖系统病变。综合来看,肝郁证在男科临床上表现为排尿异常、性功能障碍、生殖区胀、痛不适等症状。治疗上,疏肝之法较为常用。但由于素体或素疾各异,往往各种证型相兼出现,且主次不同、虚实互见、寒热错杂,治疗时颇为复杂。同时,疏肝之方剂众多,如何准确选用就显得尤为重要。笔者以为,其关键是辨证精确,尤其是要精确掌握每个疏肝方剂的适应症,即方证。四逆散为疏肝剂之祖方,其病机为肝气不畅、阳气郁遏,无明显的肝之气血阴阳亏虚,亦无明显的气滞血瘀、湿热下注等。因此,症状以肝气不畅或阳郁四逆为主,治疗时必须牢牢把握此点。此外,经过大量临床实践后,笔者运用该方时尤其重视舌脉,常见舌质红或边尖红,脉弦或沉弦滑数或沉弦躁数。

最后,情志因素与男科疾病密切相关。患男科疾病之人,多具有四逆散之情志[14]。有研究认为,治疗慢性前列腺炎引起的性功能障碍时要重视心理干预的重要作用,采取药物治疗结合心理干预的方法可以明显提高治疗效果[15]。因此,我们在临床上运用四逆散治疗男科疾病时,情志调理亦需重视。

参 考 文 献

[1] 卢娜环,肖勇,丁舸. 试论四逆散之核心药物组的合理性. 光明中医,2013,28(9):1768 - 1770.

[2] 周爱婷,张荣恩. 陈士铎运用柴胡白芍对药的经验. 中国民间医疗,1997,4(3):3.

[3] Lue TF,Giuliano F,Montorsi,et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men. J Sex Med,2004,1(1):6 - 23.

[4] 王晓峰 朱积川 邓春华. 2013 版中国男科疾病诊断治疗指南. 北京:人民卫生出版社,2013:58.

[5] 张培海,张蜀武. 男科疾病从肝论治. 辽宁中医学院学报,2004,6(6):438.

[6] 王琦. 王琦男科学. 郑州:河南科技出版社,2007:224.

[7] 郭应禄,李红军. 前列腺炎学. 北京:人民军医出版社,2003:82 - 83.

[8] 胡小朋,白文俊,朱积川,等. 慢性前列腺炎细菌及免疫学研究. 中华泌尿外科杂志,2002,23(13):29 - 31.

[9] Pontari MA,Ruggieri MR. Mechanisms in prostis/chronic pelvic pain syndrome. J Urol,2004,172(3):839 - 845.

[10] 那彦群,叶章群,孙颖浩,等. 2014 版中国泌尿外科疾病诊断治疗指南. 北京:人民卫生出版社,2013:435.

[11] 王晓峰 朱积川 邓春华. 2013 版中国男科疾病诊断治疗指南. 北京:人民卫生出版社,2013:208.

[12] 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 - 12.

[13] 陈红风. 中医外科学,2 版. 北京:人民卫生出版社,2014:299.

[14] 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.

[15] 陈志强. 四逆散治疗男科疾病举隅. 河南中医,2013,30(4):500 - 501.

(收稿日期:2014 - 10 - 11)

· 性传播疾病 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 – 1993.2015.08.020

聚甲酚磺醛阴道栓联合 CO_2 激光治疗宫颈尖锐湿疣的临床观察

卜素玲[1] 刘跃华[2△]

1 蓟县人民医院皮肤科,天津 301900

2 中国医学科学院,北京协和医院皮肤科,北京 100730

【摘 要】 **目的**:探讨聚甲酚磺醛阴道栓联合 CO_2 激光治疗宫颈尖锐湿疣的疗效。**方法**:选取 126 例宫颈尖锐湿疣患者,将其随机分为两组,治疗组 64 例,对照组 62 例;治疗组采取聚甲酚磺醛阴道栓联合 CO_2 激光治疗,对照组单纯应用 CO_2 激光治疗,并比较治疗效果。**结果**:治疗组痊愈率 82.8%(53/64),对照组痊愈率 61.3%(38/62),两组差异有统计学意义($\chi^2 = 7.52$, $P < 0.05$)。**结论**:聚甲酚磺醛阴道栓联合 CO_2 激光治疗宫颈尖锐湿疣安全可靠,治愈率高。

【关键词】 聚甲酚磺醛阴道栓;CO_2 激光;宫颈尖锐湿疣

Treatment of cervical condyloma acuminatum with policresulen vaginal suppositories and CO_2 laser *BU Suling[1], LIU Yuehua[2△]. 1. Department of Dermatology, Jixian People's Hospital, Tianjin 301900, China; 2. Department of Dermatology, Peking Union Medical College Hospital, China Academy of Medical Sciences, Beijing 100730, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To evaluate the curative effect on treatment of cervical condyloma acuminatum with policresulen vaginal suppositories and CO_2 laser. **Methods**: 126 cervical condyloma acuminatum patients were randomly divided into 2 groups. 64 patients in the treatment group were treated with olicresulen vaginal suppositories and CO_2 laser and 62 patients in control group only received CO_2 laser treatment. The therapeutic effect was compared. **Results**: The cure rate in the treatment group and control group was 82.8% (53/64) and 61.3% (38/62) respectively, with statistically significant difference. ($\chi^2 = 7.52$, $P < 0.05$). **Conclusion**: Policresulen vaginal suppositories combined with CO_2 laser is safe and reliable on treatment of cervical condyloma acuminatum with a high cure rate.

【**Key words**】 **Policresulen vaginal suppositories; CO_2 laser; Cervical condyloma acuminatum**

【中图分类号】 【文献标志码】

尖锐湿疣(Condyloma acuminatum ,CA)也称生殖器疣、肛门生殖器疣,是由人类乳头瘤病毒(HPV)感染引起的一种常见的性传播疾病 ,尿道、生殖器及肛周等部位好发[1-3]。尖锐湿疣多由低危型的 HPV – 6、11 引起,而 HPV – 16、18、31、33 多见于恶性程度较高的肿瘤中,如宫颈癌[4]。因 HPV 具有传染性强、皮损重,易致癌的特点,所以及时规范的诊治尤为重要。而宫颈尖锐湿疣由于部位特殊,暴露不充分,操作不便,且 HPV 与女性宫颈癌密切相关,因此临床尽量彻底治疗。我科于 2012 年 9 月 至 2013 年 9 月采用聚甲酚磺醛阴道栓联合 CO_2 激光治疗宫颈尖锐湿疣患者 64 例,疗效满意,现分析报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

于我院皮肤性病科门诊随机选取符合实验标准的 126 例宫颈尖锐湿疣患者,所有患者均签署知情同意书后方可进入临床试验。纳入标准:临床或组织病理确诊为尖锐湿疣 ,并经醋酸白试验证实 ,入选的所有患者 2 周内均未接受全身性治疗及局部治疗 ;年龄 19 ~ 43 岁,平均(25.8 ± 8.76)岁,均有性生活史;且均不处于哺乳期及妊娠期,病程 0.5 ~ 24 个月不等,平均病程(12.34 ± 2.63)个月;皮损数目 3 ~ 28 个,平均数目为(20.47 ± 5.55)个。将患者按照分层随机化的原则和方法随机分为治疗组 64 例,对照组 62 例。治疗组年龄 21 ~ 43 岁,平均(25.78 ± 8.81)岁;病程 0.48 ~ 24 个月,平均病程(12.31 ± 2.61)个月,皮损数目 5 ~ 28 个,平均数目为(20.45 ± 5.57)个。对照组年龄 19 ~ 43 岁,平均(25.81 ± 8.74)岁,病程 0.5 ~ 22.8 个月,平均病程(12.37 ± 2.68)个月,皮损数目 3 ~ 26 个,平均数目(20.49 ± 5.52)个。经比较两组患者病程、年龄等一般资料及皮损数目均无统计学差异($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法

治疗组采用聚甲酚磺醛阴道栓联合 CO_2 激光治疗,手术日期选择在月经后 3d 至经前 10d。术前排空膀胱,取膀胱截石位,常规消毒会阴及肛门部位的皮肤,用阴道窥器暴露宫颈,调整视野至最佳位置,充分暴露疣体部位,用醋酸白试验确定感

【第一作者简介】卜素玲(1966 –),女,副主任医师,主要从事皮肤科临床研究工作。

△【通讯作者】刘跃华,主任医师,E – mail:yuehualiu@263.net

染范围,根据疣体的部位、大小调整 CO_2 激光能量进行治疗,一次性清除肉眼可见疣体及其周围 3mm 左右皮损。深至真皮浅层,治疗结束嘱患者保持局部清洁,预防感染,直至创面愈合。治疗组术后于阴道后穹窿放聚甲酚磺醛阴道栓(商品名:益宝疗,华北制药集团制剂有限公司生产,批号:980092 国药准字 H20043409,规格:每支 90mg)1 枚,隔日 1 次,连续应用至月经期,经后继续用药,疗程 4 周。治疗期间禁止性生活及盆浴,停用其他药物。治疗后,第 1 个月每周复查 1 次,第 2 ~ 3 个月每两周复查 1 次,共随访 3 个月。

1.3 *疗效评判标准*

痊愈为疣体消退且 3 个月内未出现新病灶;复发为无接触史的前提下 3 个月内再次出现新疣体,所有患者均随访 3 个月。

1.4 *统计学方法*

两组间比较采用 χ^2 检验,$P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 *临床疗效评价*

治疗组 64 例患者中有 53 例(82.8%)患者痊愈,11 例(17.2%)复发。对照组 62 例患者中有 38 例(61.3%)痊愈,24 例(38.7%)复发。两组复发率差异有统计学意义($\chi^2 = 7.52$, $P < 0.05$)。

2.2 *不良反应*

治疗组 5 例患者在上药后有阴道轻微烧灼感和疼痛感,未经处理均自行缓解。

3 讨论

尖锐湿疣由感染 HPV 所致,HPV 属于 DNA 病毒,人类为其唯一宿主,其通过皮肤上皮或黏膜的微小裂隙或破损而进入人体,随即进行大量复制、增殖,并侵入细胞内部,使细胞迅速发生有丝分裂,从而引起局部皮肤黏膜异常增生,从而发生疣状或乳头瘤状病理改变[5]。复发率高是治疗尖锐湿疣的难点,临床常用的治疗方法大多可消除疣体组织,但对于潜伏感染及亚临床感染则疗效欠佳,这是造成患者复发的主要原因[6]。

宫颈 CA 可发生在宫颈口和/或宫颈管内,由于疣体位置较深且临床症状不明显,不能及时发现,导致疣体过多而治疗困难[7]。有报道[8-10]指出阴道病原菌感染日益增多,如淋病奈瑟菌、沙眼衣原体及乳头瘤病毒等。因此传统治疗方法如冷冻、微波、电灼、激光、手术切除等物理方法,可能会引起出血、创面感染、瘢痕形成等情况,局部药物治疗对正常黏膜有刺激,须注意保护,有些药物如 25% 足叶草酯酊尚有致畸及一定的毒副作用。无论是物理方法还是局部药物治疗均是去除 CA 疣体,对于亚临床感染及潜伏感染灶却无能为力,加之宫颈本身解剖结构的特殊性,导致宫颈 CA 病程长、治疗后复发率高,部分宫颈 CA 由 HPV 引起,与宫颈癌密切相关[11]。HR - HPV 病毒含量越高,患高度病变的可能性越大[12]。

CO_2 治疗尖锐湿疣可使病变组织碳化,能快速清除局部疣体,操作简便、定位性强、疗效确切,但皮损周围外观正常皮肤仍有 HPV 潜伏,难以彻底清除导致术后复发率高。

聚甲酚磺醛为带有很强阴性电荷的高酸物质,是一种新型的光谱抗菌药物,它治疗尖锐湿疣的作用机制可能为:(1)对受损的鳞状上皮和异位柱状上皮有选择性的蛋白凝固变性作用,而对健康的鳞状上皮则无影响[13];(2)消灭和抑制细菌、霉菌、滴虫等病原体的生长,维持阴道内的酸性环境,促进阴道内正常菌群的重新繁殖和生长;(3)在阴道内融解后,可在阴道内壁及宫颈处形成一层保护膜,增强了机体对 HPV 的防御能力,进而消除亚临床感染及潜在病原体,提高治愈率,降低复发率[14]。聚甲酚磺醛阴道栓无阴道出血,宫颈管狭窄、感染,宫颈机能不全、影响生育等手术并发症[15]。此次实验中治疗组痊愈率达到 82.8% 明显优于对照组 61.3%,而复发率 17.2% 明显低于对照组 38.7%,表明聚甲酚磺醛阴道栓联合 CO_2 激光治疗宫颈尖锐湿疣有效提高治疗效果,降低术后感染,安全可靠,患者依从性好,值得临床推广。

参 考 文 献

[1] Yuk JS, Hong JH, Yi KW, et al. Comparing the prevalence of condylomata acuminata between pregnant women and nonpregnant controls in South Korea: a population - based, cross - sectional study. Sex Transm Dis, 2014, 41(5): 292 - 294.

[2] 黄泽棋,谢伟贤,陈启然,等. 223 例男性尖锐湿疣组织 HPV 基因分型检测及分析. 广东医学,2014,35(7):1087 - 1089.

[3] 唐永发,耿建祥,张金浩,等. 96 例肛周及肛管尖锐湿疣病变中 HPV 感染的研究. 国际检验医学杂志,2012,33(11):1303 - 1307.

[4] Dupin N. Genital warts. Clin Dermatol, 2004(22): 481 - 486.

[5] Hawkings MG, Winder DM, Ball SL, et al. Detection of specific HPV subtypes responsible for the pathgenesis of condylom acuminata. Virol, J, 2013(10): 137.

[6] 周美凤,罗光浦,黄少飞. 5 - 氨基酮戊酸光动力疗法联合 CO2 激光治疗宫颈尖锐湿疣疗效观察. 中国皮肤性病学杂志,2011,25(3):243 - 244.

[7] 冯世军,李萍,闫华,等. 聚甲酚磺醛阴道栓联合微波治疗宫颈尖锐湿疣疗效观察. 中国麻风皮肤病杂志,2011,27(12):884 - 885.

[8] Friedek D, Ekiel A, Chelmicki Z, et al. HPV, Chlamydia trachomatis and genital mycoplasmas infections in women with low - grade squamous intraepithelial lesions(LSIL). Ginekol Pol, 2004, 75(6): 457 - 463.

[9] Golijow CD, Abba MC, Mouron SA, et al. Chlamydia trachomatis and Human papillomavirus infections in cervical disease in Argentine women. Gynecol Oncol, 2005, 96(1): 181 - 186.

[10] 杨晓梅. 治糜灵栓联合锌硒宝治疗慢性宫颈炎及预防宫颈癌. 中国实验方剂学杂志,2011,17(15):244 - 245.

[11] 潘红梅,陈明. 5 - 氨基酮戊酸光动力疗法治疗宫颈尖锐湿疣疗效观察. 中国麻风皮肤病杂志,2013,29(9):609 - 610.

[12] 张劲丰,安宏亮. 高危型 HPV 病毒含量与宫颈癌前病变程度的关系研究. 实验与检验医学,2010,28(6):535 - 536.

[13] 王奇志,陈蓉蓉,朱光辉. 聚甲酚磺醛阴道栓联合抗宫炎片治疗宫颈糜烂的临床疗效观察. 中国临床药学杂志,2002,11(6):344.

[14] 陈美金,陆瑜. 聚甲酚磺醛与佛尿嘧啶治疗尖锐湿疣的比较. 中国新药与临床杂志,2000,3(19):145 - 146.

[15] 汪云芳,殷晓琳,李学巧,等. 聚甲酚磺醛阴道栓治疗宫颈糜烂 68 例临床观察. 宁夏医学杂志,2010,32(12):1217 - 1218.

(收稿日期:2014 - 12 - 18)

· 性传播疾病 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 – 1993.2015.08.021

妊娠合并尖锐湿疣的临床诊治特点及其对妊娠结局的影响

李秀华[1] 方志文[2] 王若春[3]
1 临朐县人民医院产房,山东 潍坊 262600
2 潍坊市人民医院产科,山东 潍坊 261041
3 青州市妇幼保健院产科,山东 潍坊 262500

【摘 要】 **目的:**探究与分析妊娠合并尖锐湿疣的临床诊治特点及该病对妊娠结局的影响。**方法:**选取我院自 2012 年 6 月至 2014 年 6 月收治的 80 例妊娠合并尖锐湿疣患者作为观察组,另选择同时期收治的 80 例非妊娠合并尖锐湿疣患者作为对照组,均给予二氧化碳激光进行治疗,对比两组患者的临床表现、疣体表现、阴道伴随其他病原体感染情况、复发情况及妊娠结局。**结果:**对照组与观察组患者出现外阴瘙痒、灼痛及白带增多症状、发现外阴赘生物但无明显症状相比均无明显差异($\chi^2=2.34$,$P>0.05$;$\chi^2=2.58$,$P>0.05$)。观察组与对照组患者在疣体单发、疣体直径≥0.5cm、疣体数量≥10 个方面相比均具有显著差异($\chi^x2=4.56$,$P<0.05$;$\chi^2=4.23$,$P<0.05$;$\chi^2=4.39$,$P<0.05$)。观察组与对照组患者合并念珠菌具有显著差异($\chi^2=3.98$,$P<0.05$)。观察组与对照组患者不复发、复发≥3 次均具有显著差异($\chi^2=4.23$,$P<0.05$;$\chi^2=5.12$,$P<0.05$)。观察组患者均获得良好的妊娠结局,新生儿行常规体检未发现异常,未见生殖器乳头瘤或喉乳头瘤。**结论:**二氧化碳激光治疗妊娠期尖锐湿疣具有一定的临床疗效,且尖锐湿疣对于患者的妊娠结局及新生儿不产生影响。

【关键词】 尖锐湿疣;诊治;妊娠结局;影响;预后

The clinical characteristics of diagnosis and treatment of pregnancy with condyloma acuminatum and its effect on pregnancy outcome

LI Xiuhua[1], *FANG Zhiwen*[2], *WANG Ruochun*[3]. *1. Delivery Room, People's Hospital of Linqu County, Weifang 262600, China; 2. Department of Obstetrics, Weifang People's Hospital, Weifang 261041, China; 3. Department of Obstetrics, Qingzhou City Maternal and Child Health Care Hospital, Weifang 262500, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To explore and analyze the clinical characteristics of diagnosis and treatment of pregnancy with condyloma acuminatum and its influence pregnancy outcome. **Methods**: 80 pregnant patients with condyloma acuminatum in our hospital from June 2012 to June 2014 were selected as observation group; other 80 health pregnant women were selected as control group. Both groups were given CO_2 laser treatment. The clinical manifestations, the wart body performance, vagina with other pathogen infection, relapse and pregnancy outcome of the two groups were compared. **Results**: Both control group and observation group had symptoms of pruritus vulvae, burning pain and increased leucorrhea and vulva vegetations but without significant difference ($\chi^2=2.34$, $P>2.34$, $\chi^2=2.58$, $P>0.05$). Difference in wart body single – shot, wart body diameter≥0.5 cm, the wart body number≥10 between the two groups was significant ($\chi^2=4.56$, $P<0.05$; $\chi^2=4.23$, $P<0.05$; $\chi^2=4.39$, $P<0.05$). Difference in combined candida between the two groups was significant ($\chi^2=3.98$, $P<0.05$). Difference in patients with no recurrence or relapse over three times between the two groups was significant ($\chi^2=4.23$, $P<0.05$; $\chi^2=5.12$, $P<0.05$). In the observation group, all patients had good pregnancy outcomes, and no abnormalities, genitals papilloma or laryngeal papilloma was found in neonatal routine medical examination. **Conclusion**: CO_2 laser treatment has a certain curative effect in treating condyloma acuminatum, and has no influence on the pregnancy outcome and newborns.

【**Key words**】 **Condyloma acuminatum; Diagnosis and treatment; Pregnancy outcome; Influence; Prognosis**

【中图分类号】 R752.5 +3 【文献标志码】 A

尖锐湿疣作为一种临床上较为常见的性传播疾病,主要由人乳头瘤病毒感染,诱发鳞状上皮疣状增生所致。目前,随着社会的不断发展,尖锐湿疣的发生率呈逐渐上升趋势,对妇女健康产生了较大的威胁。由于妊娠期妇女的机体免疫功能较低,且内分泌系统易发生功能变化,此时易导致尖锐湿疣的发

【第一作者简介】李秀华(1976 –),女,主治医师,主要从事产科临床工作。

生,进而对胎儿的健康造成威胁,因此,对于尖锐湿疣进行早期有效的治疗至关重要[1]。我院现针对收治的妊娠合并尖锐湿疣患者展开分析,与非妊娠合并尖锐湿疣的患者进行对比,对两组患者的临床特点、治疗、预后及复发情况进行观察,将研究结果总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

采取随机数字表法选取我院自 2012 年 6 月至 2014 年 6 月收治的 80 例妊娠合并尖锐湿疣患者作为观察组,全部患者在我院行 B 超检查后确诊,年龄在 25 ~ 36 岁之间,平均年龄为(29.8 ±2.6)岁;病程在 3 周至 6 个月之间,平均病程为(4.4 ±0.9)个月;早期妊娠 28 例、中期妊娠 40 例、晚期妊娠 12 例。另选择同时期收治的 80 例非妊娠合并尖锐湿疣患者作为对照组,年龄在 26 ~ 37 岁之间,平均年龄为(31.2 ±2.8)岁;病程在 2 周至 7 个月之间,平均病程为(4.3 ±1.1)个月。全部患者均为初发病例,未接受过任何治疗,两组患者的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

全部患者在治疗前均给予常规白带、滴虫及霉菌等检查,同时给予淋球菌、支原体及衣原体培养,对于合并感染者给予控制感染后再进行治疗。对于两组患者均给予二氧化碳激光机将疣体去除,操作方法为:帮助患者取膀胱截石位,对外阴、阴道及肛周进行消毒,采用 2% 的利多卡因对疣体周围行浸润麻醉处理。利用二氧化碳激光机对病灶进行去除,直达基底部,注意周围需超出病灶 2mm[2]。

1.3 疗效评价指标

采用二氧化碳激光机将疣体去除后第 2 周来院复查,随访 3 个月对临床疗效及复发情况进行观察。将疣体全部脱落、基底部愈合后呈现出正常皮肤形态、且在随访期间未发现原皮损处部位及周围有新疣体出现视为痊愈。于随访期间创面或其周围出现新的疣体,行醋酸试验检查阳性视为复发。

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,计量资料采取 t 检验,以 $\bar{x} \pm s$ 的形式对数据进行表示,以 $P<0.05$ 代表有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的临床表现对比

观察组出现外阴瘙痒、灼痛及白带增多症状的 51 例,占 63.75%;发现外阴赘生物但无明显症状的 29 例,占 36.25%。对照组出现外阴瘙痒、灼痛及白带增多症状的 55 例,占 68.75%;发现外阴赘生物但无明显症状的 25 例,占 31.25%。两组相比均无明显差异($\chi^2=2.34, P>0.05$;$\chi^2=2.58, P>0.05$)。

2.2 两组患者疣体表现情况对比

观察组与对照组患者在疣体单发、疣体直径≥0.5cm、疣体数量≥10 个方面相比均具有显著差异($\chi^2=4.56, P<0.05$;$\chi^2=4.23, P<0.05$;$\chi^2=4.39, P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者疣体表现情况对比

组别	例数	部位		直径(cm)		数量	
		单发	多发	<0.5	≥0.5	<10	≥10
观察组	40	29(72.50)	11(27.50)	23(57.50)	17(42.50)	26(65.00)	14(35.00)
对照组	40	35(87.50)	5(12.50)	34(85.00)	6(15.00)	36(90.00)	4(10.00)

2.3 两组患者伴随其他病原体感染情况对比

观察组与对照组患者合并念珠菌具有显著差异($\chi^2=3.98, P<0.05$);观察组与对照组患者合并淋球菌、细菌、支原体/衣原体均不具有明显差异($\chi^2=2.78, P>0.05$;$\chi^2=2.69, P>0.05$;$\chi^2=2.90, P>0.05$;$\chi^2=2.45, P>0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者伴随其他病原体感染情况对比

组别	例数	念珠菌	淋球菌	细菌	支原体/衣原体
观察组	40	17(42.50)	6(15.00)	20(50.00)	15(37.50)
对照组	40	11(27.50)	5(12.50)	22(55.00)	13(32.50)

2.4 两组患者的复发情况对比

观察组与对照组患者不复发、复发≥3 次均具有显著差异($\chi^2=4.23, P<0.05$;$\chi^2=5.12, P<0.05$);观察组与对照组患者复发≤2 次不具有显著差异($\chi^2=2.22, P>0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者的复发情况对比

组别	例数	不复发	复发≤2 次	复发≥3 次
观察组	40	5(12.50)	16(40.00)	19(47.50)
对照组	40	12(30.00)	20(50.00)	8(20.00)

2.5 观察组患者的妊娠结局对比

观察组中 40 例患者,顺产 26 例,占 65.00%,剖宫产 14 例,占 35.00%,40 例新生儿的 APgar 评分均在 8 至 10 分之间,平均(8.9 ±0.3)分。该组均获得良好的妊娠结局,新生儿行常规体检未发现异常,未见生殖器乳头瘤或喉乳头瘤。

3 讨论

尖锐湿疣主要由 HPV 6、11 型为主或 16、18 型感染上皮细胞所引起,以性接触为主要传播途径。大量临床研究结果显示,宫颈癌及癌前病变的发生发展与 HPV 感染具有密切的相关性。当妇女处于妊娠期时常存在内分泌功能的变化,这就使得妇女阴道分泌物的增加,生殖系统血流更加丰富,增加了尖锐湿疣的发病率[3,4]。而细胞免疫功能的生理性对 HPV 的复制产生了抑制,加之妊娠期生殖道组织内充血、松软,这就使得妊娠期疣体具有较快的增生速度,极易发展成为巨块型,且以外阴、阴道及宫颈作为多个发病部位,具有较高的复发率,为临床治疗带来一定的困难[5,6]。本次研究结果显示,妊娠合并尖锐湿疣的患者疣体直径≥0.5cm、疣体多发型且疣体数量≥10 个的比例明显高于非妊娠期尖锐湿疣患者。另外,在本次研究中,妊娠合并尖锐湿疣的患者 1 次性治愈率较低,具有较高的复发率,这与以往研究报道基本一致,说明妊

娠对尖锐湿疣的治疗可产生较高的影响[7]。诱发复发的原因主要与胚胎压迫或阴道黏膜充血水肿具有一定的相关性,无法对体积较小的疣体清除干净所致[8]。本次研究中,妊娠合并尖锐湿疣的患者相比于非妊娠期合并尖锐湿疣的患者,具有较高的革兰氏阴性双球菌及霉菌的感染率,提示妊娠期尖锐湿疣与非妊娠期尖锐湿疣虽然具有相同的临床表现,但妊娠期尖锐湿疣治疗起来相对困难,具有较高的复发率,值得引起广大临床工作者的重视[9,10]。

大量临床研究结果显示,妊娠合并尖锐湿疣的生长较为迅速,具有较高的复发率,在确诊后应给予积极有效的早期治疗[11]。现临床上较为常用的治疗方法包括激光、冷冻、手术、药物等。在治疗期间我们发现,妊娠合并尖锐湿疣的治疗需重视母婴安全的问题,有研究报道指出,包括足叶草脂等药物用来治疗妊娠尖锐湿疣可导致胎儿发生宫内发育畸形,因此,此类药物禁止应用于妊娠期尖锐湿疣的治疗中[12]。本次研究中所应用的二氧化碳激光治疗作为一种应用较为广泛的物理疗法,通过利用激光的热效应,对疣体组织产生汽化、炭化的效应,从而有效促进受损细胞再生与净化,同时对小血管产生凝固及封闭的作用,从而达到止血及抑制病毒扩散的目的[13]。本次研究中所有患者均采用的二氧化碳激光治疗,在治疗期间未出现 1 例早产及流产,证实了此种治疗方法可应用于妊娠合并尖锐湿疣的治疗过程中,同时具有一定的安全性。

目前,临床上虽未有因 HPV 感染造成早产、流产、死胎或致畸的相关报道,但有诸多临床研究资料证实,妊娠期妇女发生 HPV 感染可通过产道感染或母婴垂直传播途导致新生儿发生各类疾病[14]。因此,实施剖宫产不仅可有效组织 HPV 发生母婴传播,同时可适用于疣体较大对产道出现阻塞的患者中。本次研究结果显示,该组均获得良好的妊娠结局,新生儿行常规体检未发现异常,未见生殖器乳头瘤或喉乳头瘤[15]。综上所述,二氧化碳激光治疗妊娠期尖锐湿疣具有一定的临床疗效,安全性较高,操作简单,值得推广,且尖锐湿疣对于患者的妊娠结局及新生儿不产生影响,但需引起临床工作中的重视。

参 考 文 献

[1] 郭萍. 妊娠合并尖锐湿疣 51 例. 实用医学杂志,2010,26(14):2581 - 2582.

[2] 庞俊. 妊娠合并艾滋病及外阴巨大尖锐湿疣分娩 1 例. 实用妇产科杂志,2010,26(14):238 - 239.

[3] 张文萍,施伟民,梅兴宇. 5 - 氨基酮戊酸光动力疗法联合 CO2 激光治疗复发性尖锐湿疣疗效观察. 临床皮肤科杂志,2009,2(10):678 - 679.

[4] 郭丽,袁芳,赵文翠,等. 妊娠伴外阴巨大尖锐湿疣癌变一例. 中华妇产科杂志,2010,45(10):800 - 801.

[5] 辛小萍,胡慧娟. 妊娠合并尖锐湿疣的不同治疗对新生儿潜在感染的分析. 中国妇幼保健,2010,25(20):2879 - 2880.

[6] 陈美华,王德辉,曾丽月,等. 未成年人妊娠合并巨大尖锐湿疣 1 例. 中国皮肤性病学杂志,2010,24(6):552 - 553.

[7] 李家旭,左小燕. 妊娠合并尖锐湿疣治疗体会. 基层医学论坛,2012,16(5):632 - 633.

[8] 宋海燕. 激光联合 5 - 氨基酮戊酸光动力学疗法治疗人很合并外阴尖锐湿疣的护理体会. 求医问药,2011,9(8):110 - 111.

[9] 陈梅娇,林雪香,莫秀清,等. 妊娠尖锐湿疣复发因素的护理干预. 全科护理,2011,9(7):618 - 619.

[10] 张海燕,水丽,郑国玲,等. 13 例妊娠合并尖锐湿疣护理体会. 中国中医药资讯,2011,3(12):189 - 190.

[11] 林琳. 妊娠合并尖锐湿疣临床治疗及妊娠结局的影响. 亚太传统医药,2010,6(9):122 - 123.

[12] 马晓芹,朱桂纯,王艳,等. 优必清软膏治疗尖锐湿疣的临床疗效观察. 现代生物医学进展,2012,12(21):4042 - 4043.

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

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

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

(收稿日期:2014 - 11 - 13)

· 性传播疾病 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 - 1993.2015.08.022

HIV 感染者皮肤黏膜表现的回顾性临床分析

郭小阳[1] 杨均均[1] 胥平[1] 何启敏[2△]

1 南充市中心医院感染病科,四川 南充 637000

2 南充市中心医院皮肤科,四川 南充 637000

【摘 要】 **目的:**对 HIV 感染者皮肤黏膜表现展开回顾性临床分析,旨在为临床 HIV 感染者的临床表现与诊断提供有利依据。**方法:**对 2011 年 12 月至 2013 年 12 月期间两家医院收治的 100 例 HIV 感染者表

【第一作者简介】郭小阳 (1968 -)男,主治医师,主要从事感染病临床与研究工作。

△【通讯作者】何启敏(1965 -)女,副主任医师,E - mail: guoxiaoyangys@163.com

现进行回顾性分析，并研究其一般资料与临床资料。**结果**：100 例研究对象中，有皮肤黏膜表现患者 68 例（68.0%），其中男性 65 例（95.6%），女性 3 例（4.4%）；大部分患者年龄 20～50 岁；未婚人数超过患者总人数一半 35 例，（51.4%）；患者职业以农民为主，25 例（36.8%）；性接触传播 61 例（89.7%）；有皮肤黏膜表现组相比于无皮肤黏膜表现组，$CD4^+$ 细胞不足 50 个/μI 者有皮肤黏膜损害的例数对比例数超过 200 个/μI 者显著提升，即皮肤黏膜损害与低 $CD4^+$ 细胞间存在统计学相关性（$P<0.05$）；有皮肤黏膜表现组出现艾滋定义性疾病患者例数显著高于无皮肤黏膜表现组，数据差异具有统计学意义（$P<0.05$）；100 例感染者的皮肤黏膜损害涉及 4 个种类，主要为真菌感染，合计 24 例（35.3%）；病毒感染，合计 13 例（12.9%）；呈现出其他皮肤病者，合计 18 例（26.5%）；合并 2 种（含 2 种）以上皮肤黏膜疾病者，合计 13 例（19.1%）。**结论**：HIV 感染者皮肤黏膜损害多见为真菌、感染，性传播途径为 HIV 感染重要途径之一，频发的皮肤黏膜病变以及合并性病感染可作为临床诊断 HIV 感染的重要依据。

【关键词】 HIV 感染；皮肤黏膜表现；临床分析

Retrospective analysis of clinical HIV – infected mucocutaneous manifestations

GUO Xiaoyang[1], YANG Junjun[1], XU Ping[1], He Qimin[2]△. 1. Infection Department, Nanchong Central Hospital, Nanchong 637000, China; 2. Department of Dermatology, Nanchong Central Hospital, Nanchong 637000, China

【**Abstract**】 **Objectives**: To retrospectively analyze the mucocutaneous manifestations of HIV – infected persons, in order to provide a favorable basis for the diagnosis of clinical HIV – infected persons. **Methods**: 100 HIV – infected patients in two hospitals from December 2011 to December were retrospectively analyzed, to study their general and clinical data. **Results**: In the 100 cases, mucocutaneous manifestations were found in 68 patients (68.0%), including male patients (65 cases, 95.6%) and female patients (3 cases, 4.4%); most patients aged 20 to 50 years old; 35 cases (51.4%) were unmarried persons; 25 cases (36.8%) were farmers; 61 cases (89.7%) were infected through sexual contact. Compared with the group without mucocutaneous manifestations, $CD4^+$ cell count less than 50 / μI who had damage to the skin and mucous membrane ratio of the number of more than 200 / μI were significantly improved, namely the skin and mucous membrane damage was statistically correlated with low $CD4^+$ cell ($P<0.05$); patients demonstrating defined HIV disease in the group with mucocutaneous manifestations were significantly more than the non – mucocutaneous manifestations group, with statistically significant difference ($P<0.05$); the 100 cases with skin and mucosal damage involved 4 species of infection, mainly fungal infections (24 cases, 35.3%); viral infection (13 cases, 12.9%); other skin diseases (18 patients, 26.5%); combining two kinds or above mucocutaneous disease (13 cases, 19.1%). **Conclusion**: HIV – infected skin and mucous membrane lesions are mainly caused by fungal infection, and sexual transmission is an important way of HIV infection. The frequent skin and mucosal lesions combined clinical diagnosis of sexually transmitted infections can be used in the diagnosis of HIV infection.

【**Key words**】 **HIV infection; Mucocutaneous manifestations; Clinical analysis**

【中图分类号】 R759 【文献标志码】 A

临床早期认为获得性免疫缺陷综合征（AIDS）属于出现在同性恋男子相互间，表现为卡波西肉瘤和卡氏肺囊虫肺炎等特征的新型疾病。直到 1973 年，临床研究才将 AIDS 病因与 HTLV – III/LAV 病毒相联系，之后便将此类病毒称为 HIV。HIV 临床特征主要为各种类临床表现中皮肤黏膜表现。虽然 HIV 中存在一部分皮肤损害无显著特异性，但其仍旧被临床视作疑诊 HIV 感染的判断依据。HIV 感染晚期阶段，皮肤黏膜表现能够作为 HIV 病情各个进展过程的首要临床指征。有医学研究指出，超过 90% 的 HIV 患者可引发皮肤黏膜症状、体征[1]。本次研究随机选取 2011 年 12 月至 2013 年 12 月期间两家医院收治的 100 例 HIV 感染者，通过对其临床资料进行综合分析，初步了解 HIV 感染者皮肤黏膜表现，旨在提高对 HIV 感染者的诊断能力，现内容如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

采用随机数表法选取两家医院 2011 年 12 月至 2013 年 12 月期间收治的 100 例 HIV 感染者，根据是否有皮肤黏膜损害表现分为两组。其中有皮肤黏膜损害表现组 68 例，皮肤黏膜损害涉及 4 个种类，主要为真菌感染，合计 24 例（35.3%），分别包括体癣、股癣 11 例（16.2%），手、足癣 7 例（10.3 %），甲癣 3 例（4.4%），口腔念珠菌病 2 例（2.9%），糠秕孢子菌毛囊炎 1 例（1.4 %）；病毒感染，合计 13 例（12.9%），分别包括带状疱疹 8 例（11.8%），传染性软疣 3 例（4.4%），单纯疱疹 2 例（2.9%）。呈现出其他皮肤病者，合计 18 例（26.5%），分别包括寻常性银屑病 7 例（10.3%），特应性皮炎 4 例（5.9%），湿疹 4 例（5.9%），痒疹 2 例（2.9%），玫瑰糠疹 1 例（1.4%）。合并 2 种（含 2 种）以上皮肤黏膜疾病者，合计 13 例（19.1%），其中体癣或股癣合并带状疱疹者 4 例（5.9%），带状疱疹合并湿疹 3 例（4.4%），体癣合并疥疮 3 例（4.4%），口腔念珠菌病 + 念珠菌龟头炎合并足癣 2 例（2.9%），股癣合并手足癣合并甲 1 例（1.4%）。100 例 HIV 感染者临床资料见表 1。

诊断标准：血液检查艾滋病抗体阳性，同时具有下述症状

中任何一项者:(1)近期内(3 ~ 6 个月)体重减轻 10% 以上,且持续发热达 38℃。(2)近期内(3 ~ 6 个月)体重减轻 10% 以上,且持续腹泻(每日达 3 ~ 5 次)1 个月以上。(3)卡氏肺囊虫肺炎。(4)卡波氏肉瘤。(5)明显的真菌或其他机会性感染。

纳入标准:(1)经临床诊断为 HIV 感染患者。(2)未合并其他急慢性疾病或免疫系统疾病的患者。(3)心、肺、肾功能正常的患者。(4)自愿参加本项研究并已经签署知情书的患者。

表 1 100 例 HIV 感染者临床资料

临床资料	有皮肤黏膜表现组(n =68)		无皮肤黏膜表现组(n =32)	
	例数(n)	构成比(%)	例数(n)	构成比(%)
性别				
男	65	95.6	28	87.5
女	3	4.4	4	12.5
年龄范围				
20 ~ 30 岁	13	19.1	11	34.3
31 ~ 40 岁	34	50.0	13	40.6
41 ~ 50 岁	14	20.6	5	15.6
>50 岁	7	10.3	4	12.5
婚姻状况				
未婚	35	51.4	18	56.3
已婚	30	44.1	12	37.5
离异	2	2.9	2	6.3
丧偶	1	1.5	0	0
职业种类				
农民	25	36.8	12	37.5
个体户	17	25.0	8	25.0
暗娼	13	19.1	6	18.7
干部职员	8	11.8	4	12.5
无业	5	7.4	2	6.3
传播途径				
性接触传播	61	89.7	26	81.3
静脉吸毒	7	10.3	6	18.7

1.2 方法

针对有皮肤黏膜表现的患者,对其年龄、年龄范围、婚姻状况、职业种类以及传播途径等因素展开分析,同时分析其 $CD4^+$ 细胞计数,艾滋定义性疾病(ADI)、皮肤黏膜损害诊断等临床资料。本次研究病例采用 ELISA 及 Serodia 法对 HIV 抗体进行筛选,针对阳性者进行重新采集血液标本检测,同时应用 Western Blot 评估试验后判定为阳性。研究中特殊的感染(组织胞浆菌病,马耐氏青霉菌病,口腔毛状黏膜白斑等)通过活检及培养判定。

1.3 观察指标

对 100 例研究人员进行实验室指标检测后,采用回顾性分析法,根据医院 HIV 感染者皮肤黏膜表现相关规范准则设计调查表,将各项观察指标详细记录于调查表中,通过计算机进行统计学分析。

1.4 统计学分析

研究中所得到的相关数据采用 SPSS 12.0 统计学数据处理软件进行处理分析,连续性变量以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间对比应用两独立样本计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 值检验,以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

100 例研究对象中,有皮肤黏膜表现组相比于无皮肤黏膜表现组,$CD4^+$ 细胞不足 50 个/μI 者有皮肤黏膜损害的例数对比例数超过 200 个/μI 者显著提升,即皮肤黏膜损害与低 $CD4^+$ 细胞间存在统计学相关性($P < 0.05$)。有皮肤黏膜表现组出现艾滋定义性疾病患者例数显著高于无皮肤黏膜表现组,数据差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 100 例 HIV 感染者临床资料

临床资料	有皮肤黏膜表现组 (n =68)		无皮肤黏膜表现组 (n =32)	
	例数(n)	构成比(%)	例数(n)	构成比(%)
$CD4^+$ 计数				
不足 50	36	52.9	2	6.3
50 ~ 100	15	22.4	2	6.3
101 ~ 200	9	13.2	4	12.5
201 ~ 500	6	8.8	16	50.0
超过 500	2	2.9	8	24.3
艾滋定义性疾病				
无	13	19.1	25	78.1
结核病	17	25.0	3	9.4
卡氏肺囊虫肺炎	11	16.2	2	6.3
脑弓形体病	5	7.4	1	3.1
食道念珠菌病	5	7.4	0	0
CMV 视网膜炎	4	5.9	0	0
新型隐球菌病	3	4.4	0	0
淋巴瘤	2	2.9	0	0
复发性肺炎	2	2.9	0	0
进行性脑白质病变	2	2.9	0	0
马耐氏青霉菌病	2	2.9	0	0
其他	2	2.9	1	3.1

3 讨论

本次研究结果显示,100 例研究对象中,有皮肤黏膜表现患者 68 例(68.0%),其中男性 65 例(95.6%),女性 3 例(4.4%);大部分患者年龄 20 ~ 50 岁;未婚人数超过患者总人数一半 35 例,(51.4%);患者职业以农民为主,25 例(36.8%);

性接触传播 61 例(89.7%);有皮肤黏膜表现组相比于无皮肤黏膜表现组,$CD4^+$ 细胞不足 50 个/μl 者有皮肤黏膜损害的例数对比例数超过 200 个/μl 者显著提升,即皮肤黏膜损害与低 $CD4^+$ 细胞间存在统计学相关性($P<0.05$);有皮肤黏膜表现组出现艾滋定义性疾病患者的发生率较无皮肤黏膜表现组显著增高,比较差异统计学具有意义($P<0.05$);68 例感染者的皮肤黏膜损害涉及 4 个种类,主要为真菌感染,合计 24 例(35.3%);病毒感染,合计 13 例(12.9%);呈现出其他皮肤病者,合计 18 例(26.5%);合并 2 种(含 2 种)以上皮肤黏膜疾病者,合计 13 例(19.1%)。结合研究结果认为,艾滋病感染者多为 20 ~ 50 岁男性,且农民人口达到占 36.8%,大部分患者为性接触传播,一定程度超多相关研究报道数据[2],因此我们得出应当加强对农村性活跃人群和对农民人群关于艾滋病的健康教育,并给予其讲解相关行为干预。同时在所有患者中有 35 例(51.4%)是未婚者,这进一步说明了婚检对健康婚姻生活的重要意义。艾滋病的患病人群通常为一般人群,这提示我们艾滋病感染的范围逐渐扩大到了普通人群中,有研究指出,近年来感染 HIV 的青年女性患者逐渐增多,这在本文中也得出相似的结论,这也提示我们应当加强对青年女性关于艾滋病的预防和技能的健康教育。

HIV 感染时间越长,病情不断发展造成患者丧失机体的部分细胞免疫功能,严重者丧失全部细胞免疫功能,并发生一系列皮肤黏膜的症状,主要为变态反应性、感染性或者不明原因性等。有研究指出艾滋病患者发生皮肤黏膜病变的几率为 66.17% ~90%,本文通过研究发现约 68.0% 的患者发生皮肤黏膜损害,与文献报道结果相符[2]。同时由于性接触传染为主要的传播途径,本文中约 89.7% 的患者由性传播导致发病,较以往研究结果高[3]。由于多数感染者不同意进行 $CD4^+$ 细胞数检测,因而无法准确的判断患者是否进入了艾滋病期。在本文研究中,艾滋病患者感染性皮肤黏膜病变中主要为病毒感染性皮肤病和真菌感染性皮肤病,这说明在临床中应当通过真菌培养和对皮损的镜检等方式完善对 AIDS 皮损的常规检查[5,6]。有文献指出在感染性皮肤黏膜病变患者中常见类型为带状疱疹、瘙痒性皮肤病和念珠菌感染,且复发率较高[7,8]。但是对于多数病程较短的患者来说,带状疱疹的发生率为 42.0%,发生率最高,与文献所得出的结论不同[9,10]。本次研究病例中 13 例(19.1%),存在 2 种及以上皮肤病表现,这提示我们在对于像组织胞浆菌病,马耐氏青霉菌病,口腔毛状黏膜白斑等有特殊表现且复发率较高的感染性皮肤病患者来说,要密切联系患者的病程长短、疗效好坏以及皮疹泛发情况等联系到 HIV 感染[11-14]。若皮肤黏膜病变患者同时由 AIDS 的指征性疾病的特点,这就提示我们患者可能进入了艾滋病期,因而应当及早预防和治疗 AIDS,以防疾病蔓延[15,16]。在临床实践中我们发现皮肤科临床医师应当根据患者的临床表现和其不洁性交史等一般资料对患者进行检测和诊断,排除 HIV。

综上所述,艾滋病感染者皮肤黏膜损害多见为真菌感染,性传播途径为 HIV 感染重要途径之一,频发的皮肤黏膜病变以及合并性病感染可作为临床诊断 HIV 感染的重要依据。

参 考 文 献

[1] 孙庆云,熊鸿燕,王林,等. 老年 HIV/AIDS 住院患者 48 例流行病学及临床特征分析. 中国皮肤性病杂志,2011,25(4):286-288.

[2] 张建玲,林胜智,黄朝华,等. HIV 感染者 53 例皮肤黏膜疾病和性传播疾病的临床表现分布. 中国皮肤性病学杂志,2010,24(12):1125-1127.

[3] Cecchi R,Troiano M,Ghilardi M,et al. Kaposi sarcomaof thepenis in an HIV-negative patient. J Cutan Med Surg,2011,15(2):118-120.

[4] Ramos-E-Silva M,Lima CM,Schechtman RC,et al. Superficial myco-ses in immunodepressed patients(AIDS). ClinDermatol,2010,28(2):217-225.

[5] 师金川,喻剑华,瞿镔,等. 以皮肤病为主要症状就诊的 HIV 感染者 7 例分析. 浙江预防医学,2013,25(8):39-41.

[6] 彭海波. 两种检测模式在人类免疫缺陷病毒筛查实验室诊断中的比较. 检验医学与临床,2013,10(2):173-174.

[7] 郭强,罗月萍,黄红梅,等. 综合医院住院患者中 60 例 HIV 感染者临床资料分析. 中国皮肤性病学杂志,2012,26(2):139-140,154.

[8] 杨琳, 刘文力, 金宁, 等. HIV 感染 104 例的皮肤性病临床特点分析. 中国皮肤性病学,2010, 24(11): 1020-1022.

[9] Chatzikokkinou P,Sotiropoulos K,Katoulis A,et al. Seborrheic dermatitisan early and common skin manifest-ation in HIV patients. Acta Dermatovenerol Croat,2008,16(14):226-230.

[10] Singh H,Singh P,Tiwari P,et al. Dermatological manifestations in HIV infected patients at a tertiary care hospital in a tribal(Bastar)regionof Chhattisgarh, India. Indian J Dermatol,2009,54(4):338-341.

[11] 黄建荣,欧萌萌. 艾滋病合并马尔尼菲青霉病临床分析. 中华医院感染学杂志,2011,21(23):4989-4990.

[12] 李箭,沈阿丹,席云珍,等. 艾滋病告知的管理. 中华医院感染学杂志,2012,22(7):1437-1438.

[13] 罗惠阳. 43 例 HIV 感染者皮肤损害的临床特点分析. 海南医学,2012,23(17):82-83.

[14] 任翊,刘意,李海英,等. HIV 慢性感染者 CD8+T 淋巴细胞及其各亚群细胞增生、消亡情况的观察. 首都医学院学报,2009,30(5):621-625.

[15] 柴银柱,张俊强,宋玉平,等. 综合医院 HIV 抗体和梅毒抗体检测结果分析. 中国性科学,2013,22(1):36-39.

[16] 欧宏杰,王娟娟,刘家俊. 199 例 HIV 感染者及艾滋病患者流行病学及临床特征分析. 中华全科医师杂志,2013,12(10):831-832.

(收稿日期:2014-12-16)

· 性传播疾病 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 – 1993.2015.08.023

胸腺五肽肌注治疗复发性尖锐湿疣的临床疗效及对免疫学指标影响的研究

顾艳伟[1] 方恒[2]

1 宁波鄞州人民医院妇产科,浙江 宁波 315040

2 宁波市第四医院皮肤性病科,浙江 宁波 315700

【摘 要】 **目的:**探讨胸腺五肽肌注治疗复发性尖锐湿疣的临床疗效。**方法:**回顾性分析我院 2010 年 8 月至 2013 年 1 月收治的 148 例复发性尖锐湿疣患者临床资料,按照随机数字表分为观察组与对照组,其中,对照组 74 例患者采用常规治疗,而观察组 74 例患者采用胸腺五肽肌注治疗,比较两组患者的治疗效果。**结果:**治疗后,观察组患者的总有效率为 85.14%,明显高于对照组患者,组间差异具有统计学意义($P<0.05$);而且观察组患者的免疫学指标均较对照组患者出现了明显改善,组间差异具有统计学意义($P<0.05$);观察组患者的复发率也明显低于对照组患者,组间差异具有统计学意义($P<0.05$)。**结论:**胸腺五肽肌注治疗复发性尖锐湿疣具有十分显著的效果,可明显改善患者的临床症状,缓解患者的不适体征,促进患者免疫指标的改善,较大程度上降低了患者的复发率,有利于患者的预后恢复,具有较佳的临床应用价值。

【关键词】 胸腺五肽;复发性尖锐湿疣;临床疗效

The clinical efficacy and immunological parameters ofthymopentin intramuscular injection for treatment of recurrent condyloma acuminatum

GU Yanwei[1], *FANG Heng*[2]. *1. Department of Obstetrics and Gynecology, Yinzhou People's Hospital of Ningbo, Ningbo 315040, China; 2. Department of Dermatology, Ningbo City Fourth Hospital, Ningbo 315700, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To investigate the clinical efficacy and immunological parameters of thymopentin intramuscular injection for treatment of recurrent condyloma acuminatum. **Methods**: 148 patients with recurrent condyloma acuminatum were included in the study, in which the control group of 74 cases was treated with conventional therapy, while the observation group of 74 cases was treated with intramuscular thymopentin treatment. **Results**: After treatment, the total effective rate of the observation group was 85.14%, significantly higher than the control group, with statistically significant difference ($P<0.05$). The immunological parameters of patients in the observation group were better improved than those in the control group, with statistically significant difference ($P<0.05$). The relapse rate of patients in the observation group was significantly lower than the control group, with statistically significant difference ($P<0.05$). **Conclusion**: Thymopentin intramuscular has a very significant effect in the treatment of recurrent genital warts, which can significantly improve the clinical symptoms, relieve the patient's discomfortableness, and promote the improvement of immune parameters in patients, and largely reduce the relapse rate, thus conducive to the prognosis of patients.

【**Key words**】 **Thymopentin; Recurrent condyloma acuminatum; Clinical efficacy**

【中图分类号】 R752.5 +3 【文献标志码】 A

尖锐湿疣(condyloma acuminatum,CA)是人乳头瘤病毒(HPV)引起的一种常见性传播疾病,其发病部位主要位于生殖器、肛门或会阴等性接触的黏膜部位,以性活跃的中青年患者较为多见,其主要表现为疣状赘生物,易发生糜烂渗液,触之易出血,严重影响了患者的正常生活[1,2]。研究表明[3],尖锐湿疣与机体细胞免疫功能受损有关,患者不能产生有效的抵抗局部 HPV 细胞免疫,从而导致尖锐湿疣反复发作和感染,因此,及时采取有效的措施,对患者的免疫功能进行调节具有十分重要的意义。本研究回顾性分析我院 2010 年 8 月至 2013 年 1 月收治的 148 例复发性尖锐湿疣患者临床资料,探讨胸腺五肽肌注治疗效果,总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析我院 2010 年 8 月至 2013 年 1 月收治的 148 例复发性尖锐湿疣患者的临床资料,所有患者均符合《尖锐湿疣诊断标准及处理原则》[4]:(1)典型皮损为生殖器或肛周等潮湿部位出现丘疹,乳头状、菜花状或鸡冠状肉质赘生物,表面粗糙角化;(2)辅助检查:醋酸白实验阳性,核酸杂交可检出 HPV – DNA 相关序列,PCR 检测可见特异性 HPV – DNA 扩增区带等。且患者均为复发患者,既往均经相应的治疗和干预。其中,观察组 74 例

【第一作者简介】顾艳伟(1980 –),女,主治医师,主要从事妇科疾病的诊断与治疗工作。

患者,男 28 例,女 46 例;年龄 21 ~ 68 岁,平均年龄(29.71 ± 10.72)岁;病程 1 ~ 10 个月,平均(6.66 ± 3.50)个月;疣体部位:包皮阴茎 19 例、冠状沟 8 例、龟头 1 例,尿道及尿道口 6 例、大小阴唇 17 例、阴道口 19 例、肛门 4 例;疣体形状:菜花状 41 例、乳头状 11 例、鸡冠状 12 例、丝状 9 例、多种形状 1 例;复发次数(3.19 ± 1.45)次。对照组 74 例患者中,男 27 例,女 47 例;年龄 22 ~ 63 岁,平均年龄(27.18 ± 11.03)岁;病程 21 ~ 12 个月,平均(5.82 ± 3.08)个月;疣体部位:包皮阴茎 21 例、冠状沟 5 例、龟头 1 例,尿道及尿道口 7 例、大小阴唇 16 例、阴道口 18 例、肛门 6 例;疣体形状:菜花状 42 例、乳头状 12 例、鸡冠状 10 例、丝状 8 例、多种形状 2 例;复发次数(3.27 ± 1.38)次。两组患者在年龄、病程、复发次数、疣体的部位等资料上分布均衡,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。入选患者均同意并签署知情同意书;排除标准:(1)排除对所使用药物过敏的患者;(2)排除依从性较差的患者;(3)排除有严重的心脑血管疾病的患者。

1.2 方法

对两组患者进行局部微波治疗,行凝固术将疣体灼烧去除,术后嘱患者保持治疗局部的清洁与卫生,使用百多邦软膏进行局部感染预防治疗,直至创面恢复。对照组在以上治疗基础上予以干扰素(沈阳三生制药有限责任公司,批号 20100812)肌注治疗,1 次/d,1 次 100 万 U,连续治疗 3 个月;观察组患者在对照组治疗基础上肌注胸腺五肽(北京双鹭药业有限公司,批号 20100471),1 次/d,每次 1mg,连续治疗 3 个月。比较两组患者的临床疗效,并对两组患者的免疫学相关指标白细胞介素 2(IL-2),肿瘤坏死因子 -α(TNF-α)以及 $CD4^+/CD8^+$ T 比值和半年内复发率进行比较与分析。

1.3 疗效判定

临床疗效分为痊愈、显效、有效和无效。其中,痊愈指皮损完全消失,3 个月内无新的疣体出现;显效是指治疗 3 个月内,复发的疣体数目或皮损面积较治疗前降低 60% 以上;有效是指治疗 3 个月内,复发的疣体数目或皮损面积较治疗前降低 20% ~60%;无效是指治疗 3 个月内,复发的疣体数目或皮损面积较治疗前降低不足 20% 甚至加重。痊愈率 + 显效率 + 有效率 = 总有效率。

1.4 统计学分析

所有研究数据均采用 SPSS 17.0 统计学软件包进行统计分析,计量资料 $\bar{x} \pm s$ 表示,并采用 t 检验;计数结果以[n(%)]形式表示,χ^2 检验进行分析。$P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的临床疗效比较

治疗后,观察组患者的总有效率为 85.14%,明显高于对照组患者,组间差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者的临床疗效比较

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	74	41(55.41)	18(24.32)	4(5.41)	11(14.86)	85.14※
对照组	74	28(37.84)	16(21.62)	5(6.76)	25(33.78)	66.22

注:与对照组比较,※$P < 0.05$

2.2 两组患者的免疫学指标比较

治疗前,两组患者的免疫学指标均基本相当,组间差异无统计学意义,而治疗后,观察组患者的免疫学指标均较对照组患者出现了明显改善,组间差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者的免疫学指标比较

组别	IL-2(μg/L)		$CD4^+/CD8^+$		TNF-α(μg/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组(n=74)	50.73 ± 26.14	84.29 ± 26.78	0.94 ± 0.25	1.67 ± 0.48	0.5765 ± 0.0663	0.4781 ± 0.0432
对照组(n=74)	51.29 ± 25.93	61.02 ± 19.03	0.95 ± 0.27	1.03 ± 0.39	0.5822 ± 0.0782	0.5593 ± 0.0881
t	0.74	3.19	0.27	4.06	0.84	3.12
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 两组患者的复发情况比较

治疗后,观察组患者的复发率为 17.57%(13/74),而对照组患者的半年内复发率为 47.30%(35/74),观察组患者的复发率明显低于对照组患者,组间差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

近年来,由于各种综合因素的影响,尖锐湿疣的发生率呈现居高不下的趋势,特别是尖锐湿疣的反复发作和感染等特点,严重影响了患者的正常生活与工作[5,6]。研究表明[7-9],尖锐湿疣具有较强的传染性和较高的复发率等特点,除了组织损伤和局部潮湿等外在因素的影响,尖锐湿疣的复发很可能与 HPV 逃避机体的免疫监视有着密切关系,因此,使用调节机体细胞免疫的药物对复发性尖锐湿疣患者具有重要的作用。

IL-2 为 T 淋巴细胞生成的一种重要的免疫调节因子,其能够有效增强机体的免疫功能,TNF-α 是机体生理和免疫过程的一种十分重要的介质,可以有效刺激 T 淋巴细胞免疫系统,并产生双重的免疫调节作用[10]。$CD4^+$ T 细胞和 $CD8^+$ T 分别为辅助性 T 淋巴细胞和杀伤性 T 淋巴细胞,$CD4^+/CD8^+$ 的比值可反映出机体免疫状态的稳定情况。研究发现[11,12],尖锐湿疣患者存在 TNF-α 明显高于正常值,而 IL-2 和 $CD4^+/CD8^+$ 的比值均明显低于正常水平。因此,临床上不但需要局部物理治疗去除局部病变,而且还应辅以全身免疫调节治疗,根本上改善患者的病情。本研究结果显示,治疗后,观察组患者的总有效率为 85.14%,明显高于对照组患者,组间差异具有统计学意义($P < 0.05$),而且观察组患者的免疫学指标均较对照组患

者出现了明显改善,组间差异具有统计学意义($P<0.05$),观察组患者的复发率也明显低于对照组患者,组间差异具有统计学意义($P<0.05$),这和相关学者的报道结果较为接近[13,14],表明了胸腺五肽肌注治疗复发性尖锐湿疣具有十分显著的效果,可明显改善患者的临床症状,缓解患者的不适体征,促进患者免疫指标的改善,较大程度上降低了患者的复发率,有利于患者的预后恢复。胸腺五肽由胸腺生成素的氨基酸残基片段组成,其保留了胸腺生成素的生物活性,具有诱导和促进 T 细胞分化、增殖和成熟的作用,还能够调节 T 细胞亚群的比例,使得 $CD4^+/CD8^+$ 的比值趋于正常,有利于增强免疫细胞杀伤力,是一种具有双向调节免疫系统功能的免疫调节剂[15]。

综上所述,胸腺五肽肌注治疗复发性尖锐湿疣具有十分显著的效果,可明显改善患者的临床症状,缓解患者的不适体征,促进患者免疫指标的改善,较大程度上降低了患者的复发率,有利于患者的预后恢复,具有较佳的临床应用价值。

参 考 文 献

[1] 方远芳. 胸腺五肽与干扰素治疗尖锐湿疣 65 例临床分析. 广西医学,2014,36(9):1323 - 1324.

[2] Zarone R, Bellinip, Cardon G, et al. Volvo - vaginal HPV infection: Immunological aspects . Minerva Ginecol, 2014,48(3):61 - 63.

[3] 韩志启,朱增红,冀宝剑. 胸腺五肽治疗复发性尖锐湿疣临床观察. 中国误诊学杂志, 2003,3(6):852 - 853.

[4] 中华人民共和国卫生部. 尖锐湿疣诊断标准及处理原则. 北京:中国标准出版社,2004:1 - 2.

[5] 宋映雪,闫会文,伦文辉. 微波及 5% 咪喹莫特乳膏联合胸腺五肽治疗女性尖锐湿疣. 中国麻风皮肤病杂志,2008,24(11):934 - 935.

[6] 李虎,孙权. 局部注射胸腺五肽配合微波和电离子手术治疗尖锐湿疣 40 例疗效观察 . 性病、艾滋病防治、皮肤病与性病,2014,36(4):234 - 235.

[7] 安全平,于秉伦,王德旭,等. 液氮冷冻联合胸腺五肽局部注射治疗尖锐湿疣疗效观察. 中国皮肤性病学杂志,2009,23(3):166 - 167.

[8] Siemion IZ, Kluczyk A, CJebrat M. The peptide molecular links between the central nervous and the immune systems . Amino Acids, 2013, 29(3): 161 - 176.

[9] 郑旭,黄静,高建明,等. CO_2 激光联合胸腺五肽治疗尖锐湿疣的临床效果分析. 现代生物医学进展,2012,12(11):2148 - 2150.

[10] 鄂馨梅,孙蔚斌,印海鹏. 刮除术联合胸腺五肽治疗尿道尖锐湿疣疗效观察. 中国中西医结合皮肤性病学杂志,2011,10(6):380 - 381.

[11] 吴一菲,王川,张桂琼,等. 二氧化碳激光联合胸腺五肽局部注射对预防尖锐湿疣复发的评价. 中国中西医结合皮肤性病学杂志,2011,10(3):188 - 189.

[12] Garcfa - Pineres AJ, Hildesheim A, Herrero R, et al. Persistent human papillomavirus infection is associated with a generalized decrease in immune responsiveness in older women . Cancer Res, 2012, 66(12): 11070 - 11076.

[13] 汪亚华,袁锋,倪娜. 钬激光联合胸腺五肽治疗生殖器尖锐湿疣临床分析. 武警后勤学院学报(医学版),2013,22(12):1107 - 1108.

[14] 曹斌. 二氧化碳激光联合胸腺五肽和异维 A 酸治疗尖锐湿疣的疗效及对免疫功能的影响. 现代中西医结合杂志,2013,22(36):4025 - 4027.

[15] 华鹏,林召,杨秀莲,等. 胸腺五肽联合干扰素治疗复发性尖锐湿疣疗效分析及对 T 细胞亚群影响的研究. 中国性科学,2014,23(8):42 - 43.

(收稿日期:2014 - 10 - 11)

· 性传播疾病 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 - 1993.2015.08.024

天津市性病门诊男性就诊者性病感染状况分析

周宁 夏建晖 张天璐 郭燕

天津市疾病预防控制中心性病艾滋病预防控制所,天津 300042

【摘 要】 **目的:**了解天津市性病门诊男性就诊者性病感染流行趋势和高危行为发生情况,为制定防治策略提供依据。**方法:**依照《全国 AIDS 哨点监测方案》,对性病门诊就诊者进行问卷调查,同时采集静脉血进行 HIV、梅毒血清学检测。**结果:**2010 至 2014 年共调查性病门诊男性就诊者 4001 人,最近 3 个月与暗娼、临时性伴、同性发生性行为比例分别为 48.0%(1921/4001)、37.6%(1505/4001)、10.5%(422/4001),而既与女性发生过性行为又与男性发生过性行为者占 7.4%(297/4001)。最近 1 年内性病患病率为 10.32%(413/4001)。HIV、梅毒抗体阳性率分别为 1.55%(62/4001)、19.90%(796/4001)。**结论:**天津市性病门诊男性就诊者性病感染率较高,存在快速传播的危险因素,应加强监测并对性病门诊就诊者开展健康教育和行为干预。

【关键词】 性病门诊就诊者;艾滋病;梅毒;哨点监测

【第一作者简介】周宁(1978 -),女,主管医师,主要从事性病艾滋病预防与控制研究工作。

Analysis of STD infection of STD clinic attendants in Tianjin *ZHOU Ning, XIA Jianhui, ZHANG Tianlu, GUO Yan. Department of AIDS/STD Control and Prevention, Tianjin Municipal Centers for Disease Control and Prevention, Tianjin 300042, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To explore the prevalent tendency of STDs infection among STD clinic attendants in Tianjin and analyze its characteristics of high risk behaviors to provide basis for effective intervention and prevention. **Methods**: According to the National Scheme of HIV Sentinel Surveillance, STD clinic attendants were investigated through the questionnaire, and their blood was extracted for the serological detection of HIV/syphilis. **Results**: 4001 STD clinic patients were surveyed. Among the subjects surveyed in the past three months, 48.0% had unlicensed prostitute; 37.6% had sex behavior with provisional sexual partners; 10.5% had anal sex with men and 7.4% had bisexual behaviors. The positive rates of HIV and syphilis were 1.55% and 19.90% respectively. **Conclusion**: STD is spreading among people with sexually promiscuous behaviors. We should strengthen the general monitoring for clinic attendants, and further develop the health education and intervention.

【**Key words**】 **STD clinic attendants; AIDS; Syphilis; Sentinel surveillance**

【**中图分类号**】 R759 【**文献标志码**】 A

目前,性传播已成为我国艾滋病主要传播途径,为掌握天津市艾滋病的流行动态,依照《全国艾滋病哨点监测方案》[1]要求,天津市在市区的两家性病门诊建立了国家级艾滋病监测哨点,以了解天津市性病门诊男性就诊者人类免疫缺陷病毒(Human immunodeficiency virus,HIV)和梅毒的感染状况以及与性病感染有关的高危行为,为制定防治策略和干预措施提供依据。现将 2010 至 2014 年天津市性病门诊男性就诊者艾滋病哨点监测结果分析如下。

1 材料与方法

1.1 一般资料

资料来自于 2010 至 2014 年哨点监测期间(4 ~ 6 月),对首次来性病门诊诊治性病、年龄≥15 岁男性,无论其是否被诊断患有性病均纳入监测。2010 年完成调查 801 人,其余各年均完成调查 800 人,共完成调查 4001 人。

1.2 研究方法

在两家性病门诊监测哨点,采用连续采样的方法,对纳入监测的对象进行问卷调查,同时采集血样进行相关血清学检测。调查问卷为全国统一制定的哨点监测问卷,由经过专门培训的门诊医生对调查对象进行面对面访谈,同时填写问卷。

1.3 血清学检测

依据《全国艾滋病检测技术规范(2009 年版)》相关要求,用酶联免疫吸附试验(Enzyme - Linked Immunosoebent Assay,ELISA)HIV 抗体筛查检测,结果阴性者判为阴性,不再进行复检;筛查阳性的样品使用另一种不同原理或厂家的 ELISA 试剂复检,两次检测结果均呈阳性时,即可判定 HIV 抗体阳性;梅毒抗体检测采用 ELISA 试验进行筛查,阳性者采用梅毒甲苯胺红不加热血清试验诊断试剂(Toluidime Red Unheated Serum Test,TRUST)进行复检,两次检测结果均阳性判定梅毒抗体阳性,复检结果如为阴性,则判为阴性结果。检测操作方法及结果判定均参照试剂说明书的要求执行。

1.4 统计方法

调查相关信息及实验室检测结果输入相应的 EpiData 数据库,数据资料采用 SPSS19.0 软件进行统计分析。

2 结果

2.1 一般情况

4001 名男性就诊者中年龄最小 16 岁,最大 85 岁,平均(34.56 ± 11.84)岁,经统计学检验,各年间年龄分布无差别。HIV 抗体阳性率为 1.55%(62/4001),梅毒抗体阳性率为 19.90%(796/4001)。2010 至 2014 年天津市性病门诊监测哨点男性就诊者 HIV 和梅毒感染状况见表 1。

表 1 2010 至 2014 年天津市性病门诊男性就诊者 HIV/梅毒感染情况统计表

年份	监测数	年龄	HIV 抗体		梅毒抗体		HIV/梅毒双重感染	
			阳性数	阳性率(%)	阳性数	阳性率(%)	阳性数	阳性率(%)
2010	801	34.97 ± 12.88	2	0.2	218	27.2	2	0.2
2011	800	34.93 ± 11.61	3	0.4	187	23.4	3	0.4
2012	800	35.11 ± 12.04	14	1.8	129	16.1	6	0.8
2013	800	34.18 ± 11.23	29	3.6	139	17.4	12	1.5
2014	800	33.62 ± 11.32	14	1.8	123	15.4	3	0.4
检验值		$F = 2.332$				$\chi^2 = 53.60$		
P		0.54		0.000		0.000		0.025

HIV 感染率总体呈上升趋势,梅毒感染率总体呈下降趋势,按被调查者历年高危行为发生情况进行分层分析 HIV 感染率,经统计学检验,各年均以与同性发生过肛交行为以及发生过双性性行为者的 HIV 感染率为最高。见表 2。

表 2 历年天津市性病门诊男性就诊者高危性行为发生情况统计表

年份	与暗娼发生过性行为		与临时性伴发生过性行为		与同性发生过肛交性行为		发生过双性性行为	
	人数(n)	HIV 阳性[n(%)]	人数(n)	HIV 阳性[n(%)]	人数(n)	HIV 阳性[n(%)]	人数(n)	HIV 阳性[n(%)]
2010	414	0	260	2(0.8)	88	2(2.3)	67	2(3.0)
2011	379	0	233	3(1.3)	76	3(3.9)	50	3(6.0)
2012	324	1(0.3)	332	7(2.1)	76	11(14.5)	52	7(13.5)
2013	350	9(2.6)	409	13(3.2)	83	10(12.0)	68	7(10.3)
2014	454	4(0.9)	271	6(2.2)	99	9(9.1)	60	7(11.7)
合计	1921	14(0.7)	1505	31(2.1)	422	35(8.3)	297	26(8.8)

2.2 最近一年性病感染情况

在全部的调查对象中最近一年性病患病率为 10.32%(413/4001),其中 2011 年最高 20.87%(167/800),2014 年最低 4.13%(33/800),各年间性病患病率差异有统计学意义(χ^2 = 156.859,P<0.01)。性病患病率从高到低依次为梅毒 5.87%(235/4001)、尖锐湿疣 1.8%(74/4001)、淋病 1.6%(66/4001)、沙眼衣原体 0.3%(12/4001)、生殖器疱疹 0.5%(20/4001)。

2.3 性行为与性病感染的关系

最近三个月与暗娼发生过性行为者占 48.0%(1921/4001),与临时性伴发生过性行为者占 37.6%(1505/4001),与同性发生过肛交行为者占 10.5%(422/4001),而既与女性发生过性行为又与男性发生过性行为者占 7.4%(297/4001)。以梅毒和 HIV 的阳性检出结果为应变量,以各种可能的危险因素为自变量进行 Logistic 回归分析。结果发现各种高危行为均是影响就诊者感染梅毒的影响因素(P<0.05),而是否与同性发生过肛交性行为是感染 HIV 的影响因素(P<0.05)。见表 3、表 4。

表 3 梅毒感染与高危行为单因素 Logistic 回归分析

变量	β 值	S. E.	Wald	P	OR(95% CI)
常数	-2.725	0.101	733.906		
是否与暗娼发生过性行为	1.575	0.100	247.716	0.000	4.833(3.972 - 5.880)
是否与临时性伴发生过性行为	0.283	0.094	8.993	0.003	1.327(1.103 - 1.596)
是否与同性发生过肛交性行为	0.604	0.279	4.682	0.030	1.830(1.059 - 3.163)
是否发生双性性行为	0.608	0.306	3.941	0.047	1.838(1.008 - 3.351)
最近一年是否感染过性病	1.353	0.118	131.454	0.000	3.868(3.069 - 4.874)

表 4 HIV 感染与高危行为单因素 Logistic 回归分析

变量	β 值	S. E.	Wald	P	OR(95% CI)
常数	-4.484	0.275	265.316		
是否与暗娼发生过性行为	-0.665	0.344	3.738	0.053	0.514(0.262 - 1.009)
是否与临时性伴发生过性行为	-0.440	0.389	1.276	0.259	0.644(0.300 - 1.382)
是否与同性发生过肛交性行为	1.861	0.441	17.800	0.000	6.428(2.708 - 15.256)
是否发生双性性行为	0.722	0.549	1.725	0.189	2.058(0.701 - 6.040)
最近一年是否感染过性病	0.338	0.338	0.997	0.318	1.402(0.722 - 2.719)

3 讨论

本次调查显示,天津市性病门诊男性就诊者平均年龄(34.56±11.84)岁,提示该年龄段人群为本地区性病及艾滋病防治工作重点人群。2010 至 2014 年,监测人群的 HIV 抗体阳性率呈上升趋势,梅毒抗体阳性率呈下降趋势,形成剪刀差。但是美国的监测数据显示近年来该国一期和二期梅毒的发病率呈上升趋势,2013 年一期和二期梅毒的总的发病率为 5.3/10 万,较 2005 年的 2.9/10 万增加了近 1 倍[2]。

进一步分层分析发现导致我市性病门诊男性就诊者 HIV 抗体阳性率高的主要原因是由男男同性肛交性行为者(Man who have sex with man,MSM)HIV 感染率升高导致的,这一研究结果与李桂英等[3]的研究结果一致。可见目前我市性病门诊的男性就诊者中有相当一部分人是 MSM,且该人群中 HIV 感染率较高。梅毒和 HIV 合并感染与 HIV 感染呈相同态势,性病是 HIV 传播的重要辅助因素[4],特别是像梅毒、疱疹等引起生殖器溃疡的性病可以使感染 HIV 的危险增加 4 倍。近年来造成美国和英国梅毒疫情复燃的主要因素就是 MSM[5,6],MSM 人群的梅毒感染已成为英美等国高度关注的一个重大公共卫生问题。有报道称,在美国有 50% ~70% MSM 在感染了 HIV 的同时合并有一期和二期梅毒的感染[7],Mayer 等[8]报道在波士顿社区卫生服务中心,调查 398 例 HIV 阳性的 MSM 患者中有 9% 合并感染性病,其中梅毒 6.4%;另外在感染了一期和二期梅毒的 MSM 人群中也有较高的 HIV 阳转率[9]。因此要加强对 MSM 人群的行为干预和健康教育,包括:敦促其采取更安全的性行为(如:减少性伴侣的数量、使用安全套、保持长期固定和单一的性伴侣,并确保对方性病和 HIV 检测为阴性);促进其 HIV 和梅毒的筛查意识,以及其他性病如:淋病、衣原体和疱疹的定期检测;另外,最重要的是通知性伴检测和共同治疗。

最近 1 年性病患病率 10.32%,以梅毒、尖锐湿疣和淋病居多。性病和 HIV 的合并感染往往使得性病的临床表现更为复杂[10]。比如:一期梅毒通常表现为在接触部位出现单个的无痛性结节,然后迅速发生溃疡形成一个典型的硬下疳;但是,在 HIV 感染的人群中,会出现多形态或者是不典型的硬下疳,原发性损害也许会缺失或者不明显。二期梅毒合并艾滋病临床表现的皮损更为多样,如水痘、急性痘疮样苔藓样糠疹等[11]。而且性病在 HIV 传播中的协同因素效应将会使医疗费用进一步上升,从而加重患者负担[12]。

本次调查结果经 Logistic 回归分析显示,最近 1 年性病患病情况是梅毒感染的影响因素,不是 HIV 感染的危险因素,可能是由于性病患病情况是调查对象在问卷中填写的而不是根据病例记录登记的,存在回忆偏倚。近 3 个月发生高危性性行为比例高于北京市[3]和山东省[13]监测结果。特别是在与同性发生过肛交性行为者中还有超过 70%(297/422)的人同时与异性也发生过性行为,这一比例也超过了国内外的相关报道[14-16],并且该人群中 HIV 阳性检出率也较高,提示其作为“桥梁”人群,将导致艾滋病性病的快速传播。应利用性病门诊针对该人群特点开展健康教育工作和行为干预,降低其高危行为发生率,从最大程度上阻断艾滋病性病的传播。

参 考 文 献

[1] 中国疾病预防控制中心性病艾滋病预防控制中心. 全国艾滋病哨点监测实施方案(试行)操作手册. 北京:中国疾病预防控制中心性病艾滋病预防控制中心,2009.

[2] CDC. Sexually transmitted disease surveillance 2012. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2014. http://www.cdc.gov/std/stats12/default.htm.

[3] 李桂英,孙燕鸣,贺淑芳,等. 北京男性性病门诊就诊者 HIV 阳性率上升的原因分析. 中华预防医学杂志,2015,49(1):63-65.

[4] 何勤英,韩德琳,吴学庆,等. 成都市 2004-2008 年性病门诊就诊者艾滋病哨点监测. 实用预防医学,2009,16(1):108-109.

[5] Monica E Patton, John R Su, RobertNelson, et al. Primary and Secondary Syphilis - United States, 2005 - 2013. MMWR / May 9, 2014 / Vol. 63 / No. 18:402-406.

[6] I Simms, L Wallace, D RThomas, et al. Recent outbreaks of infectious syphilis, United Kingdom, January 2012 to April 2014. Euro Surveill. 2014;19(24):pii=20833. http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx? ArticleId=20833

[7] Su JR, Weinstock H. Epidemiology of co-infection with HIV and syphilis in 34 states, United States—2009. In: proceedings of the 2011 National HIV Prevention Conference, August 13-17, 2011, Atlanta, GA.

[8] Mayer KH, OCleirigh C, Skeer M, et al. Which HIV-infected men who have sex with men in care are engaging in risky sex and acquiring sexually transmitted infections: findings from a Boston community healthcentre. Sex Transm Infect,2010,86(1): 66-70.

[9] Pathela P, Braunstein S, Shepard CS. Population-based HIV incidence among men diagnosed with infectious syphilis, 2000-2011. In: proceedings of the STI & AIDS World Congress 2013, July 14-17, 2013, Vienna, Austria.

[10] 高艳青,黄晓婕,吴昊,等. 梅毒合并 HIV 感染 6 例报告. 首都大学学报,2006, 27(6): 758-760.

[11] 丁振干. 以水痘为皮肤表现的艾滋病合并梅毒 1 例. 中国皮肤性病学杂志,2012,26(8): 723.

[12] 孙洪清,肖宏,沈芳,等. 重视艾滋病合并梅毒疾病. 医学研究杂志,2014,43(5): 1-3.

[13] 李凤霞,黄鹏翔,段曦,等. 2014 年山东省性病门诊男性就诊者艾滋病哨点监测分析. 预防医学论坛,2014,20(11):822-824.

[14] 张北川,李洋,李秀芳,等. 固定伴侣是男同性爱者/男男性行为者的女性与公共卫生. 中国性科学,2015,24(2):116-120.

[15] Azyei I, Aumakhan B, Jantsausengee B, et al. Evolving understanding of the epidemiology of HIV and prevention needs among men who have sex with men in Ulaanbaatar, Mongolia. AIDS Behav, 2014, 18(10):2009-2019.

[16] Ma X, Zhang Q, He X, et al. Trends in prevalence of HIV, syphilis, hepatitis C, hepatitis B, and sexual risk behavior among men who have sex with men. Results of 3 consecutive respondent driven sampling surveys in Beijing, 2004 through 2006. J Acquir Immune Defie Syndr, 2007,45(5):581-587.

(收稿日期:2015-05-20)

· 性传播疾病 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 – 1993.2015.08.025

尖锐湿疣的药物治疗进展

王海英 高来强 聂燕 魏艳蕾 马强 游云天
东营市人民医院皮肤科,山东 东营 257091

【摘 要】 尖锐湿疣(CA)由人类乳头瘤病毒(HPV)感染所致,潜伏期长、易复发、病程长、传染性强,发病率和复发率呈逐年上升趋势,已经位居我国性病传播的第二位,因此,预防性和治疗性药物研究已成为其重要内容。本文综述了近年来有关 CA 发病和复发的预防性及治疗性药物的研究和结果,为临床选择最佳方法治疗 CA 提供依据。

【关键词】 尖锐湿疣; 药物治疗; 复发; 治疗进展

Progress in the drug treatment of condyloma acuminata *WANG Haiying, GAO Laiqiang, NIE Yan, WEI Yanlei, MA Qiang, YOU Yuntian. Dermatology Department, Dongying City People's Hospital, Dongying 257091, China*

【**Abstract**】 Condyloma acuminatum (CA) is caused by human papilloma virus (HPV) infection. CA has long incubation period, high relapse rate, long course of disease, strong infectivity. There is an upward trend in incidence and recurrence rates year by year, though it's already the second sexually transmitted diseases in our country. Therefore, the preventive and therapeutic drug research has become an important content in the treatment of CA. This paper reviewed research and results of the preventive and therapeutic drugs mainly related to CA and recurrence of CA to provide a basis to choose the best method for clinical treatment of CA.

【**Key words**】 **Condyloma acuminatum (CA); Drug therapy; Recurrence; Treatment progress**

【中图分类号】 R752.5 +3 【文献标志码】 A

尖锐湿疣(CA)又名性病疣或尖锐疣,是一类性接触感染性疾病,主要由人类乳头瘤病毒(HPV)感染所致,常表现为肛门、生殖器、会阴部的鳞状上皮增生性疣状病变(赘生物)。近年来,CA 在国内的发病率和复发率呈逐年上升趋势,约 5% ~ 15% 的生殖器癌变与 CA 有直接关系,且复发率高达 30%,因此被国家列为重点预防的疾病之一[1,2]。近年来,中医内治、外治和综合治疗 CA 已取得了阶段性进展,复发率低、安全性高、疗效肯定,但有关 CA 及其复发的预防和治疗药物,仍存在一些争议。因此,笔者在下文简介了几种预防性和治疗性药物的研究进展,以及这些药物对 CA 的临床药效和安全性,以期为临床治疗 CA 及其复发的患者提供更多更好的选择。

1 CA 的临床表现

CA 主要通过 HPV 感染引起,性交时,皮肤黏膜即使微小的破损也能引起感染,少数患者可通过污染的浴盆、便盆、内裤等间接感染,甚至也可通过母乳传染给婴幼儿。其潜伏期为 1 ~ 8 个月,平均为 3 个月。CA 的好发部位在肛周和生殖器,也可见于男性包皮、冠状沟、系带、尿道口、阴囊和肛周等,女性多见于前庭、阴蒂、肛周、宫颈、阴部、大小阴唇及腋窝、口腔、乳房等处。感染初期,病损部位为淡红色小丘疹,顶部稍尖,以后逐渐增大增多且表面呈现凸凹不平,表面潮湿,呈现白色或红色,或污灰色。无特殊感觉,偶有发痒或异物感,时而有性交痛,可以溃破、出血、渗出或感染。根据疣体形态,可形象的分为乳头型、丘疹型、鸡冠状、菜花型和蕈样型。其中,有一种 CA 由于过度生长,体型巨大,被称为巨大型 CA,与鳞状细胞癌相似,又被称为癌样 CA,但其组织学多为良性病变,推测其与 HPV – 6 型有关[3]。

2 CA 的治疗方法

目前,临床上有不少治疗尖锐湿疣的方案,但其主要原则是根除 HPV 的感染。常用的治疗方法包括:(1)局部用药:25% 或 50% 三氯醋酸溶液、外用干扰素、3% 酞丁胺搽剂、5 – FU、5% 咪喹莫特霜等;(2)系统用药:Cidofovir 等;(3)中医疗法:克疣灵、坐浴、中药熏洗等;(4)物理疗法:二氧化碳(CO_2)激光、冷冻、光动力、电烧灼和微波等;(5)外科手术等。

3 CA 的药物治疗

3.1 预防性药物

随着医学的发展,出现了一些预防性药物,可有效降低感染率和复发率,为 CA 患者提供全方位的治疗,主要有杀微生物剂(microbicides)和 HPV 疫苗等。微生物剂是一类天然或人工合成物质,在性交前,将微生物剂置于直肠或阴道内,可以灭活或杀死能够引起 CA 的病原体,如病毒、细菌等,能有效预防 HIV 等性病的传播,主要分为避孕型和不避孕型,常见剂型有凝胶剂、乳膏剂、薄膜、栓剂等[4]。Lembo 等[5]研究发现,大肠杆菌荚膜多糖 K5 硫酸化衍生物具有抗 HIV – 1、HSV – 1 和 HSV – 2 的活性,能有效抑制 HPV – 16 假病毒颗粒与固定化肝素之间的相互作用,是一种安全、高效、广谱的抗 HPV 感染的杀微生物剂。HPV 疫苗包括葛兰素史克公司的 Cervarix 和 Merck 公司的 Gardasil,现已成功上市。Cervarix 是二价疫苗,Gardasil 是四价疫苗。宋云焕等[6]认为,Cervarix 可以预防相关类型的 PHV 诱导的宫颈癌,且不易引起流产,疗效好,安全性高。而 Dillner

【第一作者简介】王海英(1977 –),女,主治医师,主要从事皮肤科临床诊治与研究工作。

J 等[7]研究表明,Gardasil 作为四价 PHV 疫苗,能有效预防 99% 的 CA 和 100% 的外阴及阴道上皮内Ⅰ级瘤变。

3.2 治疗性药物

3.2.1 Polyphenon E Polyphenon E 于 2007 年底在美国上市,是一种绿茶提取物(主要成分是茶多酚),可外用治疗肛周和外生殖器 CA。同时,它也是一种强抗氧化剂,可以保护红细胞的 ATP 酶[8],并抑制多种能够参与产生炎性介质的酶和激酶[9]。Polyphenon E 主要通过诱导细胞凋亡和介导细胞周期的失常,达到抑制感染 HPV 细胞的目的,从而有助于清除 CA 皮损[10]。Tatti S 等[11]进行了一项随机、双盲试验,将 502 名 18 岁以上的 CA 患者随机分为 3 组,分别使用 10% Polyphenon E、15% Polyphenon E 和安慰剂,结果显示,10% 和 15% 两种浓度的 Polyphenon E 均有较高的治疗 CA 的疗效,且不良反应轻微,患者耐受性较好。Stockfleth E 等[12]研究表明,Polyphenon E 是一种安全、有效的 CA 治疗药物,但在宫颈、阴道和肛管的 CA 皮损的治疗方面还需更多试验做进一步研究。有研究发现,Polyphenon E 的主要不良反应有局部炎症反应,包括瘙痒、轻度烧灼感和红斑等[13]。2012 年,Stockfleth E 等[14]的另一项研究发现,Polyphenon E 还可用于治疗其它肿瘤学病变或病毒感染。Wolfgang GH 等[15]研究表明,Polyphenon E 可以通过介导细胞周期的失常和诱导细胞凋亡,抑制感染了 HPV 病毒的 4 种肿瘤细胞的增殖(CaSKi、SiHa、HeLa、C4 - I)。

3.2.2 鬼臼毒素纳米制剂 鬼臼毒素(POD)是天然活性物质,提取自华鬼臼的茎和根,被 WHO 推荐为治疗 PHV 感染的最有效的一线药物之一,具有细胞毒性[16]。张敏等[17]研究表明,小剂量鬼臼毒素纳米制剂长期应用无系统吸收毒性,且局部不良反应少、程度轻、出现较迟、皮肤靶向性好。谢方明等[18,19]进行了一项随机、双盲、对照试验,应用鬼臼毒素凝胶和鬼臼毒素固体脂质纳米粒凝胶治疗 97 例复发性外阴 CA 患者,2 次/d,2 ~ 7 d 为 1 个疗程,皮损完全清除后停药 4d 再进行抗复发治疗,结果发现,两种药物具有相似的首次清除率,而鬼臼毒素固体脂质纳米粒凝胶的复发率和不良反应明显低于鬼臼毒素凝胶,差异有显著统计学意义,说明鬼臼毒素固体脂质纳米粒凝胶能有效降低 CA 的复发率和不良反应发生率,耐属性好。另一项研究发现,与鬼臼毒素相比,鬼臼毒素固体脂质纳米粒凝胶具有更强的诱导细胞凋亡和抑制细胞增殖的能力[20]。李雪芽等[21]不同剂型鬼臼毒素治疗尖锐湿疣的研究进展,结果发现纳米载药新剂型的鬼臼毒素,如微乳凝胶、醇质体、纳米脂质载体及固体脂质纳米粒等,具有系统吸收少、皮肤和黏膜靶向性好及刺激性小等优点。

3.2.3 三氯蹄酸铵(AS101) AS101 是小分子化合物,可以抗细胞活性、抗病毒、刺激机体特异性和固有免疫应答[22]。Friedman 等[22]连续 16 周使用 15% 的 AS101 软膏治疗 74 例 CA 患者,其中男 26 例,女 48 例;肛周 CA 30 例,女阴 CA 44 例;年龄 18 ~ 62 岁,结果女阴和肛周 CA 的治愈率分别为 80% 和 70%,均未留下疤痕。6 个月随访结束后,复发率仅为 4%,且最常见的不良反应为烧灼感、中度瘙痒、局部红斑和疼痛,提示 AS101 在治疗 CA 方面疗效可靠,不良反应少,患者耐受性良好,安全性高。但是,由于临床上有关 AS101 在 CA 治疗方面的研究报道较少,因此其抗 PHV 病毒的作用机制至今仍不明确。

3.2.4 GS - 9191 GS - 9191 可以经皮肤渗透进入上皮层后,在细胞内代谢呈 9 - (2 - phosphonylmethoxyethyl) - N(6) - cyclopropyl - 2, 6, diaminopurine(cPrPMEDAP) 后,脱去氨基,最终成为 PMEG。Wolfgang 等[15]研究发现,GS - 9191 的药物活性主要来自 PMEG 二磷酸,能有效抑制 DNA 聚合酶 α 和 β。而另一项研究也表明,GS - 9191 能长时间、有效抑制 DNA 的合成,使细胞周期长期停留在 S 期(长达 48 h),最终引起细胞凋亡(3 ~ 7d),但对没有感染 PHV 的细胞,抑制作用比较弱[24]。而另一项家兔模拟实验显示,GS - 9191 可以缩小肿瘤体积,其治愈能力与药物剂量呈依赖性关系,当浓度达到 0.1% 时,可以在 5 周内治愈皮损,1 个月内不会复发,也未见任何系统吸收毒性[23]。

4 预防 CA 复发的其他研究

有研究提出,采用包皮环切术及妊娠终止也能有效预防阴茎尖锐湿疣和女性尖锐湿疣的复发[24,25]。在早期,有不少研究采用自体新鲜疣体接种法来预防 CA 的复发,治愈率≥89%,复发率 <11%,总治愈率达 100%[26]。谢映等[27]采用 5% 咪喹莫特乳膏预防 CO_2 激光术后女性尖锐湿疣复发,治愈率高达 93.75%,复发率仅为 6.25%,说明 5% 咪喹莫特乳膏具有较好的预防 CA 复发的作用。施惠娟等[28]在 CO_2 激光或冷冻的基础上给予治疗组 5 - 氨基酮戊酸光动力疗法,对照组在基本治疗基础上不予任何药物,结果显示,治疗组的病毒清除率明显高于对照组(80% *vs.* 30%),而复发率显著低于对照组(13.33% *vs.* 56.67%),差异均有显著统计学意义。梁广智等[29]在其研究中采用木香汤局部熏洗 CO_2 激光祛除疣体的 CA 患者,其治愈率为 84.37%,复发率为 15.69%,而苏红等[30]采用祛疣汤治疗 CA,有效降低了微波治疗后的复发。以上实验说明中药内服外用对预防和治疗 CA 也有一定疗效。

有关 CA 复发的预防性药物和治疗研究已取得不少进展,但怎样从根本上预防 CA 的发生和发展,才是当今临床需要研究和解决的重点。因此,需要大量的大型试验来证明哪种药物或方法对预防 CA 更有效,更安全,更方便,价格更低廉,以更好的适应广大 CA 患者的需求。

参 考 文 献

[1] 徐楠, 胡小利, 覃兆伟, 等. 尖锐湿疣复发的防治进展. 医学综述, 2013, 19(9):1604.

[2] Shi H, Zhang X, Ma C, et al. Clinical analysis of five methods used to treat condylomata acuminata. Dermatology, 2013, 227(4): 338 - 345.

[3] 李景娟. 尖锐湿疣的临床研究与诊治进展. 医学理论与实践, 2013, 26(7): 873 - 874.

[4] 张维娜, 陆荣建, 黄明宪, 等. 杀微生物剂研究进展. 重庆理工大学学报(自然科学), 2012, 26(3): 38 - 45.

[5] Lembo D, Donalisio M, Rusnati M, et al. Sulfated K5Escherichia coli polysaccharide derivatives as wide - rangeinhibitors of genital types of human papillomavirus. Antimicrob Agents Chemother, 2008, 52(4): 1374 - 1381.

[6] 宋云焕, 周自广. 二价 HPV 疫苗预防宫颈癌及 HPV 相关感染的 meta 分析. 山西医科大学学报, 2012, 43(5): 377 - 381.

[7] Dillner J, Kjaer SK, Wheeler CM, et al. Four year efficacy of prophylactic human papillomavirus quadrivalent vaccine against low grade cervical, vulvar and vaginalintra epithelial neoplasia and anogenital warts: randomized controlled trial. BMJ, 2010, 341: c3493.

[8] Saffair Y, Sadrzadeh SM. Green tea metabolite EGCG protects mem-

branes against oxidative damage in vitro. Life Sci, 2004, 74(12): 1513 – 1518.
[9] Tyring SK. Sinecatechins: Effects on HPV – Induced Enzymes Involved in Inflammatory Mediator Generation. J Clin Aesthet Dermatol, 2012, 5(1): 19 – 26.
[10] Tyring SK. Effect of Sinecatechins on HPV – Activated Cell Growth and Induction of Apoptosis. J Clin Aesthet Dermatol, 2012, 5(2): 34 – 41.
[11] Tatti S, Swinehart JM, Thielert C, et al. Sinecatechins, a defined green tea extract, in the treatment of external anogenital warts: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol, 2008, 111(6): 1371 – 1379.
[12] Stockfleth E, Beti H, Orasan R, et al. Topical PolyphenonE in the treatment of external genital and perianal warts: a randomized controlled trial. Br J Dermatol, 2008, 158(6): 1329 – 1338.
[13] 周自广, 郭书萍. 15% polyphenon E 乳膏治疗尖锐湿疣有效性与安全性的 Meta 分析. 山西医科大学学报, 2009, 40(2): 173 – 176.
[14] Stockfleth E, Meyer T. The use of sinecatechins(polyphenonE) ointment for treatment of external genital warts. Expert Opin Biol Ther, 2012, 12(6): 783 – 793.
[15] Wolfgang GH, Shibata R, Wang J, et al. GS – 9191 is anovel topical prodrug of the nucleotide analog 9 – (2 – phosphonylmethoxyethyl) guanine with antiproliferative activityand possible utility in the treatment of human papilloma – virus lesions. Antimicrob Agents Chemother, 2009, 53(7): 2777 – 2784.
[16] Kinghorn GR, Mcmillan A, Mulcahy F, et al. An open, comparative, study of the efficacy of 0.5% podophyllotoxinlotion and 25% podophyllotoxin solution in the treatment of condylomata acuminata in males and females. Int J STD AIDS, 1993, 4(4): 194 – 199.
[17] 张敏, 曾抗, 李国锋, 等. 鬼臼毒素 – 固体脂质纳米粒的皮肤毒理学实验. 中国组织工程研究与临床康复, 2007, 11(13): 2420 – 2424.
[18] 张敏, 曾抗, 李国锋, 等. 鬼臼毒素 – 固体脂质纳米粒与鬼臼毒素酊经皮外用的安全性比较. 中国组织工程研究与临床康复, 2008, 12(1): 103 – 107.
[19] 谢方明, 曾抗, 陈志良, 等. 鬼臼毒素固体脂质纳米粒凝胶治疗复发性尖锐湿疣的随机双盲对照研究. 南方医科大学学报, 2007, 27(5): 657 – 659.
[20] 种树彬, 曾抗, 李国锋, 等. 鬼臼毒素纳米脂质载体诱导永生化人宫颈上皮细胞凋亡的作用及机制. 山东医药, 2011, 51(15): 7 – 9.
[21] 李雪芽, 肖艳, 曾抗. 不同剂型鬼臼毒素治疗尖锐湿疣的研究进展. 中国皮肤性病学杂志, 2013, 20(1): 66.
[22] Friedman M, Bayer I, Letko I, et al. Topical treatmentfor human papillomavirus – associated genital warts in humanswith the novel tellurium immunomodulator AS101: assessment of its safety and efficacy. Br J Dermatol, 2009, 160(2): 403 – 408.
[23] Birkus G, Kutty N, Frey CR, et al. Role of cathepsin Aand lysosomes in the intracellular activation of novel antipapillomavirusagent GS – 9191. Antimicrob AgentsChemother, 2011, 55(5): 2166 – 2173.
[24] 陈榕. 终止妊娠减少尖锐湿疣复发率疗效观察. 中国误诊学杂志, 2008, 8(25): 6109 – 6110.
[25] 陈强文, 陈富祺. 包皮环切术预防阴茎尖锐湿疣复发疗效观察. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2009, 8(5): 293 – 294.
[26] 梁广智, 王俊伟, 雍磊, 等. 自体疣接种对预防尖锐湿疣复发的疗效观察. 肿瘤基础与临床, 2008, 21(2): 166 – 167.
[27] 谢映, 陈明春. 5% 咪喹莫特乳膏对 CO_2 激光术后女性尖锐湿疣复发的预防作用. 中国皮肤性病学杂志, 2010, 24(9): 838 – 839.
[28] 施惠娟, 杨晶, 段爱霞, 等. 5 – 氨基酮戊酸光动力疗法预防尖锐湿疣复发的临床研究. 宁夏医科大学学报, 2011, 33(7): 646 – 648.
[29] 梁广智, 雍磊, 王俊伟. 木香汤局部熏洗预防尖锐湿疣复发的临床观察. 肿瘤基础与临床, 2008, 21(4): 342 – 343.
[30] 苏红, 黄宇平, 梁刘. 中药克抚灵局部应用联合微波治疗女性尖锐湿疣的疗效观察. 中国性科学, 2012, 21(12): 52 – 54.

(收稿日期:2014 – 10 – 08)

· 生殖健康 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 – 1993.2015.08.026

外环下显微外科精索静脉结扎术联合五子衍宗丸治疗精索静脉曲张不育症临床观察

卢永强[1] 秦茂[2] 张秀平[2] 刘保兴[2△]
1 涞水县计划生育技术服务站,河北 保定 074199
2 中日友好医院男科,北京 100029

【摘 要】 **目的:**探讨外环下显微外科精索静脉结扎术联合五子衍宗丸对精索静脉曲张患者精液质量的影响。**方法:** 精索静脉曲张患者 110 例,随机分为联合治疗组:外环下显微外科精索静脉结扎术后联合五

【基金项目】北京市自然科学基金(7102140)。
【第一作者简介】卢永强(1980 –),男,主治医师,主要从事泌尿男科临床工作。
△【通讯作者】刘保兴,副主任医师、博士后,E – mail:liubx66@163.com

子衍宗丸治疗(52 例);药物组:五子衍宗丸治疗(58 例)6g/次,2 次/d。所有患者均随访 12 个月,观察治疗后精液参数、睾酮水平及配偶妊娠情况。**结果**:联合治疗组治疗后 12 个月精液参数(精子浓度、活力)及睾酮水平显著优于药物组($P<0.05$)。治疗后 12 个月时联合治疗组妊娠率为 44.2%,显著高于药物组(12.1%)($P<0.01$)。**结论**:和五子衍宗丸相比,外环下显微外科精索静脉结扎联合五子衍宗丸可显著改善精索静脉曲张不育症患者精液参数,提高睾酮水平及妊娠率。

【关键词】 精索静脉曲张;外环下显微精索静脉结扎术;五子衍宗丸

Study on subinguinal microscopic varicocelectomy combined with Wuziyanzong pill in the treatment of infertility caused by varicocele

LU Yongqiang[1], *QIN Mao*[2], *ZHANG Xiuping*[2], *LIU Baoxing*[2△]. *1. Family Planning Service Stations of Laishui Country, Baoding 074199, China; 2. Department of Andrology, China - Japan Friendship Hospital, Beijing 100029, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To assess the effect of subinguinal microscopic varicocelectomy combined with Wuziyanzong pill on spermatogenesis of infertile patients with varicocele. **Methods**: 110 male infertility patients withvaricocele were divided into two groups, the combined therapy group ($n=52$) and herbs group ($n=58$). The combined therapy group took orally Wuziyanzong pill after subinguinal microsurgical varicocelectomy. The herbs group only took orally Wuziyanzong pill (6g, twice a day). The sperm parameters, serum testosterone and pregnancy rate after 12 months' follow - up was compared between the two groups. **Results**: The sperm parameter (sperm concentration, motility and serum testosterone) of the combined therapy group were better than those of herbs group after 12 months of treatment ($P<0.05$). The pregnancy rate of combined therapy group was 44.2% and higher than that of 12.1% in herb group ($P<0.01$). **Conclusion**: Subinguinal microscopic varicocelectomy combined with Wuziyanzong pill can significantly improve the sperm parameters, serum testosterone and the pregnancy rate of infertile patients with varicocele.

【**Key words**】 **Varicocele; Subinguinal microscopic varicocelectomy; Wuziyanzong pill**

【中图分类号】 R277.33 【文献标志码】 A

在男性原发性不育患者中约有 35% 患有精索静脉曲张,而在继发性不育患者这一比例可高达 70% ~81%[1,2]。现代医学对精索静脉曲张导致不育主要治疗方法是精索内静脉结扎,精索内静脉结扎最理想的手术方式是显微镜下精索内静脉结扎术,但单纯手术效果往往不太理想[3,4]。五子衍宗丸是治疗男性不育的常用方药,我们采用外环下显微外科精索静脉结扎术联合术后五子衍宗丸治疗,观察该联合疗法对患者生精功能的影响。

1 研究对象与方法

1.1 研究对象

选取 2010 年 1 月至 2013 年 6 月在我院收治并行手术的精索静脉曲张不育症患者 110 例。精索静脉曲张诊断采用 WHO 体格检查分级标准[5],均经过两名高年资医生确认。入选标准:左侧为Ⅱ度或Ⅲ度的单侧或双侧精索静脉曲张;其中左侧Ⅱ度曲张 76 例,Ⅲ度曲张 34 例,单侧精索静脉曲张 61 例,双侧精索静脉曲张 49 例,排除继发性精索静脉曲张、亚临床型和 I 度精索静脉曲张;排除内分泌、生殖系统感染及生殖系统先天发育异常导致的男性不育患者。患者年龄 20 ~41 岁,平均(31.03 ±6.17)岁;不育病程 12 ~25 个月,平均(18.35 ±5.42)个月。配偶妇科体检均正常。

1.2 方法

1.2.1 分组及用药

按照患者的就诊顺序,采用随机数字表法将 110 例患者分成两组,联合治疗组 52 例,药物组 58 例,。两组患者在年龄、曲张病变程度、发病部位、病程等方面差异无显著性($P>0.05$)。见表 1。

表 1 两组术前一般资料比较

组别	n	年龄(岁)	病变程度		发病部位		病程(月)
			Ⅱ度	Ⅲ度	单侧(例)	双侧(例)	
联合治疗组	52	31.48 ±6.23	37	15	29	23	17.93 ±5.05
药物组	58	30.75 ±5.84	39	19	32	26	18.48 ±5.52

1.2.2 治疗方法

联合治疗组 52 例患者均采用外环下显微外科精索静脉结扎术,有双侧精索静脉曲张者行双侧结扎。采用局部麻醉加精索阻滞麻醉,于外环下眉型切口长 2 ~3cm。逐层切开,钝性分离至精索内筋膜,游离、牵出、固定精索,确保输精管与牵出段精索分离。打开精索内筋膜,在 6 倍放大镜下结扎所有精索内静脉,提睾肌静脉,保留精索动脉,1 ~2 支淋巴管,和 1 支输精管伴行静脉。如果为双侧,采取同样的方法处理对侧。术后卧

床休息 1d。术后 1 周开始服用五子衍宗丸(北京同仁堂制药厂,批号 2030125),6g/次,2 次/d,药物组单纯给予五子衍宗丸治疗,6 克/次,2 次/d。同时要求两组要保持规律性生活,不低于 2 次/周,联合组术后 1 个月开始性生活。两组患者均为治疗开始后,每 3 个月复查精液质量和血清睾酮水平,两组均治疗并随访 12 个月,治疗过程中配偶妊娠则停止用药。

1.3 疗效评价指标

患者治疗前均经计算机辅助精液分析系统(CASA)检查证实为少、弱或畸形精子症。两组患者在治疗 12 个月后随访精液参数,观察精液参数包括:精子浓度、活力、正常形态率,ELISA 法检测血清睾酮,并在 12 个月内随访配偶妊娠情况。

1.4 统计学方法

所有数据采用 SPSS17.0 进行统计学处理,计量资料采用独立样本 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

联合治疗组术后 1 例(1/52)患者复发,无切口感染、睾丸萎缩及睾丸鞘膜积液。

2.1 两组治疗前后精子密度,精子活力,精子形态结果比较

治疗前两组精子浓度、精子活力、正常精子形态率无显著性差异($P>0.05$)。和治疗前相比,治疗 12 个月后两组精子密度、精子活力均显著升高,联合治疗组精子密度、精子活力显著高于药物组($P<0.05$)。和治疗前相比,治疗后联合治疗组和药物组精子正常形态率均无显著增加,联合治疗组精子正常形态率虽稍高于药物组,但差异不具有统计学意义($P>0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后精液参数比较

组别	n	精子浓度($\times10^6$)		精子活力(%)		正常形态(%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合治疗组	52	30.7 ± 17.6	65.9 ± 17.3 *#	30.3 ± 7.5	51.9 ± 9.6 *#	2.9 ± 1.1	4.5 ± 1.2
药物组	58	29.4 ± 18.9	50.7 ± 15.2#	31.4 ± 10.7	40.7 ± 11.2#	2.6 ± 1.2	3.7 ± 0.8

注:与药物组比较 *$P<0.05$;与同组治疗前比较 #$P<0.05$

2.2 两组治疗前后睾酮水平结果

两组治疗前睾酮水平无显著性差异($P>0.05$)。治疗后 12 个月时,联合治疗组睾酮水平显著升高,并高于药物组($P<0.05$),药物组治疗前后睾酮水平无显著差异($P>0.05$)。见表 3。

表 3 两组治疗前后睾酮水平比较

组别	n	治疗前	治疗后 12 个月
联合治疗组	52	13.3 ± 2.7	16.4 ± 2.7 *#
药物组	58	12.7 ± 3.0	12.8 ± 3.5

注:与药物组比较 *$P<0.05$;与治疗前比较 #$P<0.05$

2.3 两组治疗后妊娠结果

治疗后 12 个月联合治疗组累计妊娠率为 44.2%(23/52),显著高于药物组 12.1%(7/58)($P<0.05$)。

3 讨论

精索静脉曲张是男性不育的重要原因[6,7],其发病率占男性不育患者的 21% ~41%[8],在精索静脉曲张的男性当中 20% ~50% 伴有精液质量等异常,主要表现精液质量下降。提高精液质量的关键在于改善睾丸血液回流,纠正睾丸的缺氧代谢、解除肾静脉返流引起的肾上腺代谢产物的毒性作用[9]。手术是治疗精索静脉曲张的主要方法,随着医学的发展,手术的方式经历了传统手术到腹腔镜技术再到如今的显微外科术,在各种精索静脉的手术中,显微外科以其创伤小、并发症少、术后复发率低、可明显改善精液质量及提高妊娠率等优势,如今被认为是治疗精索静脉曲张的"金标准"[10]。Meta 分析显示:针对精索静脉曲张患者,显微外科精索静脉结扎术后精子密度平均增加了 9.71×10^6/mL,精子活力平均增加了 11.27%,正常形态精子百分率增加了 3.16%,包括显微外科在内的手术可使受孕率提高 2.87 倍[11,12]。通过结扎精索内静脉,阻断了血液的逆流,从而改善曲张静脉血液滞留现象,提高精液质量,最终促进生育。

五子衍宗丸由枸杞子、菟丝子、五味子、覆盆子、车前子 5 味中药组成,具有补肾益精之功,被誉为"古今种子第一方"。动物实验研究显示:五子衍宗丸能明显增加模型动物精子密度,显著改善精子活力并可显著提高肾精亏虚证生精障碍大鼠血清 INHB 水平及生精功能,提高血清 SOD 水平,降低 MDA,起到清除氧自由基并保护细胞免受损伤的作用[13-15]。相关研究证实,五子衍宗丸在提高精液量、精子密度、精子活动率、改善液化情况方面有明显的作用[16]。

本研究中,精索静脉曲张不育患者手术后结合五子衍宗丸治疗,在治疗后精子浓度、活力与单纯应用五子衍宗丸相比显著升高,而正常形态率也有所改善,睾酮水平明显升高,治疗后 12 个月妊娠率明显高于药物组。上述结果表明,和五子衍宗丸相比,外环下显微外科精索静脉结扎术联合五子衍宗丸可显著改善精索静脉曲张不育症患者精液参数、睾酮水平及妊娠率。

参 考 文 献

[1] Gorelick J, Goldstein M. Loss of fertility in men with varicocele. Fertil Steril,1993,59(3):613 -616.

[2] Witt MA, Lipshultz LI. Varicocele: a progressive or static lesion? Urology, 1993,42(5): 541 -543.

[3] 俞能旺,沈弋桢,宋华,等. 治疗精索静脉曲张不同术式疗效的荟萃分析. 中华泌尿外科杂志,2013,34(1):45 -48.

[4] 高兆旺,张丽. 精索静脉曲张从蓄血证论治探析. 中国医学创新,2010,7(25):191 -192.

[5] Dubin L, Amelar RD. Varicocelectomy: 986 cases in a twelve - year

study. Urology,1977,10(5):446 – 449.
[6] 曹兴午,李翠英,袁长巍,等. 精子凋亡和生精细胞凋亡检测与精索静脉曲张的关系. 中国男科学杂志,2011,25(7):69 – 70.
[7] 艾庆燕,赵豫凤,王艳梅,等,精索静脉曲张致男性不育机制研究进展. 中国全科医学,2011,14(24):2813 – 2815.
[8] 王益鑫. 男性不育诊断与治疗. 5 版. 上海:科学技术文献出版社,1998:254 – 283.
[9] Redmon JB,Carey P,Pryon JL, et al. Varicocele – the most cause of male factor inferlilin. Lium Report Update, 2002,8(1): 53 – 58.
[10] Mehta A,Goldstein M. Microsurgical varicocelectomy: a review. Asian J Androl,2013,15(1):56 – 60.
[11] Agarwal A, Deepinder F, Cocuzza M, et al. Efficacy of varicocelectomy inmproving semen parameters: new meta analytical approach. Urology, 2007,70(3):532 – 538.
[12] Marmar JL, Agarwal A, Prabakaran S, et al. Reassessing the value of varicocelectomy as a treatment for male subfertility with a new meta – analysis. Fertil Steril,2007,88(3):639 – 648.
[13] 葛争艳,金龙,刘建勋,等. 五子衍宗丸补肾壮阳作用的实验研究. 中国实验方剂学杂志,2010,16(7):173 – 176.
[14] 刘保兴,张圣强,谢春云,等. 五子衍宗丸含药血清对活性氧致大鼠精子活力下降的保护作用. 北京中医药大学学报(中医临床版),2010,17(1):13 – 15.
[15] 王秋萍,王桐生,龙之江,等. 五子衍宗丸对少弱精症模型大鼠精子质量及睾丸组织的影响. 中成药,2011,33(10):1796 – 1797.
[16] 韩亮,李海松,王彬,等. 五子衍宗丸治疗精液异常男性不育 60 例临床观察. 世界中西医结合杂志,2013,8(1):41 – 43.

(收稿日期:2015 – 01 – 15)

· 生殖健康 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 – 1993.2015.08.027

不同分娩方式对初产妇产后性功能影响的临床对比研究

祖丽菲娅·阿布力克木 米热阿依·尕依提
新疆维吾尔自治区人民医院产科,乌鲁木齐 830001

【摘 要】 **目的:**探究分析顺产、会阴侧切与剖宫产三种分娩方式对初产妇产后性功能的影响。**方法:**选择2011 年3 月至2014 年2 月来我院分娩的300 例初产妇,按照其分娩方式分为顺产组80 例,会阴侧切组105 例,剖宫产组115 例。分别在产后 2 个月、5 个月以及 8 个月对所有初产妇进行性功能状况调查,分析比较三组患者性功能状况的差异性。**结果:**产后 2 个月、5 个月、8 个月时的性功能障碍发生率相比,三组患者均在产后 2 个月后发生性功能障碍的比例最高,产后 5 个月、8 个月后均明显降低,具有明显差异性($P < 0.05$)。NVD/epi 组与其他两组比较,产后 2 个月、5 个月、8 个月时的性功能障碍发生率均高于顺产组和剖宫产组,具有显著性差异($P < 0.05$);三组产妇在产后 2 个月和 5 个月的性功能评分中,其顺产组、剖宫组的总分分别与会阴侧切组相比具有统计学意义($P < 0.05$),而顺产组与剖宫组相比差异并不明显($P > 0.05$),8 个月后各组评分则均无统计学意义($P > 0.05$);在产后 2 个月后,顺产组与剖宫组的性生活恢复的比例分别为 75.0%、73.9%,与会阴侧切组相比较高,具有明显差异性($P < 0.05$),产后 5 个月顺产组与剖宫组的性生活恢复的比例分别为 91.2%、89.6%,与会阴侧切组相比较高,具有明显差异性($P < 0.05$),产后 8 个月后三组患者恢复性生活的比例均较高,组间比较无差异性($P > 0.05$)。**结论:**顺产分娩方式使初产妇患者发生性功能障碍的比例最低,恢复性生活的比例最高,性功能水平最高,其次为剖宫分娩,而会阴侧切组对初产妇产后性功能障碍、性功能水平影响相对较大,因此建议初产妇选择顺产进行分娩。

【关键词】 顺产;会阴侧切;剖宫产;性功能障碍;性功能水平;

Impact of different methods of delivery on the postpartum sexual function of primipara *ZULIFEIYA·Abulikemu, MIREAYI·Gayiti. Department ofObstetrics, Xinjiang Uygur Autonomous Region People's Hospital, Urumqi 830001, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To explore the impact of nature birth, episiotomy and cesarean on the postpartum sexual function of primipara. **Methods**: The 300 primipara in our hospital from March 2011 to February 2014 were selected and divided into three groups according to their mode of delivery, i.e. nature birth group (80 cases), epi-

【基金项目】新疆维吾尔自治区自然科学基金(2012211A084)。
【第一作者简介】祖丽菲娅·阿布力克木(1974 –),女,主治医师,主要从事产科临床诊治与研究工作。

siotomy group (105 cases), and cesarean section group (115 cases). Their sexual functions were surveyed 2 months, 5 months and 8 months after, to analyze and compare the differences among the three groups. **Results**: The occurrence rate of sexual dysfunction was the highest 2 months after delivery, with significant difference from those at 5 or 8 months after delivery ($P<0.05$). Compared with the other two groups, the incidence rate of sexual dysfunction in the NVD / epi group was much higher at 2, 5 and 8 months after delivery, with significant differences ($P<0.05$). The sexual function scores of nature birth group and cesarean group at both 2 and 5 months after delivery were higher than that of the episiotomy group, with statistically significance ($P<0.05$), and difference between the first two groups was not significant ($P>0.05$), so as the difference among the three groups 8 months after delivery ($P>0.05$). At two months after delivery, the recovery rate of sexual function in the nature birth group and cesarean group were 75.0% and 73.9% respectively, higher than that in the episiotomy group, with significant difference ($P<0.05$); the recovery rate at 5 months after delivery were 91.2% and 89.6 % respectively, higher than the episiotomy group, with significant difference ($P<0.05$); the recovery rate at 8 months after delivery was not significantly different among the three groups ($P>0.05$). **Conclusion**: Primipara adopting nature birth delivery has the lowest incidence rate of sexual dysfunction, highest level of sexual function and recovery rate, followed by cesarean section and episiotomy orderly. Therefore, nature birth is a better choice for primipara.

【Key words】 Nature birth; Episiotomy; Cesarean section; Sexual dysfunction; Sexual function level

【中图分类号】 G479 **【文献标志码】** A

性健康是指生殖系统及其功能和过程中所涉及的包括身体、情绪、精神和社会等方面的健康状态,女性产后的性健康是其重要的组成部分[1]。近年来,国内外学者对女性产后性健康的重视已大大提高。大量临床随访研究显示,不论何种分娩方式终止妊娠,女性产后性健康都会受到影响[2],甚至产生抑郁、焦虑等不良临床症状[3]。本文就选择 2011 年 3 月至 2014 年 2 月来我院分娩的 300 例初产妇,探讨分析顺产、会阴侧切与剖宫产三组分娩方式对初产妇性功能的影响。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

选择 2011 年 3 月至 2014 年 2 月来我院分娩的 300 例初产妇,按照其分娩方式分为顺产组 80 例,会阴侧切组 105 例,剖宫产组 115 例。顺产组患者的年龄为 22 ~ 35 岁,平均年龄为(26.50 ± 3.50)岁,平均流产次数为(0.85 ± 0.58),新生儿健康状况良好;会阴侧切组患者的年龄为 23 ~ 35 岁,平均年龄为(27.10 ± 3.50)岁,平均流产次数为(0.83 ± 0.54),新生儿健康状况良好;剖宫产组患者的年龄为 21 ~ 33 岁,平均年龄为(25.50 ± 3.30)岁,平均流产次数为(0.81 ± 0.60),新生儿健康状况良好。三组患者在年龄、流产次数等资料方面无显著性差异($P>0.05$)。

1.2 纳入标准[4]

(1)足月妊娠;(2)非病理妊娠(除外妊娠期高血压疾病、妊娠期糖尿病前置胎盘、胎盘早剥等);(3)分娩方式:顺产、会阴侧切、剖宫产;(4)年龄在 20 ~ 35 岁之间;(5)夫妇双方无性功能障碍史;(6)无心理疾病;(7)产后会阴伤口或腹部刀口愈合良好。

1.3 方法

建立专门调查小组,对所有产妇分别于产后 2 个月、5 个月及 8 个月进行产后性功能调查。本院采用改良的国际认可度较高的女性性功能指数(FSFI)调查问卷考察性功能水平;记录产后 2 个月、5 个月与 8 个月后的发生性功能障碍例数;登记产后性生活恢复时间是何时。改良的女性性功能指数(FSFI)调查问卷内容包括:性欲程度 3 ~ 15 分;阴道润滑状况 0 ~ 15 分;性高潮状况 0 ~ 20 分;性满意度 2 ~ 20 分。

1.4 统计学处理

数据处理软件包为 SPSS16.0,计量的比较采用 t 值检验,计数的比较采用 χ^2 检验,$P<0.05$ 表示有显著性差异。

2 结果

2.1 三组患者产后 2 个月、5 个月与 8 个月后的发生性功能障碍例数的比较

产后 2 个月、5 个月、8 个月时的性功能障碍发生率相比,三组患者均在产后 2 个月后发生性功能障碍的比例最高,产后 5 个月、8 个月后均明显降低,具有明显差异性($P<0.05$)。NVD/epi 组与其他两组比较,产后 2 个月、5 个月、8 个月时的性功能障碍发生率均高于顺产组和剖宫产组,具有显著性差异($P<0.05$)。见表 1。

表 1 三组患者产后 2 个月、5 个月与 8 个月后的发生性功能障碍例数的比较

时间	NVD 组	NVD/epi 组	C/S 组
例数	80	105	115
2 个月	34(42.5)*	80(69.6)	53(46.1)*
5 个月	21(26.3)*	48(45.7)	30(26.1)*
8 个月	11(13.8)*	25(23.8)	17(14.8)*

注:同 NVD/epi 组比较,* $P<0.05$

2.2 三组患者产后 2 个月、5 个月与 8 个月后的性功能状况的比较

三组产妇在产后 2 个月和 5 个月的性功能评分中,其顺产组、剖宫组的总分分别与会阴侧切组相比具有统计学意义($P<0.05$),而顺产组与剖宫组相比差异并不明显($P>0.05$),8 个月后各组评分则均无统计学意义($P>0.05$),具体各项在不同时间的差异性见表 2。

表 2 三组患者产后 2 个月、5 个月与 8 个月后的性功能状况的比较

指标	时间	NVD 组 ($n=80$)	NVD/epi 组 ($n=105$)	C/S 组 ($n=115$)
性欲程度	2 个月	4.80 ± 0.85 *△	4.10 ± 0.15△	4.55 ± 0.85
	5 个月	5.55 ± 0.50△	5.10 ± 0.20△	5.58 ± 0.55
	8 个月	6.56 ± 0.45	6.50 ± 0.25	6.50 ± 0.50
阴道润滑状况	2 个月	3.85 ± 0.50 *△	3.10 ± 0.20△	3.50 ± 0.45
	5 个月	3.85 ± 0.50 *	3.50 ± 0.30△	3.75 ± 0.40
	8 个月	4.35 ± 0.50	4.35 ± 0.10	4.30 ± 0.60
性高潮状况	2 个月	5.80 ± 0.50 *△	4.80 ± 0.40△	5.15 ± 0.50
	5 个月	5.55 ± 0.60 *	5.30 ± 0.50△	5.65 ± 0.50
	8 个月	6.65 ± 0.50	6.70 ± 0.50	6.70 ± 0.40
性满意度	2 个月	5.95 ± 0.60 *△	4.80 ± 0.40△	5.40 ± 0.50
	5 个月	6.10 ± 0.40 *	5.20 ± 0.50△	5.80 ± 0.60
	8 个月	6.55 ± 0.60	6.70 ± 0.50	6.60 ± 0.60
总分	2 个月	19.50 ± 1.50 *△	16.50 ± 1.10△	18.60 ± 1.10
	5 个月	21.50 ± 1.50 *	17.50 ± 1.20△	21.10 ± 1.80
	8 个月	24.50 ± 1.50	24.30 ± 1.10	24.30 ± 1.40

注:同 NVD/epi 组比较,* $P<0.05$;同 C/S 组比较△ $P<0.05$

2.3 三组患者产后 2 个月、5 个月与 8 个月后性生活恢复时间的比较

在产后 2 个月后,顺产组与剖宫组的性生活恢复的比例分别为 75.0%、73.9%,与会阴侧切组相比较高,具有明显差异性($P<0.05$);产后 5 个月顺产组与剖宫组的性生活恢复的比例分别为 91.2%、89.6%,与会阴侧切组相比较高,具有明显差异性($P<0.05$);产后 8 个月后三组患者恢复性生活的比例均较高,组间比较无差异性($P>0.05$)。见表 3。

表 3 三组患者产后 2 个月、5 个月与 8 个月后性生活恢复时间的比较

时间	NVD 组	NVD/epi 组	C/S 组
例数	80	105	115
2 个月	60(75.0) *	60(57.1)	85(73.9) *
5 个月	73(91.2) *	84(80.0)	103(89.6) *
8 个月	79(98.8)	102(97.1)	113(98.3)

注:同 NVD/epi 组比较,* $P<0.05$

3 讨论

女性性功能障碍是指任何一个个体不能以任何方式参加到她所希望的性行为中,且在性行为过程中不能得到或难以得到满足[5,6]。不论采取何种分娩方式,产后产妇都会多少具有性功能障碍的症状。在国内受传统思想的影响,女性性健康所受到的重视远远不足,尤其是在女性产后的性健康方面缺乏临床随访资料,这也就限制了我们对中国女性产后性健康现状的了解,不能及时的提供相应的治疗措施。因此,重视女性产后的性生活质量到了刻不容缓的地步。

不论何种分娩方式均会对女性产后的性功能产生影响。但从医学理论上来看,阴道分娩时,胎儿由产道娩出,可对盆底组织造成损伤,而剖宫产分娩时胎儿不经过产道,故阴道分娩对产后性功能的影响要大于剖宫产[7,8]。有人研究发现,剖宫产前后盆底肌肉强度无明显变化,且女性产后性问题的发生率明显低于阴道分娩者[9,10]。但也有医学家研究表明,顺产和剖宫产均保持了会阴部的完整性,其对性功能的影响无显著性差异,会阴的完整性才是影响女性产后性功能的重要因素[11,12]。本文研究发现,顺产组患者的发生性功能障碍在产后各个月的比例较会阴侧切组显著低,性功能水平较会阴侧切组显著高,性生活恢复时间较会阴侧切组明显早,这种结果提示产后性功能障碍和各种性问题的发生与会阴的完整性有关,与国内外有关学者研究结论一致。会阴侧切的目的主要是避免软产道严重撕裂伤的发生,促进胎儿的安全娩出,但却破坏了会阴的完整性,损伤了球海绵体肌等重要结构和功能,而这些结构是盆底重要组成部分,且与女性性功能密切相关,从而导致女性产后各种性功能问题的出现[13,14]。剖宫产使胎儿的娩出不经过产道,避免了阴道分娩对软产道的损伤,保持了会阴完整性,但同时造成了腹壁的损伤,由于骨盆底肌张力的恢复延迟等因素,影响了女性产后的性生活质量[5],也与本实验的研究结论一致。

综上所述,顺产分娩方式使初产妇患者发生性功能障碍的比例最低,恢复性生活的比例最高,性功能水平最高,其次为剖宫分娩,而会阴侧切组对初产妇产后性功能障碍、性功能水平影响相对较大,因此建议初产妇选择顺产进行分娩。

参 考 文 献

[1] 陶锦,由娜娜,马延巾. 初产妇产后性功能恢复的影响因素研究. 中国性科学,2014,23(5):56 - 58.

[2] 喻琴艳,张淑珍. 不同分娩方式对初产妇产后性功能的影响. 中国性科学,2014,23(1):32 - 36.

[3] 袁华. 全程导乐陪伴分娩对初产妇产后抑郁、焦虑情绪的影响. 中国医科大学学报,2013(10):937 - 939.

[4] 曹江霞,周燕. 不同分娩方式对围绝经期女性盆底功能影响的研究. 中国妇幼保健,2010(31):4504 - 4506.

[5] 麦秀莲,龙丽珊. 分娩方式对初产妇产后性功能的影响. 中国医疗前沿,2010,6(3):51 - 52.

[6] 麦秀莲,曹丽,龙丽珊. 分娩方式对初产妇产后早期盆底肌力的影响. 海南医学,2010(21):44 - 45.

[7] 林丽莎,黄吴健,宋岩峰,等. 分娩方式对产妇早期盆底功能障碍的影响分析. 实用妇产科杂志,2012(9):785 - 788.

[8] 王曙光,陈晓园,周丽萍,等. 剖宫产与阴道分娩对女性产后性功能影响的比较研究. 中国性科学,2012,21(8):19 - 21.

[9] 徐晓阳,姚珍薇,王焕英,等. 产后性生活质量与分娩方式的关系. 中华妇产科杂志,2003(4):30 - 33.

[10] 刘丹. 阴道产及剖宫产患者分娩后性生活质量调查. 青岛医药卫生,2013(4):263 - 264.

[11] Citak N, Cam C, Arslan H, et al. Postpartum sexual function of women and the effects of early pelvic floor muscle exercises. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica,2010,89(6):817 - 822.

[12] Acele, Eō, Karaam Z. Sexual problems in women during the first postpartum year and related conditions. Journal of Clinical Nursing, 2012,21(7/8):929 - 937.

[13] 孙文娟. 三种分娩方式对初产妇产后性功能影响的研究. 山东大学,2011.

[14] 王曙光,陈晓园,周丽萍,等. 剖宫产与阴道分娩对女性产后性功能影响的比较研究. 中国性科学,2012,21(8):19 - 21.

(收稿日期:2014 - 09 - 17)

· 生殖健康 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 – 1993.2015.08.028

宫内节育器嵌顿发生的影响因素分析

叶晓虹[1] 徐志红[2]

1 德阳市旌阳区妇幼保健院基层保健科,四川 德阳 618000

2 德阳市人民医院妇产科,四川 德阳 618000

【摘 要】 **目的:**探索宫内节育器嵌顿的危险因素,为减少宫内节育器嵌顿的发生提供依据。**方法:**选取2009 年 3 月至 2014 年 5 月我院收治的宫内节育器嵌顿患者 80 例作为病例组,同期门诊 80 名未发生宫内节育器嵌顿者为对照组,分析宫内节育器嵌顿的相关因素。**结果:**单因素分析,病例组的痛经发生率(57.5%)高于对照组(38.7%),差异有统计学意义($\chi^2=5.633$,$P<0.05$);病例组与对照组上环时间差异有统计学意义($\chi^2=10.569$,$P<0.01$);病例组中妇科炎症发生率(52.5%)高于对照组(26.3%),差异有统计学意义($\chi^2=12.545$,$P<0.01$);病例组带环怀孕发生率为(58.7%)高于对照组(8.8%),差异有统计学意义($\chi^2=44.724$,$P<0.01$)。经 Logistics 回归分析痛经、上环时机、妇科炎症、带环时间和带环怀孕是宫内节育器嵌顿的独立危险因素。**结论:**在放置宫内节育器前综合考虑妇女的综合状态,选择适宜的宫内节育器,严格遵守放置规程,加强术后观察,可减少宫内节育器嵌顿的发生。

【关键词】 宫内节育器;嵌顿; 影响因素

Analysis on influencing factors ofincarceration of intrauterine device *YE Xiaohong[1], XU Zhihong[2]. 1. Primary Health Care Department, Jingyang District Maternal and Child Health Care Hospital, Deyang 618000, China; 2. Department of Obstetrics and Gynecology, Deyang People's Hospital, Deyang 618000, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To provide scientific basis for preventing incarceration of intrauterine device (IUD) by probing into major causing factors of IUD incarceration. **Methods**: 80 patients that were diagnosed with IUD incarceration were selected as study group and 80 patients without IUD incarceration as control group, all of who were patients in our hospital from March 2009 to May 2014. **Results**: With single factor analysis, the rate of dysmenorrhea in the study group (57.5%) was higher than that in control group (38.7%), with statistically significant difference ($\chi^2=5.633$, $P<0.05$). Difference in the time for IUD incarceration between the study group and the control group was statistically significant ($\chi^2=10.569$, $P<0.01$); the rate of gynaecology inflammation in study group (52.5%) was higher than that in control group (26.3%), with statistically significant difference ($\chi^2=12.545$, $P<0.01$). The rate of pregnancy with IUD in study group (58.7%) was higher than that in control group (8.8%), with statistically significant difference ($\chi^2=44.724$, $P<0.01$). Non – conditioned logistic regression analysis showed dysmenorrhea, the time of IUD insertion, gynaecology inflammation, duration of IUD and pregnancy rate with IUD were all independent risk factors for IUD incarceration. **Conclusion**: The measures to reduce IUD incarceration include: consider the female's overall status before IUD insertion; select appropriate IUD; observe operational regulations and strengthen observation after IUD insertion.

【**Key words**】 **Intrauterine device; Incarcerated; Influencing factor**

【中图分类号】 R169.41 【文献标志码】 A

宫内节育器(Intrauterine device,IUD),是一种由人工安装及摘取,通过机械刺激或缓释避孕药抑制女性受孕,且不影响女性排卵及激素水平的避孕工具。由于其使用安全、经济实惠,是育龄妇女常用的节育方法[1-3]。宫内节育器嵌顿,是指由于多种原因导致节育器部分或完全嵌入子宫肌层甚至浆膜层,导致宫内节育器失败后妊娠、出血、疼痛、脏器及组织损伤和盆腹腔炎症,严重影响患者的身心健康。有关数据显示[4-6],节育器嵌顿,是节育术最为严重的并发症,其发病率高达 21%,且呈逐年增高趋势。本研究探索了宫内节育器嵌顿的危险因素和降低风险的措施,为减少宫内节育器嵌顿发生提供依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

采用随机数字法选取 2009 年 3 月至 2014 年 5 月,在我院门诊中确疹为宫内节育器嵌顿的 80 名妇女为病例组,同期门诊例行体检未发生宫内节育器嵌顿的 80 名妇女为对照组。本次研究经过我院医学伦理委员会的批准,符合医学伦理要求。

1.2 研究方法

1.2.1 面对面访谈 在研究对象知情同意的原则下将问卷调查和问诊相结合的方法进行面对面访谈,调查内容包括一般情况(年龄、职业、文化程度等)、月经史、妇科疾病史、婚育史、宫

【第一作者简介】叶晓虹(1978 –),女,主治医师,主要从事妇产科临床诊治与研究工作。

内节育器使用历史及现况等。

1.2.2 诊断方法 结合体格检查,根据盆腔 X 线摄片及子宫碘油造影、经 B 超检测和宫腔镜检查环与内膜线和子宫内壁的关系以决定是否发生嵌顿及嵌顿位置。

1.3 统计学方法

采用 SPSS20.0 进行统计学分析,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验;计数资料采用构成比或率表示,率或构成比的比较 χ^2 检验;多因素分析采用 Logistic 回归分析,$P < 0.05$ 为有显著性差异。

2 结果

2.1 一般情况

病例组 80 人的平均年龄为(37.52 ± 7.65)岁,对照组 80 人的平均年龄(36.65 ± 6.87)岁,两组人群的年龄差异无统计学意义($t = 0.085$,$P > 0.05$)。

2.2 宫内节育器嵌顿的单因素分析

研究结果显示,病例组与对照组在上环年龄、职业、带环时间和接受健康教育等方面差别无统计学意义。病例组中有 57.5% 的人有痛经,高于对照组的 38.7%,差别有统计学意义($\chi^2 = 5.633$,$P < 0.05$)。病例组中在人流后和哺乳期上环的比例是 32.5%,高于对照组的 11.2%,差别有统计学意义($\chi^2 = 10.569$,$P < 0.01$)。病例组带环时间在 5 年和 10 年以上分别占 13.7% 和 48.8%,分别低于对照组的 15.0% 高于 46.3%,两组差别有统计学意义($\chi^2 = 0.113$,$P > 0.05$)。病例组中有 58.7% 的人曾带环怀孕过,高于对照组的 8.8%,两组差别有统计学意义($\chi^2 = 44.724$, $P < 0.01$)。单因素分析结果见表 1。

表 1 宫内节育器嵌顿影响因素的单因素分析结果

因素	病例组	对照组	χ^2/t	P
上环年龄	27.56 ± 2.56	28.12 ± 3.21	1.220	> 0.05
职业				
职员	26(32.5)	28(35.0)		
农民	25(31.3)	29(36.3)		
商业	18(22.5)	14(17.5)		
其它	11(13.7)	9(11.2)	1.070	> 0.05
是否有痛经				
是	46(57.5)	31(38.7)		
否	34(42.5)	49(61.3)	5.633	< 0.05
上环时间				
月经后	54(67.5)	71(88.8)		
人流后和哺乳期	26(32.5)	9(11.2)	10.569	< 0.01
是否进行健康教育				
是	18(22.5)	24(30.0)		
否	62(77.5)	56(70.0)	1.162	> 0.05
是否有妇科炎症				
是	42(52.5)	21(26.3)		
否	36(47.5)	59(73.7)	12.545	< 0.01
带环时间				
5 年以内	11(13.7)	12(15.0)		
5 ~ 10 年	30(37.5)	31(38.7)		
10 年以上	39(48.8)	37(46.3)	0.113	> 0.05
是否带环怀孕				
是	47(58.7)	7(8.8)		
否	33(41.3)	73(91.2)	44.724	< 0.01

2.3 宫内节育器嵌顿的多因素分析

将宫内节育器是否嵌顿为因变量,以职业、是否有痛经、上环时间、是否进行健康教育、上环后不良反应、妇科炎症、带环时间、是否怀孕为自变量,进行 Logistics 回归分析,结果显示,上环时间、是否痛经、是否有妇科炎症、带环时间和是否怀孕进入模型,差别有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 宫内节育器嵌顿影响因素的 Logistic 回归分析

因素	β	$S.E$	$Wald\chi^2$	P	OR	95% CI
上环时间	1.672	0.743	5.066	0.024	5.321	1.241 – 22.815
是否痛经	0.446	0.216	4.265	0.039	1.562	1.023 – 2.385
妇科炎症	0.839	0.378	4.937	0.026	2.314	1.104 – 4.850
带环时间	1.103	0.468	5.545	0.019	3.012	1.203 – 7.541
带环怀孕	0.310	0.065	22.855	0.000	1.364	1.201 – 1.549

3 讨论

由于宫内节育器的价格便宜、操作简单、作用时间长久,现已成为我国育龄期女性最常见的长效避孕措施。由于宫内节育器的普及使用,宫内节育器的下移、异位和嵌顿等并发症也受到人们的关注。嵌顿可引起疼痛、妇科炎症甚至影响生殖功能;而且宫内节育器发生嵌顿后,需要进行宫腔 X 线、B 超以及腹腔镜等仪器的辅助检查,增加了手术的费用和时间。因此探讨宫内节育器嵌顿的影响因素,可最大限度的减少并发症的发生,减少避孕失败,减轻其给妇女带来的精神和经济负担。

本研究中显示痛经、上环时间和带环时间等因素是妇女宫内节育器嵌顿发生的主要因素,有统计学意义($P < 0.05$)。其中,人流后和哺乳期上环是影响宫内节育器嵌顿的最主要影响因素,危险性是不发生嵌顿者的 5.321 倍,(OR = 5.321),这与相关研究宫内节育器发生下移和嵌顿的影响因素相类似[7-9]。主要原因是哺乳期子宫肌壁软、肌层薄弱且此时宫腔偏小,很难选择与宫腔大小和形状相适应的宫内节育器,放置的宫内节育器可能过大、过硬。由于宫内节育器不断对子宫给予慢性刺激,导致子宫内膜局部缺血坏死,子宫收缩造成宫内节育器逐渐移位嵌入子宫肌壁或宫腔外嵌顿[10,11];同时,人流手术前子宫宫腔偏大,在人流术中宫壁会受到一定程度的损伤,当术后子宫恢复变小时,宫内节育器受到挤压力增大,宫内节育器通过子宫中薄弱部分穿入子宫壁甚至基层。

痛经和妇科炎症是宫内节育器嵌顿发生的外在症状,可能宫内节育器放置作为异物刺激着子宫内膜,扰乱了子宫内膜的生理状态,在经期宫底收缩时,宫内节育器受到压迫使宫内节育器嵌入子宫壁,宫内节育器的嵌入后不断刺激子宫,致使病原体更容易入侵体内,引起了子宫内膜炎、盆腔炎等生殖系统的炎症和相应的症状[11],这提示了在宫内节育器放置前对痛经和妇科炎症进行治疗,将有助于提高宫内节育器使用的效率。

本研究结果还发现,带环时间是宫内节育器发生嵌顿的又一主要原因,危险性是不发生嵌顿者的 3.012 倍(OR = 3.012),与国内的研究结果相类似[12-14]。带环时间过长,宫内节育器发生嵌顿的几率明显增加,这可能与节育器的使用年限及带器时子宫的变化有关,一般宫内节育器的使用年限在 8 年左

右[15]。带环时间越长,子宫组织的顺应性、子宫大小和形态都有改变,炎症的发生等造成子宫壁韧性降低,从而增加了宫内节育器嵌顿发生的几率。因此建议,在宫内节育器放置年限不宜过长,使用达到一定年限后应及时取出。本研究发现了带环怀孕在病例组发生率(58.7%)较对照组(8.8%)高,且也是嵌顿发生的影响因素之一,可能是由于带环怀孕,子宫变形,导致了宫内节育器更容易与子宫壁发生嵌顿,甚至可能发生异位妊娠。

综上所述,宫内节育器的嵌顿与上环时间、痛经、妇科炎症以及带环时间相关,因此在放置宫内节育器前应综合考虑妇女的综合状态,选择适宜的宫内节育器,严格遵守宫内节育器放置的规程,加强对宫内节育器术后的观察,并结合宫内节育器的使用年限及时更换,从而可减少宫内节育器嵌顿的发生。

参 考 文 献

[1] 赖春华,吕军,王杨敏,等. 六种宫内节育器临床效果观察. 中国计划生育学杂志,2012(2):98 - 103.

[2] 钱金凤,黄紫蓉. 人工流产后立刻放置宫内节育器. 实用妇产科杂志,2013(7):396 - 397.

[3] 张妍,刘晓瑗,周维谨. 我国计划生育技术规范与优质服务. 中国计划生育学杂志,2011(6):333 - 337.

[4] 韩咏梅,王翠梅,王风华,等. 宫内节育器的临床研究进展. 实用医药杂志,2013(8):1001 - 1003.

[5] 吴尚纯. 宫内节育器的应用进展. 国际生殖健康/计划生育杂志,2010(2):75 - 77.

[6] 邹燕. 宫内节育器应用现状与研究进展. 中国实用妇科与产科杂志,2013(10):795 - 797.

[7] Ehsanpour S, Aghaii A, Kheirabadi GR. et al. The association of contraceptive methods and depression. Iran J Nurs Midwifery Res, 2012,17(3):234 - 238.

[8] 任小林,汤莉莎,杨敬源,等. 宫内节育器异位影响因素的病例对照研究. 现代预防医学,2011,38 (20) :4112.

[9] 吴晓燕. 宫内节育器嵌顿 351 例因素探讨及方式. 齐齐哈尔医学院学报,2008,29(23):2833 - 2834.

[10] 环莹熙,宋淑英,于秀荣. TCU 宫内节育器 穿孔、嵌顿 37 例临床分析 . 中国计划生育学杂志, 2002,10(6):365.

[11] 叶彩华. 放置宫内节育器引发子宫穿孔 3 例临床分析. 生殖医学杂志,2009(18):57 - 58.

[12] Li XD, Wang CC, Zhang XJ, et al. Risk factors for bacterial vaginosis: results from a cross - sectional study having a sample of 53,652 women. Eur J Clin Microbiol Infect Dis,2014,33(9):1525 - 1532.

[13] 曹仁敏,蒋春锋. 56 例宫内节育器嵌顿相关因素分析. 中国妇产科临床杂志,2010,11(3):220 - 221.

[14] 关永红,李 凤,崔满华. 宫内节育器异位、嵌顿因素探讨. 中国妇幼保健,2010(25):3602 - 3603.

[15] 乐杰. 妇产科学. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 364 - 366.

(收稿日期:2014 - 10 - 21)

· 生殖健康 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 - 1993.2015.08.029

不孕症患者疾病不确定感与应对方式的相关性研究

李志杰[1] 张卓然[2] 毛东伟[1] 朱宏[1] 韩世愈[1]

1 哈尔滨医科大学附属第四医院妇产科,哈尔滨 150001

2 哈尔滨医科大学附属第四医院药学部,哈尔滨 150001

【摘 要】 **目的:**调查不孕症患者疾病不确定感水平及所采取的应对方式,并探讨其相关性。**方法:**随机抽样选取 66 名不孕症患者,采用 Mishel 疾病不确定感量表(MUIS)与 Jalowiec 应对方式量表(JCS)分别进行问卷调查,并分析其相关性。**结果:**不孕症患者的疾病不确定感得分 (78.92 ±9.35)分,为中等水平;患者以乐观、支持、勇敢面对为主要的应对方式。患者的疾病不确定感与宿命、逃避 、保守 3 项应对方式呈正相关($P<0.05$),与勇敢面对、寻求支持、乐观、自我依赖 4 项应对方式呈负相关($P<0.05$),而与感情冲动无相关性($P>0.05$)。**结论:**医务工作者应提供针对性的信息支持,降低其疾病不确定感,帮助其建立有效的应对方式,共同促进患者康复。

【关键词】 不孕症;疾病不确定感;应对方式

The correlation between diseases uncertainty and coping style of patients with infertility *LI Zhijie[1], ZHANG Zhuoran[2], MAO Dongwei[1], ZHU Hong[1], HAN Shiyu[1]. 1. Obstetrics and Gynecology Department, Forth Affiliated Hospital of Harbin Medical University, Harbin 150001, China; 2. Department of Pharmacy, Forth Affiliated Hospital of Harbin Medical University, Harbin 150001, China*

【Abstract】 **Objectives:** To investigate the diseases uncertainty and coping style of patients with infertility

【第一作者简介】李志杰(1978 -),女,主治医师,主要从事妇科临床诊治与研究工作。

and to study their correlation. **Methods**: 66 patients with infertility were randomly selected and investigated with Mishel uncertainty in Illness Scale (MUIS) and Jalowiec Coping Scale (JCS), to analyze the correlation. **Results**: The scores of sterility patients' disease uncertainty were (78.92 ± 9.35) points, medium level; the main coping styles of patients were optimistic, positive, and supportive. The patients' disease uncertainty was positively related to their feeling of escape, destiny and conservation ($P < 0.05$), and negatively related to the feelings of optimistic, positive, supportive and self - dependent ($P < 0.05$), but no correlation with emotional impulse ($P > 0.05$). **Conclusion**: Medical workers should provide targeted information support, reduce the uncertainty of patients, and help them establish effective coping style to jointly facilitate the rehabilitation of patients.

【Key words】 **Infertility; Uncertainty in illness; Coping style**

【中图分类号】 R711.6 **【文献标志码】** A

不孕症(infertility)是妇科生殖系统主要疾病之一,患者的发病率及就诊率逐年上升[1],患者常常需面对疾病治疗及社会、家庭因素的压力,其心理刺激会导致患者产生对疾病的不确定感[2]。患者的精神因素是患者康复的前提,若持续的产生负性情绪更严重影响患者的预后[3]。本次研究旨在探讨不孕症患者疾病不确定感与应对方式的关系,以为针对性的制定临床治疗措施提供理论依据。

1 对象与方法

1.1 调查对象

选取 2012 年 3 月至 2013 年 8 月在哈尔滨某三甲医院门诊就诊的不孕症患者 66 例。病例纳入标准:(1)符合不孕症的诊断标准:根据 WHO 标准,有正常性生活,未经避孕 1 年未妊娠者;(2)具有一定的阅读和理解能力,配合问卷调查;(3)无精神类疾病病史;(4)能与研究人员进行普通话交流。

1.2 方法

1.2.1 调查工具

1.2.1.1 一般情况调查表 采用自行设计的问卷进行调查,包括患者年龄、文化程度、经济收入、医疗付费方式等。

1.2.1.2 疾病不确定感量表(MUIS) 疾病不确定感量表(MUIS)由 Mishel 等研发,包括 2 个维度,即不明确性和复杂性,共 25 条目,采用 1 ~ 5 分等级计分:1 分为非常不同意,2 分为不同意,3 分为未决定,4 分为同意,5 分为非常同意,总分 25 分 ~ 125 分,根据得分将其划分为 3 个层次,即低水平 25 ~ 58.3 分、中等水平 58.4 ~ 91.7 分、高水平 91.8 ~ 125 分。得分越高,表示疾病不确定感越强,该量表信度系数 0.70 ~ 0.85[4]。

1.2.1.3 Jalowiec 个人应对方式量表 Jalowiec 量表涵盖了 8 个维度,即乐观、寻求支持、自我依赖、勇敢面对、保守、宿命、感情冲动、逃避;共有 60 个策略,采用 0 ~ 3 分等级计分:0 分为"没有",1 分为"很少",2 分为"有时",3 分为"经常",分值越高,表示此项策略被应用的最多,效用越大,该量表应用部分信度系数为 0.71 ~ 0.90[5]。

1.2.2 资料收集 调查问卷在调查对象入组后开始发放,在调查对象知情及自愿参与情况下由个人自行填写,研究者给予一般性讲解并当场收回问卷。本次研究发放问卷 66 份,问卷全部回收。

1.2.3 统计学方法 应用 SPPS 17.0 统计软件进行数据分析,研究结果以 $\bar{x} \pm s$ 和百分率表示,相关性研究采用 Pearson 相关分析,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料情况

本组 66 例患者中,年龄 20 ~ 40 岁,平均(31.64 ± 4.39)岁;文化程度:小学及以下 19 例(28.8%),初中及高中 30 例(45.5%),大专及以上 17 例(25.7%);经济收入:< 2000 元/月 13 例(19.7%),2000 ~ 5000 元/月 41 例(62.1%),> 5000 元/月 12 例(18.2%);医疗付费方式:公费医疗 29 例(43.9%),部分公费 12 例(18.2%),自费 25 例(37.9%)。

2.2 患者的疾病不确定感评分

患者的疾病不确定感得分(78.92 ± 9.35)分,为中等水平。患者疾病不确定感得分最高的 3 个条目为"因为治疗的缘故,使得我可以做及不可以做的事情总在改变"、"我不知道下一步会发生什么"、"我觉得医生对我讲的话有很多含义"。见表 1。

表 1 不孕症患者疾病不确定感得分情况

维度	最小值	最大值	$\bar{x} \pm s$
不确定性	22	92	48.70 ± 7.47
复杂性	26	42	32.23 ± 3.10
总分	56	124	78.92 ± 9.35

2.3 不孕症患者的应对方式得分

不孕症患者的应对方式见表 2。从表中可见,患者以乐观、寻求支持、勇敢面对为主要的应对方式。

表 2 不孕症患者的应对方式得分

应对方式维度	得分
乐观	1.84 ± 0.47
寻求支持	1.67 ± 0.33
勇敢面对	1.55 ± 0.53
感情冲动	1.15 ± 0.37
宿命	1.12 ± 0.46
自我依赖	1.41 ± 0.98
逃避	1.14 ± 0.97
保守	1.13 ± 0.05

2.4 不孕症患者的疾病不确定感与应对方式的相关性

不孕症患者的疾病不确定感、不明确性及复杂性与宿命、逃避 、保守 3 项应对方式呈正相关($P < 0.05$);与勇敢面对、寻求支持、乐观、自我依赖 4 项应对方式呈负相关($P < 0.05$);而

与感情冲动无相关性($P>0.05$)。见表 3。

表 3 不孕症患者的疾病不确定感与应对方式相关性

应对方式	疾病不确定感	不明确性	复杂性
乐观	-0.315*	-0.363*	-0.377*
寻求支持	-0.359*	-0.305*	-0.364*
勇敢面对	-0.309*	-0.314*	-0.350*
感情冲动	0.112	0.120	0.101
宿命	0.373*	0.386*	0.412*
自我依赖	-0.302*	-0.322*	-0.356*
逃避	0.324*	0.345*	0.404*
保守	0.375*	0.351*	0.422*

注:* $P<0.05$

3 讨论

不孕症是指至少有 12 个月有规律的性生活而仍未受孕者[6],其中输卵管感染及内分泌原因引起的排卵障碍是主要因素[7-9]。不孕症患者存在不同程度的性问题,包括性高潮障碍、性交困难、性唤起障碍、性厌恶情绪和性交焦虑、恐惧感、性交痛、性欲低下、伴侣性困难等,而其处理性问题的途径缺乏理性[10]。胡序怀等[11]的调查显示,不孕不育夫妇性生活方面的感觉、高潮和兴趣方面容易发生问题,性生活障碍是不孕不育发生的重要影响因素。不孕症的诊断对患者性生活及心理产生了负面影响[12,13],在治疗过程中应同样重视患者的性及心理状态,达到不孕治疗的目的[14,15]。本次研究显示,患者的疾病不确定感得分(78.92 ± 9.35)分,为中等水平。我国人群家庭传统观念较强,多数认为只有生育下一代才能获得较好的家庭生活。由于大多数患者并非医疗工作者,对自身病情的症状及治疗的复杂变化让其束手无策,预测性出现偏差。这些因素都导致了患者对治疗疾病的认知程度下降,以及不知道今后该如何面对疾病,增加了疾病的不确定感。患者疾病不确定感对疾病的预后有很大影响,提高患者的认知程度,降低不确定感,能够有效地促进患者的康复。因此,医务工作者应帮助其提高其认知程度,增强信念,共同促进患者康复。

本组患者尚能用乐观、寻求支持等积极的应对方式,考虑其原因可能与经济收入有关。本次调查的患者经济收入水平较高,多能负担疾病的支出,所面临的压力相对较小;另外,在长期的治疗过程中,患者及家属心理上接受了疾病的实际情况,消极的面对不能解决所面临的问题,因此采取的应对方式更倾向于积极的方式。表 3 结果显示,患者的疾病不确定感与宿命、逃避 、保守 3 项应对方式呈正相关,与勇敢面对、寻求支持、乐观、自我依赖 4 项应对方式呈负相关,而与感情冲动无相关性。当面对疾病威胁时,人们会潜意识的应对来消除威胁。而疾病不确定感对于患者是一种威胁,患者会根据自身背景采取相应的应对方式[4]。采用勇敢面对、乐观、自我依赖、寻求支持等应对方式,患者更能主动搜索疾病信息,与医务人员进行沟通交流,增加自身对疾病的认知,采取更有效的应对方式;相反,采用保守、宿命、逃避等方式应对,不采取主动积极的思维方式,不确定感相对较高。因此,临床工作者一方面辨别患者不同时期的医疗需求,给予针对性强的治疗措施;另一方面,应以增强患者的疾病认知为切入点,让患者以积极的心态面对患者疾病带来的变化,共同促进患者的疾病康复。

参 考 文 献

[1] Ferraresi SR1, Lara LA, de Sá MF, et al. Current research on how infertility affects the sexuality of men and women. Recent Pat Endocr Metab Immune Drug Discov, 2013, 7(3):198 - 202.

[2] Clark NA1, Will M, Moravek MB, et al. A systematic review of the evidence for complementary and alternative medicine ininfertility. Int J Gynaecol Obstet, 2013, 122(3):202 - 206.

[3] Drosdzol A, Skrzypulec V. Depression and anxiety among Polish infertile couples - an evaluative prevalence study. J Psychosom Obstet Gynaecol, 2009, 30(1):11 - 20.

[4] 麦嘉轩, 邓叶青, 谢婉花. 疾病不确定感量表发展现状. 实用医学杂志, 2013, 29(12):2053 - 2055.

[5] 张苏梅, 李小妹, 韩冬芳, 等. 放疗期间宫颈癌患者疾病不确定感与应对方式的研究. 现代肿瘤医学, 2014, 19(6):1405 - 1408.

[6] Tilly JL, Sinclair DA. Germline energetics, aging, and female infertility. Cell Metab, 2013, 17(6):838 - 850.

[7] 刘敏华,张翠珍,石静芳,等. 不孕症病因分析. 河北医药, 2012, 34(5):730 - 731.

[8] Sen A, Kushnir VA, Barad DH, et al. Endocrine autoimmune diseases and female infertility. Nat Rev Endocrinol, 2014, 10(1):37 - 50.

[9] Unuane D, Tournaye H, Velkeniers B, et al. Endocrine disorders & female infertility. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab, 2011, 25(6):861 - 873.

[10] 文慧华, 叶敦敏, 廖慧慧. 不同证型不孕患者性状况的调查研究. 第九次全国中医妇科学术大会论文集, 2009:204 - 209.

[11] 胡序怀, 张玲华. 不孕不育症夫妇性生活状况调查分析. 中国性科学, 2008,17(3):47 - 48.

[12] Lawson AK, Klock SC, Pavone ME, et al. Prospective study of depression and anxiety in female fertility preservation and infertility patients. Fertil Steril, 2014, 102(5):1377 - 1384.

[13] Herbert DL, Lucke JC, Dobson AJ. Depression: an emotional obstacle to seeking medical advice for infertility. Fertil Steril, 2010, 94(5):1817 - 1821.

[14] 徐庆阳, 江建, 彭弋峰. 253 例不孕症女性性生活状况调查. 安徽医学, 2012, 33(1):73 - 75.

[15] Klemetti R, Raitanen J, Sihvo S, et al. Infertility, mental disorders and well - being - a nationwide survey. Acta Obstet Gynecol Scand, 2010, 89(5):677 - 682.

(收稿日期:2014 - 08 - 22)

·生殖健康·

DOI:10.3969/j.issn.1672－1993.2015.08.030

妊娠晚期瘢痕子宫隐性不完全破裂 3 例临床分析

赵薇 任景芳 王玫
中国人民解放军第三零二医院妇产中心,北京 100039

【摘 要】 **目的**:探讨妊娠晚期瘢痕子宫隐性不完全破裂发生率、相关因素及早期识别的方法。**方法**:对 2012 至 2013 年我院妇产中心收治的 3 例瘢痕子宫隐性不完全破裂的临床资料进行回顾性分析。**结果**:瘢痕子宫妊娠晚期者 64 例,隐性不完全破裂者 3 例,瘢痕子宫隐性不完全破裂发生率为 4.68%。**结论**:瘢痕子宫再次妊娠是子宫隐性不完全破裂的最常见原因,妊娠晚期瘢痕子宫隐性不完全破裂临床表现缺乏特异性,并且子宫破裂的风险较大,医务工作者应提高对于早期子宫隐性不完全破裂的高危患者的识别能力。

【关键词】 瘢痕子宫隐性不完全破裂;妊娠;早期识别

Clinical analysis of 3 cases of late pregnancy scar uterus recessive incomplete rupture *ZHAO Wei, REN Jingfang, WANG Mei. Department of Obstetrics and Gynecology, the 302 Hospital of PLA, Beijing 100039, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To study the incidence of late pregnancy scar uterus recessive incomplete rupture, related factors and the method of early identification. **Methods**: The clinical data of 3 cases of recessive incomplete scar uterus rupture in our hospital, from 2012 to 2013, were retrospectively analyzed. **Results**: There were 3 cases of recessive incomplete scar uterus rupture in 64 cases of scar uterus late pregnancy, with an incidence rate of 4.68%. **Conclusion**: Scar uterus re－pregnancy is the most common cause of recessive incomplete uterine rupture. Clinical manifestations of late pregnancy scar uterus recessive incomplete rupture is lack of specificity and it has a high risk of uterine rupture. Medical workers should improve their identification ability of early incomplete recessive uterine rupture.

【**Key words**】 **Recessive incomplete scar uterus rupture; Pregnancy; Early recognition**

【中图分类号】 R711.74 【文献标志码】 A

近 10 年来,随着初产妇剖宫产率的显著增加,瘢痕子宫增多,瘢痕子宫再次妊娠导致瘢痕部位破裂的风险增加,除了使再次剖宫产率增加外,也增加了产科并发症的风险,更导致产科医生手术风险难度增加[1]。为此,对瘢痕子宫隐性不完全破裂的正确的早期识别,严密的产科监护至关重要[2],目的是为了行积极有效的产科处理,从而改善不良的妊娠结局。本文资料来源于 2012 至 2013 年我院产科 3 例瘢痕子宫隐性不完全破裂患者,报道如下。

1 临产资料

1.1 一般资料

本组患者年龄分别为 27 岁、34 岁及 39 岁,孕周分别为(36+1)周、(36+6)周及 37 周。3 名患者均为剖宫产术再孕,均为单胎头位,同时相距于前次剖宫产手术时间分别为 9 个月、2 年 4 个月及 5 年,其中 9 个月的患者为第 3 次剖宫产术。

1.2 本次妊娠情况

2 例患者因患乙肝在我院建档后门诊产检,1 例患者因乙肝于 36 周转至我院,孕期均未发现异常,2 例患者表现为不规律下腹隐痛或者耻骨联合上方隐痛,1 例患者无明显症状入院。彩色超声提示瘢痕下段厚度 0.26～0.39cm,其中 1 例患者超声提示子宫下段肌层回声不连续,可见约 0.5× 0.2cm 无回声区凸向膀胱处,1 例患者为边缘性前置胎盘,胎盘位于子宫后壁,3 例胎心均规则。

1.3 前次剖宫产时情况

3 例均为外院剖宫产,前次手术时情况不详,自诉术后无发热史,1 例患者术后腹壁切口因感染延期愈合。

1.4 本次手术术中情况

3 例患者前次剖宫产切口均为子宫下段横切口,1 例边缘性前置胎盘患者子宫下段瘢痕处肌层破裂长约 6cm,子宫下段出血不止,术中出血 3800mL,最终行子宫全切术。1 例两次剖宫产术后 9 个月怀孕者,术中见子宫下段菲薄,仅见子宫浆膜层,破裂面积约 12×5cm^2,可见胎儿头发及羊水中漂浮的胎脂,胎头取出后出血较多,下段收缩欠佳,经压迫、药物、缝扎止血后,保留住子宫,术中出血 600mL。1 例子宫下段肌层缺失约 3×3cm^2,术中出血活跃经结扎子宫动脉上行支等措施后亦保留住子宫,术中出血约 600mL。

2 结果

2.1 瘢痕子宫隐性不完全破裂的发生几率

我院 2012 年至 2013 年瘢痕子宫妊娠分娩共约 64 例,发生子宫隐性不完全破裂 3 例,瘢痕子宫隐性不完全破裂发生率为 4.88%。

2.2 妊娠结局

3 例母婴均存活良好,手术避开原瘢痕处及血管粗大处进入宫腔,取出胎儿后检查切口有无延裂,3 例子宫下段均收缩欠佳,应用缩宫剂,压迫及缝扎子宫动脉上行支等措施止血,1 例行子宫全切术,2 例保留住子宫,术后常规抗炎对症治疗,母婴均痊愈出院,42 天后复查超声检查子宫切口均未发生特明显异常。

【第一作者简介】赵薇(1976－),女,主治医师,主要从事妇产科临床与研究工作。

3 讨论

3.1 瘢痕子宫隐性不完全破裂的发生率

子宫破裂的发生率与经济条件、所受教育程度、既往剖宫产率有关。近年来,国内剖宫产率从 60 年代的 5% 左右上升至 40% ~60% 左右,甚至高达 70% ~80%,随之也带来许多问题,有资料显示瘢痕子宫再次妊娠分娩,子宫破裂危险性增加 0.27%[3]。据美国妇产科学会研究表明,有剖宫产史孕妇阴道试产中,子宫古典切口或 T 形切口者子宫破裂率为 4% ~9%,子宫下段纵口者子宫破裂率为 1% ~7%,子宫下段横切口者子宫破裂率为 0.1% ~1.5%[4]。本文报道,瘢痕子宫妊娠发生子宫隐形不完全破裂的发生几率为 4.88%。提示瘢痕子宫在妊娠晚期阴道试产的过程中存在着很大的隐患,需要医务工作者加强对瘢痕子宫隐性不完全破裂的正确的早期识别并正确处理,以最大程度地减少母儿严重并发症的发生[5]。

3.2 瘢痕子宫隐性不完全破裂的相关危险因素

(1)与两次妊娠间隔的时间长短有关:目前普遍认为剖宫产过后 2 ~ 3 年再次妊娠是较为安全的。本文报道 2 例患者两次妊娠间隔的时间分别为 9 个月与 5 年,均不在 2 ~ 3 年之内[5-7]。(2)与前次剖宫产的切口位置有关:目前临床上应用较为广泛的手术类型为子宫下段横切口剖宫产,但值得注意的是,若切口操作位置不当,则易在缝合时出现上下切缘解剖对合不良的情况,从而对愈合过程中造成影响,这就在一定程度上增加了子宫破裂发生风险[8]。(3)与剖宫产的次数有关:有临床研究报道指出,进行过两次剖宫产与进行过一次剖宫产的孕妇发生子宫破裂的几率分别 1.7% 与 0.6%。(4)本文报道 1 例患者为第三次剖宫产术,子宫肌层完全断裂,面积较大,仅剩浆膜层,胎发及胎脂清晰可见。(5)与前次剖宫产采用的缝合方式有关:采用单层缝合的孕妇再次妊娠时子宫破裂的发生率会提高 4 倍[9]。

3.3 瘢痕子宫隐性不完全破裂的早期识别

3.3.1 临床表现 瘢痕子宫隐性不完全破裂多发生在妊娠中晚期,临床表现或轻或重缺乏特异性。破口小或者破裂未累及浆膜层,腹痛可无明显或者呈突发性或持续性的隐痛;破口大或子宫壁全层破裂时,出现下腹剧痛及失血性休克的表现,可同时伴有阴道流血以及恶心、呕吐等消化道症状[10]。查体可发现瘢痕部位或者耻骨联合上方压痛,严重者全腹压痛、反跳痛及肌紧张,胎心胎动正常或者胎心异常,甚至胎心消失,阴道检查可见鲜红血液从宫口流出。本文报道 3 例患者,2 例仅感轻微的下腹痛,1 例肌层完全破裂仅见子宫浆膜层,破裂面积约 $12\times5cm^2$ 的患者甚至无明显下腹痛,显示子宫瘢痕处破裂的面积大小与腹痛的程度不成正相关,需要临床医务工作者提高风险意识,借助辅助检查进一步明确诊断[11,12]。

3.3.2 辅助检查 ①胎心电子监护:胎心率减速可作为子宫破裂发生前兆,尤其是晚期出现维持时间较长的减速且不可恢复。但是瘢痕子宫隐性不完全破裂者因孕期子宫下段逐渐拉伸变薄,浆膜层保持完整,胎儿在宫腔内仍存活,胎心监护不表现出异常。②超声:通过超声对子宫下段厚度进行评估,有效,简单,方便,但需要有经验的超声医生反复评估[13]。大量临床研究数据显示,瘢痕子宫隐性不完全破裂以子宫下段作为高发部位,行常规超声声像图检查显示可见子宫下段前壁回声菲薄不均匀,部分子宫肌壁连续性中断等情况。当子宫下段受羊水流动、胎动、宫缩等各类因素影响时,子宫下段可向母体腹部前膀胱方向膨出,浆膜层覆盖保持完整,胎儿在宫腔内仍存活,越薄弱的子宫下段,出现子宫破裂的几率越大[14]。③核磁共振:核磁共振作为一种子宫破裂超声确诊中的重要补充手段,可通过较为清晰的图像将胎儿、胎盘以及子宫之间的关系充分显示出来。

综上所述,瘢痕子宫再次妊娠是子宫隐性不完全破裂的最常见原因,临床医生为了保障母儿安全,努力降低剖宫产率,临床医生应该做好以下工作:(1)重视围产期产前保健工作,指导孕妇合理膳食,降低妊娠合并症及并发症的发生率;(2)提高助产人员对阴道试产、臀位助产以及围产监护等多方面的业务水平,有效降低剖宫产率[15];(3)通过宣教使产妇和家属充分了解各种分娩方式的利弊,建立良好的医患沟通,增加对医务工作者的信任。(4)对瘢痕子宫妊娠的高危孕妇应加强围生期检查,定期超声监测了解子宫下段厚度及肌层的延续性,重视孕妇自觉症状,对瘢痕子宫不完全破裂做到早期识别,及时处理以改善不良的妊娠结局。

参 考 文 献

[1] 黄醒华. 对剖宫产术的思考. 中国实用妇科与产科杂志,2003(19):385.

[2] 李文彦. 瘢痕子宫妊娠的相关问题分析. 中国医药指南,2013(11):78.

[3] Landon MB. Predicting uterine rupture in women undergoing trialof labor after prior cesarean delivery. Semin Perinatol,2010(34): 267 -271.

[4] Bujold E, Bujold C, Hamilton EF, et al. The impact of a single - layer or double - layer closure on uterine. Am J Obstet Gynecol, 2002(186):1326 -1330.

[5] Bujold E, Jastrow N, Simoneau J, et al. Oredction of complete uterine-rupture by sonographic evaluation of the lower uterine segment. Am J Obstet Gynecol, 2009(201):320

[6] 邬华萍. 妊娠晚期瘢痕子宫破裂 26 例临床分析. 上海预防医学杂志,2011,23(12):651 -652.

[7] 马锦霞. 瘢痕子宫晚期妊娠不完全破裂 10 例临床分析. 昆明医学院学报,2011,12(9):132 -133.

[8] Teng HC, Kumar G, Ramli N MA. Viabl second aryntraab dominal pregnancy resulting repture of uterine scar:role of MRI. Br J Radiol, 2007,80(955):134 -136.

[9] Askura H, Nakai A, Ishikawa G, et al. Predicion of uterine de - hiscence by means uring lower uterine segment thickness prioto onset of labor:evaluation of transvaginal ultrasonography. J Nippon Med Sch, 20010,12(67):352 -356.

[10] Ngugen TV. Vaginal birth after cesarean section at the university of Texas. J Repord Med Gynecol,2012,37(10):880 -881.

[11] Honig A, Rieger L, Thanner F, et al. Placent apercrata with sub - sequent uteriner up tureat 15 weeks of gestation after iwo previous creareansections. J Obstet Gynaecol Res,2005,31(5):439 -443.

[12] 乔福元,赵君. 瘢痕子宫破裂早期诊断与处理. 中国实用妇科与产科杂志,2010,26(8):592 -593.

[13] Grossetti E, Vardon D, Creveui LC, et al. Rupture of the scarred uterus. Acta Obstet Gynecol Scand,2007,86(5):572 -573.

[14] 孙小燕. 晚期妊娠疤痕子宫隐形破裂 4 例临床分析. 咸宁学院学报(医学版),2003,17(5):351 -352.

[15] Chaoman K. The value of serial ultrasounds in the management of recurrent uterine scar repture. Br J Obstet Gynecol,2014,101(6):549 -550.

(收稿日期:2014 -12 -09)

· 生殖健康 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 – 1993.2015.08.031

ICSI 周期卵子成熟度对胚胎发育与临床结局的影响

蒋益群 王珊珊 张宁媛 徐志鹏 孙海翔△

南京大学医学院附属鼓楼医院生殖医学中心,南京 210008

【摘 要】 **目的:**研究卵胞浆内单精子注射(ICSI)周期中卵子成熟度对受精、胚胎发育以及临床结局的影响。**方法:**收集我院从 2012 年 3 月至 2013 年 12 月,新鲜周期中未成熟卵子(MⅠ或 GV)占获卵数 50% 及以上的 ICSI 周期为 A 组(n = 33);2012 年 9 月至 12 月,新鲜周期中未成熟卵子小于获卵数的 20% 为 ICSI 周期为 B 组(n = 138)。比较两组胚胎的受精率、正常受精率、多核率、优质胚胎率、临床妊娠率和种植率。**结果:**A 组(n = 33) 获卵 261 枚,成熟卵子 118 枚;其中受精率 80.51%,正常受精率 72.88%,多核率 6.78%,优质胚胎率 47.37%,妊娠率 30.30%,种植率 19.30%;B 组(n = 138) 获卵 1330 枚,成熟卵子 1146 枚,其中受精率 89.97%,正常受精率 86.39%,多核率 1.13%,优质胚胎率 61.64%,妊娠率 59.42%,种植率 40.88%。A 组受精率、正常受精率、临床妊娠率、种植率均显著低于 B 组(P < 0.05),而多核率显著高于 B 组(P < 0.05)。**结论:**ICSI 周期中,未成熟卵子比例过高可能影响胚胎的发育潜能及临床结局。

【关键词】 卵子成熟度;卵胞浆内单精子注射;胚胎发育;临床妊娠率

The influence of oocyte maturation on embryo development and clinical outcomes in intracytoplasmicsperm injection cycles

JIANG Yiqun, WANG Shanshan, ZHANG Ningyuan, XU Zhipeng, SUN Haixiang△. Reproductive Medicine Center, The Affiliated Drum Tower Hospital of Nanjing University Medical School, Nanjing 210008, China

【**Abstract**】 **Objectives**: To investigate the influence of oocyte maturation on fertilization, embryo development and clinical outcomes in intracytoplasmic sperm injection (ICSI) cycles. **Methods**: 33 patients with immature oocyte (MI oocytes or GV oocytes) accounted for more than half of the total in fresh cycle of ICSI cycles, from March 2012 to December 2013, were selected as group A. 138 patients, of whom the number of immature oocyte was less than 20% of the number of retrieved oocytes of ICSI cycles, from September 2012 to December 2012, were selected as group B. Fertilization rate, naomal fertilization rate, multinuclear rate, high quality embryos rate, clinical pregnancy rate and embryo implantation rate of the two groups were compared. **Results**: From group A, 261 oocytes were obtained; the number of mature oocytes was 118; the fertilization rate was 80.51%; normal fertilization rate was 72.88%; multinuclear rate was 6.78%; high quality embryos rate was 47.37%; clinical pregnancy rate was 30.30% and embryo implantation rate was 19.30%. From group B in, 1330 oocytes were obtained; the number of mature oocyte was 1146; the fertilization rate was 89.97%; normal fertilization rate was 86.39%; multinuclear rate was 1.13%; high quality embryos rate was 61.64%; clinical pregnancy rate was 59.42% and embryo implantation rate was 40.88%. The level of fertilization rate, normal fertilization, high quality embryos rate, clinical pregnancy rate and embryo implantation rate in group A were obviously higher than those of group B, while the level of multinuclear rate in group A was lower. **Conclusion**: The overabundance of immature oocyte in ICSI cycles will decrease the embryo utility rate and affect the pregnancy outcome.

【**Key words**】 **Oocyte maturation; Intracytoplasmic sperm injection; Embryo development; Clinical pregnancy rate**

【中图分类号】 R167 【文献标志码】 A

控制性超促排卵(controlled ovarian hyperstimulation, COH)技术[1]是以药物的手段,在可控制的范围内诱发多卵泡的发育和成熟,其目的是获取适当数量的高质量成熟卵母细胞。卵母细胞的成熟是一个复杂的过程,包括胞质成熟和胞核成熟,而可利用卵子通常是指核及胞质同步成熟的卵子。COH 可以使患者在同一周期产生多个成熟和不成熟卵,为研究发育程度不同的卵子提供了机会。有研究报道,细胞质和细胞核的变化对受精和早期胚胎分化发育的影响至关重要[2]。目前,卵母细胞核成熟通常以第一极体排出作为标志,而卵母细胞质中线粒体和皮质颗粒的变化是卵母细胞质成熟的重要反映指标[3,4]。促排卵过程中,同一周期内获得未成熟卵子比例过高的发生率很低,个别患者可能存在一定未知因素致卵子成熟障碍,而部分患者可能与促排卵过程有关。由于卵子的成熟度直接关系到卵子的受精、着床率及妊娠率,如何改善 COH 方案提高卵子质

【第一作者简介】蒋益群(1985 –),男,技师,主要从事生殖医学研究。

△【通讯作者】孙海翔,E – mail: stevensunz@163.com

量,从而改善受精率和临床妊娠率是辅助生殖领域研究的最终目的。

本研究通过回顾性分析 171 个 ICSI 周期的患者资料,探讨卵子成熟度对胚胎发育潜能及妊娠结局的影响,为进一步提高卵子及胚胎的可利用率提供指导。

1 材料与方法

1.1 研究对象

选择 2012 年 3 月至 2013 年 12 月在南京大学附属鼓楼医院生殖医学中心治疗的 171 个 ICSI 周期的患者资料进行回顾性分析。患者纳入标准:(1)年龄 ≤ 38 岁;(2)首次接受 ICSI 治疗;(3)采用长方案促排卵;(4)获卵数 ≥ 3 枚。根据卵子成熟度进行分组:A 组为 2012 年 3 月到 2013 年 12 月,未成熟卵子(MⅠ或 GV)占 50% 及以上,并有胚胎移植的 ICSI 周期(n = 33);B 组为 2012 年 9 月到 2012 年 12 月,未成熟卵子小于获卵数的 20%,并有移植胚胎的 ICSI 周期(n = 138)。

1.2 人卵母细胞的采集与处理

应用常规促排卵方案进行卵巢刺激,B 超监测卵泡生长发育。当 2 ~ 3 枚以上卵泡直径达 18 mm 时,注射 HCG 5000 ~ 10000 IU。HCG 注射后 34 ~ 36 h 行 B 超引导下经阴道穿刺取卵术。获取的卵丘 - 卵母细胞复合物(OCCs)经 Gamete(Vitrolife, Sweden)洗涤后,转入 IVF(Vitrolife, Sweden)序贯培养微滴中,于 37℃/6% CO_2 培养箱中培养待用。

1.3 ICSI 术

带卵丘放射冠的卵母细胞置 IVF 序贯培养液中预培养 3 h,用透明质酸酶(Vitrolife, Sweden)消化颗粒细胞,将去除颗粒细胞的卵子在倒置显微镜下观察卵子成熟情况,并置于 IVF 培养液中培养待 ICSI 用。卵母细胞按成熟度分 3 期:生殖泡期(GV),减数分裂中期Ⅰ(MⅠ),减数分裂中期Ⅱ(MⅡ)。预培养 1 h 后,挑选形态相对正常的精子对成熟卵母细胞行 ICSI 术,注射后的卵母细胞转入 G1(Vitrolife, Sweden)培养液中继续培养。

1.4 受精、卵裂的观察及胚胎的评估

16 ~ 18 h 后将培养皿置于倒置显微镜下观察原核,判断是否受精;正常受精卵出现 2 个原核(2PN)。受精后分别于 44 h 及 68 h 在倒置显微镜下进行胚胎质量评估。

1.5 移植与妊娠判定

取卵后 72 h,挑选优质胚胎行 B 超引导下宫腔内胚胎移植术。胚胎移植后 14 d 检测血 HCG 阳性,移植后 4 ~ 6 周 B 超下检查见胎心搏动判定为临床妊娠。

1.6 统计学分析

结果以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)或率(%)表示,采用 SPSS 17.0 软件对数据进行统计分析。对计量资料里有 t 检验和 χ^2 检验,$P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料

两组患者的女方年龄、不孕年限、内膜厚度、获卵数、不孕原因构成(输卵管因素、排卵障碍)、临床用药方案均无显著性差异($P > 0.05$),两组具有可比性。见表 1。

表 1 两组患者临床资料比较

	A 组	B 组
周期数	33	138
女方年龄	30.28 ± 3.84	30.54 ± 4.58
不孕年限	4.70 ± 2.67	4.79 ± 2.90
内膜厚度	11.30 ± 1.85	11.19 ± 2.02
获卵数	261	1330
输卵管因素	28	115
排卵障碍	3	15
其它因素	2	8
长方案	31	129
超长方案	2	9

2.2 受精、胚胎发育与临床结局比较

A 组受精率为 80.51%,正常受精率为 72.88%,均显著低于 B 组的 89.97% 和 86.39%($P < 0.05$);A 组优质胚胎率为 47.37%,显著低于 B 组(61.64%)($P < 0.05$);A 组临床妊娠率为 30.30%,种植率为 19.30%,显著低于 B 组 59.42% 和 40.88%($P < 0.05$)。相反,A 组多原核比率为 6.78%,显著高于 B 组(1.13%)($P < 0.05$)。此外,B 组剩余胚胎的囊胚形成率为 23.95%,高于 A 组(16.67%),但未有统计学差异。见表 2。

表 2 两组患者的受精,胚胎发育及临床结局比较

	A 组	B 组
取卵数	261	1330
成熟卵子数	118	1146
受精数	95	1031
受精率(%)	80.51(95/118) *	89.97(1031/1146)
正常受精率(%)	72.89(86/118) *	86.39(990/1146)
卵裂率(%)	98.95(94/95)	97.09(1001/1031)
多核率(%)	6.78(8/118) *	1.13(13/1146)
优质胚胎率(%)	47.37(45/94) *	61.64(617/1001)
剩余囊胚形成率(%)	16.67(3/18)	23.95(49/225)
妊娠率(%)	30.30(10/33) *	59.42(82/138)
种植率(%)	19.30(11/57) *	40.88(112/274)

注:同 B 组比较 * $P < 0.05$

3 讨论

3.1 未成熟卵子过多的原因分析

较多文献报道,通过 COH 所募集的卵母细胞中大约有 15% 为未成熟的卵母细胞,其中约 4% 为 GV 卵,约 11% 为 MI 卵[5-7],这些未成熟的卵母细胞主要源自 COH 过程中的小卵泡。虽然促排卵 IVF/ICSI 周期中获得未成熟卵子过多的发生率很低,但仍应得到临床医生的足够重视。本中心近两年共出现 33 例患者未成熟卵比例达到获卵数的 50% 以上。个别患者

可能是由于多囊卵巢综合征(PCOS)或卵巢反应不良引起,部分患者可能与促排卵过程有关。Andrea 等[8]认为,对药物有高反应的患者经常产生更多的未成熟卵子,E_2水平过高是否是导致卵巢刺激高反应的原因尚不明确,因此导致未成熟卵比例过高的原因还需进一步研究。

3.2 卵子成熟度与 ICSI 中的多精受精

ICSI 术后多原核合子的发生率约为 3.7%,多见于 3PN,≥4PN 极为罕见,形成率仅为 0.04%。与上述结果一致,本研究结果表明,A 组共有 8 枚形成多原核,且均为 3PN 合子,ICSI 术后多原核合子的发生率为 6.78%;对照组共有 13 枚多原核,且均为 3PN 合子,ICSI 后多原核合子的发生率为 1.13%。

有研究报道,ICSI 术后 3PN 合子具有第一极体(完整或是碎片状),但无第二极体,说明第三个原核可能是未排除的第二极体形成的[9]。第二极体未排出的原因有:(1)ICSI 术分裂中期的细胞受损。(2)第一次减数分裂的纺锤体重新排布,促使染色体多极分离。多极分离产生的染色体独立形成原核,导致多原核的发生。(3)注入精子过程中损害了细胞骨架,引起第二次减数分裂纺锤体的方向错误。(4)hCG 日血清中的激素水平异常;Sachs 等[10]研究发现对药物有高反应的患者经常产生相应的更多的未成熟卵子,并以多个不成熟卵和高 E_2 水平为标志,可能与第二极体的排出障碍有关。(5)少精、无精症患者的二倍体精子被注入卵母细胞中,而少精症患者的二倍体精子发生率约为 2.2%[11,12]。此外,发现 3PN 合子的产生可能与患者对 Gn 刺激的高反应有关,这种高反应可能影响了卵母细胞的质量和内部结构,在募集较多的卵细胞中,必定存在质量较差的卵子,多原核的形成可能与卵母细胞原核发育异常有关[13]。综上所述,ICSI 操作时应避免对纺锤体损伤的可能,其次缩短卵母细胞在体外的操作时间,减少温度等波动对卵母细胞纺锤体的影响。

3.3 卵子成熟度与胚胎质量及临床结局

体外受精过程中,优质卵母细胞应该是细胞核和细胞质的同步成熟。一般在显微镜下观察到卵丘细胞扩散、第一极体释放,即认为卵母细胞已达到成熟状态,实际上可能只是达到了核成熟阶段,而细胞质未必成熟。Combelle 等[15]认为,卵母细胞胞质的成熟,为细胞创造了良好的代谢环境,提供卵母细胞正常所需的能量,促使卵子正常受精,卵裂及囊胚形成。细胞质的成熟是伴随着核成熟而出现的一系列变化,而细胞完成了蛋白质的磷酸化及去磷酸化和细胞器的重新排列是胞质的成熟表现,主要包括皮质颗粒形成,蛋白质合成,透明带成熟等。只有胞核和胞质同步成熟的卵母细胞才具备良好的受精及胚胎发育的潜能[14]。本研究结果显示,A 组优质胚胎率显著低于 B 组,剩余胚胎的囊胚形成率低于对照组,但没有统计学差异,A 组的临床妊娠率及种植率均显著低于 B 组。出现上述结果的原因可能是由于细胞质不成熟的卵母细胞受精后,皮质颗粒因为数量不够或者未移到皮质,使得皮质反应不全,最终导致胚胎分裂异常和着床失败等。此外,对于卵泡发育不均的患者进行研究,发现小卵泡来源的卵母细胞形成的胚胎,其染色体可以是正常的,并且可以正常发育到囊胚阶段[16],说明小卵泡来源的卵子也有利用价值。

3.4 对策

IVF 的成功取决于夫妇双方的自身条件和 IVF 临床实施过程的调控,在胚胎实验室技术和环境稳定的前体下,卵母细胞的质量对临床结局的影响至关重要。卵泡发育的整个过程都受到促排卵药物的影响,大量研究报道了大剂量 Gn 对卵母细胞正常的减数分裂、发育潜能和表观遗传修饰的影响。Meng QX[16]研究发现超促排卵过程会降低小鼠卵母细胞水通道蛋白 3 的表达以及胚胎的发育潜能;临床观察也发现未使用 Gn 进行促排卵的患者胚胎种植率更高[17]。上述结果均表明,选择不合适的促排卵方案和促排卵药物会对卵母细胞的质量造成负面影响。由于各种促排卵方案各有其特点,临床选择时应该根据患者自身条件,充分评估卵巢功能,实施“方案个体化,用药多元化”的策略,使促排卵方案最优化。对于促排卵后已经出现未成熟卵子过多的患者,可以采用 IVF + IVM(in - vitro maturation)这种助孕方式,对于 PCO 患者,获得的未成熟卵子可以通过 IVM 方式获得更多的可利用胚胎。Ao A 等[18]报道了首个 IVF + IVM 技术结合种植前遗传学诊断技术(PGD),排除遗传风险后获得妊娠的病例。田之莹[19]等于 2008 年 1 月报道了 32 个病人行 IVF + IVM 30 个周期,妊娠率达 33.3%(10/30)。随着未成熟卵子体外培养技术的逐步成熟,IVF + IVM 策略会得到更广泛的应用。

参 考 文 献

[1] 庄广伦. 现代辅助生育技术. 北京:人民卫生出版社, 2005:105 - 106.

[2] Wen X, Li D, Tozer AJ, et al. Estradiol, progesterone, testosterone profiles in human follicular fluid and cultured granulosa cells from luteinized pre - ovulatory follicles. Reprod Biol Endocrinol, 2010, 11(8):117.

[3] 李永海, 刘瑞华, 焦丽红, 等. 哺乳动物卵母细胞核质成熟的差异及其影响因素。农业生物技术学报, 2003, 11(1): 94 - 100.

[4] 张晓华, 王克钦. 体外培养牛卵母细胞的核成熟与质成熟. 黑龙江动物繁殖, 2007, 15(3): 15 - 17.

[5] Hassan - Ali H, Hisham - Saleh A, El - Gezeiry D, et al. Perivitelline space granularity: a sign of human menopausal gonadotrophin overdose in intracytoplasmic sperm injection. Human Reproduction, 1998, 13(12): 3425 - 3430.

[6] Huang FJ, Chang SY, Tsai M Y, et al. Relationship of the human cumulus - free oocyte maturational profile with in vitro outcome parameters after intracytoplasmic sperm injection. Journal of assisted reproduction and genetics, 1999, 16(9): 483 - 487.

[7] Cha K Y, Chian R C. Maturation in vitro of immature human oocytes for clinical use. Human Reproduction Update, 1998, 4(2): 103 - 120.

[8] Andrea R, Sachs BA, et al. Factors associated with the formation of triploid zygotes after intracytoplasmic sperm injection. Fertility and sterility, 2000, 73(6): 1109 - 1114.

[9] Flaherty SP, Payne D, Swann N J, et al. Assessment of fertilization failure and abnormal fertilization after intracytoplasmic sperm injection(ICSI). Reproduction, fertility and development, 1995, 7(2): 197 - 210.

[10] Sachs AR, Politch JA, Jackson KV, et al. Factors associated with the formation of triploid zygotes after intracytoplasmic sperm injection. Fertility and sterility, 2000, 73(6): 1109 - 1114.

[11] Macas E, Imthurn B, Keller PJ. Increased incidence of numerical chromosome abnormalities in spermatozoa injected into human oocytes by ICSI. Human Reproduction, 2001, 16(1): 115 - 120.

[12] Macas E, Zweifel C, Imthurn B. Numerical chromosome anomalies detected in paternally derived pronuclei of tripronuclear zygotes after intracytoplasmic sperm injection. Fertility and sterility, 2006, 85(6): 1753 – 1760.
[13] Matt DW, Ingram AR, Graff DP, et al. Normal birth after single – embryo transfer in a patient with excessive polypronuclear zygote formation following in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection. Fertility and sterility, 2004, 82(6): 1662 – 1665.
[14] Andersson U, Filipsson K, Abbott CR, et al. AMP – activated protein kinase plays a role in the control of food intake. Journal of Biological Chemistry, 2004, 279(13): 12005 – 12008.
[15] Combelles CMH, Cekleniak NA, Racowsky C, et al. Assessment of nuclear and cytoplasmic maturation in in – vitro matured human oocytes. Human Reproduction, 2002, 17(4): 1006 – 1016.
[16] Meng QX, Gao HJ, Xu CM, et al. Reduced expression and function of aquaporin – 3 in mouse metaphase – II oocytes induced by controlled ovarian hyperstimulation were associated with subsequent low fertilization rate. Cellular Physiology and Biochemistry, 2008, 21(1 – 3): 123 – 128.
[17] Winston RML, Hardy K. Are we ignoring potential dangers of in vitro fertilization and related treatments? Nature cell biology, 2002(4 Suppl): 14 – 18.
[18] Ao A, Jin S, Rao D, et al. First successful pregnancy outcome after preimplantation genetic diagnosis for aneuploidy screening in embryos generated from natural – cycle in vitro fertilization combined with an in vitro maturation procedure. Fertility and sterility, 2006, 85(5): 1510 – 1511.
[19] 田之莹, 翁宁, 宫立国, 等. 体外受精结合未成熟卵母细胞体外培养的临床应用研究. 中国实用妇科与产科杂志, 2008(1): 62 – 64.

(收稿日期:2014 – 11 – 13)

· 生殖健康 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 – 1993.2015.08.032

固定式左炔诺孕酮宫内缓释剂用于子宫腺肌症患者避孕的临床观察

竺旭辉[1] 王惠[2] 单江静[3]
1 诸暨市计划生育宣传指导站 浙江 绍兴 311800
2 绍兴市妇女儿童医院计生科,浙江 绍兴 312000
3 绍兴市人民医院妇科,浙江 绍兴 312000

【摘 要】 **目的:**探讨固定式左炔诺孕酮(LNG)宫内缓释剂用于子宫腺肌症患者避孕的临床疗效。**方法:**以 2011 年 6 月到 2012 年 5 月我院收治的 74 例子宫腺肌症患者为研究对象,随机分为两组,分别放置固定式 LNG 宫内缓释剂(观察组)和 LNG 宫内缓释系统(对照组),比较两组患者的使用情况、不良反应、痛经程度及经量。**结果:**观察组阴道出血 5 例(13.51%),卵巢囊肿 2 例(5.41%),体重增加 3 例(8.11%),乳腺结节 1 例(2.70%),闭经 1 例(2.70%);对照组阴道出血 7 例(18.92%),卵巢囊肿 3 例(8.11%),体重增加 4 例(10.81%),乳腺结节 1 例(2.70%),闭经 2 例(5.41%)。两组患者的阴道出血、卵巢囊肿、体重增加、乳腺结节及闭经等不良反应的组间差异不明显,均不具有统计学意义($P>0.05$)。观察组未出现下移、脱落、带器妊娠等情况,使用率为 100%。对照组出现 3 例下移,2 例脱落,使用率为 86.49%。两组下移、脱落及使用率比较差异显著,具有统计学意义($P<0.05$)。使用前,两组患者的 VRS、PBAC 评分的组间差异不具有统计学意义($P>0.05$)。使用后 12 个月,两组 VRS、PBAC 评分明显降低,与同组使用前比较差异具有统计学意义($P<0.05$)。**结论:**固定式 LNG 宫内缓释剂用于子宫腺肌症患者的避孕效果较 LNG 宫内缓释系统更佳,且不易下移、脱落。

【关键词】 固定式左炔诺孕酮宫内缓释剂;子宫腺肌症;阴道出血;脱落;痛经

The contraception effect of fixed levonorgestrel (LNG) intrauterine controlled release formulations on patients with adenomyosis *ZHU Xuhui[1], WANG Hui[2], SHAN Jiangjing[3]. 1. Zhuji City Family Planning Publicity and Guidance Station, Shaoxing 311800, China; 2. Family Planning Department, Shaoxing Women and Children Hospital, Shaoxing 312000, China; 3. Department of Gynecology, Shaoxing People's Hospital, Shaoxing 312000, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To investigate the contraception efficacy of fixed levonorgestrel (LNG) intrauterine

【第一作者简介】竺旭辉(1978 –),女,主治医师,主要从事妇女避孕节育有关临床工作。

controlled release formulations on patients with adenomyosis. **Methods**: 74 patients with uterine adenomyosis from June 2011 to May 2012 in our hospital were randomly divided into two groups. They were placed stationary LNG – releasing intrauterine agent (observation group) and LNG Palace the delivery system (control group) respectively. The usage, adverse reactions, and the amount and the degree of dysmenorrheal were compared. **Results**: In the observation group, there were 5 cases (13.51%) of vaginal bleeding, 2 cases (5.41%) of ovarian cysts, 3 cases (8.11%) of weight gain, 1 case (2.70%) of breast nodules and 1 case (2.70%) of amenorrhea; in control group, there were 7 cases (18.92%) of vaginal bleeding, 3 cases (8.11%) of ovarian cysts, 4 cases (10.81%) of weight gain, 1 case (2.70%) of breast nodules and 2 cases (5.41%) of amenorrhea. Vaginal bleeding, ovarian cysts, weight gain, breast nodules, amenorrhea and other adverse reactions of two groups were not significantly different ($P > 0.05$). There was no moving down, falling off and pregnancy in the observation group with utilization rate of 100%. There were 3 cases of moving down and 2 cases of falling off, with utilization rate was 86.49%. The differences in the case of moving down, falling off and utilization of the two groups were statistically significant ($P < 0.05$). Before the treatment, the difference in VRS, PBAC scores between the two groups was not statistically significant ($P > 0.05$). After 12 months of treatment, the VRS, PBAC scores of the two groups were significantly reduced. The differences against these of the same group before the treatment were statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion**: Contraceptive effect of fixed levonorgestrel (LNG) intrauterine controlled release formulations for patients with adenomyosis is better than LNG – releasing intrauterine system with less moving down and falling off cases.

【Key words】 Fixed LNG – releasing intrauterine agent; Adenomyosis; Vaginal bleeding; Off; Dysmenorrheal

【中图分类号】 R711.74 **【文献标志码】** A

子宫腺肌症是一种常见的妇科疾病,指子宫内膜腺体及间质侵入子宫肌层形成的局限性或弥漫性病变[1]。子宫腺肌症多见于 40 岁以上的产妇,近年来呈年轻化趋势[2]。左炔诺孕酮宫内缓释系统(LNG – IUS)作为一种新型的避孕工具能够达到与绝育手术相媲美的避孕效果[3],但子宫腺肌症患者使用 LNG – IUS 容易出现下移、脱落等现象[4],部分患者甚至可能带器妊娠,在很大程度上影响了临床疗效。本研究通过比较固定式 LNG 宫内缓释剂和 LNG 宫内缓释系统的使用情况、不良反应、患者的痛经程度及经量,探讨固定式 LNG 宫内缓释剂用于子宫腺肌症患者避孕的临床疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2011 年 6 月至 2012 年 5 月我院收治的子宫腺肌症患者 74 例,随机分为两组,分别放置固定式 LNG 宫内缓释剂(观察组)和 LNG 宫内缓释系统(对照组),所有患者均签署知情同意书。观察组 37 例,年龄 22 ~ 47 岁,平均(35.8 ± 4.2)岁;孕次 1 ~ 4 次,平均(3.1 ± 0.7)次;产次 1 ~ 2 次,平均(1.3 ± 0.5)次。对照组 37 例,年龄 24 ~ 48 岁,平均(36.3 ± 4.5)岁;孕次 1 ~ 4 次,平均(3.3 ± 0.6)次;产次 1 ~ 2 次,平均(1.2 ± 0.6)次。两组患者的年龄、孕次、产次等一般资料的组间差异不具有统计学意义($P > 0.05$)。

诊断标准[5]:(1)出现继发性痛经,且呈加重趋势;(2)月经量增加;(3)经盆腔检查发现子宫增大、质地较硬;(4)B 超检查发现子宫增大,呈球状,肌壁明显增厚,且回声不均匀。

病例排除:(1)子宫内膜病变;(2)患有其他代谢性疾病;(3)3 个月内使用过激素的患者;(4)月经紊乱;(5)心、肝、肾功能严重损害者;⑥依从性差的患者。

1.2 方法

观察组:放置固定式 LNG 宫内缓释剂,使用聚乙烯线贯穿 LNG 硅胶棒(辽宁绿丹药业,国药准字 H10970306, 36mg/支),两端套入中央有孔的不锈钢套内,外侧使用同一根聚乙烯线固定打结,将 LNG 硅胶棒固定于两套之间。在套外侧 1cm 处打结,使用针式放置器将套外结固定在子宫底部,将 LNG 硅胶棒悬置于子宫腔内,轻轻牵拉尾丝,确保 LNG 已固定在子宫底部,并在子宫外口保留 2cm 尾丝。对照组放置 LNG 宫内缓释系统,将放置器缓慢推进,至定位块接触宫颈,将滑块彻底拉下,并自动放出尾丝,使 LNG 缓释系统抵达子宫底部。随访 12 个月。

1.3 观察指标

观察两组患者使用后 12 个月的不良反应及下移、脱落、带器妊娠等情况。采用 VRS 法评价患者的痛经情况[6]:0 分为无痛经;1 分为因痛经丧失一定的工作效率;2 分为因痛经需部分时间卧床,丧失部分工作效率;3 分为因痛经需卧床 1d 及以上,丧失工作能力。采用 PBAC 法评价患者的经量[7],评分越高,经量越大,评分 > 100 分即经量 > 80mL,表明经量过多。

1.4 统计学处理

采用 SPSS15.0 软件对数据进行统计学分析,计数结果用 χ^2 检验,计量结果用 t 检验,以 $P < 0.05$ 差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组不良反应比较

两组患者的阴道出血、卵巢囊肿、体重增加、乳腺结节及闭经等不良反应的组间差异不明显,均不具有统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 两组不良反应比较

组别	阴道出血	卵巢囊肿	体重增加	乳腺结节	闭经
观察组($n=37$)	5(13.51)	2(5.41)	3 (8.11)	1(2.70)	1(2.70)
对照组($n=37$)	7(18.92)	3(8.11)	4(10.81)	1(2.70)	2(5.41)

2.2 两组 LNG 使用情况比较

观察组未出现下移、脱落、带器妊娠等情况,使用率为 100%。对照组出现 3 例下移,2 例脱落,使用率为 86.49%。两组使用率比较差异显著,具有统计学意义($P<0.05$)。

2.3 两组 VRS、PBAC 评分比较

使用前、后,两组患者的 VRS、PBAC 评分的组间差异均不具有统计学意义($P>0.05$)。使用后 12 个月,两组 VRS、PBAC 评分明显降低,与同组使用前比较差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组 VRS、PBAC 评分比较

组别	VRS 评分		PBAC 评分	
	使用前	使用后 12 个月	使用前	使用后 12 个月
观察组	2.57±0.61	0.79±0.58[a]	179.34±57.92	24.13±7.42[a]
对照组	2.61±0.63	0.80±0.59[a]	176.83±59.27	23.96±7.20[a]

注:[a]与同组使用前比较 $P<0.05$

3 讨论

子宫腺肌症患者的子宫缺乏黏膜下层,导致内膜基底层细胞增生,侵袭子宫肌层,并伴有周围基层细胞的代偿性增生[8]。LNG-IUS 作为一种长效避孕药具虽能有效缓解痛经,但引发的不良反应较多,部分子宫腺肌症患者可能出现下移、脱落等情况,导致带器妊娠[9]。固定式 LNG 宫内缓释剂的出现解决了子宫腺肌症患者子宫增大、肌层变厚易导致 LNG-IUS 下移、脱落的问题[10],但与此相关的临床研究较少,固定式 LNG 宫内缓释剂在子宫腺肌症患者避孕方面的应用效果尚不十分明确。

两组病例中部分患者出现阴道出血、卵巢囊肿、体重增加、乳腺结节及闭经等不良反应,症状较轻,无需进行特殊处理。张欣等[11]认为上述不良反应与少量 LNG 吸收入血有关。两组患者的不良反应的组间差异不具有统计学意义($P>0.05$),提示固定式 LNG 并不会产生更明显的副作用,安全性较高。研究中发现,观察组未出现下移、脱落、带器妊娠等情况,使用率为 100%。对照组出现 3 例下移,2 例脱落,使用率为 86.49%。这是因为子宫腺肌症患者的子宫增大,质地较硬,肌壁明显增厚[12],LNG-IUS 容易移位甚至脱落。固定式 LNG 宫内缓释剂通过聚乙烯线和 LNG 硅胶棒固定于子宫腔内,降低了下移和脱落的可能性,避免了因脱落导致的带器妊娠,避孕效果较 LNG-IUS 更佳[13]。为了客观评价两种避孕方式的临床疗效,我们又对两组患者的痛经程度和经量进行了调查统计,结果显示,使用后 12 个月,两组 VRS、PBAC 评分明显降低,与同组使用前比较差异具有统计学意义($P<0.05$),而使用前、后,两组的 VRS 与 PBAC 评分均不具有显著差异($P>0.05$),提示两种方式均能有效降低患者痛经程度,减少经量。固定式 LNG 宫内缓释剂每日释放定量药物,持续作用于子宫内膜,导致卵巢排卵时子宫内膜无法满足受精卵着床厚度,进而发挥避孕的作用。此外,LNG 还能增加宫颈黏液粘稠度[14],使精子释放的酶类失活,阻碍精子和卵子会合。LNG 发挥作用的过程中宫腔内的孕激素较正常水平明显更高[15],对腺垂体和下丘脑产生较强的负反馈作用,抑制了子宫活动,从而阻碍子宫平滑肌前列腺素的合成,缓解疼痛。

本研究证实,固定式 LNG 宫内缓释剂与 LNG-IUS 产生的不良反应基本一致,但其用于子宫腺肌症患者的避孕效果较 LNG 宫内缓释系统更佳,且不易下移、脱落。由于本研究样本容量较小,LNG 缓释剂产生的不良反应以及下移、脱落等使用情况的研究结果难免出现误差,但固定式 LNG 宫内缓释剂在子宫腺肌症患者避孕中的临床效果值得肯定。

参 考 文 献

[1] 姜红叶,姚书忠,陈淑琴,等. 子宫腺肌症病灶切除术治疗子宫腺肌症 59 例临床分析. 腹腔镜外科杂志,2011,16(10):788-790.

[2] 梁庆华,史枫,真酌,等. 子宫腺肌病 40 例临床误诊原因分析. 中国性科学,2011,20(1):19-20.

[3] 高丽虹,宋学军,周坚红,等. 子宫腺肌病放置左炔诺孕酮宫内缓释系统的不良反应分析. 浙江预防医学,2013,25(5):66-68.

[4] 徐婧,陶冶. 左炔诺孕酮宫内缓释系统在治疗子宫腺肌症中的应用价值及疗效分析. 河北医科大学学报,2013,34(4):442-444.

[5] 胡再孟. 子宫腺肌症的病理生理机制和诊断学研究进展. 医学研究杂志,2014,43(3):15-18.

[6] 吴丹梅,金松. 左炔诺孕酮宫内缓释系统治疗子宫腺肌病的疗效. 中国妇产科临床杂志,2011,12(6):437-439.

[7] 郑秀英,吕杰强,蔡珠华,等. 曼月乐治疗子宫内膜增生症的疗效观察及机制探讨. 温州医学院学报,2012,42(5):465-468.

[8] Fan TY, Zhang L, Chen W, et al. Feasibility of MRI-guided high intensity focused ultrasound treatment for adenomyosis. European Journal of Radiology,2012,81(11):3624-3630.

[9] 李俊英,郝增平. 左炔诺孕酮宫内缓释系统临床效果观察. 中国妇幼保健,2011,26(23):3636-3638.

[10] 赵迎宾,丁春凤. 固定式左炔诺孕酮宫内缓释剂治疗子宫腺肌病的效果分析. 中国当代医药,2014,21(8):78-80.

[11] 张欣,刘莹. 固定式 LNG 宫内缓释剂用于子宫腺肌症患者避孕的临床观察. 中国计划生育学杂志,2013,21(2):109-112.

[12] Maheshwari A, Gurunath S, Fatima F, et al. Adenomyosis and subfertility: A systematic review of prevalence, diagnosis, treatment and fertility outcomes. Human Reproduction Update,2012,18(4):374-392.

[13] 张欣,刘莹. 固定式左炔诺孕酮宫内缓释剂治疗大子宫腺肌症临床观察. 中国妇幼保健,2014,29(6):949-950.

[14] 芮玉宣,李世杰,蔡若虹,等. 左炔诺孕酮宫内缓释系统治疗子宫内膜增生的疗效观察. 中国医药导报,2011,8(16):85-86.

[15] 赵健,张玲爱. 促性腺激素释放激素激动剂联合反向添加法治疗子宫内膜异位症的临床研究. 中国性科学,2012,21(9):32-34.

(收稿日期:2014-10-17)

·生殖健康·

DOI:10.3969/j.issn.1672－1993.2015.08.033

泌尿生殖道感染不育男性与精子活率、抗精子抗体的关系研究

崔胜利[1] 刘春玲[2] 董洁[2]

1 北京市通州区妇幼保健院皮肤性病科,北京 101101

2 首都医科大学附属朝阳医院皮肤性病科,北京 100020

【摘 要】 **目的:**探讨泌尿生殖道感染不育男性与精子活率、抗精子抗体的关系。**方法:**随机选取近 3 年来就诊于我院的患者 180 例:其中 60 例男性不育且既往或正患有泌尿生殖系统感染(包括支原体、衣原体等感染)的患者为研究对象(A 组);其中 60 例男性不育且无泌尿生殖系统感染(包括支原体、衣原体等感染)的患者为研究对象(B 组);其中 38 例已生育健康男性作为对照(C 组)。采用精子微生物动静态图象检测系统(Computer－ aided sperm analysis, CASA)检测精液的基本参数;采用 ELISA 法进行检测抗精子抗体;结果采用 Spearman 相关性分析。**结果:**A 组与 B 组之间在抗精子抗体方面存在统计学差异($P<0.05$);A 组与 C 组之间在精子活力、精子活率、抗精子抗体等方面均存在统计学差异($P<0.05$);B 组与 C 组之间在精子活率方面存在统计学差异($P<0.05$)。经 Spearman 相关性分析可知:泌尿生殖道感染不育男性与精子活力之间没有显著的相关性($P>0.05$);泌尿生殖道感染不育男性与精子活率之间有显著的正相关性($P<0.05$);泌尿生殖道感染不育男性与抗精子抗体之间有显著的负相关性($P<0.05$)。**结论:**泌尿生殖系统感染不育男性与精子活率、抗精子抗体之间具有一定的相关性,但是具体的病理病因机制尚未探讨,以期后期更加深入地研究。

【关键词】 泌尿生殖道感染;精子活率;抗精子抗体;Spearman 相关性分析

Relationship between genitourinary tract infections in infertile men with sperm viability and anti－sperm antibodies *CUI Shengli*[1], *LIU Chunling*[2], *DONG Jie*[2]. *1. Department of Dermatology &STD, Beijing Tongzhou District Maternal and Child Health Care Hospital, Beijing 101101, China; 2. Department of Dermatology &STD, Chaoyang Hospital Affiliated to Capital Medical University, Beijing 100020, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To investigate the relationship between genitourinary tract infections in infertile men with sperm viability and anti－sperm antibodies. **Methods**: 180 patients received treatment in our hospital in the past three years were included: 60 cases of male infertility who had urogenital infections (including mycoplasma, chlamydia and other infections) history (group A); 60 cases of male infertility but without urogenital infections (including mycoplasma, chlamydia and other infections) (group B); 38 cases of healthy reproductive male as control group (group C). Computer－aided sperm analysis (CASA) was used to detect semen basic parameters of semen; ELISA was used to detect anti－sperm antibodies; Spearman correlation analysis was conducted on the results. **Results**: Difference in anti－sperm antibodies was statistically significant between group A and group B ($P<0.05$); differences between group A and group C in sperm motility, sperm viability, and other aspects of anti－sperm antibodies were statistically significant ($P<0.05$); difference in sperm viability between group B and group C was significantly different ($P<0.05$). Spearman correlation analysis found that: urogenital tract infection in infertility was not correlated with sperm motility ($P>0.05$), but positively correlated with sperm viability ($P<0.05$), and negatively correlated with anti－sperm antibodies ($P<0.05$). **Conclusion**: Urogenital infections in infertile men is correlated with sperm viability and anti－sperm antibodies to a certain degree, but the specific pathological mechanism has not been discussed and further in－depth study is need in the future.

【**Key words**】 **Genitourinary tract infections; Sperm viability; Anti－sperm antibodies; Spearman correlation analysis**

【中图分类号】 R697 【文献标志码】 A

不育症是指正常育龄夫妇婚后有性生活,在一年或更长时间没有采取避孕措施而未能生育;由于男子方面的原因造成女方不孕者,称为男性不育症。据文献报道,已婚夫妇不孕不育发生率约为 15%,其中男性不育症的发病率占 30% 左右[1－3]。男性不育症不是一种独立的疾病,而是由某一种或很多疾病与

【第一作者简介】崔胜利(1970－),男,主治医师,主要从事不孕不育、中医皮肤科有关临床与研究工作。

因素造成的结果。由于男性不育的病因复杂,个体差异大,除了生精机能不全、生殖道障碍、内分泌失调、遗传性疾病、酶类的异常外,还有细胞和分子水平的缺陷等[4]。其中又有 15% ~ 30% 左右为免疫因素所致,血清或精液中可能存在抗精子抗体,从而导致精子存活力低下而不育。文献研究表明:15% 的男性不育患者与生殖道感染有关。而且泌尿生殖道微生物感染是男性不育的重要原因之一,因泌尿生殖道感染引起的不育症的发病率约为非感染者的 4 倍左右。男性泌尿生殖器官如睾丸、附睾、输精管、前列腺、尿道等发生微生物感染时,均可导致精液感染,精子结构和功能被破坏,男性生育力低下[5-8]。本文针对泌尿生殖道感染不育男性与精子活率、抗精子抗体之间的关系进行研究,以期探讨泌尿生殖道感染对男性精子质量和功能的损害,以及导致男性不育症的原因。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取 2012 年 1 月至 2014 年 12 月就诊于我院的患者 180 例,根据随机穗子列表的顺序选取其中 158 例患者进行研究,采用患者生育与否以及是否出现泌尿生殖感染进行分组:60 例男性不育且既往或正在有泌尿生殖系统感染(包括支原体、衣原体等感染)的患者为研究对象(A 组)(身体健康,婚后正常性生活 1 年以上不育,未采取任何避孕措施,排除女方不孕因素。无外伤及遗传性疾病家族史,无性功能障碍病史,经专科医生检查未发现有明显睾丸、附睾及输精管发育异常,排除外生殖器异常、全身性疾患、各种手术史等其它病症;排除滥用药物接触史、不良环境接触史和饮酒、吸烟史; 排除严重少精症和无精症);60 例男性不育且无泌尿生殖系统感染(包括支原体、衣原体等感染)的患者为研究对象(B 组);38 例已生育健康男性作为对照(C 组)(有生育史,身体状况良好)。本研究经伦理委员会批准,所有患者均自愿加入本研究并签署知情同意书。

1.2 检测方法[9]

1.2.1 精液采集 采集精液前,禁性生活 3 ~ 5d。排尽尿液后,由患者本人手淫获取精液,手淫留取全部精液于一广口洁净干燥的无菌瓶中,立即送检,37℃保温,待液化后检验。

1.2.2 精液常规检查 采用北京清华大学研制的计算机辅助的精子微生物动静态图象检测系统(Computer - aided sperm analysis, CASA) 对精子活力参数和精子活率进行计算机检查处理。活力正常与异常组:将精子活力达 A 级的归为活力正常组,其它为异常组。精子活力参数:平均路径运行速度(VAP)(pm/s)。活力按 WHO 标准分为 A、B、C、D 四个等级:A 级:快速直线向前运动,正常精子活力 A 级≥25% 或 A + B 级≥50%;B 级:慢速向前运动;C 级:原地摆动;D 级:不活动。精子活率:样品精液中运动精子占精子总数的百分率。

1.2.3 抗精子抗体检测 清晨抽取患者空腹时静脉血 5 mL,分离血清。采用 ELISA 法进行检测,检测方法参照试剂盒的使用说明书,抗体浓度在 75 U/mL 以上者为阳性。抗精子抗体阳性组与阴性组:同一对象同时采集血液及精液,进行抗精子抗体检测,任何一项检测为阳性即归为抗精子抗体阳性组,其余为阴性组。

1.3 统计学处理

所得数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 SPSS 19.0 软件进行分析处理,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义,$P < 0.01$ 为差异有显著性。单因素分析,两组计数资料间比较采用 χ^2 检验,两组计量资料间比较采用 t 检验;各因素间关系采用 Spearman 相关性分析。

2 结果

2.1 一般临床资料

研究结果表明:分别比较 A 组与 B 组,A 组与 C 组、B 组与 C 组之间在年龄、不育年限、性激素(FSH、LH、PRL、T)等方面均不存在统计学差异($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 一般临床资料比较

项目	A 组	B 组	C 组
年龄	32.24 ± 5.28	33.71 ± 5.02	31.16 ± 4.94
不育年限	4.13 ± 1.56	4.76 ± 1.35	-
FSH/(IU/mL)	5.89 ± 0.85	5.84 ± 0.81	5.92 ± 0.87
LH/(IU/mL)	4.85 ± 1.55	4.82 ± 1.51	4.94 ± 1.57
PRL/(ng/ mL)	14.89 ± 0.75	14.81 ± 0.71	14.93 ± 0.74
T/(ng/dL)	29.81 ±10.29	28.78 ±10.26	28.84 ±10.23

2.2 各检测指标结果

研究结果表明:比较 A 组与 B 组之间在抗精子抗体方面存在统计学差异($P < 0.05$);比较 A 组与 C 组之间在精子活力、精子活率、抗精子抗体等方面均存在统计学差异($P < 0.05$);比较 B 组与 C 组之间在精子活率方面存在统计学差异($P < 0.05$);见表 2。

表 2 各检测指标结果比较

项目		n	精子活力		精子活率		抗精子抗体	
			正常组	异常组	正常组	异常组	阳性组	阴性组
A 组		60	14	46	42	18	23	37
B 组		60	20	40	48	12	12	48
C 组		60	27	33	57	3	4	56
A、B 比较	χ^2		1.477		1.600		4.881	
	P		0.156		0.292		0.044	
A、C 比较	χ^2		6.261		12.9787		17.252	
	P		0.020		0.001		0.000	
B、C 比较	χ^2		1.714		6.171		4.615	
	P		0.262		0.025		0.058	

2.3 泌尿生殖道感染不育男性的 Spearman 相关性分析

研究显示泌尿生殖感染不育与精子活力、精子活率以及抗精子抗体有一定的关系,通过 spearman 相关性分析发现:泌尿生殖道感染不育男性与精子活力之间没有显著的相关性($P>0.05$);泌尿生殖道感染不育男性与精子活率之间有显著的正相关性($P<0.05$);泌尿生殖道感染不育男性与抗精子抗体之间有显著的负相关性($P<0.05$)。见表 3。

表 3 泌尿生殖道感染不育男性的 Spearman 相关性分析

项目	N	r_s	P
精子活力	60	0.147	0.215
精子活率	60	0.272	0.024
抗精子抗体	60	-0.342	0.008

3 讨论

随着男性不育症诊断技术的不断提高和对泌尿生殖系统微生物的深入研究,发现病原微生物引起的男性生殖道感染是不育症的常见原因之一,已越来越受到人们的重视[10-13]。然而由病原微生物引起的男性生殖系统感染所致男性不育不可忽视,如大肠杆菌、绿脓杆菌、腐生葡萄球菌、白色念珠菌、结核杆菌、厌氧菌, 又如衣原体、支原体等。可能机制是由病原微生物引起的男性泌尿生殖系统感染从不同的环节直接或间接地损害生殖器官,影响精子的发育和成熟;阻塞精子的运输通道;诱发机体产生抗精子抗体,影响精子运动能力;并且影响精液的多项参数,使精子质量下降,导致男性不育[14,15]。

本研究就 158 例受检患者的精液标本进行分析,结果表明:A 组与 B 组之间在抗精子抗体方面存在统计学差异($P<0.05$);A 组与 C 组之间在精子活力、精子活率、抗精子抗体等方面均存在统计学差异($P<0.05$);B 组与 C 组之间在精子活率方面存在统计学差异($P<0.05$)。说明泌尿生殖系统感染导致的男性不育可能原因:(1)由于泌尿生殖系统感染使得精子活力、精子活率降低,导致男性不育;(2)由于泌尿生殖系统感染使得抗精子抗体阳性率升高,导致男性不育。经 Spearman 相关性分析可知:泌尿生殖道感染不育男性与精子活力之间没有显著的相关性($P>0.05$);泌尿生殖道感染不育男性与精子活率之间有显著的正相关性($P<0.05$);泌尿生殖道感染不育男性与抗精子抗体之间有显著的负相关性($P<0.05$)。

综上可知,泌尿生殖系统感染不育男性与精子活率、抗精子抗体之间具有一定的相关性,但是具体的病理病因机制尚未探讨,以期后期更加深入地研究。生殖系统致病微生物与男性不育的关系仍有许多未解可能因素,有待于进一步研究探索。

参 考 文 献

[1] Svenstrup HF, Fedder J, Abraham-PeskirJ, et al. Mycoplasma genitalium attaches to human spermatozoa. Hum Reprod, 2003,18(10):2103-2109.

[2] Saleh RA, Agarwal A, Kandnrali E, et al. Leukocytospermiais associated with increased reactive oxygen species production by human spermatozoa. Fertil Steril, 2002, 78(6):1215-1224.

[3] Diao R, Fok KL, Chen H, et al. Deficient human β-defensin 1 underlies male infertility associated with poor sperm motility and genital tract infection. Sci Transl Med, 2014,13(6):108,249.

[4] Howes L, Jones R. Interactions betweenzonapellucida glycoproteins and sperm proacrosin/acrosinduring fertilization. J Reprod Immunol, 2002, 53(1-2):181-192.

[5] De Vos A, Van De Velde H, Joris H,et al. Influence of individual sperm morphology on fertilization, embryo morphology, and pregnancy outcome of intracytoplasmic sperm injection. Fertil Steril,2003,79(1):42-48.

[6] Serebrovska ZA, SerebroskayaTV, Pyle RL, et al. Transmission of male infertility and intracytoplasmic sperm injection. Fiziol Zh, 2006, 52 (3): 110-118.

[7] Aziz N, Agarwal A, Lewis-Jones I,et al. Novel associations between specific sperm morphological defects and leukocytospermia. Fertil Steril, 2004, 82(3):621-627.

[8] Sallam HN, Ezzeldin F, Sallam A, et al. Sperm velocity and morphology, female characteristics, and the hypo-osmotic swelling test as predictors of fertilization potential: experience from the IVF model. Int J Fertil Womens Med, 2003,48(2): 88-95.

[9] World Health Organization. WHO laboratory manual for the examinationof human sperm and sperm-cervical mucus interaction . New York: Cambridge University Press, 1999.

[10] Zhang Q, Xiao Y, Zhuang W, et al. Effects of biovar I and biovar II of ureaplasmaurealyticum on sperm parameters, lipid peroxidation, and deoxyribonucleic acid damage in male infertility. Urology. 2014, 84(1):87-92.

[11] Balercia G, Mancini A, Paggi F, et al. Coenzyme Q10 and male infertility. J Endocrinol Invest. 2009, 32(7):626-632.

[12] Shang XJ, Huang YF, Xiong CL, et al. Ureaplasmaurealyticum infection and apoptosis of spermatogenic cells. Asian J Androl, 1999,1(3):127-129.

[13] Amoako AA, Marczylo TH, Marczylo EL, et al. Anandamide modulates human sperm motility: implications for men with asthenozoospermia and oligoasthenoteratozoospermia. Hum Reprod. 2013, 28(8): 2058-2066.

[14] Xu C, Lu MG, Feng JS, et al. Germ cell apoptosis induced by ureaplasmaurealyticum infection. Asian J Androl, 2000,2(3): 229-232.

[15] Caballero-Campo P, Buffone MG, Benencia F, et al. A role for the chemokine receptor CCR6 in mammalian sperm motility and chemotaxis. J Cell Physiol. 2014, 229(1):68-78.

(收稿日期:2014-09-24)

· 生殖健康 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 – 1993.2015.08.034

显微镜下精索静脉结扎术治疗男性不育症的疗效分析(附 32 例报道)

韩矿军[1] 林健[2△] 张燕[1] 朱艳芳[1] 申秀香[1] 赵毅峰[1] 杜英林[1] 苗谦[3]

1 邯郸市第四医院泌尿外科,河北 邯郸 056200

2 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

3 河北冀中能源峰峰集团总医院泌尿外科,河北 邯郸 056200

【摘 要】 **目的**:了解显微镜下精索静脉结扎术对患者精液质量改善情况和配偶怀孕率。**方法**:回顾性分析了 32 例精索静脉曲张导致的男性不育患者资料,所有患者接受显微镜下精索静脉结扎术,比较患者手术前后的精液质量及配偶受孕率。**结果**:术后 1 年复查,患者术后精子密度及精子活力提高明显。配偶怀孕 11 人,怀孕率 34.4%。**结论**:显微镜下精索静脉结扎术安全、可靠、有效,便于医院开展。

【关键词】 精索静脉曲张;精索静脉结扎术;显微手术

Effect of microscopic varicocelectomy on male infertility (32 **cases report**) *HAN Kuangjun[1], LIN Jian[2Δ], ZHANG Yan[1], ZHU Yanfang[1], SHEN Xiuxiang[1], ZHAO Yifeng[1], DU Yinglin[1], MIAO Qian[3]. 1. Department of Urology, the Fourth Hospital of Handan, Handan 056200, China; 2. Department of Urology, Peking University First Hospital, Institute of Urology of Peking University, Beijing 100034, China; 3. Department of Urology, Jizhong Energy Fengfeng Group General Hospital, Handan 056200, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To evaluate the effect of microscopic varicocelectomy on male infertility. **Methods**: 32 infertility patients with varicocele were selected in this study. All patients received microscopic varicocelectomy. The semen density and forward motility between and after the operation were compared. The natural pregnancy rate was investigated. **Results**: All patients were followed up for at least 1 year. The sperm density and forward motility after the operation were improved significantly and 11 spouses reached natural pregnancy. **Conclusion**: Microscopic varicocelectomy can effectively treat male infertility with varicocoele, which is safe and reliable.

【**Key words**】 **Varicocele**; **Varicocelectomy**; **Microsurgery**; **Laparoscopy**

【中图分类号】 R698 + .2 【文献标志码】 A

精索静脉曲张是泌尿外科的常见疾病,多数医生只关注患者是否有症状,而对男性生育、睾酮水平、青少年等关注甚少。对精索静脉曲张采取的手术方式以开放手术和腹腔镜手术为主,甚至有些泌尿外科医生以精索静脉曲张作为练习腹腔镜技术的入门手术,而没有关注治疗效果和术后的并发症,对于青少年精索静脉曲张最大限度的减少术后并发症尤其重要[1]。多个随机对照研究和荟萃分析证实显微镜下精索静脉结扎术在术后效果和并发症方面均优于其它术式,可以作为精索静脉治疗的"金标准"术式[2]。然而,目前国内有为数不多的医院泌尿外科可以开展显微镜下精索静脉结扎术[3]。近来的几项荟萃分析认为相比开放和腹腔镜手术,显微镜下精索静脉结扎术不仅术后复发和鞘膜积液的发生率最低,而且术后精液参数和配偶的自然怀孕率都要高于另外 2 种术式[4,5]。

精索静脉曲张可导致睾丸进行性的功能下降,不仅可引起精液质量下降,进而影响配偶怀孕,而且还可导致睾丸的内分泌功能下降。精索静脉结扎可以阻止精索静脉曲张对睾丸功能的进一步损害。因此,精索静脉结扎术可以治疗男性不育症、青少年睾丸萎缩、睾酮水平低下,甚至可以促进非梗阻性无精子症患者睾丸产生精子[6]。我科从 2013 年 1 月至 2013 年 12 月,共对 32 例男性不育症患者进行了显微镜下精索静脉结扎术,观察术后 1 年精液学分析、配偶受孕情况等,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2013 年 1 月至 2013 年 12 月我院诊治因男性不育症合并精索静脉曲张患者 32 例,所有患者签署知情同意书。患者 28 ~ 33 岁,II 级 13 例,III 级 19 例。入选标准:体格检查可触及曲张静脉团;阴囊超声检查发现单根或多根静脉直径 >2mm,且存在返流(Valsalva 呼吸);精液质量异常(参考 WHO 第四版精液参数)。排除标准:精索静脉曲张手术后复发;无精子症;精液质量正常。患者一般情况见表 1。

【第一作者简介】韩矿军(1973 –),男,主治医师,主要从事微创泌尿外科的治疗工作。

林健(1967 –),男,主任医师、硕士生导师,主要从事泌尿外科临床与研究工作。

△【通讯作者】林健, E – mail:linjianbj@163.com

表 1 患者术前的基本资料

参数	数值
年龄	28.5 ± 3.64
静脉曲张分级	
II 级	13
III 级	19
FSH(mIU/L)	4.6 ± 2.1
总睾酮(ng/mL)	5.4 ± 2.6
术前精子密度(10^6/mL)	24.2 ± 22.5
术前精子前向活力(%)	23.4 ± 11.4

1.2 手术方法[6]

患者均行显微镜下的精索静脉结扎术。在腹股沟外环口下做切口,垂直于精索走形方向,长度为 2 ~ 3cm,逐层切开,暴露精索后,应用 Allis 钳提出精索并挤出睾丸,分别切断结扎睾丸引带静脉和精索外静脉的穿支。还纳睾丸,并在精索下方垂直切口放置 8 号硅胶管提拉并固定精索于切口上方,之后将显微镜放置切口上方,将放大倍数调至 10 ~ 15 倍视野,切开精索外筋膜提睾肌及精索内筋膜,暴露曲张的精索内静脉,寻找睾丸动脉和淋巴管(睾丸动脉若不易识别,则在精索表面滴加 1% 的利多卡因,通过细微波动辨别;淋巴管为显微镜下晶莹透明管状结构),确定后分别套 2 - 0 细丝线保护。游离静脉后用 4 - 0 丝线两端结扎后切断静脉,结扎切断所有精索内静脉。观察精索内筋膜只保留搏动的动脉及淋巴管。保留提睾肌动脉及淋巴管。结扎切断所有其余静脉。至此精索内只包含睾丸动脉、淋巴管、输精管及其血管。各层筋膜 3 - 0 可吸收线缝合关闭,彻底止血,见无活动性出血后,应用 3 - 0 可吸收线缝合关闭皮下组织及皮肤切口。

1.3 随访

术后 3 个月开始在相同医院复查精液常规,1 年后开始随访配偶怀孕情况。

1.4 统计方法

术前和术后有精液常规报告的患者资料进入统计分析,术前和术后精液常规结果选择较好的一次结果进行分析比较。术后精子密度和/或精子活力较术前提高者为精液质量改善。用 SPSS13.0 统计软件处理,手术前后精子密度和活力比较采用配对 t 检验,检验水准 $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

本组 32 例精索静脉曲张型不育患者,II 级 13 例,III 级 19 例。随访全部 32 例,术后随访 12 ~ 23 个月。与手术治疗前相比较,术后 1 年精子密度和活力显著提高。见表 2。配偶自然怀孕率为 34.4%。

表 2 患者手术前后精液参数比较

	术前	术后	P
精子密度	24.2 ± 22.5	34.5 ± 18.3	< 0.001
精子活力	23.4 ± 11.4	29.2 ± 17.8	< 0.05

3 讨论

精索静脉曲张是导致男性不育的常见疾病,在普通人群中发病率约为 15%,而在原发性不育中发生率可高达 35%,继发性不育中达 75%[6]。目前国内有些人认为精索静脉曲张引发不育的公认机制为:长期精索静脉曲张使阴囊温度增高及缺氧,致睾丸生精上皮细胞发生病变,精液质量下降[8]。

大多数的文献支持精索静脉曲张手术对生育有改善作用,但也有少数研究持相反观点[9]。有 2 个被广泛引用的前瞻性随机对照研究证实精索静脉曲张可以显著提高精子密度,其中一个研究证实精索静脉结扎还可以显著提高配偶的自然怀孕率。Marmar 等[10]荟萃分析证实精索静脉手术治疗的怀孕率高于非手术治疗的怀孕率,分别为 33% 和 15.5%。精索静脉曲张术后怀孕率的提高取决于精液参数的改善。总体来说,精索静脉结扎术后总体的精液改善率达 51% ~ 78%,自然怀孕率达 24% ~ 53%[11]。一项超过 2000 例的荟萃分析也发现精液参数的改善为 50% ~ 60%,术后至少一次怀孕率为 40% ~ 50%[12]。

精索静脉结扎术的种类较多,大体可分为 3 类:开放式、腹腔镜下和显微镜下。多项比较研究或荟萃分析都证实显微镜下精索静脉结扎术的效果优于其它的术式[5,13]。Al - Kandari 等[13]通过随机对照研究比较了这 3 种术式对精液参数改善和怀孕率的效果,发现显微镜下精索静脉结扎术对精液质量的改善和怀孕率均高于腹腔镜和开放手术,而显微镜手术的并发症远低于腹腔镜和开放手术。Cayan 等[5]荟萃分析了 4473 例精索静脉曲张患者,显微组、开放组和腹腔镜组总体怀孕率分别为 41.97%、37.69% 和 30.07%,各组间差异有统计学意义($P = 0.001$),而显微镜组有最低的复发率(1.05%)和鞘膜积液发生率(0.44%)。Ding 等[4]荟萃分析了 4 项包含 1015 例患者随机对照研究,3 组的怀孕率分别为 40%、29.3% 和 31.8%,显微手术组的自然怀孕率最高。Goldstein 等[14]报道了单中心的 1500 例精索静脉曲张患者接受显微镜下精索静脉结扎的随访结果,1 年的怀孕率达 43%,2 年的怀孕率达 69%。国内彭靖等[15]报道显微镜下精索静脉结扎术后患者配偶自然怀孕率达 45.5%。

本组 32 例均采用显微镜下经腹股沟管下精索静脉结扎术,术后 12 个月,患者精子密度、计数及精子活力均显著提高,其中 9 位配偶成功自然受孕。显微镜下精索静脉结扎术对精子密度的改善明显,活力改善明显,分别为 35.4% 和 28.3%,有统计学差异($P < 0.05$)。而且自然怀孕率较高,且全部患者仅 1 例复发,1 例出现单侧精索鞘膜积液。术后鞘膜积液的发生被认为手术中结扎淋巴管所导致,而精索静脉曲张复发则是由于漏扎精索内静脉所伴随的细小静脉所致。由于显微镜提供了较高的放大倍数,利用显微镜技术在术中可仔细分辨淋巴管及细小的静脉分支,因此降低了误扎淋巴管及漏扎小静脉的概率,从而大大减少了术后并发症及复发概率。另外手术切口较小,约 2cm,在腹股沟管下方,阴毛区覆盖,外观影响小,利于年轻患者接受。因此,显微镜下精索静脉结扎可以更完全地结扎精索内静脉的分支,并保留供应睾丸的精索内动脉和相应的淋巴管,因此可以最大程度地减少术后复发率和鞘膜积液的发生,对精液参数改善有明显作用。显微镜下精索静脉结扎术安全、有效,值得在一般医院广泛开展来治疗精索静脉曲张导致的男性不育症。

参 考 文 献

[1] Goldstein M. Editorial: Adolescent varicocele. J Urol, 1995 (153): 484.

[2] Mehta A, Goldstein M. Microsurgical varicocelectomy: a review. Asian J Androl, 2013(15):56 – 60.

[3] 彭靖,李铮,涂响安,等. 中国男性不育显微外科 15 年发展历程及展望. 中华男科学杂志, 2014, 20(7): 586 – 594.

[4] Ding H, Tian JQ, Du W, et al. Open non – microsurgical, laparoscopic or open microsurgical varicocelectomy for male infertility: a meta – analysis of randomized controlled trials. BJU Int, 2012 (110): 1536 – 1542.

[5] Cayan S, Shavakhabov S, Kadioglu A. Treatment of palpable varicocele in infertile men: a meta – analysis to define the best technique. J Androl, 2009(30):33 – 40.

[6] Goldstein M. Surgical management of male infertility. In: Wein A, Kavoussi LR, NovickAC, Partin AW, Peters CA, editors. Campbell – Walsh Urology. Philadelphia, PA:Elsevier Saunders, 2012:648 – 687.

[7] Baazeem A, Zini A. Surgery Illustrated – Surgical Atlas Microsurgical varicocelectomy. BJU Int, 2009(104):420 – 427.

[8] 许苑,彭戈峰. 精索静脉曲张对男性不育发病机制的研究. 中国男科学杂志, 2008,22(4): 66 – 68.

[9] Evers JH, Collins J, Clarke J. Surgery or embolisation for varicoceles in subfertile men. Cochrane Database Syst Rev, 2009(4):79.

[10] Marmar JL, Agarwal A, Prabakaran S, et al. Reassessing the value of varicocelectomy as a treatment for male subfertility with a new meta – analysis. Fertil Steril,2007(88):639 – 648.

[11] Pryor JL, Howards SS. Urol Clin North Am,1987(14):499 – 513.

[12] Nagler HM, Martinis FG. In: Lipshultz LI, Howards SS, ed. Infertility in the Male,3rd ed.. St. Louis: Mosby – Year Book, 1997: 336 – 359.

[13] Al – Kandari MA, Shabaan H, Ibrahim HM, et al. Comparison of outcomes of different varicocelectomy techniques: open inguinal, laparoscopic, and subinguinal microscopic varicocelectomy: a randomized clinical trial. Urology, 2007(69): 417 – 420.

[14] Goldstein M, Gilbert BR, Dicker AP, et al. Microsurgical inguinal varicocelectomy with delivery of the testis: An artery and lymphatic sparing technique. J Urol,1992(148):1808 – 1811.

[15] Peng J, Zhang Z, Cui W, et al. Spontaneous pregnancy rates in Chinese men undergoing microsurgical subinguinal varicocelectomy and possible preoperative factors affecting the outcomes. Fertil Steril, 2015(103):635 – 639.

(收稿日期:2015 – 02 – 02)

· 生殖健康 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 – 1993.2015.08.035

男性精子顶体酶活性与精液常规参数的相关性分析

丁锦丽 杨菁△ 张怡 龙文

武汉大学人民医院生殖医学中心,武汉 430060

【摘 要】 **目的**:分析男性精子顶体酶活性与精液参数的相关性,探讨顶体酶活性在男性不育中的应用价值。**方法**:精液标本作常规的精液分析,并检测精子顶体酶活性,分析精子顶体酶与精液常规参数的相关性。**结果**:精子活力正常组患者的顶体酶活性高于异常组($P<0.05$),顶体酶活性正常组的密度、精子形态及精子活力高于顶体酶活性异常组($P<0.05$)。**结论**:精子顶体酶活性与精液浓度、精子活力及精子正常形态相关,精子顶体酶活性是一项评估精液质量的可靠指标。

【关键词】 顶体酶;精子活力;精子浓度

Analysis of the relationship between sperm acrosome enzyme activity and index of routine semen examination *DING Jinli, YANG Jing△, ZHANG Yi, LONG Wen. Reproductive Medical Center, Renmin Hospital of Wuhan University, Wuhan 430060, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To discuss the value of sperm acrosome enzyme activity in evaluating male infertility by analyzing the relationship between sperm acrosome enzyme activity and index of routine semen examination. **Methods**: Routine semen examination was done and acrosome enzyme activity was detected to analyze the relationship between sperm acrosome enzyme activity and index of semen quality. **Results**: Sperm acrosome enzyme activity of sperm motility normal group was higher than that of abnormal group ($P<0.05$), and sperm motility, density of sperm and rate of normal morphology of normal group were higher than that of abnormal group ($P<0.05$).

【第一作者简介】丁锦丽(1990 –),女,硕士在读,主要从事生殖医学研究。

△【通讯作者】杨菁,主任医师、教授,E – mail: 137000341@qq.com

Conclusion: Sperm acrosome enzyme activity is associated with sperm motility, density of sperm and rate of normal morphology, which is an important indicator for evaluating semen quality.

【Key words】 Sperm acrosome; Sperm motility; Density of sperm

【中图分类号】 R698 + .2 【文献标志码】 A

随着社会的发展,不孕症的发病率呈上升趋势,可能成为仅次于心脑血管疾病和肿瘤的第三大疾病。目前育龄夫妇不育症的发病率为 15% ~20%[1],其中约 50% 与男性因素有关。随着男性不育的发病率的上升和社会对不育症的重视,近年来逐渐开展了许多精子功能的检测方法。本文旨在分析顶体酶活性与各项精液参数的关系,探讨顶体酶活性对男性不育的临床应用价值。

1 材料与方法

1.1 一般资料

纳入 104 例 2014 年 1 月至 2014 年 8 月于武汉大学人民医院生殖医学中心检测精子顶体酶活性者为研究对象,年龄 25 ~ 45 岁。所有患者均知情同意。

1.2 研究方法

手淫法取精液,纳入标准:(1)禁欲 3 ~7d;(2)精液肉眼未见红细胞;(3)白细胞计数 $< 1 \times 10^6$/L;(4)液化时间小于 60min。将新鲜精液置于 Eppendoorf 管内,37℃恒温液化后进行精液常规及顶体酶活性分析。精液分析按照《WHO 人类精液及精子 - 宫颈黏液相互作用实验室检测手册》(第五版)推荐的检测方法,包括精子活力、形态、浓度、精液液化时间及 pH 值等。试剂盒(华康生物药业工程有限责任公司,深圳)检测精子顶体酶活性,简要步骤如下:(1)分别于测定及对照 Eppendoorf 管中加入 7.5×10^6 个精子,离心后去精浆;(2)按试剂盒说明书加入相关试剂,水浴后离心,紫外 - 分光光度计读取各管 OD 值,计算顶体酶活性值,其正常参考值为(48.2 ~ 218.7)μIU/10^6 个精子。

1.3 统计学处理

应用 SPSS 19.0 统计学软件进行统计分析,数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间均值比较采用 χ^2 分析,Pearson 相关分析法进行相关性分析,$P < 0.05$ 代表差异有统计学意义。

2 结果

2.1 精子活力不同患者间的顶体酶活性差异

将 104 例患者按 PR 值进行分组,以 PR≥32% 为活力正常组,PR <32% 为活力异常组,组间的年龄、禁欲时间、液化时间及正常形态没有统计学差异($P > 0.05$),正常组和异常组的顶体酶活性分别为(91.05 ± 32.4)、(62.47 ± 44.27)μIU/10^6 个精子,浓度分别为(84.38 ± 29.31)、(67.14 ± 27.04)10^6/mL,有统计学差异($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 不同顶体酶活性男性的精液参数的差异

将 104 例患者按顶体酶活性进行分组,以活性≥48.2uIU/10^6 个精子为正常组,活性 <48.2μIU/10^6 个精子为异常组,两组间的年龄、禁欲时间、精液量及液化时间均没有差异($P > 0.05$),正常组和异常组的浓度分别为(77.94 ± 27.27)、(50.13 ± 27.46)10^6/mL,正常形态分别为为(11.60 ± 1.25)%、(10.17 ± 1.85)%,PR 及 NP 分别(31.32 ± 15.3)%、(12.73 ± 11.01)% 和(24.04 ± 6.48)%、(16.37 ± 11.47)%,有统计学差异($P < 0.05$)。见表 2。

表 1 精子活力不同的男性的顶体酶活性差异

分组	正常组(n =40)	异常组(n =64)	P
年龄(y)	33.50 ± 4.01	32.40 ± 5.11	0.548
禁欲时间(d)	4.25 ± 1.36	5.25 ± 1.86	0.110
体积(mL)	2.90 ± 0.90	2.26 ± 0.93	0.034
液化时间(min)	25.63 ± 8.92	23.85 ± 8.98	0.536
浓度(10^6/mL)	84.38 ±29.31	67.14 ±27.04	0.012
正常形态(%)	11.63 ± 1.36	10.92 ± 1.65	0.161
顶体酶	91.05 ±32.4	62.47 ±44.27	0.031
NP(%)	26.13 ± 4.80	19.21 ± 9.70	0.004

表 2 不同顶体酶活性男性的精液参数的差异

分组	正常组(n =68)	异常组(n =34)	P
年龄(y)	33.46 ± 4.41	31.78 ± 3.56	0.315
禁欲时间(d)	4.57 ± 1.66	5.2 ± 1.87	0.250
体积(mL)	2.51 ± 0.91	2.48 ± 1.11	0.909
液化时间(min)	25.00 ± 9.74	23.33 ± 6.51	0.589
浓度(10^6/mL)	77.94 ±27.27	50.13 ±27.46	0.005
正常形态(%)	11.60 ± 1.25	10.17 ± 1.85	0.006
PR(%)	31.32 ±15.3	12.73 ±11.01	0.000
NP(%)	24.04 ± 6.48	16.37 ±11.47	0.009

2.3 相关性分析

将精子顶体酶活性与精液参数进行 Pearson 相关性分析,结果表明,精子顶体酶活性与精子浓度、精子活力(PR、NP)及精子正常形态存在相关性($P < 0.05$),而与精液量和液化时间等无关($P > 0.05$)。见表 3。

表 3 顶体酶活性与精液参数的相关性分析

	顶体酶	
	r	P
体积	0.01	0.929
浓度	0.48	0.001
PR	0.44	0.004
NP	0.43	0.005
正常形态	0.31	0.046
液化时间	0.03	0.840

3 讨论

本文通过比较精子顶体酶异常组和正常组的精液相关参数以及精子活力正常与异常组顶体酶活性的差异,以明确顶体酶活性与精子活力、浓度、畸形率之间的关系,分析可能影响精子顶体酶活性的因素。结果发现顶体酶正常组的精子浓度、精子活力及精子正常形态的比例均显著高于异常组,这与陈欣洁等[2]的研究结果一致;精子活力异常组顶体酶活性较正常组低,精子活力、精子浓度及正常形态与精子顶体酶密切相关,精子顶体酶活性能够反映精液质量,提示精子顶体酶活性能够很好地作为评价男性生育能力的指标,这与欧阳冰清、Cui 等[3-6]的报道一致,但也有报道称顶体酶活性与精子浓度无关[7,8],因此精子浓度与顶体酶的相关性还需要更大样本的研究。

精子顶体酶是一种以酶原形式合成并储存在精子顶体内的胰蛋白酶,在受精的过程中,顶体酶原释放,不仅能水解蛋白,还能与透明带结合并调节顶体内容物的释放,为精卵结合提供条件[9]。因而精子顶体酶活性降低可能会影响卵细胞卵丘的分解及精子对卵细胞透明带的穿透,引起男性不育[9]。精子顶体缺陷也与男性不育有密切关系[10]。

精子活力异常组患者的顶体酶活性较低,可能是此类患者的精子膜的流动性低,不能使蛋白酪氨酸残基磷酸化,导致精子不能完成获能[11],因酪氨酸 Thr - G1u - Tyr 的磷酸化与顶体反应相关[10],获能失败的精子也不能完成顶体反应,顶体反应所释放的顶体酶就会减少。

精子形态是体外受精的主要预测指标,有学者认为精子畸形率与顶体酶活性密切相关[12,13],畸形精子可能存在顶体缺失、顶体薄、泡状顶体等顶体不完整的情况,因而精子畸形率的升高可能伴随顶体酶活性的下降,这也可能是男性不育的原因之一[14,15]。

影响精子顶体酶活性的因素有很多,如禁欲时间[16],药物[17]、精液的保存方式[18]及精液体外停留的时间[19]等。本项研究中,精子活力正常组与异常组之间的精液量存在差异,分析原因可能是样本量太少,对于一次射精量是否对精子顶体酶活性有影响,还需进一步的研究。

有学者报道正常形态精子率与受精率显著正相关[20],在不依赖于精子形态的情况下,顶体酶活性的检测有助于预测精子受精能力[21],这就进一步证实精子顶体酶活性比传统的精子浓度、精子活力等指标更能反映精子能力。

随着男性生育能力的下降,精液分析越来越受到重视,顶体酶作为一项评估精液质量的可靠指标,其预测精液质量的能力也越来越受到临床及科研工作者的重视。已有学者表明,尤其是对于不明原因不育的患者,精子顶体酶是判断精子功能的重要指标[17]。精液常规分析了精子浓度、精子活力及精子形态等,是了解男性生育力的主要检测方法,但常规的精液分析不能客观反映精子的功能状态。精子顶体酶活性作为评估男性不育的灵敏的生化指标,常规分析应该更为广泛地与精液分析结合顶体酶活性检测,以便更好反映出精子功能,为疾病诊断、疗效判定提供客观依据。

参 考 文 献

[1] Gomendio M, Malo AF, Garde J, et al. Sperm traits and male fertility in natural populations. Reproduction, 2007,134(1):19 - 29.

[2] 陈欣洁,龙晓林,孙筱放,等. 顶体酶活性对体外受精 - 胚胎移植结局的影响. 中华男科学杂志,2009,15(1):16 - 19.

[3] 欧阳冰清,曹云霞,赵济华,等. 顶体酶活性与精子质量的关系. 安徽医药,2007,11(6):528 - 629.

[4] 陈伊,罗明,刘居里,等. 精子顶体酶活性与男性不育. 实验与检验医学,2008,11(5):532 - 533

[5] Cui YH, Zhao RL, Wang Q, et al. Determination of sperm acrosin activity for evaluation of male fertility. Asian J Androl, 2000, 2(3): 229.

[6] 陈可,包华琼,丁杰,等. 精子顶体酶活性与精液常规检查参数关系分析. 中国医学创新,2011,8(14):8 - 10.

[7] 叶峻杰,马丽,杨丽娟. 少弱精症患者精子顶体酶活性分析. 中国计划生育学杂志,2012,20(9):623 - 625.

[8] 赵淑芹. 精子顶体酶活性与体外受精受精率的相关性研究. 泰山医学院学报,2009,30(4):261 - 263.

[9] Howes L, Jones R. Interactions between zona pellucida glycoproteins and sperm proacrosin/acrosin during fertilization. J Reprod Immunol, 2002, 53(1): 181.

[10] 黄宇峰,许瑞吉. 男科诊断学. 上海:第二军医大学出版社,1999: 125 - 158.

[11] 黄敏珍,邢福祺,陈土岭,等. 两种活动精子分离法的体外受精结局比较. 生殖与避孕,2002,22(5):292 - 295.

[12] Krager TF, Haque D, Acosta AA, et al. Correlation between human sperm morphology, acrosin and fertilization in vitro. Human Reproduction,1990(5):298 - 303.

[13] 黄永汉,邓天勤,李颖嫦,等. 精子形态与顶体酶活性关系分析. 检验医学与临床,2009,6(9):677 - 680.

[14] 刘锦宏,李小珍. 男性不育症患者精液质量与精子顶体酶活性关系分析. 长治医学院学报,2013,27(2):125 - 127.

[15] 易虹,向希映,鲜胜,等. 295 例男性不育患者精液质量分析. 海南医学,2011,23(1):96 - 97.

[16] 刘睿智,董乃屹,高元奇,等. 禁欲时间对人精子顶体酶活性精子密度和精子数的影响. 中国妇幼保健,2005(20):3306 - 3307.

[17] Chaudhury K, Das T, Chakravarty B, et al. Acrosin activity as a potential marker for sperm membrane characteristics in unexplained male infertility. Fertil Steril,2005,83(1):104 - 109.

[18] 邓顺美,唐运革,唐立新,等. 冷冻对精子顶体酶活性及精子功能影响的研究. 中国计划生育学杂志,2013,21(2):102 - 104.

[19] 张丹,庞敏,肖雪晴,等. 精液预洗后顶体酶活性测定的动态观察. 新疆医学,2013,43(8):20 - 22.

[20] De Vos A, Van De Velde H, Joris H, et al. Innuence of individual sperm morphology on fertilization, embryo morphology, and prengnancy outcome of intracytoplasmic sperm injection. Fertil Steril, 2003, 79(1):42 - 48.

[21] Langlois MR, Oorlynck L, VandekerckhoVe F, et al. Discrepancy between spermacrosin activity and sperm morphology: significance for fertilization in vitro. Clin chim Acta, 2005, 351(1 - 2):121 - 129.

(收稿日期:2015 - 01 - 26)

·性健康·

DOI:10.3969/j.issn.1672－1993.2015.08.036

某高校 2988 名男性大学生生殖健康状况调查

杨术明 蔡安康 贺敬文

重庆市渝北区第二人民医院泌尿外科,重庆 401147

【摘 要】 **目的:**了解在校大学生男性生殖器官的发育情况以及大学生对自身男性生殖保健的认识,为高校健康教育提供理论依据。**方法:**随机抽取某高校大一男性新生 3157 人,同时进行问卷调查及查体,**结果:**3157 人调查中,收回问卷 2988 份,对男性保健认识高度重视(了解很多)者占 19.34%,一般重视(了解一点)者占 23.15%,不重视(不了解)者占 57.51%。体检结果包皮过长者 1486 人,包茎者 228 人,精索静脉曲张者 137 人,隐匿阴茎者 103 人,阴茎下弯畸形者 69 人,尿道下裂者 6 人,隐睾者 11 人,睾丸肿瘤 1 人。**结论:**当代男性大学生生殖健康状况极不乐观,多数学生对自己的生殖健康状况以及产生的危害缺乏认识。高校健康教育应加强对大学生生殖健康教育,同时对大一新生入学体检,应高度重视生殖系统体检。

【关键词】 大学生;生殖健康;调查

A survey on 2988 male college students reproductive healthy situation *YANG Shuming, CAI Ankang, HE Jingwen. Urology Department, Yubei District Second People's Hospital, Chongqing 401147, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To study the development of male reproductive organs of college students and college students' awareness of their own male reproductive health care, in order to provide a theoretical basis for the health education in colleges and universities. **Methods**: 3157 male freshmen were randomly selected to conduct a questionnaire survey and physical examination. **Results**: 2988 questionnaires were collected: 19.34% of them paid high attention to male health (knew much), followed by 23.15% (paid common attention, know a little) and 57.51% (paid no attention, know nothing). According to the physical examination, there were redundant prepuce of 1486 people, phimosis of 228 people, varicocele of 137 people, concealed penis of 103 people, lower penis bending deformity of 69 people, hypospadias of 6 people, cryptorchidism of 11 people and testicular tumor of 1 people. **Conclusion**: The reproductive health condition of contemporary male college students is not optimistic, and most of the students lack awareness of their status of reproductive health and the harm. The reproductive health education in colleges and universities should be strengthened as well as the examination of reproductive system in the freshman entrance physical examination.

【**Key words**】 **College students; Reproductive health; Survey**

【中图分类号】 G479 【文献标志码】 A

男性生殖器官发育时,部分人因某种原因出现了一些变异,而成年以后多数人对自身的性器官变异认识不够,特别是对部分变异或者畸形出现的后果认识不充分。本调查旨在了解某高校大学生对男性保健的认识情况,同时了解部分男性性器官畸形分布状况。从 2012 年 4 月 8 日至 2012 年 5 月 10 日,对某大学在校大学生进行了调查和体检,现将结果报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

本组随机抽取某高校在校大一男性新生 3157 人,发放问卷调查 3157 份,收回 2988 份,问卷收回率为 94.65%。其中理工类 1467 人,占 49.10%;文社类 1074 人,占 35.94%;医/药类 228 人,占 7.63%;艺体类 194 人,占 6.49%;其他类 25 人,占 0.84%。汉族 2485 人,占 83.17%;少数民族 503 人,占 16.83%。城镇学生 1124 人,占 37.62%,农村学生 1864 人,占 72.38%。该组年龄 16~26 岁,平均 19.8 岁。

1.2 方法

所有对象发放自制的问卷调查材料,当场填写当场收回,同时对发放调查材料收回的男同学进行男性常规体检。对男性生殖健康知识调查结果按了解很多(高度重视)、了解一点(一般重视)、不了解(不重视)分别对应对男性保健认识重视程度的高度重视、一般重视和不重视,对认识程度进行多占比率统计,同时将所取比率平均值按城镇学生与农村学生进行对比,分析其差异性。

1.3 统计学方法

采用 SPSS13.0 统计软件进行统计学分析。

2 结果

2.1 问卷发放及收回情况

本组发放问卷 3157 份,收回问卷 2988 份,问卷收回率 94.65%。

【第一作者简介】杨术明(1964－),男,副主任医师、硕士,主要从事泌尿外科与男科学研究。

2.2 问卷调查情况

问卷调查结果了解很多者占 19.34%,了解一点者占 23.15%,不了解者占 57.51%。对调查结果将城镇大学生与农村大学生进行对比。城镇大学生对健康的了解见表 1,农村大学生对健康的了解见表 2。城镇大学生与农村大学生比较无显著性差异($P>0.05$)。

表 1 某高校 1124 名城镇男性大学生生殖健康知识了解情况[n(%)]

问题内容	了解很多	了解一点	不了解
你了解男性生殖健康的知识吗	396(35.23)	632(56.23)	96 (8.54)
你了解男性生殖系统卫生知识吗	470(41.82)	571(50.80)	83 (7.38)
你了解自己的性器官及其功能吗	283(25.18)	707(62.90)	134 (11.92)
你了解人类性活动及其功能吗	171(15.21)	314(27.94)	639 (56.85)
你了解男性不育问题吗	115(10.23)	323(28.74)	686 (61.03)
你了解包皮过长、包茎及其危害吗	462(41.10)	326(29.00)	336 (29.90)
你了解精索静脉曲张及其危害吗	13 (1.16)	45 (4.00)	1066 (94.84)
你了解隐睾及其危害吗	25 (2.22)	31 (2.76)	1068 (95.02)
你了解尿道下裂、尿道上裂及其危害吗	0 (0)	0 (0)	1124(100.00)
你了解阴茎下弯畸形及其危害吗	36 (3.20)	33 (2.94)	1055 (93.86)
你了解隐匿阴茎及其危害吗	47 (4.18)	26 (2.31)	1051 (93.51)
你了解生殖系感染疾病及其危害吗	240(21.35)	215(19.13)	669 (59.52)
你了解性传播疾病(性病)及其危害吗	540(48.02)	419(37.28)	165 (14.70)
你了解艾滋病知识及其危害吗	240(21.35)	212(18.86)	672 (59.79)
你了解前列腺炎及其危害吗	260(23.13)	125(11.12)	739 (65.75)

表 2 某高校 1864 名农村男性大学生生殖健康了解情况[n(%)]

问题内容	了解很多	了解一点	不了解
你了解男性生殖健康的知识吗	675(36.21)	992(53.22)	197 (10.57)
你了解男性生殖系统卫生知识吗	787(42.22)	911(48.87)	166 (8.91)
你了解自己的性器官及其功能吗	419(22.47)	1172(62.88)	273 (14.65)
你了解人类性活动及其功能吗	275(14.75)	501(26.88)	1088 (58.37)
你了解男性不育问题吗	162 (8.69)	539(28.92)	1163 (62.39)
你了解包皮过长、包茎及其危害吗	801(42.97)	511(27.42)	552 (29.61)
你了解精索静脉曲张及其危害吗	3 (0.16)	60 (3.22)	1801 (96.62)
你了解隐睾及其危害吗	41 (2.20)	47 (2.52)	1776 (95.28)
你了解尿道下裂、尿道上裂及其危害吗	0 (0)	0 (0)	1864(100.00)
你了解阴茎下弯畸形及其危害吗	40 (2.15)	48 (2.57)	1776 (95.28)
你了解隐匿阴茎及其危害吗	43 (2.31)	38 (2.04)	1783 (95.65)
你了解生殖系感染疾病及其危害吗	442(23.71)	370(19.85)	1052 (56.44)
你了解性传播疾病(性病)及其危害吗	925(49.62)	705(37.82)	234 (12.56)
你了解艾滋病知识及其危害吗	350(18.78)	337(18.08)	1177 (63.14)
你了解前列腺炎及其危害吗	406(21.78)	166 (8.91)	1292 (69.31)

2.3 体检情况

我们对收回调查表的 2988 人进行常规的男性生殖器检查，结果见表 3。

表 3 某高校 2988 名男性大学生男性生殖器检查情况

体检项目	阳性人数(人)	阳性百分比(%)
包皮过长	1486	49.73
包茎	228	7.63
精索静脉曲张	137	4.59
隐匿阴茎	103	3.45
阴茎下弯畸形	69	2.31
尿道下裂	6	0.20
隐睾丸	11	0.37
睾丸肿瘤	1	0.03

3 讨论

随着人们保健意识的提高，生殖保健已日益占有重要的地位，而广大的青少年特别是大学生对男性性器官的保健认识不足，很多学生羞于个人隐私，不敢正视自身的性及性器官问题，导致因性器官原因引起的生殖系统疾病日益增多[1-3]。国内有报告在大学新生中，包皮过长检出率占 58.99，包茎检出率占 13.45%，精索静脉曲张占 9.46%[4]，另有作者报告在入校大学新生中有过包皮环切手术者只占 1.6%[5]。有研究表明，包茎与阴茎发育有直接的相关性[5]，而且精索静脉曲张直接导致男性不育[6]，在睾丸肿瘤中，发生于隐睾者占 6%[7]。

从我们的调查结果来看，大学生作为一个文化水平较高的群体，对生殖健康有一定的了解，但也有相当多的大学生对生殖健康知识不了解。我们对 2988 名在校大学生调查得知，对生殖保健及生殖器官疾病了解者只占 19.34%，而完全不了解者占 57.51%。同时，对一些相对少见且专业性相对较强而对学生生殖健康危害很大的诸如精索静脉曲张、隐匿阴茎、阴茎下弯畸形、隐睾等疾病更是了解甚少。在体检过程中，包皮过长检出率占 49.73%，包茎检出率占 7.63%，与国内报告基本相当[5]。我们调查还得知，城镇大学生与农村大学生，对男性生殖知识了解程度相当，通过统计学处理，无显著性差异($P > 0.05$)，究其原因，我们认为由于国家城乡一体化的形成，再加上网络等的普及，大多数农村学生也能像城市学生一样接受各种男性知识。

目前许多高校在新生入学体检时，只注重内科体检及化验等辅助检查，而对外科特别是生殖系统检查不太重视，很多外科问题特别是男性生殖系统问题不能得到及时发现。由此可见，在高校中，应加强生殖健康知识宣传与教育，同时，高校新生入学体检时，对男性应注重生殖系统检查[2,4,8,9]。加强对大学生的生殖健康知识教育，可在大学里开设生殖健康知识课，对大学生进行系统的生殖健康知识教育。使处于身体成长期的大学生及时获得生殖健康知识，了解生殖健康服务内容，增强生殖健康的自我保护及保健能力，以避免大学生不懂生殖健康知识而因生殖器官畸形或疾病对机体造成不同程度的伤害[10-13]。目前，我国学校的性教育不能满足青少年的实际需求，很多学校在这方面的教育处于似有似无状态，或教育内容简单。国内多项研究结果显示，有必要在学校开展青春期性与生殖健康教育[14,15]，学生家长也应改变观念，主动动关心男孩子的外生殖器卫生[1]。

参 考 文 献

[1] 张元芳，吴登龙，主编. 男科治疗学. 北京：科学技术出版社，2002：504.

[2] 陈凯，郑崇达. 107 名男性少年生殖器体检调查报告. 男科学杂志，1993，7(4)：240－241.

[3] 吴阶平，主编. 泌尿外科学. 上海：上海科技出版社，1982：81.

[4] 李强，刘忠强，付秀艳，等. 高校 2409 名男大学新生男科查体结果分析. 中国学校卫生，2007，28(8)：674.

[5] 吴成伟，罗康平，彭宣芙，等. 四所大学新生男性生殖器官疾病及包皮卫生调查. 中国学校卫生，1994，15(6)：440.

[6] 郭应禄，主编. 男生殖系常见疾病. 北京：北京医科大学出版社，2000：205.

[7] 邵国兴，主编. 临床泌尿外科. 陕西：陕西科技出版社，2002：178－179.

[8] 周亚唐，大学生体检中男性生殖器疾病的调查分析. 中国医药科学，2011，10(1)：141－142.

[9] 王炳元. 论大学生的性健康维护. 中国性科学，2011，19(11)：27－29.

[10] 陈立峰，徐俊，翁军伟，等，大学生对包皮环切术的认知状况. 中国学校卫生，2005，26(5)：435.

[11] 石艺，王倩，唐晓君，等，我国西部地区医学大学生对包皮环切预防 HIV 的定性研究. 现代预防医学，2013，40(8)：1456－1458.

[12] Joseph A，Jordan，Albert Singer. 子宫颈学. 郎景和译. 济南：山东科学技术出版社，2009：243－244.

[13] 段慧钧，施榕，徐刚，等. 上海市未婚务工青年生殖健康现况调查. 中国全科医学，2014，(33)：3969－3973..

[14] 杨雪花，戴梅竞，何家声. 南京市大学生青春期性困惑状况. 中国学校卫生，2003，24(4)：372.

[15] 王蕾，牟李红，梁浩，等. 男性医学生的艾滋病预防知识知晓情况和生殖健康现状调查. 中国全科医学，2011 (10)：1126－1129.

(收稿日期：2014－09－11)

·性健康·

DOI:10.3969/j.issn.1672－1993.2015.08.037

青少年性短信和性行为之间的关联

廉启国[1,2] 朱雯静[3] 张焕玲[1] 潘瑶[2] 闵敏[2] 沈洁[1] 陆梅[1] 陆珍[1] 曾燕[1] 车焱[1△]

1 上海市计划生育科学研究所,上海 200032

2 复旦大学公共卫生学院,上海 200032

3 上海市徐汇区人口和家庭计划指导中心,上海 200232

【摘 要】 **目的:**了解青少年性短信的收发情况及对其性行为的影响,为创建健康校园提供政策依据。**方法:**采取分层整群抽样的方法,在上海市 3 所大专院校的 382 名一年级学生中开展调查。**结果:**受试者中 3.49% 曾经给他人发过自己的私密照,男性低于女性($P=0.012$);5.43% 曾经要求过他人将其私密照发给自己,男性高于女性($P=0.007$);8.7% 曾经被要求给他人发自己的私密照。三种模式的性短信均与婚前性行为存在关联。**结论:**性短信可视作青少年婚前性行为的一个指示变量。

【关键词】 青少年;婚前性行为;性短信

The association between sexting and premarital sex among adolescents *LIAN Qiguo*[1,2], *ZHU Wenjing*[3], *ZHANG Huanling*[1], *PAN Yao*[2], *MIN Min*[2], *SHEN Jie*[1], *LU Mei*[1], *LU Zhen*[1], *ZENG Yan*[1], *CHE Yan*[1△]. *1. Shanghai Institute of Family Planning Science, Shanghai 200237, China; 2. School ofPublic Health, Fudan University, Shanghai 200032, China; 3. Xuhui District Population and Family Planning Guidance Center, Shanghai200232, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To explore the prevalence of sexting and the association between sexting and premarital sex among adolescents. **Methods**: 382 freshmen from 3 colleges in Shanghai were recruited with stratified－cluster sampling method to complete the questionnaire anonymously. **Results**: The proportion of adolescents who ever sent naked pictures of yourself to another through text or email was 3.49%, and the proportion of female was higher than that of male ($P=0.012$); the proportion of adolescents who ever asked someone to send naked pictures of themselves to him was 5.43%, and the proportion of female was lower than that of male ($P=0.007$); the proportion of adolescents who ever been asked to send naked pictures of themselves through text or email was 8.7%, and there was no significant difference between different genders. All three models of sexting were associated with premarital sex among adolescents. **Conclusion**: Sexting could be considered as one indicator of premarital sex among adolescents

【**Key words**】 **Adolescents; Premarital sex; Sexting**

【中图分类号】 G479 【文献标志码】 A

“性短信”(sexting)是个复合词,是由 sex(性)和 texting(发短信)两个词组合而成,指通过电子邮件、在线信息或手机短信发送色情文字信息或者个人艳照的行为[1,2]。“性短信”是社交模式基于新的通讯技术演变的结果。其实,色情内容信息长久以来一直在各种传统媒介里传播(如 2G 时代手机短信上的荤段子)。而新兴通信技术(如 Wi－Fi、3G/4G 网络)和移动技术(如 iMessage、微信和“阅后即焚”的 App)可以传送文字、图片和视频,这使得传播内容更直观,传播速度更快速,传播影响更深远。为了了解上海青少年性短信的使用情况及对其性行为的影响,为创建健康的校园环境提供科学依据,笔者于 2014 年在上海市 3 所学校进行了专项问卷调查。

1 对象和方法

1.1 对象

采取分层整群抽样的方法,2014 年 10 至 11 月期间在上海市 3 所大专院校的一年级学生中开展调查。每所学校抽取 1 个学院,然后抽取 2～3 个班级,抽中班级的学生全部进行调查。实际完成调查问卷 400 份,其中合格问卷 382 份,有效回收率为 95.5%。

1.2 定义

本研究通过 3 道问题来调查青少年性短信的使用情况:(1)你有没有给他人发过自己的私密照?(有过/没有)(2)你有没有要求过他人将其私密照发给你?(有过/没有)(3)你有没有过被要求给他人发你自己的私密照?(有过/没有)。此外,本研究还调查了受试者婚前性行为的发生情况,包括:(1)

【基金项目】国家十二五科技支撑计划课题(2012BAI32B02);国家科技部国家科技基础性工作专项重点项目(2013FY110500);上海市徐汇区卫生和计划生育委员会资助项目(YZ14－03－1)。

【第一作者简介】廉启国(1980－),男,助理研究员,主要从事青少年发育与行为医学研究。

△【通讯作者】车焱(1968－),男,副研究员,Email:cheyan2004@163.com

是否发生过婚前性行为;(2)首次发生婚前性行为的年龄;(3)首次婚前性行为时对方的特征。

1.3 调查方法

研究人员在阅读大量相关文献的基础上研制了问卷,并请业内专家和学校老师进行了审阅,正式问卷调查前开展预调查和对调查员进行了统一培训。调查前调查员首先向调查对象阐明调查的目的和意义,强调自愿、匿名和保密的三大原则,并请学校老师回避。问卷由调查对象独立填写,并当场收回,平均耗时约 20min。

1.4 数据处理

调查问卷采用 EpiData Entry 3.1 软件进行双人双次录入,最后导出为 Stata 格式,并用 SLtata/ SE 13.1 软件包进行整理和分析,采用的统计分析方法为 χ^2 检验和 Logistic 回归,$P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 基本情况

共调查了 382 名青少年,其中男性 195 名(51.05%),女性 187 名(48.95%)。被调查对象年龄为 14 ~ 21 岁,平均(17.32 ±1.80)岁。父母的最高学历(以父母学历高者计)以初中(26.63%)、高中/职校/中专(31.59%)和大专/大学及以上(31.85%)为主。大部分的父母婚姻状况为在婚(85.38%),其次为离异(8.36%),再次为再婚(4.18%)和丧偶(2.09%)。

2.2 青少年收发性短信的情况

调查发现,受试者中有 3.49% 报告曾经给他人发过自己的私密照,男性低于女性,差异有统计学意义($P=0.012$);有 5.43% 报告曾经要求过他人将其私密照发给自己,男性高于女性,差异有统计学意义($P=0.007$);有 8.7% 报告曾经被要求给他人发自己的私密照,男女比例无统计学差异($P=0.760$)。见表 1。

表 1 上海市青少年收发性短信的情况

	合计 $n=382$	男性 $n=195$	女性 $n=187$	χ^2	P
你有没有给他人发过自己的私密照?				6.36	0.012
有过	13 (3.49)	11 (5.88)	2(15.38)		
没有	359(96.51)	176(49.03)	183(98.92)		
你有没有要求过他人将其私密照发给你?				7.34	0.007
有过	20 (5.43)	16 (8.60)	4 (2.20)		
没有	348(94.57)	170(91.40)	178(97.80)		
你有没有过被要求给他人发你自己的私密照?				0.09	0.760
有过	32 (8.70)	17(9.14)	15 (8.24)		
没有	336(91.30)	169(90.86)	167(91.76)		

2.3 青少年婚前性行为的发生情况

研究发现,有 7.65% 的调查对象报告自己发生过未婚性行为,其中男性高于女性(10.16% VS. 5.03%),但差异无统计学意义(P=0.065),见表 2。发生首次婚前性行为的最小年龄为 12 岁,最大年龄为 21 岁,平均年龄为(17 ±2.25)岁。首次婚前性行为的性伴侣最小年龄为 13 岁,最大年龄为 23 岁。此外,多数研究对象(57.14%)称自己比对方年龄大。

表 2 上海市青少年“婚前性行为”的发生情况

	合计 $n=366$	男性 $n=187$	女性 $n=179$	χ^2	P
你是否与异性有过婚前性行为?				3.41	0.065
有	28 (7.65)	19(10.16)	9 (5.03)		
无	338(92.35)	168(89.84)	170(94.97)		

2.4 上海市青少年收发性短信与性行为发生率的关系

研究人员拟合了 3 个模型,分别采用 Logistic 回归分析了青少年参与的三种特征的性短信与婚前性行为之间关系,同时对年龄进行了校对,见表 3。研究发现,三种特征的性短信与婚前性行为均存在关联,其中模型 1 的 OR 为 4.53,模型 2 的 OR 为 4.75,模型 3 的 OR 为 2.63。只有模型 2 中,性别与婚前性行为存在关联,女性低于男性(OR=0.38, $P<0.06$)。

表 3 上海市青少年收发性短信与性行为发生率的关系,OR (95% CI)

模型 1		模型 2		模型 3	
	婚前性行为		婚前性行为		婚前性行为
给他人发过自己的私密照(对照组:没有发过)	4.53(1.25 – 16.48) *	要求过他人将其私密照发给你(对照组:没有发过)	4.75 (1.49 – 15.11) **	被要求给他人发你自己的私密照(对照组:没有发过)	2.63(2.63 – 16.63) ***
性别(对照组:男性)	0.45(0.19 – 1.07)	性别(对照组:男性)	0.48(0.20 – 1.14)	性别(对照组:男性)	0.38(0.20 – 0.92) *
年龄(对照组:18 岁以下)	1.76(0.75 – 4.10)	年龄(对照组:18 岁以下)	1.97(0.80 – 4.73)	年龄(对照组:18 岁以下)	1.97(0.83 – 4.65)

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

OR 为比值比(odds ratio),CI 为可信区间(confidence interval)

3 讨论

美国青少年中性短信非常普遍,这个研究话题也比较新,国外也是最近两年有一些学者才发表了一些研究[1-7]。据 Temple 博士[1,2]的研究,有超过 1/4 的美国青少年报告曾发送自己的裸照给其他青少年,且有超过 1/2 的美国青少年被要求给他人发送自己的裸照。Snapchat 这种"阅后即焚"的手机应用(上传图片,并会在阅读后 10 秒内消失)为青少年互相发送隐私照片提供了安全平台,因为这些信息不会在互联网上留下痕迹,搜索引擎无法收录。在中国,由于受到传统儒家文化的影响,性观念的开放程度和性行为的发生情况还不如西方同龄青少年[8]。但互联网正在改变这一现象。

中国也有很多"阅后即焚"的手机应用,如阿里巴巴集团的来往和欢聚时代集团的换图,这些都使得私密照片在青少年之间的分享变得更加私密和无从监管。但是尚未见到有关中国青少年之间性短信的流行情况及与性行为关系的研究报告。本次调查发现,上海大中专院校里主动发送私密照片给他人的青少年比例为 3.49%(男性低于女性),主动要求他人将其私密照发给自己的比例为 5.43%(男性高于女性);曾经被要求给他人发自己私密照的比例最好,为 8.7%(无性别差异)。这一比例虽然远低于美国青少年,但足以引起教育工作者、父母和青少年健康研究人员的重视。

本次调查显示,有 7.65% 的调查对象发生过未婚性行为(男性高于女性但差异无统计学意义),低于张鹏等[8]、黄艺娜等[9]和郭帅军等[10]的研究结果。这可能与本研究纳入的研究对象的特征有关,本研究纳入了 2 所中专院校,较大学生而言,研究对象的年龄稍低。

Logistic 回归发现,三种模式的性短信均与婚前性行为存在关联,与 Temple[1,2]的研究结果一致。这提示我们性短信可作为婚前性行为的一个指示变量。

本研究也包括以下不足:首先,因为是横断面研究,无法进行性短信和性行为之间的因果推断,有可能这种关系是反向的或是双向的;其次,由于本研究的样本量较小,检验效能稍低,导致性短信与性行为的 OR 值的可信区间较宽;最后,本研究也未对性短信的收发工具、频率和潜在的健康危害进行测量。

综上所述,性短信均与婚前性行为存在非常强的关联,收发过性短信的青少年很有可能(即将)发生婚前性行为。因此,青少年工作者,包括教育工作者和健康工作者,应该定期进行性短信的监测工作。此外,父母与青少年交谈性短信的话题也比直接讨论性行为话题要容易的多,这也给父母提供了一个同孩子交流安全性行为的机会[11-15]。

参 考 文 献

[1] Temple JR, Paul JA, van den Berg P, et al. Teen sexting and its association with sexual behaviors. Arch Pediatr Adolesc Med, 2012, 166(9):828 – 833.

[2] Temple JR, Choi H. Longitudinal association between teen sexting and sexual behavior. Pediatrics, 2014, 134(5):1287 – 1292.

[3] Janis Wolak, David Finkelhor, Kimberly J. Mitchell. How Often Are Teens Arrested for Sexting? Data From a National Sample of Police Cases. Pediatrics, 2012, 129(1):4 – 12.

[4] Gordon Messer D, Bauermeister JA, Grodzinski A, et al. Sexting among young adults. J Adolesc Health, 2013, 52(3):301 – 306.

[5] Ybarra ML, Mitchell KJ. "Sexting" and its relation to sexual activity and sexual risk behavior in a national survey of adolescents. J Adolesc Health, 2014, 55(6): 757 – 764.

[6] Rice E, Gibbs J, Winetrobe H, et al. Sexting and sexual behavior among middle school students. Pediatrics, 2014, 134(1):21 – 28.

[7] Ahern NR, Mechling B. Sexting: serious problems for youth. Psychosoc Nurs Ment Health Serv, 2013, 51(7):22 – 30.

[8] 张鹏,楼超华,高尔生. 上海市未婚青少年性行为影响因素多水平模型分析. 中国卫生统计, 2012, 29(4):520 – 524.

[9] 黄艺娜,张铭清,江剑平. 大学生婚前性行为和性态度调查分析. 中国性科学, 2012, 21(1):19 – 21.

[10] 郭帅军,余小鸣,孙玉颖. 中国青少年高危性行为的 Meta 分析. 中国性科学, 2012, 21(10):69 – 72.

[11] 程艳,楼超华,左霞云,等. 中学生接触媒体性信息情况及父母对其接触媒体的关注状况调查. 中国儿童保健杂志, 2014, 22(1): 21 – 23.

[12] 朱倩倩,涂晓雯,楼超华,等. 中学生接触媒体性相关信息情况及其对性与生殖健康知识的影响. 生殖与避孕, 2013, 33(4):244 – 249.

[13] 朱倩倩,楼超华,廉启国,等. 中学生接触媒体时间及感知父母对婚前性行为态度与其性行为意愿的关系. 中国学校卫生, 2014, 35(5):666 – 668.

[14] 余春艳,楼超华,王子亮,等. 青春期女生接触媒体性知识与其感知及态度关联分析. 中国学校卫生, 2013, 34(4):405 – 408.

[15] 左霞云,廉启国,涂晓雯,等. 中国青少年与父母交流性相关话题的状况分析. 中国计划生育学杂志, 2013, 21(3):170 – 173, 180.

(收稿日期:2014 – 11 – 25)

·性健康·

DOI:10.3969/j.issn.1672－1993.2015.08.038

心理干预联合性健康教育对青少年青春期性健康的影响研究

周巧华 卢建平 萧素媚 周晨 陈阳霞
深圳市康宁医院儿少心理科,广东 深圳 518020

【摘 要】 **目的:**分析心理干预联合性健康教育对青少年青春期性健康的影响。**方法:**选取某中学愿意接受青春期性健康调查的学生 536 名,随机分成实验组 256 人和对照组 280 人。实验组进行性健康教育和心理健康指导课程的学习,对照组仅进行性健康教育学习。采用问卷调查的形式分别对分组前和分组后所有学生青春期性健康进行调查。应用统计学方法对所得结果进行统计学分析。**结果:**(1)分组前仅 41.1% 的青少年对性知识有所了解;对性知识的主要来源为阅读书籍和看电视;约 70% 学生在青春期产生恐惧、羞涩等心理。(2)实验组和对照组对性知识完全了解的学生约 70%,两组间差异无统计学意义($P>0.05$),与分组前相比差异均有统计学意义($P<0.05$);对性知识的主要来源为性健康教育课程;实验组 78.0% 的学生产生高兴心理,与分组前相比,惊奇、恐惧、紧张等心理差异均有统计学意义($P<0.05$),与对照组相比,羞涩、紧张和高兴所占比值差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论:**性健康教育联合心理健康指导不仅让青少年学到了性健康知识,还减少了青春期存在的恐惧、羞涩等心理,促进了青春期身体和心理的健康发展。

【关键词】 青少年;青春期性健康;性健康教育;心理干预

Impact of psychological intervention combined sexual health education on adolescent sexual health *ZHOU Qiaohua, LU Jianping, XIAO Sumei, ZHOU Chen, CHEN Yangxia. Department of Child Psychology, Corning Hospital, Shenzhen 518020, China*

【**Abstract**】 **Objectives**: To analyze the effect of psychological intervention combined adolescent sexual health education on the adolescent sexual health. **Methods**: 536 students who were willing to participate in the adolescent sexual health survey were selected in a middle school, and divided into experimental group (256) and control group (280) randomly. The experimental group received sexual health and mental health education, while the control group only received sexual health education. Questionnaire surveys were used to investigate adolescent sexual health for all students, and statistical analysis was used to compare the results of the two groups. **Results**: ①Only 41.1% adolescents of the 536 students had sex knowledge, and the main sources of knowledge was reading books and watching TV; 70% of students were fear, shy and had other psychological emotions in adolescence. ②70% of students in the experimental group and control group fully understood sex knowledge, without significant difference between the two groups ($P>0.05$). The main source of knowledge was sexual health education courses; 78.0% of experimental group students are pleases, which had statistically significant difference from those before the experiment, i.e. surprise, fear, stress and other psychological emotions ($P<0.05$); compared with the control group, the incidence rate of shy, nervous and happiness were statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion**: Sexual health education combined with mental health guidance not provide sexual health knowledge to young students, but also reduces the adolescent fear, shyness and other psychological emotion, and promotes the healthy development of adolescent physically and psychologically.

【**Key words**】 **Adolescent; Adolescent sexual health; Sexual health education; Psychological intervention**

【中图分类号】 G479 【文献标志码】 A

青春期是个体从童年向成年逐渐过渡、生理发生急剧变化和心理充满好奇的阶段,是面临成长中的生理与心理问题最为频繁的时期[1]。进入青春期的少年,体形突然发生变化,特别是第二性征的出现,给青少年带来了神秘色彩[2,3]。随着与外界交往的不断增加和内心感受的日益敏锐,开始产生过去从来没有过的困惑、矛盾和烦恼。但又不肯轻易向他人吐露,这种闭锁心理容易使青少年形成心理疙瘩[4]。因此整个青春期是

【第一作者简介】周巧华(1982－),女,主管护师,主要从事精神科临床护理工作。

性教育的关键阶段,主要向青少年传授科学的性知识和心理健康教育,让他们能够及时地接受青春期性教育,懂得青春期身心发育的规律和特点,异性之间如何正常交往,树立健康的性意识,掌握心理自我调节的知识和方法,这有助于他们拥有健康的体魄和人格。适时的性健康教育和心理指导,在人的一生中都会起到不可估量的作用。本文旨在探讨心理干预联合性健康教育对青少年青春期性健康的影响。

1 调查对象和方法

1.1 调查对象

通过便利抽样法选择某市某中学进行调查。整群选取该校初中部和高中部愿意接受青春期性健康调查的学生 536 名。将 536 名学生按照学生号随机分为两组,单号的 256 名学生为实验组,双号的 280 名学生为对照组。实验组中男 148 人,女 108 人,平均年龄(15 ±3.46)岁;对照组中男 116 人,女 164 人,平均年龄(15 ±2.65)岁。两组学生中的性别和年龄差异比较无统计学意义($P>0.05$),具可比性。

1.2 调查方法

调查统一采用匿名填写问卷调查的形式进行,要求每位同学结合自己的实际情况进行填写,问卷当场收回。536 名学生在分组前先进行一次问卷调查,即基线调查。分组后实验组进行一个学期的性健康教育及心理健康指导,对照组仅进行性健康教育。一个学期后对两组学生再进行一次问卷调查。

1.3 问卷内容

参考国内外相关文献,咨询心理学、教育学、统计学专家各一名,自行设计和修订调查问卷。问卷主要内容包括;基本信息(年龄、性别、年级、父母亲职业及文化程度)、性知识了解程度和知晓率、性知识获取途径、性心理、性道德等。其中性知识了解程度和知晓率有 20 道单项选择题,包括生理发育知识 4 道题、青春期卫生知识 4 道题、遗精和月经知识 3 道题、避孕知识 3 道题、性病艾滋病防治 3 道题、其它知识 3 道题。正确回答 16 ~20 道题者判定为对性知识了解;正确回答 10 ~15 道题者判定为对性知识基本了解;正确回答 10 道题以下者判定为对性知识不了解。

1.4 性健康教育内容

本次性健康教育为时一个学期,每月进行两个课时的教学,教学内容丰富、形式多样,如课堂上通过动画或图像等多媒体教学手段直观的了解男女性器官、生命是如何产生的、性传播疾病的种类和预防等,也邀请资深性疾病专家和青少年心理学专家进行相关内容的讲座,同时利用网络和通信工具与学生进行交流和问答。并且通过为期一个月共两期的墙报和展板,介绍毒品危害性、拒绝毒品的方式、预防性病和艾滋病的方法等。

1.5 心理健康指导方式

首先让观察组的学生从生理上认识自己青春期发育的必然性和阶段性,认识这是正常的生理过程,并为自己的正常发育而感到高兴。其次教育他们保持乐观的情绪,多参加些文体活动,转移注意力,避免精神紧张。

1.6 统计学方法

经过统一编码和严格初审剔除不合格的调查表后,统一使用 EPIDATA3.1 录入数据并进行逻辑检查。采用 SPSS17.0 统计软件进行统计处理与分析。两组之间或两组与基线调查数据间差异比较采用χ^2检验,$P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 对性知识的了解程度

基线调查中发放问卷调查 536 份,收回 530 份,剔除未填写完整和不合格的问卷后还剩 525 份。进行健康教育后对实验组和对照组分别发放 256 份和 280 份,分别收回了合格的问卷 255 份和 275 份。结果显示基线调查中对性知识了解的人数仅占 9.9%,基本了解的人数占 31.2%。两组进行健康教育后对性知识了解程度明显提高,了解的人数分别占 73.7% 和 67.3%,与基线调查结果相比差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 对性知识的了解程度

程度	了解	基本了解	不了解
基线调查	52 (9.9)	164(31.2)	309(58.9)
实验组	188(73.7)	49(19.2)	18(7.1)
对照组	185(67.3)	67(24.4)	23(8.3)

注:实验组对性知识的了解及基本了解总人数与基线调查结果比较:$\chi^2=189.16$,$P=0.00$;对照组对性知识的了解及基本了解总人数与基线调查结果比较:$\chi^2=189.53$,$P=0.00$

在基线调查中对各类性知识的知晓率最高达 37.5%,实验组和对照组对性知识的知晓率明显提高,两组分别与基线调查相比差异均有统计学意义($P<0.05$)。实验组与对照组间差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 2。

表 2 对性知识的知晓率

组别	基线调查	实验组	对照组	χ^2	P
生理发育知识	199(37.5)	219(85.5)	233(83.3)	158.61	0.00
青春期卫生知识	150(28.4)	208(81.4)	225(80.4)	195.62	0.00
遗精和月经知识	157(29.6)	206(80.6)	224(80.1)	181.40	0.00
避孕知识	140(26.5)	203(79.2)	219(78.3)	194.02	0.00
性病、艾滋病防治	135(25.6)	200(78.3)	223(79.8)	196.22	0.00
其他	160(30.3)	194(75.6)	205(73.2)	142.87	0.00

注:P 值为实验组与基线调查结果间差异所得值

2.2 对性知识获取的途径

在没有进行健康教育之前青少年获取性知识的途径主要为阅读书籍(25.5%)和看电视(23.8%)。进行健康教育之后两组获取性知识的主要途径为健康教育课上的学习,分别为 78.0% 和 76.0%。见表 3。

表 3 对性知识获取的途径

来源	网络	电视	书籍	健康教育课	其他
基线调查	153(28.9)	190(35.8)	205(38.7)	16 (3.1)	11(2.1)
实验组	41(16.1)	73(28.6)	78(30.6)	199(78.0)	10(3.9)
对照组	53(19.3)	86(31.3)	97(35.3)	209(76.0)	11(4.0)

2.3 性心理

进入青春期后,由于第二性征出现,会使毫无准备的青少年感到惊奇、恐惧、羞涩、紧张等情绪,主要以羞涩和恐惧为主。进行健康教育和心理指导后的实验组羞涩、恐惧、紧张等情绪明显减少,与基线调查相比,惊奇、恐惧、羞涩等情绪变化差异均有统计学意义;与对照组相比,羞涩、紧张和高兴情绪变化差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 4。

表 4 青春期性心理情况

情绪	惊奇	惊恐	羞涩	紧张	高兴
基线调查	236(45.0)	409(77.9)	362(69.0)	330 (2.8)	63(12.0)
实验组	87(34.1)	74(29.2)	58(22.7)	64(25.1)	199(78.0)
对照组	99(36.0)	85(30.9)	120(43.6)	128(46.5)	186(67.6)
χ^2	0.41	0.22	25.9	26.3	7.2
P	0.5	0.63	0.00	0.00	0.005

3 讨论

青春期是每个人都要度过的一生中最关键的时期,是决定人一生的体格、素质、行为、性格和智力水平的关键时期[5,6]。青春期各种发育水平突飞猛进,生理、心理变化多端,其中最突出的就是性器官的发育和性心理的发展[7]。青少年不论在身体形态、身体功能、智力、思想、情感、意志、行为等方面都具有与儿童时期不同的特点,故青春期性健康教育和心理健康指导是一种促进青少年健康成长、有助于社会稳定发展的教育。在一个还没有完全重视青春期性教育的地区进行青春期性教育的实践研究,有一定的现实意义。现将调查结果分析如下。

基线调查结果显示:仅 41.1% 青春期学生对性知识有所了解,对生理发育知识、青春期卫生知识、遗精和月经知识、避孕知识、性病和艾滋病防治等知识的知晓率很低,这与国内学者袁丽丽等[8]的调查结果较一致。这部分学生对性知识的了解主要来源于电视和书籍,对性知识无认知概念,也不知道该怎样去学习。经性健康教育即将生理及卫生、性发育及卫生、性心理及卫生、性道德、性别角色、人际交往、预防性病和艾滋病等纳入学生常规学习课程中,以课堂教学、多媒体教学、网络教学、专家讲座形式进行学习后,青春期学生对性知识的了解率达 70%,对生理发育知识、青春期卫生知识、遗精和月经知识、避孕等知识的知晓率大部分也达 80%。与基线调查相比,实验组对性知识的了解程度和知晓率差异均有统计学意义($P<0.05$),这与文献[9,10]报道结果较一致。给予青春期学生正规的、系统的、科学的性健康知识,教给学生正确的性知识、性观念,使他们认识到了性教育是一门科学。开展中学性健康教育课程,让他们从性朦胧、性困惑中解脱出来,不再以其他方式盲目地去寻求性知识,让他们能冷静地对待有关性的问题,消除性神秘感。

青春期是性生理发生巨变、性心理也随之不断变化的时期[11]。由于身心在短时期内要经历急剧的变化,不仅对此要有正确的认识,还要拥有必要的思想准备,否则就会导致许多心理矛盾和冲突的形成,进而产生疑惑和困扰[12,13]。部分青少年对性心理发展中产生的各种疑问特别敏感,如果缺乏正确的引导,就有可能对第二性征发育而产生的一些生理和心理现象,例如遗精、月经、对异性感兴趣等感到紧张、害怕、恐惧、焦虑。这与本文基线调查结果中青春期学生情绪以恐惧、紧张等为主相符。随后对实验组以科学的性学知识解释性的困惑,并分析性心理障碍产生的原因和表现,教育他们保持乐观的情绪,多进行户外运动,增强自信心,消除不必要的恐惧和焦虑,树立健全人格。一个学期后,他们对自己青春期的变化不再感到惊奇、恐惧和紧张,相反感到高兴。

同时,性健康教育又与德育工作息息相关,搞好德育工作是开展性健康教育的前提,落实性健康教育同样有助于德育工作的进一步开展。青春期是个体生理、心理、社会化与其所在环境对立统一迅速成长发展的时期[14]。此时的性行为已经是道德意志支配的行为,是独立自主决定的产物。对青少年进行性、生殖教育,是现代人口领域不可回避的任务,是现代人口与计生工作中优质服务工作的一个重要组成部分[15]。培养健康的性道德,形成正确的性观念,提高自我保护意识,洁身自爱,自重自律,从而促进性行为的健康发展。

青少年青春期在进行性健康教育时,不仅需要对性生理和性社会方面要有一定的知识基础,而且要有全面、健康发展的性心理。因为良好道德修养往往建立在良好的心理素质基础之上,个体心理只有处于正常健康的状态下才最易于顺应社会,形成符合社会要求的品德。因此在中学健康教育过程中应进行心理健康指导,以保证青少年性方面的身心健康发展。

参 考 文 献

[1] 杨培禾. 学校青春期性健康教育实施途径和方法. 中国学校卫生, 2010(11): 78 - 79.

[2] J. Mark Halstead and Micheal J, Reiss. Values in sex education: from priciples to practice, New York, 2009.

[3] 张眉. 重庆市部分大学生性健康知识、行为与态度的调查分析. 重庆医学, 2010, 39(5): 565.

[4] 范怡悦, 严玲悦, 孙煜. 青少年性知识及性心理健康影响因素分析. 当代青年研究, 2014(3): 108 - 110.

[5] 龚丽萍. 同伴教育在青少年性健康教育中的运用. 现代中小学教育, 2010(3): 66.

[6] 钱小华, 王进鑫. 中美学校性教育比较研究. 成都师范学院学报, 2014, 30(2): 24 - 27.

[7] Roger J. R. Levesque. Sexually education: What adolescents rights

require,New York: Nova Science Publishers, 2009.
[8] 袁丽丽,范雪莹. 学校青春期性健康教育同伴教育模式的干预效果分析. 今日科苑, 2010(8): 292.
[9] 罗念慈,林文婕,史俊霞,等. 中学生性生理、性心理健康状况分析及健康教育模式探讨. 中国学校卫生,2013, 25(6): 56 -57.
[10] 王洋, 徐晓阳, 曹红梅, 等. 四川农村留守中学生性健康同伴教育干预效果评价. 上海交通大学学报, 2014, 34(5): 721 -724.
[11] 蒋媛,张颖萍. 贵阳市云岩区青少年性健康现状调查及干预效果评价. 中国妇幼保健, 2013, 28(4): 559 -661.
[12] 李慧,韩丽晖,吴明辉. 北京地区青少年生殖健康情况调查报告. 首都医科大学学报,2009,30(1):114 -118.
[13] Marcell AV, Allan E, Clay EA, et al. Effectiveness of a brief curriculum to promote condom and health care use among out - of school young adult males. Perspect Sex Reprod Health, 2013, 45(1): 33 -40.
[14] 李晓妹,刘松,李向云. 高校学生性与生殖健康现状及教育模式. 国际生殖健康/计划生育杂志,2010,29(6):410 -411.
[15] 陈静静, 王晶晶. 同伴教育在青少年健康促进中应用的研究进展. 全科护理, 2014, 12(5): 396 -397.

(收稿日期:2014 -09 -09)

·性心理学·

DOI:10.3969/j.issn.1672 -1993.2015.08.039

艾滋病疑病症患者的心理研究及心理综合疗法应用

杜德荣[1] 杨娴[2] 张雪[1] 黄绍宽[1] 刘汝青[3]
1 广州市东升医院皮肤性病科, 广州 510120
2 广州市红十字会医院皮肤科,广州 510220
3 中山大学公共卫生学院,广州 510080

【摘 要】 **目的:**对艾滋病疑病症患者进行心理研究,并考察以森田疗法为主的心理综合疗法对患者的疗效。**方法:**采用 90 项症状自评量表(SCL -90)和汉密尔顿抑郁量表(HAMD)对 60 例艾滋病疑病症患者进行心理研究,并采用"森田疗法"为主的心理综合疗法对患者进行治疗,分别于治疗前、后检测患者血中 5 -羟色胺(5 -HT)和去甲肾上腺素(NE)的水平作为疗效的评价指标。**结果:**60 例艾滋病疑病症患者按 SCL -90 评分结果分为:混合型 44 例,强迫症型 8 例,疑病症型 4 例,恐惧症型 4 例;治愈率 30.0%,显效率 51.7%,总有效率 81.7%;经治疗后 SCL -90 和 HAMD 评分比治疗前显著下降,5 -HT 和 NE 水平治疗后比治疗前显著上升($P<0.05$)。**结论:**艾滋病疑病症患者的心理障碍可分混合型、强迫症型、疑病症型和恐惧症型,以混合型出现率最高;采用"森田疗法"为主的心理综合疗法治疗艾滋病疑病症,疗效明显。

【关键词】 艾滋病疑病症; 森田疗法; 5 -羟色胺; 去甲肾上腺素

Psychological research in suspected AIDS patients and application of comprehensive psychological therapy

DU Derong[1], YANG Xian[2], ZHANG Xue[1], HUANG Shaokuan[1], LIU Ruqing[2]. 1. Department of Dermatology, DongshengHospital of Guangzhou City, Guangzhou 510120, China; 2. Department of Dermatology, Guangzhou Red Cross Hospital of Guangzhou City, Guangzhou 510220, China; 3. School of Public Health, SUN YAT -SEN University, Guangzhou 510080, China

【**Abstract**】 **Objectives**: To study the psychological status of suspected AIDS patients, and investigate the efficacy of comprehensive psychological therapy like Sentian Treatment on patients. **Methods**: Using the symptom checklist 90 (SCL -90) and Hamilton Depression Scale (HAMD) to assess the psychological status of 60 suspected AIDS patients, and Sentian Treatment was used for treatment. The 5 -HT and norepinephrine (NE) level in peripheral blood of patients were detected before and after treatment respectively as evaluation indexes of its curative effect. **Results**: According to SCL -90 scores, the 60 suspected AIDS patients were divided into 4 groups: 44 cases of mixed type, 8 cases of obsessive compulsive disorder, 4 patients with hypochondriasis type, 4 cases of phobic disorder; the cure rate, effective rate and total efficiency was 30%, 51.7% and 81.7% respectively. After treatment, the SCL -90 and HAMD scores significantly decreased and 5 -HT and NE levels increased significantly ($P<0.05$). **Conclusion**: The psychological disorder of suspected AIDS patients includes mixed type, obsessive compulsive disorder, hypochondria disorder and phobic disorder. Comprehensive psychological therapy like Sentian

【第一作者简介】杜德荣(1974 -),男,副主任医师、硕士研究生,主要从事皮肤性病学临床与研究工作。

Treatment is of good curative effect in the treatment of suspected AIDS patients.

【Key words】 Suspected AIDS patients; Sentian treatment; 5 - HT; Norepinephrine (NE)

【中图分类号】 R167 【文献标志码】 A

艾滋病疑病症是一种神经症,俗称艾滋病恐惧症,是随着艾滋病的流行而产生的一种继发性疑病症[1]。患者大多有过高度危险的婚前或婚外性行为,他们了解到一些与艾滋病相关的知识,但又对艾滋病一知半解,因而夸大艾滋病的传染性,或把疑似艾滋病的症状看作艾滋病的特异性症状,将自己的感觉一一对号入座,从而使自己陷入深深的恐惧之中。随着性传播疾病的流行,艾滋病疑病症发生率明显升高[2,3]。为了弄清楚该病患者的心理状态和分型,帮助解决治疗上的困难,我们拟采用两种人格量表[4] - 90 项症状自评量表(SCL - 90)和汉密尔顿抑郁量表(HAMD)对艾滋病疑病症患者进行全面的心理评估分析,同时采用"森田疗法"[5]为主的心理综合疗法治疗艾滋病疑病症患者,以探讨此治疗方法对艾滋病疑病症的疗效。

1 研究对象及方法

1.1 对象

选取 2012 年 1 月至 2014 年 1 月我院和广州市红十字会医院皮肤性病科门诊收治的艾滋病疑病症患者 60 例,年龄 18 ~ 60 岁,性别不限。所选患者具有以下临床表现:(1)有符合艾滋病传播途径的类似经历,如不洁性交史,或共用剃须刀、美容、接受输血等其它不安全行为;(2)符合神经症的诊断;(3)对艾滋病的担心程度与实际健康状况极不相符;(4)主观地对正常的生理现象或异常感觉作出疑病性解释;(5)疑病观念牢固,临床诊断依据缺乏,但不是妄想的;(6)有反复就医且多次要求作 HIV 抗体检测的经历,且多次检测结果均为阴性,但医生的合理解释也不能打消疑虑。并且排除强迫症、抑郁症、偏执型精神病等其他心理疾病的诊断。患者艾滋病实验室检查的结果为阴性,并且排除由于其他疾病而引起的精神异常以及其他原因引起的精神障碍等,接受治疗前一个星期患者必须停用抗抑郁及抗焦虑药物。

1.2 疾病分型

根据患者填写的 SCL - 90 评分结果,可分为以下四种类型:(1)疑病症型:仅躯体化项目得分为重度或中度,而其他项目为轻度或无;(2)强迫症型:仅强迫状态项目得分为重度或中度;(3)恐惧症型:仅恐怖状态项目得分为重度或中度;(4)混合型:多于两个(含两个)项目的得分为重度或中度。

1.3 方法

1.3.1 SCL - 90 表及 HAMD 表的填写 于治疗前、治疗后 3 周、6 周、9 周和 12 周,让患者完成 SCL - 90 的填写,由医生填写 HAMD。

1.3.2 治疗方法 结合本次研究的实际情况,跳过森田疗法的前三期(即绝对卧床期、轻作业期以及重作业期),直接进入第四期(即社会康复期)。由富有经验的医生实施改良森田疗法,疗程为 12 个星期,治疗期间,要求患者规律作息,早睡早起,患者自己动手整理病房内务。吩咐患者坚持每天阅读积极向上充满正能量的书籍,医生采取一对一的交谈方式向患者讲述森田疗法的原理,令患者能够正视负面体验,积极引导患者将注意力集中在客观的现实中,做自己应该去做的事情,并向患者讲述森田疗法的成功案例,每周进行 1 次,每次持续 30 ~ 50min,以增强患者的信心。同时,增加社交活动和文体娱乐活动的时间,所有患者都要参加医生举办的森田疗法沙龙,让患者相互讨论并交流各自想法,由医生进行分析和点评,每周举办羽毛球、跳绳等低难度的体育活动,多鼓励患者周末请假出院,让患者真正回归社会,要求患者返院后向医生讲述个人的经历和内心感受。此外,督促患者晚上睡觉前养成写日记的习惯,让患者记录每天的活动心得、对自己病情和森田治疗的认识,并且在第 2d 上午交给医生批阅,医生据此制定下一步的治疗方案。

1.3.3 检测 5 - HT 水平以及 NE 水平的浓度 分别于治疗前、治疗后 3 周、6 周、9 周和 12 周,取患者外周血,充分离心,然后取上层清液,接着加入所需试剂进行振荡,振荡充分后吸取下层水相提取液,分别向提取液中加入相应试剂,最后采用荧光分光光度计检测上述二者的浓度[6]。

1.4 判定标准

1.4.1 参考现有文献[7] 疗效分为 4 级:①治愈:症状彻底消除或仅轻微存在,可适应社会及家庭生活;SCL - 90 单一项目分数(下文称作 F)下降大于 3 个标准差;②显效:症状明显改善,对社会及家庭生活几乎不造成障碍,F 下降大于 2 个标准差;③好转:症状有所改善,对社会及家庭生活有一定的障碍,F 下降大于 1 个标准差;④无效:症状无改善,对社会及家庭生活造成很大的障碍,或完全不能进行正常的社会及家庭生活,F 下降小于 1 个标准差。总有效率的数值等于治愈率与显效率之和。

1.4.2 判定疗效的标准 ①HAMD 评分:将 HAMD 得分用统计学的方法分析,比较治疗前与治疗后得分的差异有否统计学意义。②实验室结果:检测患者血液中 5 - 羟色胺和去甲肾上腺素浓度的水平在治疗前与治疗后的变化。若以上两个标准判定不一致时,以 HAMD 评分为准。

1.5 数据处理

用 SPSS 17.0 进行数据分析,实验数据均采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,90 项症状自评量表(SCL - 90)和汉密尔顿抑郁量表(HAMD)的评分数据均采用配对 q 检验,5 - 羟色胺和去甲肾上腺素的数据用 t 检验,设定 $\alpha = 0.05$。

2 结果

2.1 根据两种量表的评分以及疗效的分析

60 例患者艾滋病疑病症的分型及疗效,治疗总有效率为 81.7%。见表 1。患者治疗前、后的 SCL - 90 的得分呈逐渐递减趋势,治疗前与治疗后分数的差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。治疗前与治疗后 HAMD 评分比较,得数的差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 1 艾滋病疑病症的分型及疗效

分型	例数	治愈	显效	好转	无效
疑病症型	4	3	1	0	0
强迫症型	8	2	4	2	0
恐惧症型	4	0	4	0	0
混合型	44	13	22	9	0
合计	60	18(30.0)	31(51.7)	11(18.3)	0(0)

表 2 治疗前后 SCL－90 评分情况

时间	疑病	强迫	恐惧	抑郁
治疗前	2.42 ±0.40	2.18 ±0.37	2.14 ±0.45	2.52 ±0.73
治疗 3 周	1.99 ±0.24	1.98 ±0.23	1.83 ±0.45	2.26 ±0.77
治疗 6 周	1.37 ±0.35 *	1.72 ±0.26 *	1.61 ±0.42	1.87 ±0.61 *
治疗 9 周	1.06 ±0.12 *	1.41 ±0.23 *	1.33 ±0.32 *	1.47 ±0.35 *
治疗 12 周	0.93 ±0.07 *	1.26 ±0.25 *	0.94 ±0.17 *	0.97 ±0.16 *

注：* 与治疗前评分比较，$P<0.05$

表 3 治疗前后汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分比较

治疗时间	评分
治疗前	20.56 ±0.95
治疗 3 周	16.01 ±3.35 *
治疗 6 周	11.05 ±2.27 * *
治疗 9 周	7.74 ±4.26 * * *
治疗 12 周	3.24 ±2.22 △

注：经 q 检验分析，* 与治疗前相比，$P<0.05$；* * 与治疗 3 周相比，$P<0.05$；* * * 与治疗 6 周相比，$P<0.05$；△ 与治疗 9 周相比，$P<0.05$

2.2 5－HT 和 NE 浓度的水平变化

治疗后 5－HT 浓度和 NE 浓度的水平均渐渐上升，较治疗前差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 4。

表 4 治疗前后患者外周血浆中 5－HT 和 NE 含量比较

项目	治疗前	治疗后
去甲肾上腺素	0.22 ±0.05	0.27 ±0.69
5－羟色胺	1.11 ±0.41	1.23 ±0.23

3 讨论

艾滋病疑病症患者具有复杂的心理障碍[8－11]，此病的分型尚未有统一标准，临床治疗方法混乱，为了提高临床疗效，我们引入 SCL－90 表和 HAMD 表对艾滋病疑病症进行分型研究，主要施以“森田疗法”对病人进行临床干预，观察其临床治疗效果。

科学工作者常常将 SCL－90 表以及 HAMD 表用于心理科的研究，其中 SCL－90 是包括 90 个题目的精神症状自评表，患者的心理情况由该量表的得分来判定；另外一个由医生填写的量表，HAMD 量表包含 24 个项目，该量表除了可以对各种精神症状作出定性，还可以判定分级。二者结合，病人的心理状态便可以通过这两个量表客观而全面地反应出来，有助于对病人进行分型，进而对病人实施个体化方案的治疗。此外，由于精神病患者的症状与 5－羟色胺(5－HT)和去甲肾上腺素(NE)浓度的水平密切相关[12－14]，如果二者降低时病人便会表现出精神症状，所以我们可以通过检测 5－HT 和 NE 两者治疗前后的浓度水平作为患者病情变化的客观评价标准之一。

经研究，患者分型有四种，即疑病症型、强迫症型、恐惧症型以及混合型。艾滋病疑病症属于性病恐惧症其中的一种，作为一种具有明显心理基础的疾病，应根据患者不同心理状况及其特征，予以相应的心理治疗[15,16]，对于以上四种分型，行森田疗法的同时，对于恐惧症型患者实施一些放松疗法治疗；对于强迫症型患者还要结合疏导疗法治疗；对疑病症型结合暗示疗法治疗，即予以安慰剂能使患者自己理解成为一种药物治疗而具有心理暗示成分，且可明显降低药物依赖性，要求安慰剂的选取要有针对性而且对人体无害，如给予“安慰剂”；混合型的话，则需多法并用，灵活使用上述多种方法。结果显示经过治疗后患者的情况好转显著：SCL－90 各项得分随着治疗时间的推进呈逐渐下降趋势，总有效率达到 81.7%，治疗后 SCL－90 和 HAMD 两表的评分均有显著性下降($P<0.05$)，同时患者外周血中的 5－羟色胺(5－HT)和去甲肾上腺素(NE)浓度的水平均显著升高($P<0.05$)。

综上所述，通过 SCL－90 和 HAMD 两表的测评以及 5－羟色胺(5－HT)、去甲肾上腺素(NE)浓度的水平的检测，可以真实地反应患者心理状态，说明采用“森田疗法”为主的心理综合疗法治疗艾滋病疑病症是可行而且有效的。不过，本次研究的病例数较少，还需要做更大样本的深入研究。

参 考 文 献

[1] 王娟娣，刘斌，郑真. 1 例艾滋病疑病症患者的认知行为治疗. 中华男科学杂志，2012，18(12)：1135－1137.

[2] 李芳梅. 性病恐惧症患者心理分析及临床干预疗效观察. 中国性科学，2013，22(6)：79－80.

[3] Verma KK, Khaitan BK, Singh OP. The frequency of sexual dysfunctions in patients attending a sex therapy clinic in north India . Arch Sex Behav, 1998, 27(3): 309 －314.

[4] 沈渔邨. 精神病学. 5 版. 北京：人民卫生出版社，2010：813－818.

[5] 李艳青. 中国森田疗法治疗抑郁症的研究进展，中国健康心理学杂志，2014，22(9)：1429－1431.

[6] 张燕，王洪斌，杨海霞，等. 荧光分光光度法测定大鼠不同脑区单胺类神经递质. 东北农业大学生命科学学报，2010，41(1)：93－96.

[7] 杜德荣，郭庆，刘汝青. 性病疑病症患者的心理分析及心理综合疗法研究. 岭南皮肤性病科杂志. 2007，14(4)：211－214.

[8] Li YL, Li TS, Xie J, et al. An analysis of clinical characteristics of forty－six AIDS phobia patients. Zhonghua Nei Ke Za Zhi, 2011, 50(8)：650－653.

[9] 赵建蕊. 艾滋病疑病症患者的心理疏导. 中华现代护理学杂志，2008，5(16)：1519－1520.

[10] 李现红，何国平，王红红. 艾滋病相关羞辱与歧视的研究. 中华护理学杂志，2007，42(1)：78－80.

[11] 严谨，肖水源. 艾滋病歧视研究进展. 中国临床心理学杂志，2007，15(1)：102－104.

[12] 王学铭. 精神与精神病的生物化学. 北京：人民卫生出版社. 2002：150.

[13] Gonzalez MM, Aston－Jones G. Light deprivation damages monoamine neurons and produces a depressive behavioral phenotype in rats. Proc Natl Acad Sci USA, 2008, 105(12): 4898.

[14] Won JJ, Kim NY, Ryu V, et al. Dexamethasone reduces food intake, weight gain and the hypothalamic 5 －HT concentration and in－creases plasma leptin in rats. Eur J Pharmacol, 2008, 581(1－2)：64.

[15] 潘新锋. 性病恐惧症心理干预的调查. 医学信息：上旬刊，2011，24(18)：6246－6247.

[16] 袁勤，顾春红. 改良森田疗法对住院精神分裂症患者的康复效果. 中国社区医师，2010，12(18)：59－60.

(收稿日期：2014－10－08)

·性社会学·

DOI:10.3969/j.issn.1672－1993.2015.08.040

壮阳药广告中的男根焦虑分析

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】 本文从男根在传统文化中的重要性入手,分析构建出传统文化中男性气质是在家庭中男主外女主内,社会中男尊女卑。当今社会中的壮阳药广告的四种类型均指向男性气质,甚至对女性的成功产生了严重的社会焦虑。本文定义了男根焦虑,是指当前社会环境下,为了维持男性的尊严和社会统治地位,无形中形成的超出男性所能承受的生殖器大小、性活动时间长短以及勃起硬度的要求,最终以满足女性性需求为衡量标准的焦虑。男根焦虑的实质是对男性立命之本的逐渐丧失或者说男女地位逐渐平等产生的不安和焦虑。本文分析了社会中出现的男根焦虑现象,并提出对性和男根应作出本真还原。

【关键词】 性别;男性气质;男根焦虑;壮阳药广告;本真

Analysis of the phallus anxiety in the aphrodisiac advertisement *WO Wenzhi, WANG Jinxin△. Institute of Sichuan Sexuality and Sex Education, Chengdu Technological University, Chengdu 611730, China*

【**Abstract**】 From the perspective of the importance of phallus anxiety in traditional culture, this article analyzes the traditional culture of masculinity which is "men outside the home, women inside" and man is superior to woman. Four types of aphrodisiac advertisement in today's society are all pointing in the direction of masculinity, which even has caused serious social anxiety on women's success. In this article the phallus anxiety refers to the modern overburdened requirements for the size, length and hardness of penis to maintain male dignity, and analyzes the phallus anxiety social phenomenon. Finally, it advocates the real look of sex and phallus.

【**Key words**】 **Gender; Masculinity; Phallus anxiety; Aphrodisiac advertisement; Real look**

【中图分类号】 R913.14 【文献标志码】 A

1 男根思想与传统性别文化

《红楼梦》中,贾母将孙子贾宝玉视为命根子,意味着孙子贾宝玉对贾母的重要性,没有了命根子贾母也活不成了。这里的命根子是象征的说法,命根子的原意指男性生殖器,生命是从命根子里发芽的。把男性生殖器说成是命根子,是因为在传统文化里很避讳直接说生殖器,需要另外一个词来表达。而命根子一词赋予了太多的文化的寓意,在传统文化中男性生殖器的地位如同命根子般重要。男人如果失去了命根子将丧失生命的意义和生存的价值,这种重要性不是显性的,不易被人们察觉和理解,却以隐性的方式存在并影响着人们的生活。命根子的重要性表现在,依照弗洛伊德的理论,人的一切活动的根本动力来源于人的生物性的本能冲动,而本能冲动中最核心的即是生殖本能的冲动。命根子作为男性生殖器,是男性一切活动的根源所在,是男性生命存在的生理基础和本源。性活动是男性的立命之本,命根子是男方血缘传承的基础,是延续家族血脉和人类生殖繁衍的前提,所谓"不孝有三无后为大"是传统文化中对男性生殖的伦理规范。林黛玉进贾府时,王熙凤说"竟不像老祖宗的外孙女儿,竟是个嫡亲的孙女"。王熙凤虽是奉承之语但道出了家族中外孙女地位不如嫡亲的孙女。贾母视宝玉为命根子而不是嫡亲的孙女,贾宝玉、贾迎春和林黛玉等孙子辈在贾府中的地位是有明显的性别等级秩序的,贾宝玉这个有命根子的、作为父系制度继承者在家庭中的地位是最为尊贵的;贾迎春是有命根子的男方的子嗣但自己没有命根子,地位低于宝玉但高于林黛玉——这个没有命根子的女方生下的没有命根子的女儿。围绕着命根子形成的隐性的传统性别文化及制度构建了男性气质。所谓男性气质是指,在社会文化建构下男性群体特有的性别特征和差异,社会文化形成的对男性特征的理解和规范,以及在社会文化中形成的属于男性群体特征和行为方式,表现在婚姻、文化、教育、经济、政治等领域中所扮演的角色形成的刻板印象。与男性相联系的词有诸如勇敢、事业心、竞争、野心、霸气、进取心、粗心、主动、理性、力量、坚硬、魄力、果敢等。在我国传统文化中讲阴阳调和是典型的与男性相关的"阳"、女性相关的"阴"的哲学思想,阳在上阴在下,阳为天、为日、为昼……阴为地、为月、为夜……。整体上,与男性相关的词汇在价值二元对立中处于较高等级秩序,与女性相关的则相反。另一方面,在阴阳哲学里阴/阳并非是完全意义上的对立,它们也可以合二为一,缺一不可。阴阳合起来有时也指男女生殖器或者男女交合。有意思的是,男性生殖器即叫阳具也叫阴茎。这样一种隐性的文化构建出传统文化中男性气质是在家庭中男主外女主内,社会中男尊女卑。中国的历史

【基金项目】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《中国本土化的男性气质研究》的成果之一(XXJYB1320)。

【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

是男人的历史,用拉康的话说中国历史中女人不存在。封建社会中的太监之所以不被列入男人的行列,是他彻底失去了传统社会认为男人为之男人的根本。“人死依然屌朝天”是民间流传开来的一句俚语,反映了我们文化中用男根来激励男性,不如意的生活没什么可怕的,生命中最后一次还是依然可以坚挺的勃起,犹如男人的尊严和地位朝向上空。

2 壮阳药广告的特点

建国初期,在破除几千年来一切剥削阶级所造成的毒害人民的“旧思想、旧文化、旧风俗、旧习惯”的口号要求下,与传统文化相关的一切内容都被视为封建旧思想而被连根拔除,使得传统思想发生时空断裂。随着改革开放,当代西方文化的传播和女性自我意识的觉醒,混杂着若有若无的传统阴阳哲学的影响,形成当今多元庞杂无体系的性别文化,依然强调“男主外女主内”,男女两性在家庭中的地位等级延伸到了社会性别秩序中,男性地位高于女性,与男性相联的高于与女性相联的。

随着女权运动和性科学的发展,人类对两性的性知识也越来越广为熟知。《金赛性学报告》、《海蒂性学报告》等西方性学研究著作相继问世,彻底颠覆了世人对女性的性生理反映的认识,性高潮、阴蒂、G 点等词汇进入公众视野。在网络发达的今天通过各类色情视频获取女性性知识,越来越多的女性也意识到性生活不仅仅是对丈夫的义务,自己也有权利享受性生活和可以要求性生活,女性自身的性观念发生着巨大的变化。这一形势打破了沉默已久的女性性需求和男性掌握性话语权的格局,性别社会分属一直以来也是性的分属,主动、暴力、强硬、能干、给予专属于男人,被动、接受、等待、顺从专属于女人。当这种分属,被今天的女性意识打破时,男人不得不调整姿态维持主动的、能干的……男根承受着巨大的压力。在性活动能力、性的气质构建中具体表现在:以男人对性活动的主动性、能动性及掌控力,性活动时间的长度和性活动的频率来评价男性能力;以生殖器大小决定男性的尊严和生殖器勃起时的硬度来判定家庭地位,甚至以与多少个异性发生性行为论英雄。命根子既是男人的命根子,也是一个家庭乃至家族的命根子,更是男权社会的命根子。没有了命根子,也就没有了男人的尊严和地位。为了保持命根子赋予男性的意义,命根子的使命变成了满足女性的性需求。

有了这种变化,也就有了现在随处可见的壮阳药广告。壮阳药广告大体上可以分为四大类:一类是以医学或科学的名义,类似于强迫症的方式质问你达标了吗。比如“如果说,一个正常男人的勃起时间为 30 分钟(可以使女性达到高潮性感的最短时间),那么超过 92% 的都市 25 岁男性勃起时间不到 15 分钟,89% 的 30 岁都市男性平均时间也不到 10 分钟。而 40 岁以上的男性,平均勃起时间甚至不到 5 分钟。更有 87% 的中年男性,将面临性瘫痪问题。”[1] “性瘫痪”,好严重的词! 刺激着众多不“达标”的男性的神经!

第二类是以女性的口吻来叙述对男性生殖器的渴望与需求。随处可见诸如“让女人尖叫的秘密和绝招”的广告标题,如科普小短文《女人的心思你懂吗?》[2] 文中更是赤裸裸的指导如何让女人“幸福”。再比如“让女人性爱满足的三大标准即尺寸够长够粗、阴茎够硬够猛、抽插时间够长。”[3]

第三类是强调传统男性气质的。如下面这些广告:“女人不喊停之前,男人决不服软”,“坚挺、威猛、持久、刚硬、青春有活力”[4],“服软”、“坚挺”等一语双关,既指生殖器的勃起硬度,也暗指男性气概。广告中不断地将男性气质与生殖器的大小、勃起时间及硬度挂钩,如果“不行”、“服软”……就似乎彻底失去了男人尊严、气质甚至一切。

第四类是取突出阴茎符号象征意义的药名。如“男根”、“雄鹿丸”、“壮哥”、“猛虎丸”、“威而浪”、“强伟”、“伟哥”、“真汉子”、“男霸天”、“硬汉”、“硬度 100”、“七寸神仙丸”、“雄春乐”、“藏威”、“威猛酷男”、“虎哥王”、“雄源春”、“巨根”、“助根”、“御喜”、“硕根”等[5]。

所有的壮阳药广告都隐含了以下几个性规则:一是需要性活动时间足够长;二是男性生殖器需要足够大;三是男性生殖器勃起足够硬;四是让女性获得性高潮才算是男人,否则是无用的男人,几乎跟太监无异。此时,对男性生殖器的要求由过去的完成性活动(满足自身性愉悦和生殖目的)演变为满足女性的性需求,由过去的“保住了男人的命根子”变成“保住男人命根子的超强能力,才能保住男人的尊严和地位”。总之,男性对生殖器增大、性活动时间增长的需求,既不是从女性需求出发,也不是从自身性快感体验出发,而是试图在当前女性意识增强的社会环境中,继续维持男性的统治地位。为了维持男性性活动能力的立命之本,男性对于自身性能力存在严重的焦虑。

3 男根焦虑理论

是我们这个时代的男性生殖器比其他时期的变小了吗? 还是我们这个时代男性性活动能力在降低? 还是当前男性性生活质量降低了? 目前尚无研究表明男性生殖器的问题比历史中的严重,但是我们却比任何时期都更加关注男性生殖器。性及性欲一直被视为是生命的原始驱动力,是人天生的生理本能决定的,最多被认为是跟人的身体状况有关系。而性活动能力则被赋予男性尊严的意义甚至关涉到家庭地位,因此男性也比历史中的任何一个时期都更多地关注自己的性能力,也比任何一个历史时期的压力大。很少有人把它跟人的社会属性联系在一起,这些壮阳药广告比任何一个历史时期都表现出社会对男根的不满,小到一个男人为了在女人面前的面子,大到为了掌控家庭的主动权,更大到整个社会为了保全男人的控制力,男人普遍有男根焦虑。男根的象征意义绝对不仅仅是生理上的,更是社会意义上的。

弗洛伊德的研究把男根拉入西方公众的视野中,他特别强调性的作用,尤其是男性生殖器的作用。弗洛伊德提出阴茎妒忌、阉割焦虑等理论,把潜意识现象描述为由阴茎欲望引起的状态,并且断言所有的力比多(性本能背后的一种潜在力量)都是出于阴茎崇拜。弗洛伊德试图用阴茎解释个人乃至全人类历史,认为人类史前的男性祖先杀死他的父亲,是因为他父亲以威胁割掉他儿子们的阴茎来实施他对部族中妇女的独占,这一理论在他后来的《图腾和禁忌》中有了进一步的阐述,解释人类文明的起源。到了上个世纪 60 年代,西方女权主义者贝蒂·弗里丹、舒拉米斯·费尔斯通等借批判弗洛伊德的阳具中心理论,把对阴茎的分析从心理学的角度转向了政治,把阴茎定性为政治压迫和性压迫的工具。克德特说,我们生活在男性的世界中,这个世界时刻都在为阴茎地位的变化而战。有关性的真正的问题是权力之争。“人们从性的角度以男人的快乐与否为标准给女人下定义。”[6] 凯特·米利特认为“阴茎妒忌”是生物决定论的视角,是男性自我中心的表现。米利特在其《性政治》

中抨击父权制,认为父权制是依赖于性活动中的支配地位和权力来完成的,米利特没有着重描述两性之间在生殖器官上的生理不同,而是重点谈论了在西方文化中,对这些生理差异的理解和诠释,开篇讲文学家哲学家笔下的阴茎被描写成权力、能力的象征,阴道则柔弱、虚伪、贪婪。苏珊·布朗米勒提出"阴茎即武器",她认为强奸犯这种行为的关键不在性,而在于控制力。朱丽叶·米切尔认为生产、生殖、性及儿童社会教化是女性被压迫的四个领域。不过米切尔有别于其他女权主义者的是她同意弗洛伊德的俄狄浦斯情境是普遍存在的。拉康以阳具功效取代弗洛伊德的"俄狄浦斯恋母情结"。拉康在其《阳具的意义》一书中把阳具定义为男女两性都无法获得的、标志着完整(实际上是空无)的超验能指;然后他把"阉割"重新定义为两性进入语言世界后导致的"缺失";另外他还把性别身份的获得解读为两性通过化装掩盖自己被阉割的事实,其中男性假装他拥有阳具,而女性则假装她就是阳具[7]。拉康认为化装成阳具后的女性成了男性欲望的导因,因此所谓的"女性"从来都只是象征秩序内由男性主导女性配合的、为了迎合男性的欲望而形成的幻想,象征秩序内的人从来都不知道真实的女性是怎样的[8]。

西方对男根的研究,不是关注男根本身,而是把它当成自己学术研究的载体和工具,女权主义的研究尤为明显,完全是把男根视为女性被压迫的根源。国内针对男根,零星有对生殖崇拜的叙述和阴阳哲学,不像西方形成严密的逻辑体系。

本文中的男根焦虑是指当前社会环境下,为了维持男性的尊严和社会统治地位,无形中形成的超出男性所能承受的生殖器大小、性活动时间长短以及勃起硬度的要求,最终以满足女性性需求为衡量标准的焦虑。男根焦虑的实质是对男性立命之本的逐渐丧失或者说男女地位逐渐平等产生的不安和焦虑。这种焦虑,不是某个个体的焦虑,不是针对男根本身的焦虑,不是弗洛伊德的"阴茎妒忌"、"阉割焦虑",不是拉康语境中的"阳具功效",也不是阴阳哲学中的"恐阴主义"[9],而是针对两性地位的变化不适应产生的社会性焦虑,这种焦虑更多的是表现在对男性的不满,集中表现在男根的要求上。壮阳药的广告所表现出的整个社会对男根的不满,深层原因是社会变迁下女性地位的提高,和人们对性生理学知识的知晓度上升带来的男权社会对男性社会地位的焦虑,是整个社会对失去男性统治地位的不安和焦躁,而非男性的生殖器不够威猛、性活动时间变短。潘绥铭[10]研究发现,男性的性功能障碍主要是受社会因素的影响,通过目标变量与性功能障碍做回归分析发现,社区的涉性文化、受教育的年头、当地红灯区的影响和目前总体健康状况与男性性功能障碍显著相关,认为男性的性功能障碍其实主要是社会意义上的困难,女性则不那么明显。性功能障碍在社会意义上的困难,性别差异的背后是社会对两性性活动能力上的要求有所不同,男性对性问题更容易产生焦虑。

关于焦虑的研究,大致可分为三个方面:一是从人格特征的角度探讨个体焦虑;二是用焦虑解释社会现象[11];三是身体社会学领域中对身体的焦虑,当然从广义上讲这属于第二类的范畴。存在主义哲学家索伦·克尔凯郭尔是较早关注焦虑的学者之一,他指出焦虑是人面临自由选择时所必然存在的心理体验,焦虑的产生与人的自我意识的形成和发展有关[12]。再后来弗洛伊德提出焦虑的信号理论,他把焦虑跟力比多联系起来,认为焦虑是不能发泄的性冲动的反应,自我把它理解为危险的、有害的或者是不愉快的信号。卡伦·霍妮认为,焦虑产生的直接原因是人际关系的失调,卡伦·霍妮、弗罗姆等人相比较更重视个人赖以生存的环境、文化和社会等因素。存在主义心理学家罗洛·梅把焦虑分为正常焦虑和神经病焦虑[13],客观性焦虑是对环境中真实危险的反应,神经病焦虑是把危险的信息理解超出的正常的范围产生的结果。马斯洛则从人的需求层次来谈论焦虑,认为当人的基本需要不能得到满足时,会造成心理上的威胁,从而产生焦虑。社会学习理论学派从行为主义的角度入手,认为焦虑是通过学习获得的反应,认知焦虑理论的自我差异理论是情绪与自我评价间关系,社会支持理论则认为社会支持扮演着社会焦虑等不良情绪缓冲器的角色,这已得到大量实证研究的证实[14]。国内有学者对转型期社会焦虑现象的特征和自身发展规律进行了深入研究,刚开始人们可能只是普遍存在着某些不安的心理倾向,如果不能及时被消除遏制,有可能会引起人与人之间的相互影响感染,出现社会性的焦虑。夏学栾[15]认为社会焦虑是相对剥夺产生的,跟别人比较后产生焦虑,并从个体焦虑、群体焦虑、组织焦虑和制度焦虑四个层面对转型期的社会焦虑进行了详细分析。郝宇青、张弓[16]提出社会焦虑的类型中存在价值性焦虑,因价值冲突导致焦虑。还有学者指出,当前社会环境产生的急剧变化带给人的不稳定感和未知感,对社会转型和市场经济的不适应直接导致社会焦虑。华红琴、翁定军[11]认为社会焦虑在社会学的研究中,有效地解释了社会现象,揭示了社会焦虑同社会现象之间的关系,但社会焦虑在上述研究中大多是作为"中间概念"使用,并对焦虑的来源试图做社会结构性的分析。对于社会焦虑的来源大部分学者都归纳为社会转型时期急剧变化的社会环境,带给社会成员不稳定感,未知的因素带来心理上的不安。整体上,社会焦虑是社会成员不适应社会变迁下引发的社会文化冲突,产生焦虑感。

本文关心的是,在男女两性地位发生巨大变化的背景下,社会成员对此产生的不适感。在女性前所未有的参与家庭、经济、社会、政治等各个领域,实现自我价值和创造社会价值。很多女性进入原本是男性优势的领域,逐步打破男性中心的格局。壮阳药广告反映出的男根焦虑实质就是整个社会对两性地位变化的不适,这种不适即有男性对自身地位的焦虑,也有女性面对自身社会提高时需要自由选择而产生焦虑以及对社会统治地位变化产生的不安。新中国成立六十余年来,女性在教育、就业、政治和社会公共参与等方面都有提升,据《第三期中国妇女社会地位调查主要数据报告》[17]结果显示,女性教育结构、城镇单位女性社会保障状况明显改善,性别差距在缩小;女性参与政治的意识和主动性不断增强;两性在家庭中的地位日趋平等,两性家务劳动时间差距在缩小。比如受教育情况中 18 ~ 64 岁女性的平均受教育年限为 8.8 年,青年女性的受教育年限明显高于中老年女性。在我们原有的社会语境中,"巾帼不让须眉"是作为褒扬、歌颂新时代女性的,它能成为褒扬女性的前提是大家隐含一个共识:巾帼让须眉。巾帼让须眉是大家普遍能接受并认为是正常的,有少数巾帼能与须眉相提并论时,便歌颂和赞美巾帼;当巾帼普遍赶超须眉时,有悖于社会成员的常识,便产生焦虑。"巾帼不让须眉"的另外一个隐含的共识是:巾帼向须眉看齐是优秀,须眉向巾帼看齐是自降身价甚

至自甘堕落。很少听到褒奖男性像女人,确切的说,如果哪个男人"娘们兮兮",那一定是贬义的。如果哪个须眉如同巾帼般,必定是让人耻笑的。如前文所述,在男女二元对立中,与男性相关的象征意义处于较高的等级,高/低、理性/感性、事业/家庭、上/下、公/私、主动/被动等对应着社会中的男/女。

2012 年 2 月,郑州第十八中学试行新校规,出台"阳刚男生"和"秀慧女生"的标准。3 月,上海市教委批准市八中学开设"上海市男子高中基地实验班",声称以培养"浩然正气、乐学善思"的男生为宗旨[18]。理由是为了让男孩子更像男子汉,女孩更像淑女。两校的老师都表示,越来越多的孩子"中性化",甚至男孩不像男孩缺少阳刚之气,女孩不像女孩过于豪放粗鲁,这是"性别教育"的缺失。当计划生育产生的独生子女政策影响着父母教育子女,对女儿少了很多束缚和规矩,对儿子多了关爱和情感交流。同时家长也越来越注重子女个性的发展和认同性格多元化,女童比以往任何时候都多地表现出原本认为男性气质才具有的性格特征,男童也比任何时候都多地表现出原本认为女性气质才具有的性格特征。人们由此推出当前阴盛阳衰的结论,孙云晓等[19]在《拯救男孩》的书中讲到男孩如何在应试教育中全面败落的事实,作者在否定应试教育的同时,从生物决定论的角度在给男孩"失败"寻找借口做合理解释,女孩优秀也只是因为女孩更擅长应付当前应试教育的考试罢了。

没有哪个研究表明男孩比以往糟糕,也没有研究表明现在的男孩比以往的应试教育培养出的男孩差。之所以会喊出"拯救男孩"的口号,并且有如此广泛的市场,是男孩没有以往那样处处比女孩优秀,甚至还自降身价表现出女性化的气质。前文提到的,夏学銮认为社会焦虑是相对剥夺产生的,体现在两性中就是男女之间横向的比较,结果是男性不如以往那样占据优势,从而产生男根焦虑。如同社会对男根的不满一般,也没有哪个研究表明男性的性生活质量降低,也没有哪个研究表明男性生殖器变小,也没有哪个研究表明男性性活动时间变短。传统的社会中,女性的性是为男人存在的。现在女性的性终于浮出历史的地表,与女性的性相比较下,男性的性主动权在降低,女性的性主动权在上升,男根焦虑正是在这种相对升降的互动中产生的。

4 总结

存在主义哲学家萨特认为,"存在"指的是人的存在,不是物的存在。"物"只能"有",而不能"存在"。男根作为人身体的一部分,是物还是人的一部分,这是个问题。男根作为性活动的主体时是男人的一部分,体现了男人的意志;作为身体的一部分时是人意识中的"物"。借用索绪尔的"能指"和"所指"的概念,"能指"指语言的声音形象,"所指"指语言所反映的事物的概念。反映了语言符号的任意性和能指的线条性特征。在社会意识中也存在男根的"能指"和"所指",男根的"能指"指男根本身,作为人身体一部分的物,"所指"指反映在人们头脑中的概念和形象,是人意识中的物。男根的概念是存在于人的意识中的,是客观真实存在的。巴特尔认为能指与所指的关系是任意的、存在多种可能性的,男根的"能指"与"所指"也是任意的和存在多种可能性的,这之间的关系是某种社会文化下社会成员约定俗成的。当前社会普遍存在着男根的象征意义,是在我们特有的传统文化下建构出的约定俗成的要求。这种要求超出了男根本身的生理意义,赋予了社会和文化的意义,同时使男根承受了它本身所不能承受的压力。带着这些沉重的社会意识枷锁,作为人则失去了享受本真性爱美好,性爱变成了完成社会建构下性意识的需求。为了适应新时代两性地位的变化,继续维持男性的性主动权,用这种所谓的"医学"来不断暗示社会成员的性是不健康不幸福不快乐。但是人的性生活如何应由其主体自己去感受,只要双方彼此感到幸福快乐即可,而不是依靠"科学"的时间长短、生殖器大小。为了享受美好的性福生活,应还原性及男根的本真存在。萨特认为人的存在先于人的本质,男根作为人身体的一部分,其"能指"先于"所指"。海德格尔认为现象学即意味着让事物自己说明自己的企图,他说:"只有我们不去企图把事物硬塞进我们为其制造的观念的框框中去时,它才能向我们显现自己。"[20]依据海德格尔的观点,我们不能依靠人们头脑中的象征意义认识作为"物"的男根,而是顺其自然,让它展示出它自己究竟是什么。对于性和男根的本真还原也同样适用于男人和女人,适用于人类本身。

参 考 文 献

[1] http://www.58ji.net/a/a/200=5000

[2] 方刚. 男性研究与男性运动. 济南:山东人民出版社,2008:119.

[3] http://www.09stherb.com/from=wysa1_right_wzl_01_04030&medium=cpm&ad_source=3q&flag=1

[4] http://www.58ji.net/a/a/200=5000

[5] 方刚. 男性研究与男性运动. 济南:山东人民出版社,2008:117.

[6] [美]弗里德曼. 男根文化史:我行我素. 刘凡群,王雪颖译. 北京:华龄出版社,2003:243.

[7] 刘岩,邱小轻,詹俊峰. 女性身份研究读本. 武汉:武汉大学出版社,2007:77.

[8] 刘岩,邱小轻,詹俊峰. 女性身份研究读本. 武汉:武汉大学出版社,2007:78.

[9] 潘绥铭. 中国性革命纵论. 高雄:万有出版社,2006:55.

[10] 潘绥铭. 中国性革命纵论. 高雄:万有出版社,2006:342.

[11] 华红琴,翁定军. 社会地位、生活境遇与焦虑. 社会,2013,33(1):136-160.

[12] 克尔凯哥尔. 恐惧的概念. 北京:人民文学出版社,1994:27. 转引自唐海波,邝春霞. 焦虑理论研究综述. 中国临床心理学杂志,2009,17(2):176-177.

[13] 唐海波,邝春霞. 焦虑理论研究综述. 中国临床心理学杂志,2009,17(2):176-177.

[14] 王丽萍. 中国转型期社会焦虑问题的研究现状及展望. 理论学刊,2011,212(10):74-77.

[15] 夏学銮. 当前社会焦虑 N 种表现. 人民论坛,2013(3下):20-21.

[16] 郝宇青,张弓齐. 当下中国社会焦虑的类型探析. 齐鲁师范学院学报,2013,28(1):31-37.

[17] 第三期中国妇女社会地位调查课题组. 第三期中国妇女社会地位调查主要数据报告. 妇女研究论丛,2011,108(6):5-15.

[18] 2012 年度性与性别事件. http://lady.163.com/special/sense/shiping86.html#p=82M94HPQ513O0026

[19] 孙云晓,李文道,赵霞. 拯救男孩. 北京:作家出版社,2010:1.

[20] [美]威廉·巴雷特. 非理性的人. 段德智译. 北京:商务印书馆,1995:211.

(收稿日期:2014-10-13)

· 性社会学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672 – 1993.2015.08.041

佛山市南海区高中生对同性恋的认同程度调查研究

黄仙保

佛山市南海区南海中学生物科组,广东 佛山 528211

【摘 要】 纵观人类历史,人类对同性恋的认知进程表现为从刑事化到非刑事化、病理化到非病理化的过程。但由于社会道德、文化、法律等多种原因,人们对同性恋普遍持反对和歧视的态度。2014 年 5 月,笔者在佛山市南海区六所高中进行同性恋的认同程度问卷调查,旨在探讨现阶段高中生对同性恋现象的认同程度,试图从高中生对同性恋的认知、态度以及行为方式的角度来理解高中生的心理和精神发展状况,以便为当前的高中生性教育工作提供依据和思考。

【关键词】 高中生;同性恋;性教育;认同

A study of senior high students' opinions on homosexualism in Nanhai of Foshan *HUANG Xianbao. Biology Department of Nanhai High School, Foshan 528211, China*

【**Abstract**】 Throughout human history, people's knowledge of homosexualism changes with time, from crime to non – crime, pathology to non – pathology. Generally, people disapprove of and even discriminate homosexuals because of their morals standards, education backgrounds, and law etc. The author conducted this study to investigate students' opinions on homosexualism among students from six different senior high schools in Nanhai, Foshan, so that we can better understand their psychological and mental development from the perspectives of their knowledge, attitudes, and behaviours on homosexualism. In this way, we can provide better sexual education for senior high students.

【**Key words**】 **High school student; Homosexuality; Sexual education; Identity**

【中图分类号】 C913.14 【文献标志码】 A

同性恋,是在人类历史上、在各个文化中普遍存在的一种基本行为模式[1]。但在大众眼中,似乎只有异性恋是符合伦理道德的,而同性恋、双性恋等其他的性取向人士似乎就违反了传统道德,践踏了人类社会的伦理。其实,这是对其他性取向人士的诋毁和侮辱。早在 1973 年,美国精神病学家学会就将同性恋从精神变态行列删除[2],我国也在 2001 年出版的《中国精神障碍分类与诊断标准》中认为同性恋的性活动并非一定是心理异常,同性恋不再被统划为病态,不再把同性恋看作一种病态心理[3]。随着 2014 年英国同性恋婚姻合法化,在全世界范围内,同性婚姻合法化已成为不可阻挡的世界发展趋势。早在 20 世纪 40 年代,美国伟大的性学家金赛就制作了性取向连续谱来说明人群中的性取向问题。性取向连续谱分为左右两极,最左极是 100% 的同性恋,最右极是 100% 异性恋,中间是 100% 的双性恋。人群中在性取向连续谱上述三个位点上的人数非常少,也就是说极端的、绝对的异性恋、同性恋和双性恋在人类社会中很少见。绝大部分异性恋者在性取向连续谱上的位点在比较接近右极的范围内,即异性恋约占总人口比例的 95% 左右。绝大多数同性恋者在性取向连续谱上的位点在比较接近左极的范围内,这部分人一般占总人口比例的 3% ~5%。纵观人类历史,人类对同性恋的认知进程表现为从刑事化到非刑事化、病理化到非病理化的过程[4]。

由于社会道德、文化、法律等多种原因,人们对同性恋普遍存在反对和歧视的态度[5]。传统儒家思想认为,同性恋是对阴阳和谐的异性恋关系、家庭整合以及社会秩序的一种挑战[6]。加之社会对同性恋者的长期污名,比如说"搞基"、"基佬"、"娘娘腔"等语言的应用,对同性恋者形象加以诋毁,无形中给同性恋人士贴了很多负面的标签;另一方面,我国中小学性教育的缺位,导致大部分高中生没有性多元视野,多数学生对同性恋现象的认识不够全面,对同性恋人士存在歧视和排挤,近年来,国内外学者开展了很多对同性恋态度的研究,但主要集中在大学生群体[7-10]对同性恋态度的调查。

2014 年 5 月,笔者在佛山市南海区六所高中进行同性恋的认同程度调查。本研究旨在探讨现阶段高中生对同性恋现象的认同程度,试图从高中生对同性恋的认知、态度以及行为方式的角度来理解高中生的心理和精神发展状况,以便为当前的高中生性教育工作提供依据和思考。

1 对象与方法

1.1 对象

本研究采取分层随机整群抽样方法,选取了佛山市南海区六所高中的部分学生,这六所高中分别是南海中学、石门中学、桂城中学、九江中学、西樵高级中学和华师附中南海实验高中。采用随机取样的方式,在这六所高中的高一高二年级进行随机取样并进行问卷调查,共发放问卷 800 份,回收问卷 768 份,剔除部分未答、少答、漏答的无效问卷,共有 675 份问卷有效,有效

【作者简介】黄仙保(1989 –),男,中学二级教师,主要从事高中生物教学、性教育方面的研究工作。

率 84.4%。其中,男生 279 人,占 41.3%;女生 396 人,占 58.7%。高一学生 348 人,占 51.6%;高二学生 327 人,占 48.4%。

1.2 工具和方法

研究工具有:自编高中生对同性恋的认同程度调查问卷,包括性别、年级、对同性恋的认知、态度和行为方式;SPSS19.0 软件作为调查数据的统计分析用。

研究方法有:采用文献检索法、问卷调查法和数据分析法进行研究。以 CNKI 中国期刊全文数据库为检索平台,标引关键词“高中生”、“同性恋”、“性取向”或“认同”为入口检索词,此外利用校图书馆、书店等检索相关专著;采用高中生对同性恋的认同程度调查问卷调查学生对同性恋的认知、态度和行为方式;采用 Excel 和 SPSS 19.0 统计软件对数据进行录入、整理和统计分析,统计分析使用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 高中生对同性恋的认知能力现状

从性别的不同分析了高中生对同性恋的认知能力现状。女生较男生对形容同性恋相关的词语掌握程度要好,且差异显著,这可能是由于男女生在获得同性恋这一现象时所通过的途径不同导致的。男生认为同性恋是心理或精神疾病的人数占 49.5%,而女生占 33.8%,且男女差异十分显著。这说明男女生在同性恋的认知上存在明显的差异,女生较之男生而言,对同性恋有更为正确的认知。见表 1。

2.2 高中生对同性恋的态度

从高中生对自身周围的人群的感知以及态度来反映高中生对同性恋的态度,在感知周围是否有同性恋的问题上,男女生之间存在显著差异,男生为 34.4%,女生为 38.9%。说明在高中生的生活圈子里,有着不少的同性恋人士在影响着他们。在是否赞成同性恋这一问题上,只有 29.8% 的高中生持赞成态度,反对的男生占 15.4%,女生占 8.6%,存在显著差异。见表 2。

2.3 高中生对同性恋的行为方式

从高中生的日常生活出发,探讨高中生如何对待同性恋的朋友和亲人,以及对同性恋婚姻的看法。在对待同性恋的朋友或亲人时,男女生之间存在显著差异。女生对同性恋的朋友或是亲人都更为宽容,能和同性恋亲友继续正常或者深入交往的比例高于男性。在对待同性恋婚姻合法化问题上,男女生并无显著差异。持赞成的高中生人数接近一半,为 46.8%。见表 3。

表 1 高中生对同性恋的认知能力现状调查

问题	选项	合计	男	女	χ^2
您知道“拉拉、gay、同志、酷儿、lesbian、BL、GL”这些词的意思吗?	都知道	141(20.9)	63(22.6)	78(19.7)	9.5*
	大部分知道	281(41.6)	97(34.8)	184(46.5)	
	少部分知道	200(29.6)	93(33.3)	107(27.0)	
	都不知道	53 (7.9)	26(9.3)	27 (6.8)	
您主要从哪种途径了解到同性恋这种现象?	网络、影视作品	451(66.8)	174(62.4)	277(69.9)	8.0*
	家庭、学校教育	61 (9.0)	31(11.1)	30 (7.6)	
	杂志书刊	98(14.5)	50(17.9)	48(12.1)	
	其他途径	65 (9.6)	24 (8.6)	41(10.4)	
您认为同性恋是一种心理或精神疾病吗?	心理疾病	160(23.7)	82(29.4)	78(19.7)	16.7*
	精神疾病	23 (3.4)	11 (3.9)	12 (3.0)	
	既是心理疾病又是精神疾病	89 (13.2)	45(16.1)	44(11.1)	
	既不是心理疾病也不是精神疾病	403 (59.7)	141(50.5)	262(66.2)	

注:* $P<0.05$

表 2 高中生对同性恋的态度调查

问题	选项	合计	男	女	χ^2
您生活的圈子里有同性恋吗?	有,很多	66 (9.8)	41(14.7)	25 (6.3)	23.0*
	有,很少	184(27.3)	55(19.7)	129(32.6)	
	没有	254(37.6)	105(37.6)	149(37.6)	
	不确定	171(25.3)	78(28.0)	93(23.5)	
您赞成同性恋吗?	赞成	201(29.8)	79(28.3)	122(30.8)	7.6*
	不赞成也不反对	397(58.8)	157(56.3)	240(60.6)	
	反对	77 (11.4)	43(15.4)	34 (8.6)	

注:* $P<0.05$

表 3 高中生对同性恋的行为方式调查

问题	选项	合计	男	女	χ^2
如果您发现您的某位亲密朋友是同性恋者,你会怎样处理?	感兴趣,加深交往	76 (11.3)	40(14.3)	36(9.1)	10.3*
	和往常一样交往	428(63.4)	158(56.6)	270(68.2)	
	试图帮助他/她扭转性取向,让他/她变正常	142(21.0)	66(23.7)	76(19.2)	
	产生厌恶,杜绝交往	29 (4.3)	15 (5.4)	14 (3.5)	
如果您发现您的某位家人是同性恋者,你会怎样处理?	觉得很正常,和往常一样生活	253(37.5)	102(36.6)	151(38.1)	8.6*
	心里有点别扭,但还是继续生活下去	243(36.0)	90(32.3)	153(38.6)	
	试图帮助他/她扭转性取向,让他/她变正常	161(23.9)	75(26.9)	86(21.7)	
	产生厌恶,拒绝承认他/她是我的家人	18 (2.7)	12 (4.3)	6 (1.5)	
您赞成同性恋婚姻合法化吗?	赞成	316(46.8)	121(43.4)	195(49.2)	3.9
	既不赞成也不反对	273(40.4)	115(41.2)	158(39.9)	
	反对	86 (12.7)	43(15.4)	43(10.9)	

注:* $P<0.05$

3 讨论

3.1 高中生对同性恋的认知能力

高中生对同性恋的认知能力较弱,虽然高中生对形容同性恋的词汇认知正确率达到62.5%,但是,认为同性恋是一种心理或精神疾病的高中生也达到40.3%。这表明高中生对同性恋的认知普遍存在误区,不少高中生对同性恋的认识是错误的或者是存在局限性的。从高中生获取同性恋信息的途径来看,绝大多数高中生都没能从正规且权威的途径(指家庭和学校教育,只有9%的高中生从这一途径获取信息)获取,那么,从其他途径,比如网络、影视作品、杂志书刊等途径获取的信息,往往是比较片面的、存在错误的、甚至是完全有害的。这样混杂的信息对高中生树立正确的性与性别观念,如何正确处理与对待性少数人群都是极为不利的。

3.2 高中生对待同性恋的态度和行为方式存在不足和误区

高中生赞成同性恋的人群还是占少数的,只有29.8%,大部分高中生还是处于中立或者反对的一方。可能的原因是中学生对同性恋相关知识认知程度不深、中学性教育长期缺位以及与我们社会的主流价值取向有关。在对同性恋的行为方式上看,中学生对朋友是同性恋的接受程度高于家人是同性恋,这与国内的研究一致[11,12]。表明中学生对同性恋还是存在一定程度的排斥,不能完全以对待普通人群的态度对待同性恋人群,这可能与中国传统的价值观有关。

3.3 对高中生开展全面型性教育刻不容缓

全面型性教育的目的是帮助青少年"成长",全面型性教育体现了对性人权的尊重,其在预防性病、艾滋病,避免意外怀孕等方面的效果也被公认是最好的[13]。根据问卷调查的结果,网络、影视作品成为高中学生获取同性恋等性知识的首要来源,但网络和影视作品关于同性恋等性的知识却是良莠不齐,对高中生的负面影响往往大于正面影响。从高中生对同性恋的认知、态度和行为方式可以看出,高中生对性的生理心理知识、社会性别平等、性的社会化过程、性的道德与法律等有关性的内容都没能有准确的了解与掌握。

这些都提醒我们要关注高中生的"性"问题,从社会性别视角出发,协助其建立正确且多元的性知识与观念,也使得处于性别少数和性别弱势的青少年受到更多尊重和平等对待[14]。我们要坚定的推进全面型性教育,给予高中生全面理解与掌握"性"问题的机会,让他们有更为扎实的基础做出更为符合人性的选择。政府教育部门也应当重视和加大投入,设置专门课程和研发教材,培养一批优秀的性教育师资。而学生信任和乐意接受的知识传播者如专家、老师、家长等理应担负起更多的责任,教师与家长应适时主动地与高中生交流有关性的问题,在理解与倾听的基础上进行引导[15]。

参 考 文 献

[1] 罗曼. "同性恋"研究文献综述. 湖北经济学院学报(人文社会科学版),2007,4(4):34.

[2] 党永辉,张继霆. 刍议中国同性恋的立法. 中国性科学,2005,14(9):14-15.

[3] 中华医学会精神病科分会. 中国精神障碍分类与诊断标准(CCMD-3). 济南:山东科学技术出版社,2001: 138-139.

[4] 张涵,孙婷婷. 大学生对同性恋的认知和态度调查. 中国性科学,2008,17(9):10.

[5] 朱非,严娜. 大学生同性恋反歧视同伴教育效果评价. 中国学校卫生,2012,33(4):400.

[6] 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),2011,28(4):142.

[7] Ohlander J, Batalova J, Treas J. Explaining educational influences on attitudes toward homosexual relations. Soc Sci Res, 2005(34): 781.

[8] 郑维廉,袁义. 大学生对同性恋的外显与内隐态度新探. 青年与社会,2013(12):25.

[9] 盖彦君 王权红. 当代大学生对同性恋者的态度研究. 保健医学研究与实践,2013,10(1):60.

[10] 第五昭婷. 校园同性恋群体社会心理与行为调查. 学理论,2014(18):57.

[11] 于建平,马迎华. 北京市某城区619名中学生同性恋认知态度调查. 首都公共卫生,2013,7(3):113.

[12] 谢嘉伟,蔡惠薇. 广东居民对同性恋认知和态度调查——以广州、佛山、珠海、中山为例. 黑河学院学报,2013,4(4):114.

[13] 方刚. 赋权型性教育:一种高校性教育的新模式. 中国青年研究,2013,10(10):92.

[14] 彭涛. 基于社会性别视角的青少年性教育. 中国性科学,2012,21(8):75.

[15] 蒋丽娟,武南. 广东省深圳市高中生性态度及性行为现况调查. 中国健康教育,2012,28(3):229.

(收稿日期:2014-10-13)

·性法学·

DOI:10.3969/j.issn.1672 – 1993.2015.08.042

女性性工作者刑事被害问题实证分析及其权益保护——以 2005 – 2014 年间 100 个案例为样本的分析

尹振国
西南政法大学法学院,重庆 401120

【摘 要】 我国性产业的长期存在是现实,女性性工作者处于危险的工作环境中,容易成为刑事被害人。通过对 2005 年至 2014 年 10 年间互联网上刊载的以女性性工作者为被害人的 100 个刑事案件为样本,以“破窗理论”和“标签理论”为分析工具,揭示女性性工作者被害的原因、特点,同时深化“破窗理论”和“标签理论”,将前者的适用范围从“环境”扩展到“人”,将后者的适用范围从“犯罪人”拓展到“被害人”,从而将犯罪学和被害人学紧密联系起来。生存权是最基本的人权,女性性工作者的人身安全已成为该边缘群体所面临的最为迫切的现实问题。人权高于道德,不必对女性性工作者进行过多的道德谴责,而应调整打击卖淫嫖娼的刑事政策,扎扎实实地做好预防其被害和权益保障工作。

【关键词】 性工作者;卖淫嫖娼;被害人;破窗理论;标签理论;人权

Empirical research on the issue of infringement and rights protection of female sex workers: sampling 100 cases from 2005 to 2014

YIN Zhenguo. School of Law, The Southwest University of Political Science and Law, Chongqing 401120, China

【**Abstract**】 Sex industry is actually long – existing in our country, and the working environment is usually dangerous for female sex workers which makes them more likely to become the victims of criminal violence. In this essay, 100 criminal cases from 2005 to 2014, in which female sex workers are victims, are sampled from the internet and analyzed to disclose the causes and features of those criminal cases by using Broken Windows Theory and Labeling Theory. Meanwhile, to further develop the above theories, the author expands the application of the former theory from surroundings to individuals and the latter from offenders to victims. By doing so, criminology is integrated with victimology. Living right is the most basic human right. The female sex workers as the disadvantaged group face urgent and immediate safety threats. Human rights are above morality, instead of just accusing of female sex workers, criminal regulations and policies about punishing prostitution and whoring are supposed to be adjusted so that the personal safety and rights of female sex workers are guaranteed.

【**Key words**】 **Sex worker; Prostitution and whoring; Victim; Broken windows theory; Labeling theory; Human right**

【中图分类号】 F48 【文献标志码】 A

引言

在我国社会转型的大背景下,大量的农村剩余劳动力涌向城市,形成大量的流动人口,流动人口的性需求不可遏制,完全禁欲也不可能。“有需求必然有市场”。性产业的长期存在是必然的现象。“人非皆为尧舜”,彻底禁止性交易在现实中不可能做到,正如彻底消除犯罪一样。既然严厉打击不能从根本上消除性交易,而且花费大量的成本,也易产生“负外部效应”,就要正视它,采取理性的措施,将它的危害降至最低。

因为男女生理和社会地位的差异,性交易行业的从业人员以女性为主。传统的和现代的价值观念普遍认为,卖淫嫖娼是不道德、有伤风化的行为。女性一旦从事性交易行业,就会被贴上“无耻、堕落、放荡、好逸恶劳”等标签。政府的严厉打击使得性交易产业转入地下。近年来,杀害、强奸、绑架、抢劫、敲诈女性性工作者的刑事案件经常发生,和其他潜在刑事被害人相比,她们更容易成为加害者的“猎物”,成为犯罪的“热点产品”[1]。事实上,女性性工作者绝大部分是底层社会的弱势群体和边缘群体,是“弱者中的弱者”、“边缘中的边缘”。女性性工作者的人身安全已成为该群体所面临的最为迫切的现实问题。

基于对女性性工作者生存环境的关切,本文从 2005 年至 2014 年 10 年间互联网上刊载的以女性性工作者为被害人的刑事案件中随机挑选 100 个案例为样本,运用犯罪学中的“破窗理论”、“标签理论”和被害人学中的相关理论,尝试分析女性性工作者被害的原因、特点,并以此为基础来审视我国打击卖淫嫖娼的刑事政策,进而提出预防被害和保障其合法权益的措施。

1 研究的缘起与研究的现实意义

1.1 相关研究概念的界定

在我国法律中,性交易行为被称为“卖淫嫖娼”行为。1991 年 9 月全国人大常委会通过的《关于严禁卖淫嫖娼的决定》严

【基金项目】 2013 年国家社科基金年度项目(法学一般项目 13BFX057);中央财政支持地方高校建设项目(特殊群体权利保护与犯罪预防创新团队课题)。

【作者简介】 尹振国(1981 –),男,博士研究生,主要从事刑法学、犯罪学研究。

禁卖淫、嫖娼,将单纯的卖淫、嫖娼行为规定为违法行为,可依照《治安管理处罚条例》(现为《治安管理处罚法》)进行治安处罚。对因卖淫、嫖娼被公安机关处理后又卖淫、嫖娼的,实行劳动教养(2013 年 12 月全国人大常委会废除劳教制度),并由公安机关处 5000 元以下罚款。而将组织、强迫、引诱、容留、介绍他人卖淫等行为规定为犯罪行为。1993 年 9 月国务院颁布的《卖淫嫖娼人员收容教育办法》规定,对卖淫、嫖娼人员可以收容教育。我国法律、行政法规虽然规定了对卖淫嫖娼的处罚方式,但并未对"卖淫嫖娼"给出定义。1995 年 8 月公安部《关于对以营利为目的的手淫、口淫等行为定性处理问题的批复》(公复字[1995]6 号)中将"卖淫嫖娼"行为定义为:不特定的男女之间以金钱、财物为媒介发生不正当性关系的行为。但该批复不是法律法规,甚至连行政规章都不是,法律效力有限。2001 年 2 月,该批复被公安部《关于同性之间以钱财为媒介的性行为定性处理问题的批复》(公复字[2001]4 号)所废止,该批复扩展了卖淫嫖娼的内涵和外延,认为不特定的异性之间或同性之间以金钱、财物为媒介发生的不正当性关系的行为,包括口淫、手淫、鸡奸等行为都属于"卖淫嫖娼"。至于提供手淫服务的行为是否是刑法意义上的"卖淫"行为则存在争议,广东省高院认为该行为不是刑法意义上的"卖淫"行为,而是应由公安机关予以治安处罚的违法行为[2]。浙江省高院 2000 年 12 月制定的《浙江省高级人民法院刑一庭、刑二庭关于执行刑法若干问题的具体意见(三)》(浙高法刑[2000]3 号)第 11 条认为,刑法分则第 8 章第 8 节组织、强迫、引诱、容留、介绍卖淫罪规定的"卖淫",不包括性交以外的手淫、口淫等其他行为。犯罪学的任务是研究犯罪现象产生的原因、发展规律、防治对策,注重从多学科、多角度对犯罪事实进行研究。因此,犯罪学中"犯罪"的内涵和外延都大于刑法学上的"犯罪"内涵和外延。因此,可以将犯罪学上的"卖淫嫖娼"界定为不特定的人之间以金钱、财物、物质性利益等为媒介的性交易行为。这种性交易行为有买卖双方,卖方主要通过出租自己的生殖器官为手段来满足买方的性欲而获得金钱、财物、物质性利益,买方以付出金钱、财物、物质性利益为手段达到满足性欲的目的。

性是人类最基本的生理需求,婚姻是获取这种生理需求的合法形式。但是由于性资源是稀缺、分配不平等、不均匀的,婚外性交易不可避免地存在,从而由此突破婚姻获取性需求的合法形式。

性服务业(性交易职业)是最古老的职业之一,中国最早的女性性工作者可能是战俘和奴隶。《史记·匈奴列传》中有"夏桀蓄女乐、倡优"的记载。而最早关于性交易服务市场的记载是《战国策·东周策·周文君免士工师籍》中的一段话——齐桓公宫中女市七,女闾七百。翻译成白话文就是齐桓公的宫中有七个性交易市场,有七百多个倚门而立的女性性工作者。历史记载认为管仲在辅佐齐桓公时,为增加国家税收,设立女市,由国家来经营性交易市场。因此,民间社会认为管仲是性行业的"祖师爷",就像杜康是酿酒业的祖师爷一样。西方的娼妓业则发端于庙宇。中国古代对待性交易的态度因时而异、因地而异,但是大多数朝代都允许性交易场所存在——青楼或者妓院(分为官营的和私营的),都对"逼良为娼"的行为进行打击。

1.2 正确认识女性性工作者

为避免引发更大的社会冲突,危及人类的生存和发展,人类的性行为是要受到法律和道德的约束的,因为性交易容易破坏人类婚姻制度、传播性疾病、败坏道德、诱发犯罪等。

从古至今,大多数国家和地区的人们都认为从事性交易职业是有伤风化的、不光彩的、是应受道德谴责的行为,女性性工作者是卑贱的、堕落的、无耻的女人。这从对女性性工作者中的称呼中可以得出如此结论。据统计,对女性性工作者的别称多达 100 余种,其中文雅的有"青楼女子"、"勾栏美女"、"烟花女子"、"风尘女子"等,粗鄙的有"妓女"、"婊子"、"破鞋"等。现代中国社会比较流行的称呼有"鸡"、"小姐"、"卖淫女"等。无论如何,绝大多数人对女性性工作者是持否定、贬低态度的。我国古代曾把娼妓列为下九流最末。

在古代,从事性交易行业的人毕竟是极少数。随着工业社会的到来,人口的数量和流动的速度大大增加,性交易行业也随着"繁荣"起来,性交易行业被市场化,规模随之扩大,成为一个产业。西方有的学者在 20 世纪 60 年代提出"性产业"的概念,"性产业"包括卖淫业、性用品和色情服务业[3]。在性交易非法化的国家,性产业成为地下经济的一部分。荷兰的性产业是合法的,《纽约时报》曾报道,荷兰的性产业在 20 世纪的最后 10 年增长了 25%。与"性产业化"相对应,西方女权主义者在 20 世纪 70 年代提出"性工作者"的概念,其认为从事性交易工作是人的一种权利,因为人有自由处分自己身体的民事权利和选择职业的权利[4]。随着社会的进步,人权意识的觉醒,使用"性工作者"这一中性的、纯事实的称呼是对其人格的尊重,有利于对这一社会边缘群体权益的保护。2010 年 12 月 11 日,中国公安部治理管理局局长刘邵武在公安部工作会议上建议将"卖淫女"改称"失足妇女",因为特殊人权也需要尊重。虽然改称"失足妇女"比以前有了进步,但是"失足妇女"的涵义太广,而且还是有歧视的意味,不如改称中性的"女性性工作者"。

在荷兰,大多数人认为性交易行业是一个正当的职业,国家对性产业征税,性工作者可以获得医疗、失业保险,甚至还享有退休金。法国甚至建立了性行业工会,旨在维护性工作者的合法权益。

中国社会正处于转型期,地区经济、社会发展不平衡,有数量庞大的流动人口、就业率不高。虽然法律法规视卖淫嫖娼行为为非法行为,并且政府一直大力"扫黄",但是成效并不显著,性交易行为不能完全禁绝,性行业转入地下,其真实面目难以知晓。中国人民大学性社会学研究所潘绥铭按照国家公布的 1992 年的数字推算,中国有过性交易行为的至少 400 万人(次)[5]。世界卫生组织 2007 年 9 月在老挝举行"百分百使用安全套"研讨会,在全球性工作者使用安全套情况的报告中指出,中国官方估计现有 600 万名性工作者[6],约占人口的千分之五,这是一个惊人的数字。

女性性工作者是特殊的群体,她们绝大部分来自农村地区,学历低,家庭经济状况不好,挣扎在社会底层,她们的大量出现和中国的城乡差距有关系。她们并非如人们想象的那样,是"贪图享受、好逸恶劳的",相反她们绝大多数人的第一份工作并不是性工作。中国人民大学"中国东北地区劳动力市场中的女性性工作者"课题组的研究发现:她们并不是"天生是那块料"或者"自甘堕落",不是直接从一个社会地位比较高的职业骤然下降至社会地位很低甚至是没有任何地位的性服务职业,而是处于中间阶段,她们也有多次在劳动力市场上寻找"正常"工作的经历。她们在从事性服务业之前就处于劳动力市场的边缘了,她们处于社会最底层,在阶层上差异性并不大[7]。易

言之,她们大多数人在劳动力市场中处于劣势地位,职业上升的机会较少,为了生存不得已才选择性服务行业。

1.3 女性性工作者的生存环境恶劣

在中国大陆,性交易产业是非法产业,受到国家法律的严厉禁止。卖淫嫖娼是违法行为,女性性工作者的性交易行为处于隐秘状态,组织或者引诱、介绍他人从事性交易活动是犯罪行为。因此,有组织的性交易活动处于地下状态。性交易的隐秘性使得性服务业成为高危行业,女性性工作者的生存环境十分恶劣。除了性交易的对方施加的性暴力外,她们还容易成为刑事犯罪的被害人,遭受杀害、伤害、强奸、抢劫、盗窃等,甚至有少女被国际犯罪集团拐卖到国外从事性工作。黑龙江人华瑞茁认为"卖淫女玷污了他纯洁的初恋",在三年之间连续杀害了 14 名女性性工作者,法院一审判处其死刑[8]。在哈尔滨市,4 名歹徒杀害并肢解 10 名女性性工作者,抢得财物 200 多万元[9]。甘肃一名女性性工作者"娟娟"被嫖客杀后,留下了 6 本日记,上面记载着她对丈夫无尽的思念和浓浓的爱意,她的日记中的账单显示:她每月支出不超过人民币 270 元[10]。由于性交易行为的非法性,为逃避打击,性交易双方的身份是保密的、性交易的场所处于隐秘状态,当遭受侵害时不易被人发现,这使得女性性工作者极容易被害,而侵害人犯罪成本较低,被抓获的风险小。当遭受侵害后,性工作者为逃避处罚,也不愿意报警,而是自认倒霉。偶尔有报警求助的,竟因从事卖淫活动被行政处罚。深圳市福田区警方 2006 年 11 月将百名卖淫嫖娼者戴上手铐、穿上黄色衣服示众,引来千人观看[11]。实际上,她们不容易成为法律保护的对象,反而容易成为法律处罚的对象。见表 1。

表 1 近年发生的杀害女性性工作者大案(不完全列举)

案发时间	案发地点	犯罪人	被害情况
2000 年	长春市	顾光繁	杀死 19 名女性性工作者
2002 年	北京市	华瑞茁	杀死 14 名女性性工作者
2002 年	青岛市	郭龙海	杀死 14 名女性性工作者
2003 年	山西省	贾建虎	杀死 12 名女性性工作者
2003 年	河南省	沈长银、沈长河	杀死 19 名女性性工作者、肢解硫酸溶尸
2003 年	昆明市	范剑敏、范达勇	杀死 13 名女性性工作者
2006 年	菏泽市	四人团伙	杀死 36 名女性性工作者
2006 年	沈阳市	刘学新	杀死并肢解 15 名女性性工作者

俗话说:高风险,高收益。很多人认为性服务业是高收入行业。但据张雄等[12]调查,除去成本,她们挣不了多少钱,比普通劳动人民稍微高一点。既然性交易行业是高风险低收入的行业,为什么那么多女性从事这项行业?答案是只能是生活所迫。有些地方还出现了 10 元卖淫的超低端市场,见证了女性性工作者的血泪[13]。转型期的中国,贫富悬殊,身处底层的妇女在劳动力市场中处于劣势、经济资源有限、上升渠道狭窄,她们原本从事的是低端的职业,从事性交易行业对于她们来说只是"职业平移",或者说是另一种职业选择[7]。一名女性性工作者第三次卖淫被警方抓获,面对警方的讯问,她说,被处罚后还要做这个,因为自己 140 平米的房子要还房贷,卖淫是自己主要收入来源[14]。

事实上,没有女性愿意终身从事性工作。这固然有性工作者自身的特点——"吃青春饭",但是根本的因素是她们中大部分人是为了生存而迫不得已从事这一危险的职业。简言之,贫穷是她们从事性交易行业的主要原因[15]。一旦她们有些经济实力,她们会转入正当行业的。生存权是最基本的人权,如果忽略对女性性工作者生存权的保障而在道德上对她们的横加指责,就如同对一个即将饿死的人灌输"饿死是小,失节是大"的思想一样,是毫无意义的。

我国宪法明文规定,国家尊重和保护人权。对某一社会群体人权的保护不能因为其从事违法行为而遭受漠视、轻视、忽视。人权高于社会道德,与其高高在上地进行道德谴责,不如踏踏实实地做好对这一社会边缘群体的权益保障工作。

法律面前人人平等。法律在确认和保护公民在享有权利和承担义务上处于平等的地位,不会因其身份地位获得差别待遇。人人有权享受法律的平等保护,不受任何歧视。清华大学易延友在微博上放言——强奸陪酒女也比强奸良家妇女的危害性小[16]。任何人的性自由权都是平等的,不会因身份的不同而有差别。

世界首部《性工作者权利宣言(Declaration on the Rights of Sex Works)》宣称,性工作者有权在国家人权法下享有生命、自由和人身安全、个人隐私、名誉、免于奴役、强迫劳动、法律的平等保护、结婚等权利。

保护弱势群体是一个社会文明进步的重要标志。本文研究的主要目的不是论证性交易合法化,而是引起社会对女性性工作者这一社会边缘群体、弱势群体生存状况的关注,消解对这一群体的"妖魔化",建议相关职权部门对这一群体合法权益进行平等保护。

性交易的泛滥不仅是一个法律问题而且是一个社会问题。必须理性对待性交易,反思、调整相关政策,合理组织对性交易的反应。

2 研究的方法与研究视角的选取

对于性工作者进行研究的常见方法有定量研究方法(主要是对统计数据进行量化处理、检验和分析)、定性方法(访谈、参与观察、案例分析、文献分析等)。但是由于研究对象的特殊性(性交易活动的非法性、性工作者的匿名性),官方的统计数据有限,定量研究的方法难以实施,而定性研究的方法显得尤为重要。潘绥铭教授是国内研究性工作者的权威学者,他常用的研究方法是访谈法,从 1998 年到 2010 年,他带领他的团队共定性研究过中国的 23 个"红灯区",访谈过 1000 余名女性性工作者[12]。但是访谈法需要较多的时间、人力和物力,并且由于访谈对象从事活动的非法性,样本较少。本文使用个案分析法,借助百度搜索,针对网络媒体重点关注的相关案例,进行了随机的样本搜索,在此基础上进行全面的"解剖式"分析。

研究女性性工作者被害现象最大的困难是"犯罪黑数"。由于她们从事的是非法活动,在遭遇被害时或者之后,她们的身份马上就会暴露,名誉会受损,而且可能会受到法律的惩罚。因此,为了避免被发现,她们大多数会选择沉默。所以,媒体报道的绝大部分是以她们为杀害(包括抢劫杀人)对象的重大刑事案件,而盗窃之类的案件很少。而且,媒体为了吸引眼球,可能只是报道迎合读者兴趣的案件。换言之,媒体所报道的案件只是冰山一角,但仅仅从冰山一角中就可以推测出女性性工作

者遭受的刑事被害是非常严重的,所以本文的研究方法是有局限性的。尽管如此,本文在网络上抽取的样本是随机的,具有一定的客观性和典型性,可以将现有的数据样本作为女性性工作者被害的一个缩影 。这些看上去很少的案例,都是经过媒体曝光的、引起人们广泛关注的案件。值得注意的是,本文的重点在于通过对 2005 年至 2014 年 10 年间 100 个案例进行分析,尽可能多的对女性性工作者被害原因、特征、类型、发展规律等予以提炼,而不是精确测量以验证某种假设。本文的数字,只是对随机挑选的案例的某些因素进行统计,可能并不具有统计学上的意义。

本文不打算进行理论预设,只是对现有的犯罪学和被害人学理论进行拓展和勾连,提供一个观察的新角度。“破窗理论”是说明糟糕的环境容易诱发犯罪的理论,本文对“破窗理论”进行拓展,除了说明女性性工作者危险的工作环境容易导致她们被害之外,还分析了她们自身的特点(“破鞋”)也容易导致她们被害。将“破窗理论”从糟糕的环境扩展到被负面评价的人。“标定理论(又称为标签理论)”是“试图说明人们在初次的越轨后或犯罪行为之后为什么会继续进行越轨行为或犯罪行为,从而形成犯罪生涯的理论观点”[17]。本文将“标定理论”的适用范围进行扩大,将其从犯罪人扩展到被害人,即一个人如果被人贴上“道德堕落人(破鞋)”的标签,那么,被贴标签者除形象受损外(如同“破窗”一样),侵害人侵害他们时不会有负罪感,甚至有道德优越感,他们很容易受到侵害(“破鼓万人捶”),从而容易成为被害人。

3 以“破窗理论”和“标签理论”为工具分析女性性工作者被害的原因

从网络随机选取的 100 件女性性工作者被害的案件发生在 2005 年至 2014 年 10 年间,案发地点遍布全国(新疆、西藏、港澳台除外),基本囊括了 10 年来绝大部分有影响力的案件,这表明女性性工作者被害是在全国绝大部分地区都存在的现象,也表明性产业的存在是客观的、普遍的。这 100 件案件都是公安机关侦破的案件,至少有 145 名女性性工作者被害人(有 2 个案例表述为“多人”,无法统计),被害的原因清楚,侵害者动机明确。侵害者以女性性工作者为对象实施的犯罪涉及的前五名罪名是故意杀人罪、抢劫罪(包括抢劫杀人)、敲诈勒索罪(以告发违法行为为手段敲诈钱财)、绑架罪、强奸罪,几乎全部都是暴力犯罪,表明女性性工作者在从事性工作时面临着严重的生命危险。侵害人的作案动机主要是害命和图财。见图 1。

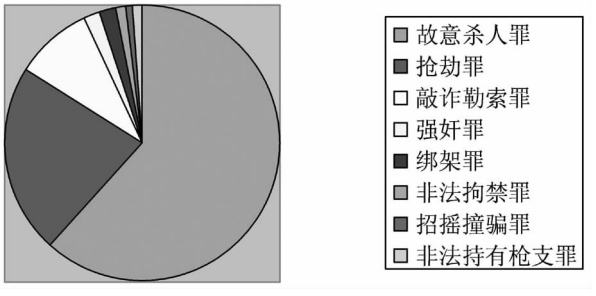

图 1 以女性性工作者为犯罪对象涉及的罪名(说明:案件如涉及数个罪名的只统计主要罪名和比较严重的罪名)

犯罪学是以犯罪为中心的学科,从犯罪人的角度研究犯罪产生的原因和预防犯罪,而被害人学是以被害为中心的学科,从被害人的角度研究犯罪产生的原因和预防被害。普遍认为是德国的犯罪学家汉斯·冯·亨蒂希(Hans von Hentig)开创了被害人学(victimology),他于 1941 年在美国耶鲁大学发表论文《被害人与犯罪人之间互动关系研究》(Remarks on the Interaction of Perpetrator and Victim),在论文中第一次提出犯罪概念中包含着“犯罪人”与“被害人”这两个“搭档”的观点。他认为:“从表面上看,犯罪人实施犯罪行为的动机却可能是由被害人激起的,被害人的消极的甚至是有害的作用在犯罪行为实施之前就已经发生。从某种意义上来说,被害人塑造和造就了犯罪人。”[18]尽管对被害人学是否应当从犯罪学中分离出去成为一门独立的学科存在激烈的争论,但是从被害人的角度研究犯罪产生的原因是十分有意义的。在被害人学看来,被害人常常表现出一定的被害性。被害性是指与犯罪发生有关的条件中被害者的条件,即被害者容易受害的各种特性。被害性按作用分,可分为被害的诱发性和被害的易感性,“前者是指被害者的行为中存在着引起加害者的犯罪行为而使自己受害的因素,后者是被害者容易接受加害者的诱导和容易成为加害者选择的侵害对象的特征。”[19]下面主要以犯罪学中的“破窗理论”和“标签理论”为工具分析女性性工作者刑事上的被害性。

3.1 从“破窗理论”入手分析被害原因——着重环境

“破窗理论”是揭示犯罪发生与外部环境相关的理论,其理论渊源甚至可以追溯到法国的孟德斯鸠,其在《论法的精神》中论述了地域气候与品德、犯罪的关系[20]。1967 年美国学者彼得曼(Biderman)在研究犯罪的被害恐惧感时指出:不检点的行为、扰乱公共秩序的行为与重大犯罪行为一样都会造成公众的被害恐惧[21]。1969 年美国著名的心理学家詹巴多做了一个著名的实验来验证环境与行为的关联关系:他找来两辆一模一样的车,把一辆车的牌照拿掉,停在一个贫困的街区,把另一辆车原封不动地停在一个中产阶级社区。数小时后,停在贫困街区的车里面值钱的东西就被拿走了,接着车被破坏得面目全非,而停在中产阶级社区的车过了几天仍毫发无损。接着,他将停在中产阶级社区的车弄了一个破洞,结果数小时后,车里面值钱的东西就被拿走了,车也遭到严重破坏。令人奇怪的是,对这两辆车进行破坏的都是体面的白人。这项实验说明,不法行为和诱导性环境之间有关联。受这项实验启发,1982 年美国政治学家 James Quinn Wilson 和犯罪学者 George Kelling 在《大西洋月刊》上发表了一篇《“破窗”——警察与邻里安全》(Broken Windows: The Police and Neighborhood Safety)的文章,提出了著名的“破窗理论”:如果一个公共建筑的窗户被打乱而没有得到及时的修理,很快这个建筑的其他窗户也会被打乱。相应的,如果一个地方一些无序和不检点的行为得不到及时的治理,就会引起公众对犯罪的恐惧感,而这种恐惧感会使公众对政府失去信心、对社会治安漠不关心,就会产生“破窗效应”,人们受到暗示性纵容,以为不法行为没人管,放弃自律,社会控制力减弱,加上“羊群效应”,人们争相去模仿,社会处于无序状态,这时犯罪就开始滋生和泛滥。如果政府能及时修补“破窗”,及时对不法行为进行追究,就可以预防和控制某些犯罪的发生。美国警方根据“破窗理论”构建新的警务模式,在维护社会治安方面获得显著效果。“破窗理论”的核心是论证某些犯罪与具有

诱发性的外部环境有相关性[22]。我们可以用该理论来验证以女性性工作者为对象的犯罪与女性性工作者所处的外部环境有相关性。而且,我们也可以拓展“破窗理论”范围,将女性性工作者自身具有的被害性比喻为“破窗”。

3.1.1 女性性工作者工作场所隐秘容易导致被害 由于性交易是非法的、性行为是私密的、个人的,为了避免被发现,性交易活动必须是在隐秘和安静的场所。而隐秘的工作场所给女性性工作者的工作带来风险,容易使她们成为侵害人实施犯罪的对象:一是在遭遇侵害时无法及时得到救助,即使事后能够报警,但因担心性交易行为被发现而放弃报警;二是在遭遇侵害时因体力方面的劣势,不能或者难以反抗;三是性交易场所是性交易双方隐秘的空间,外人几乎难以发现侵害行为的发生;四是在相对隐蔽、隐私的空间是理想的作案场所,侵害人知道自己的侵害行为难以被发现或者被害人不敢报警,犯罪成本低,犯罪有恃无恐,往往会实施严重暴力犯罪;五是工作场所简陋,特别是低端的、无人保护的性交易场所——出租屋、发廊、浴室等,没有监控和安保设备,给案件侦破带来困难。而低端的性工作者处于成本和隐私的考虑,往往选择价格便宜的出租屋独自居住。近年来出现的网络性交易、应招服务(到嫖客的租住房)、站街服务等给性交易增加了更多的风险;六是性交易及时结算,在工作场所可能留存大量的现金和其他财物,容易引发财产犯罪——抢劫、抢夺和盗窃。从 100 个案例中可以发现,女性性工作者被害场所是自己出租屋的占 44%、犯罪行为人出租屋的占 16%、开房旅馆、酒店的占 15%、室外的占 13%,发廊、美容店、按摩店的占 5%,可以说在出租屋内进行性交易的风险是十分大的,而在人较多的发廊、美容店、按摩店则相对安全。而处于高端的(大酒店、高档会所)、组织化程度较高的性交易场所的女性性工作者则相对安全。见图 2。

为限制性交易的规模,香港容许“一楼一凤”模式的性交易存在,但是一人一店的方式给女性性工作者的人身安全带来了巨大的风险,2008 年 3 月 15 日到 17 日,四天内就有 4 名女性性工作者在自己的住所被杀害[23]。

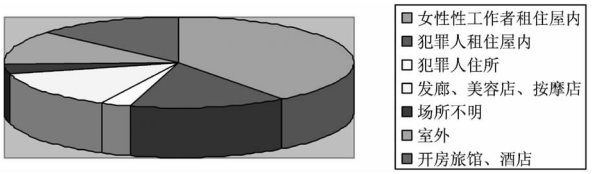

图 2 女性性工作者遭受犯罪侵害的场所

3.1.2 女性性工作者在工作时容易被害 “月黑风高杀人时”,这句话显示了犯罪与自然时间的关系。人类的性行为绝大多数发生在夜间。在夜间,人们有需求、有空闲,性交易活动大多也发生在晚上和凌晨。而夜间和凌晨,人们的活动范围缩小,反抗能力和警觉性降低,警察大多已下班,这时犯罪不容易被发现,而且有夜色掩护。数据显示:女性性工作者在晚上(18 时到零点)被害的占 42%、在凌晨(零点到早上六点)被害的占 24%、在白天(7 时到 17 时)被害的只占 13%。从 100 个案例中可以发现,晚上 21 点到次日凌晨 2 时是女性性工作者被害的高峰时段。见图 3。

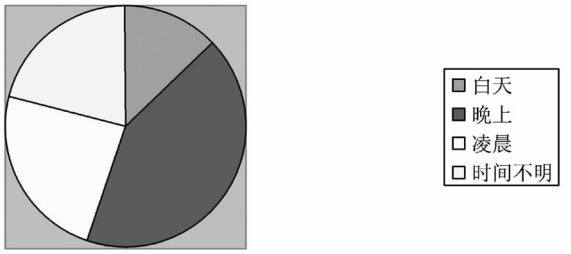

图 3 女性性工作者遭受犯罪侵害的时间分布图

以犯罪行为首次发生的时间进行统计,犯罪最高发的月份为 7 月,该月发案 15 件,占总数的 15%,2 月居其次。看来,炎热的季节,人类性活动频繁,也是女性性工作者被害的高发时段。从季节分别来看,3、4、5 月(春季)发案占 25%、6、7、8 月(夏季)发案占 30%、9、10、11 月(秋季)发案占 21%、12、1、2 月(冬季)发案占 24%。见图 4。

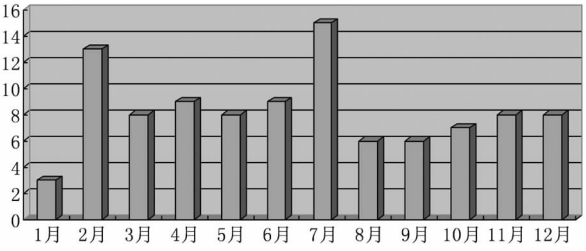

图 4 女性性工作者遭受犯罪侵害的月份分布图(单位:%)

3.1.3 女性性工作者所处的人际环境容易导致被害 “人际环境是由影响实践主体思想和行为的其他人构成的影响因素的综合。”简言之,“人是人的环境”,它主要由人的素质和人际关系两部分组成[24]。人际环境是影响人的生存和发展的重要因素。通过 100 个案例的分析,可以发现女性性工作者处于不利的人际环境之中,她们成为刑事被害人的风险很大。

处于生理旺盛期的农民工(流动人口)长期处于性压抑状态,卫生部公布的数据显示,约 80% 的农民工处于性压抑的状态。南京大学社会系的研究揭示:性压抑是导致农民工嫖娼、强奸的主要原因[25]。女性性工作者特别是低端的女性性工作者性交易的对象绝大多数是流动人口(农民工占绝大部分),从侵害她们的对象中可以证实:侵害者中 27% 的是农民工、15% 是有犯罪前科的人员、7% 的是无业人员,2% 的是公职人员。排除身份不明者,农民工占 38.5%、有犯罪前科人员占 21.4%、无业人员占 10%,公职人员占 2.8%。从侵害者的社会阶层来看,上层人员(公职人员、职员、医生)仅占 7.1%。社会生活中常见的是倚强凌弱,而在以女性性工作者为犯罪对象的犯罪中常见的却是倚弱凌弱,有些农民工经常受到歧视、自卑、相对剥夺感强,而遇到比他们更弱的人时,他们往往将受过的屈辱加诸比他们更弱的人身上而获得快感,自己仿佛站在了当年欺负自己的人的位置,从心理学分析,这是畸形的“过度补偿心理”。可以说,对女性性工作者这一社会弱势群体进行犯罪侵害的同样是社会弱势群体,是弱者对弱者的犯罪。见表 2。

表 2 100 个案例中侵害女性性工作者行为人的身份情况

侵害者的身份	人数(总数 100 人)
农民工	27
有犯罪前科人员	15
无业人员	7
村民	1
个体户	3
退休职工	1
居民	8
学生	3
公职人员	2
职员	2
医生	1
身份不明	30

从犯罪侵害者的特征来看,他们文化程度不高、多为青壮年、工作不稳定、收入低、法律意识淡薄、心理比较脆弱等,这导致他们遇事容易冲动,常常采用简单粗暴的方式解决问题,侵害不计后果,对钱看得比较重,容易为嫖资与女性性工作者发生冲突,进而实施犯罪。从侵害者的犯罪的起因(动机)来看,嫖资纠纷引发犯罪(多为故意杀人)占 32%、图财(多为抢劫)的占 35%、仇视女性性工作者并报复、泄愤的占 15%、性服务质量纠纷引发犯罪的占 5%。"人为财死,鸟为食亡",有的行为人甚至为了 10 元钱的嫖资杀死女性性工作者。见表 3。

表 3 100 个案例中侵害女性性工作者行为人犯罪的起因

犯罪的起因(动机)	所占比例(%)
仇视女性性工作者并报复、泄愤	15
嫖资纠纷	32
讨债、借钱	2
图财	35
想免费获得性服务	1
遭女性性工作者敲诈	1
性服务质量纠纷	5
其他	9
合计	100

从女性性工作者的人际关系来看,她们长期生活在陌生人的环境中,接触的人员十分复杂。她们的服务对象是不特定的、流动性大、匿名的,他们之间几乎没有除性之外的交流。她们身处外地、远离家庭,亲属难以知晓其职业、生活状况。她们固定的交往对象可能是其他女性性工作者,但可能存在职业竞争,故交往不可能深入。对性交易活动的打击,使得她们长期"潜伏在地下",而一旦被犯罪侵害,案件是很难侦破的:警方难以从她们的社会关系中摸排犯罪线索、确定犯罪嫌疑人,亲属也不知晓她们的被害情况,特别是她们工作的场所无人监管、十分隐蔽、性交易活动大多在夜间和凌晨,连寻找目击证人都十分困难。此外,她们刻意隐瞒自己的身份,警方不可能准确掌握她们的个人信息,无法提供保护。如果被害,警方可能连死者的身份都难以查清。

3.2 从"标签理论"入手——着重人

标定理论(又称为标签理论)是"一组试图说明人们在初次的越轨后或犯罪行为之后为什么会继续进行越轨行为或犯罪行为,从而形成犯罪生涯的理论观点"。[17] 一个人如果被人(警察、家长、老师、领导、同事等)贴上"罪犯"的标签,那么,被贴上标签者就自觉或不自觉地认同这种标签并按照标签的指示行为。标签理论认为,负面标签(如"小偷"、"坏人"、"坏孩子"、"笨蛋"等)是被贴标签者形象长期受损的主要来源。该理论的核心观点是:"犯罪或越轨行为不是行为本身的特质,而是社会对该行为做出标定或反应的结果。"[26]

社会上的人对贴标签者歧视、警惕、不信任、道德上予以谴责等等,使得被贴标签者很难融入正常社会。同时,被贴标签者易物以类聚,而孤立于主流社会,被社会边缘化。分析女性性工作者被害原因和侵害者作案的动机可知,社会给她们贴上的"低贱"、"无耻"、"放荡"等标签,使她们更容易成为犯罪对象。标签理论本来是解释行为人为什么会犯罪的理论,经拓展,该理论也可以解释被害人为什么容易被害,所以可以纳入被害人学中。

"破窗理论"也可以纳入被害人学中,其研究核心——犯罪发生与环境可以拓展至犯罪发生与被害人。俗话说,"破鼓万人捶"。如果被害人自身存在被害的因素——"破窗(破鞋)",易成为犯罪侵害的对象。

"一失足成千古恨,再回头已百年身。"女性一旦进入性交易行业,就是终身难以洗刷的污点,饱受社会的歧视,自己的家庭、亲属也会受到连累。所以,她们始终处于社会边缘,成为二等公民。在性工作者遇到犯罪侵害或侵害危险时,得不到邻居帮助,警方也没有积极处理她们的求助。

在性服务的购买方——嫖客看来,他们和社会大众持同样的观点,认为女性性工作者低贱、传播性病、有伤风化等,有些嫖客根本不把她们当人看,性交易活动中粗暴。一旦他们在工作、生活中遭受挫折和欺辱,就会把"委屈"发泄到她们身上,更有甚者,剥夺她们的生命。分析案例可知,这些"委屈"包括失恋、失业、考试不及格、受嘲笑、女友卖淫、患上性病等等。以她们为犯罪对象的犯罪人大多鄙视她们的人格,大多没有负疚感和罪恶感,认为自己是在"替天行道"、"清除社会渣滓"等,为自己的犯罪找冠冕堂皇的借口,犯罪手段十分残忍(在案例中,约 30% 的故意杀人案件中有肢解尸体的现象)。

对于女性性工作者来说,她们的性交易行为本身是违法的,她们不到万不得已时是不会冒着被处罚的危险来求助于社会和警方的。有些犯罪人正是抓住她们害怕报警的弱点实施犯罪行为。而女性性工作者在生理上处于劣势,保护意识弱、自我保护能力较差,而她们的工作性质决定了她们必须跟更多的人进行交易,她们身边又有财物,很容易成为财产犯罪的对象。有些女性性工作者自身的一些行为也诱发了被害:敲诈嫖客、揭露嫖客隐私、盗窃嫖客钱财等等。

4 女性性工作者权益保护

性交易的产生和泛滥的根本原因是社会贫困和两极分化,如果没有相对公正的社会财富分配制度、男女的实际平等、较为充分的社会就业、性资源分配相对合理等,彻底禁绝商业性交易可能是一种幻想。世界华人性学家协会副秘书长彭晓辉教授提到,瑞典性产业在上世纪 60 年代达到顶峰,但随着瑞典生活质量提高,财富分配变得更公平,加上司法和福利制度改善,性交易的吸引力逐渐降低。他认为,要根除中国的性产业,首先必须改革,允许政治参与,并使经济发展的成果得到分享,而不是落入少数特权者之手[27]。

上面的分析已经揭示女性性工作者是社会的边缘群体,性交易工作(特别是低端的)是高危职业,她们社会地位低、容易受剥削和受犯罪侵害,生存状况不容乐观,人们在谴责她们败坏道德、有伤风化时,却忽略了她们的权益保护。一个文明的社会应给弱势群体投去更多关怀的目光,法律应重视对她们人权(生存权、隐私权、人格尊严等)的保护,应调整重打击、轻保护的刑事政策。性交易的泛滥具有严重的社会危害,对性交易行为当然要进行法律控制。强调对女性性工作者权益的保护不是为了鼓励性交易,而是为了平等保护每一个公民的合法权利。

4.1 改善女性性工作者的职业环境

恶劣的职业环境是她们被害的"破窗",要减少和消除被害,就要修补破窗。一是政府有关部分要加强出租屋的管理,建立严格的备案登记制度。对出租屋业主不配合登记、虚假登记的行为进行处罚。对流动人口较多的社区,尝试业主委员会协助政府登记的做法。出租屋租住者的身份信息不得泄露、也不得仅仅以此作为处罚的依据。二是改善出租屋周边的环境,禁止乱搭乱建,建设配套的环卫、照明、监控设施。三是建立"群防群治"的治安治理模式,强化社区警务,鼓励居民组织保安队和巡逻队。四是加强社区建设,增强流动人口的归属感和社会责任感。五是重视 NGO 的作用。香港的紫藤是妇女 NGO 组织,专门为女性性工作者提供法律援助和健康咨询服务,帮助她们争取合法权益。NGO 组织不代表政府的立场、组织成员是自然的、拥有自己的组织机制,更能让女性性工作者接受并寻求帮助。

4.2 调整规制性交易的刑事政策

长期以来,我国一直对卖淫嫖娼进行打击,虽然能在短期内收到效果,但总体效果并不明显,陷入"越打越多"的怪圈。在某种程度上来说,正是这种重打击轻救助的执法政策才逼迫女性性工作者转入地下,成为犯罪的牺牲品。有需求必有供应,在大量的流动人口处于性压抑的时候,再严厉的打击措施恐怕也难以奏效,反而会给黑社会的发展留下空间(充当组织者、保护者、经营者)。1920 年,在妇女运动的推动下,美国颁布禁酒令,但是禁酒令颁布后,酒的制造、运输、买卖全部落入黑社会之手,地下酒吧繁荣,黑社会攫取了大量的财富。同时,大量的腐败和暴力产生。可以说,禁酒令是美国法治的灾难。1933 年,禁酒令被取消。对待性交易,如果命令控制型法律治理模式效果不明显,那么不如尝试调整刑事政策,引入激励性法律规制的模式。

一是将主要精力放在打击组织、强迫、协助、引诱、容留、介绍卖淫、性虐待、嫖宿幼女、故意传播性病的行为上来。二是卖淫是无被害人的犯罪。在条件成熟时,可以考虑对提供性服务的女性性工作者免除治安处罚,而对购买性服务者进行治安处罚,即"卖淫合法化嫖娼非法化"。我国台湾地区"内政部"根据大法官第六六六号"释宪"案指出,"社会秩序维护法"有关性交易"罚娼不罚嫖"规定,违反平等原则,应在解释公布后两年即 2011 年 11 月 6 日失效。"行政院"授权"地方政府"设性交易专区,在专区内进行性交易不处罚。三是对遭受不法侵害(违法或犯罪行为)的女性性工作者,将其视为"被害人"而不是"违法者",不追究其性交易的违法责任。四是性交易最大的社会危害是传播性疾病,严重危害公众健康。在性交易过程中使用安全套可以大大减低性疾病传播的风险,对性交易时使用安全套的应减轻处罚。此方法不是鼓励卖淫嫖娼,而在于激励性交易的双方使用安全套,降低患病风险。五是废除收容教育制度。收容教育制度是根据国务院《卖淫嫖娼人员收容教育办法》建立的行政强制措施,目的是对卖淫嫖娼人员进行法律和道德教育、组织参加生产劳动、进行性病检查和治疗。立法目的是好的,可是在实践中却变形为单纯的惩罚措施(重视劳动、轻视教育)和不法人员敛财的工具。深圳收容教育所的一名医生向女性性工作者敲诈钱财,不给钱就随时收容[28]。收容教育的期限是 6 个月到 2 年,将卖淫嫖娼的对象置入收容教育所进行强制劳动,这明显是限制人身自由的措施,和劳教的性质过于接近,违反《立法法》的规定,容易侵犯人权。因此,不如废除收容教育制度,代之以社区义务劳动和强制医疗。

4.3 为女性性工作者去标签化

违法者也是人,应该享有最基本的权利——人权,要尊重每个人的人格。人的生存权(包括生命权)应当是法律首先要保护的人权。马斯洛的需要层次理论认为,生理需要和安全需要分别是居第一、第二的需要,只有某一层次的需要获得满足时,另一种需要才出现。我国古代也有"仓廪实而知礼节,衣食足而知荣辱"的名句。在女性性工作者基本生存权都难以保障的情况下,要求她们守住贞节,遵守社会道德无异于缘木求鱼。生存权高于社会道德、社会风化,不得以保护社会道德和净化社会风气而忽视、漠视、轻视对人的生存权的保护。

对女性性工作者权益的保护,不仅有利于打击以她们为对象的犯罪,维护社会治安,而且有利于公众的身体健康(控制和减少性疾病的传播)。从表面上看,女性性工作者生存环境恶劣有可能吓阻部分女性进入性交易行业,但是从长远来看,只会使她们遭遇更多的犯罪侵害,滋长黑社会犯罪,进入损害公众健康。在政府暂时不能杜绝性交易时,与其花费大量的人力、物力、财力在打击上面,不如正确看待女性性工作者,为她们去"标签化",减少歧视,着眼于保护她们的合法权益,提供必要的教育培训和就业指导。加拿大警方转变了调查风化卖淫案的做法,将女性性工作者看作受害人而不是打击对象,慢慢取得了她们的信任和合作,对打击风化案件及背后的贩卖人口、性侵害、性虐待方面卓有成效[29]。

4.4 女性性工作者要采取自我防护措施

女性性工作者要增强自我防护意识,尽量降低被害的可能性。一是尽量在有人关护的场所从业,不单独行动或外出,夜晚不在偏僻的地方行走。二是在性交易时要套安全套或者要求客户戴安全套。三是建立和谐的人际关系,不侮辱客户、不揭露客户隐私,不偷拿客户财物,与客户发生矛盾后理智解决,多与其他女性性工作者或者亲属保持联系,跳出人际困境。四是被害后要尽快报案并保存证据。

5 余论

法国著名的社会学家图海纳(Touraine)在研究社会结构时提出"社会断裂"的问题,他认为:过去的社会结构是"金字塔"式的,人们虽然有地位高低,但尚在结构之中。而在今天,有人掉队了,被甩出结构之外,甚至连社会底层都不是,成为社会的边缘人。中国社会处于转型期,急剧的转型使社会结构呈现出图海纳所说的"社会断裂"状态。"社会断裂"最直接的表现就是贫富差距的拉大,"社会断裂"是严峻的社会问题。女性性工作者就是社会转型期的"掉队者",必须正视这一社会问题,并采取有效措施保护她们的合法权益。

参 考 文 献

[1] 赵军、潘绥铭. 犯罪"热点产品"与被害情境经验研究——以 X、Y 两市"小姐命案"为中心. 刑法论丛,2009(2):411 - 425.

[2] 辛会. 广东高院:手淫服务违法不犯罪. 南方农村报,2013 -06 -07.
[3] 胡奇根. 中国性产业合法化初探. http://article. chinalawinfo. com/article_print. asp? articleid = 39168
[4] 何显兵. 论性工作者的人权保障. 中国性科学,2007,16(4):44 -47.
[5] 潘绥铭. 中国有"性产业"吗? ——关于中国地下"性产业"的调查和思考. 法律与生活,1994(10):23 -25.
[6] 世界卫生组织. 中国性工作者 600 万. http://www. douban. com/group/topic/1975528
[7] 黄盈盈、潘绥铭. 中国东北地区劳动力市场中的女性性工作者. 社会学研究,2003(3):51 -63.
[8] 赵孟轶. "狂杀 14 卖淫女"案宣判 变态恶魔华瑞茁被判死刑. 北京晨报,2001 -12 -08.
[9] 郭毅. 哈尔滨破获罕见杀人碎尸案 10 名小姐被搅成肉馅. 法制日报,2011 -12 -13.
[10] 郝冬白,陈霞. 兰州痴情卖淫女被杀案凶手一审被判处死刑. 兰州晨报,2006 -06 -22.
[11] 陈磊. 姚建国"今天卖淫女,明天可能是我们!". 南方人物周刊,2006(32):55.
[12] 张雄. 潘绥铭揭秘"红灯区". 南方人物周刊,2014(5).
[13] 佚名. 直击广西博白"十元卖春店". http://news. china. com/zh_cn/hd/11127798/20121015/17475202_7. html
[14] 佚名. 小姐多次卖淫还房贷惹争议:高房价逼良为娼. 中国青年报,2014 -05 -20.
[15] 董光,童明德,向能强,等. 社会因素对女性性工作者行为的影响分析. 中国性科学,2005,14(4):33 -40.
[16] 陈绵钦. 强奸良家妇女比强奸妓女危害大. 信息时报,2013 -07 -17.
[17] 吴宗宪. 西方犯罪学史. 2 版. 北京:中国人民公安大学出版社,2010:1174.
[18] 吴宗宪. 西方犯罪学史. 2 版. 北京:中国人民公安大学出版社,2010:601.
[19] 李玥. 犯罪学原理与实务. 北京:北京科学技术出版社,2001:200 -201.
[20] 孟德斯鸠. 论法的精神(上). 张雁深,译. 北京:商务印书馆,2005:273 -274.
[21] 陈小波. 破窗理论与社会治安. 山东公安专科学校学报,2000(5):59 -60.
[22] 李本森. 破窗理论与美国的犯罪控制. 中国社会科学,2010(5):154 -164.
[23] 中新社. 香港杀妓案:一楼一凤的悲歌. 晶报,2008 -03 -24.
[24] 付用兰、曾永超. 人际环境对成才的影响. 北京石油管理干部学院学报,2007(2):55 -58.
[25] 金翔. 直面民工的性压抑. 中国老区建设,2006(8):23 -24.
[26] 江山河. 犯罪学理论. 上海:格致出版社,2008:139.
[27] Mimilau. 一个很脏的行业. 汪析译. 香港:南华早报,2014 -03 -04.
[28] 佚名. 失足妇女遭医生敲诈再曝收容教育制度之弊. 晶报,2013 -01 -06(A02).
[29] 佚名. 约克区警方新法打击风化卖淫案 视妓女为受害人. http://www. sinonet. org/news/ca/2013 -06 -17/273377. html.

(收稿日期:2014 -12 -29)

· 性法学 ·

DOI:10. 3969/j. issn. 1672 -1993. 2015. 08. 043

宪法视阈下同性恋现象的正本清源

刘旭东
南京师范大学法学院, 南京 210023

【摘 要】 随着经济的发展以及社会文明程度的逐步加深,同性恋者的权利逐渐成为一个社会所必须认真对待的问题。而宪法作为保障公民权利的根本法,为同性恋者提供了最基本也是最重要的法律保护。宪法对同性恋者的权利保护主要体现在对其自由权和平等权的保护两个方面。自由权保障同性恋者不会因其同性性行为及其他社会行为而受到侵害,而平等权则赋予了同性婚姻以正当性的理由。自由与平等,归根到底体现的是宪法的核心价值——人的尊严,而维护同性恋者的权利,就是要维护他们作为一个人而应享有的尊严。

【关键词】 同性恋;宪法;自由;平等;尊严

Analysis of homosexuality from the perspective of Constitutional Law *LIU Xudong. Law School, Nanjing Normal University, Nanjing 210023, China*

【Abstract】 With the development of economy and social civilization, the society should gradually take the rights of homosexuals seriously. As the basic law to protect the rights of citizens, the Constitutional Law provides the most important and basic protection for the homosexuals. This is mainly reflected in two aspects: the protection of freedom and equality. The right of freedom means that the society cannot accuse homosexuals for their sexual orientation and the right of equality means homosexuals has the right to get married. The purpose of freedom and equality is to protect the human dignity, for homosexuals are not exceptions.

【Key words】 Homosexuality; Constitutional Law; Freedom; Equality; Dignity

【中图分类号】 D924 【文献标志码】 A

【作者简介】刘旭东(1990 -),男,硕士研究生,主要从事法学研究。

1 问题的提出

就在 2014 年的 10 月即将过去的时候,苹果公司的 CEO 蒂姆·库克发表文章承认自己同性恋的身份,并表示自己因作为一名同性恋而感到自豪。这一重磅新闻一石激起千层浪,网络上有人力挺、有人反对,这使得同性恋这一话题再次"突击"进入公众的视野。

"同性恋"(homosexuality)这一名词最早是由一名叫 Benkert 的德国医生在 1869 年创造的,用以来描述那些对异性不能作出性反应、但能够被同性所吸引的人。简单地说,同性恋者(往往简称为同性恋)的性取向是同性而不是异性。在当代,男同性恋者的英文名称一般为 gay,女同性恋者为 lesbian。

同性恋这一话题不管是在国外还是在国内,多多少少都是一个比较敏感的话题,尤其在国内,对同性恋问题的讨论往往难登大雅之堂。尽管随着我国市场经济的不断成熟,社会的开放程度逐步加深,越来越多的同性恋者选择了"出柜",也有越来越多的人开始慢慢地接受同性恋者,然而社会对同性恋的质疑从来没有停止过,认为同性恋是变态、道德败坏、犯罪的认识依然存在。

德沃金说我们要"认真对待权利",那么在今天推动宪法实施已成大趋势的背景下,同性恋者的独特之处及其行为应否受到宪法的保护? 如果是,那么具体应由何种宪法性权利予以保障? 这是一个民主法治的社会所必须认真对待的问题。

2 同性性取向正当性的证成

2.1 同性性取向正当性的理论建构

论及同性恋,首要的问题应当是性取向问题,同性恋与异性恋的根本不同就在于性取向之不同。20 世纪中期,医学研究越来越向人们表明,同性恋者与异性恋者除性倾向不同外,在其他方面并无差异[1]。

那么,同性性取向是否正常? 是不是一种疾病? 性取向本质论和建构论从不同的方面进行了回答。

2.1.1 性取向本质论 性取向本质论认为,性取向是天生的而绝非后天形成的。在对同性恋成因的研究中,生理学方面最著名的是脑神经专家列维的试验,他发现男性同性恋下丘脑的 INAH-3(INAH-3 存在于人体的下丘脑,其大小对于性取向的确定具有重要作用)要比异性恋男性的小两倍,而与女异性恋者一样大;此外,在荷尔蒙分泌方面,有科学家论证在女性妊娠期间的胎儿对性激素特别敏感,这时期的激素水平的不平衡可以导致同性恋的发生[2];基因方面,有研究者发现异性恋兄弟在 X 染色体短臂上共有一段基因的概率是 50%,而同性恋兄弟的基因共有率则高于 50%[3]。

故而本质论可以让我们从自然人权的视角去审视同性恋性取向的问题,并作出这样的逻辑判断:人权是天赋的,而自然人与生俱来的东西就应该给予人权待遇,故而先天自然形成的同性性取向应该被认定为一种人权。所以,同性性取向是一种正常的性取向,尽管它在社会中并不占多数。

2.1.2 性取向建构论 建构论认为,任何角色的定位都是由社会与文化所塑造的,都是社会建构的产物。依照这种观点,根本就不存在人类的性本质。无论是性、性别还是婚姻,都是文化和环境造就的[1]。建构论也解构了关于婚姻的传统观念,在建构论者们看来,婚姻同样是社会建构的产物,婚姻的主体并不能限于男女,传统婚姻模式只是异性恋者的权力运作方式,是一种对同性恋者的压迫。

建构论从文化相对论出发,将矛头直指社会压制,指出道德本身就是一种社会性产物,并非某种自然属性的反映。同性恋乃是由后天的成长环境、个人经历等社会因素造就的,同性恋者不应该拘泥主流社会的医学标准,也不必自缚于他们的道德管制,而是应该努力突破这种构建[4]。总之,不管异性性取向还是同性性取向,都是文化和环境造就的产物,都是合理的。

2.2 同性性取向的合理性分析

性取向的本质论与建构论分别从医学以及后天的社会建构方面对同性恋者的性取向的正当性进行了论证,然而这两种理论却又各自存在着重要的不足。

首先,本质论从医学叙事的角度试图证明同性性取向是天生的,且不说这种观点在目前的医学界仍未获得百分之百的肯定,即便同性性取向果真是天生的,本质论的这种论调也容易造成一种恳求、乞求大家接受同性恋因为他们是天生的这种尴尬现实,按照这种理论,同性恋者依旧没有获得足够的尊严。即使单纯从解决问题的角度,不可改变同样也不意味着必须正常对待才能实现问题解决[1]。如果遗传学家找到了影响同性性倾向的基因片段,他们是否有权消除这一基因片段呢? 如果有权的话,这是不是也间接承认了同性恋是一种"疾病"呢? 这是本质论所无法回答的问题。但同性恋不是疾病已然是现代学术界的一个共识,1973 年美国心理协会、美国精神医学会把同性恋行为与疾病彻底分离。2001 年 4 月 20 日《中国精神障碍分类与诊断标准》第 3 版出版,在诊断标准中对同性恋的定义作了非常明确的规定,认为同性恋并非一定是心理异常。由此,同性恋在中国不再被统划为病态,不再把同性恋看作一种病态心理。因此,同性恋抑或性取向问题并不能成为纯粹的医学问题,传统的医学叙事往往会阻碍其在法律上的价值分析。

其次,建构理论是批判的、解构的,但却唯独没有"建构",它连同性恋者所诉求的核心——婚姻制度本身也都解构了。众多在人们看来是天经地义的事物——例如婚姻、性别,在建构论者们看来,都是"虚幻"、可塑的,这种"本来无一物,何处惹尘埃"的洒脱手法由于太过批判性与解构性,反而会引起人们的抵制。人们不禁要问,按照社会建构的理论,难道犯罪等严重侵害人们利益的行为也是我们必须要理解并尊重的吗?

1999 年世界性学会(World Association for Sexuality)通过的《性权利宣言》(Declaration of Sex Rights)指出,性权利是基本、普世之人权,是每一个人的人格所不可分割的一部分,其以全人类固有的自由、尊严和平等为基础。尤其是第四项"性公平权"指出:"此权利指免于一切形式之歧视,不分生理性别、社会性别、性倾向、年龄、种族、社会阶级、宗教,或生理上、情感上之障碍。"[5]这个文件以宣言的方式宣布,性取向本身就是一项不可剥夺的人权。

其实,不管同性性取向是天生的还是后天的,这并不重要,因为性取向的本质是爱,爱本身是无罪的,这是精神自由的范畴,而且是绝对的自由。过去法学界多讲自由,但这种自由往往局限于身体的自由而忽略了精神的自由。

然而,同性恋者的相对独特性又绝不仅仅限于性取向这一精神自由的问题,性取向往往伴随着相应的行为。诸如性行为以及其他在公共场合的公开表达之行为,在异性恋者中屡见不鲜,那么同性恋者是否有权进行这些行为呢? 这涉及到宪法上自由与平等的权利问题。

3 同性恋权利论的具体分析

3.1 自由视野下的同性恋

3.1.1 自由主义的法理基础 法的理念是自由[6],整个法律和正义的哲学就是以自由观念为核心而建构起来的[7]。自由是人

类追求的永恒的主题,近代以来无数仁人志士“黄沙百战穿金甲,不破楼兰终不还”,为的就是争取一片自由的土地。然而,自由又是有界限的,没有约束的自由就是对自由最大的腐蚀。

古典自由主义法学的集大成者密尔在其经典之作《论自由》一书中关于自由与法律的基本观点是,个人行为只要不伤害他人就有完全的自由,他人和社会就无权干涉,除非他的行为伤害到了他人,法律才能予以制裁[8],这一原则乃是“伤害原则”。在此基础上,他将人的行为划分为涉己行为和涉他行为,以此作为法律干预人之自由的标准或界限。所谓涉己行为就是只涉及本人而不会涉及或伤害他人的行为,在这个限度内,个人是完全自由的,是自己唯一的主宰。涉他行为乃关系到他人的行为,这一部分的行为需要受到道德和法律的规制。

此后,英国学者伯林在《两种自由的概念》中将自由分为两种,即消极自由(Negative Freedom)和积极自由(Positive Freedom)。消极自由就是指不受他人或事物干预、限制的权利,即“免于……的自由”。这种自由观在以后发展为三个命题:自由就是不受他人的干预;限制自由是因为存在着与自由价值同等或比自由的价值更高的价值;必须保留一种任何权威都不得侵犯的最低限度的自由[8]。

自由主义法学家始终强调在不侵害他人利益前提下的个人自由领域的独立性与自洽性。个体不受限制的自由选择之尝试本身就具有自足的价值,如果对之做出干涉,是明显错误的[9]。

3.1.2 同性恋者的行为分析 基于自由主义的理论,个人在不侵犯他人利益的情况下,其行为是完全自由的。同性恋者本身的存在及其基于性取向而为的相应行为是否侵犯到他人乃至社会的利益,向来众说纷纭,而探究这一命题却又对同性恋者自由权利的证成意义重大。关于同性恋者是否侵犯到社会利益,主要存在以下几个争论点。

首先,同性恋违反自然规律吗?答案是否定的。所谓自然规律,就是自然现象所固有的、本质的联系,自然规律本身不以人的意志转移,人不能创造、改变或消灭自然规律。认为同性恋违反自然规律的人往往以同性恋者之间不能繁衍为理由而对之进行猛烈的抨击。

然而无论古今中外,无论社会的文明发展程度如何,都有同性恋这种现象存在;社会的各个阶层,包括许多著名的历史人物,都有同性恋的表现;在许多未开化与半开化的民族里,同性恋现象普遍存在;即使在动物当中,同性恋也是一个相当普遍的现象[10]。美国社会生物学家威尔逊经过考察也说,从昆虫到哺乳类,同性恋都是常见的。在罗猴、猕猴、狒狒和黑猩猩等大多数高智力灵长类中,同性恋作为异性恋的对等物得到了充分的表现[11]。这或许是天生的,又或许是后天建构的,但性取向建构论在动物世界里似乎牵强附会,因此从实证的角度而言,前述本质论要比建构论可靠的多。

总之,同性恋作为一种普遍的现象自古便存在着。同性恋现象与社会的意识形态、发达程度、历史进程毫无关系,对于同性恋的描述在中国以及国外古籍中的记载也屡见不鲜,而且同性恋者占总人数的比例也是恒定的,人口中有 3% 到 4% 是同性恋[12],不会突然变多,也不会突然消失,这就足矣证明同性恋本身也是一种自然规律。诚然,繁衍后代的确是自然规律,但其不是唯一的自然规律,也不是放之四海而皆准的规律,它只是众多自然规律中的一种,并不适用于任何人任何物,唯一放之四海而皆准的规律只有死亡。故而我们不能说某一种自然规律违反了另一种自然规律,这在逻辑上是站不住脚的。

其次,同性恋等于艾滋病吗?据统计,我国男同性恋者的艾滋病感染率大约达到 1.35%,这个数字比普通人感染此病的比率高出将近 20 倍。很多人认为同性恋等同于艾滋病,这是严重违背医学常识的。

艾滋病和同性恋没有必然的联系,但艾滋病和不安全的性行为有莫大的关系。艾滋病的传播方式大致有三种——母婴传播、血液传播、性传播。在性行为过程中,性交的双方如果其中一人是艾滋病毒携带者,那么在没有安全措施的情况下,倘若阴道内或者肛道内的外壁黏膜破损,那么精液中的艾滋病毒就会进入对方体内,对方就会因此而感染上艾滋病。通常情况下,男同性恋者的性交方式是肛交,而肛门内的黏膜要比阴道内的黏膜薄的多,即更容易破损,所以在没有安全措施的情况下,如果男同性恋者一方有艾滋病,那么另一方感染艾滋的几率要远远大于异性恋者。但须明白,艾滋病和性取向本身并没有必然联系。在性行为过程中,不管是异性恋还是同性恋,倘若他们任何一方都没有艾滋病,那么艾滋病毒绝不会从天而降,又或是如果双方采取了合适的安全措施(比如戴安全套),那么就会有效的阻止艾滋病毒的传播。

再次,同性恋会阻碍人类繁衍吗?答案亦是否定的。同性恋不会“传染”,性取向一般而言是终生固定的,因此“如果人人都是同性恋则人类将不能繁衍了”之类的假设是没有意义的。诸如“尝试同性恋”、“搞同性恋”等说法本身就是违背科学的,对于异性恋而言,不是想喜欢同性就可以喜欢同性的,同理,同性恋也不可能尝试喜欢异性,这是做不到的。故而同性恋不是一种可以选择的“生活方式”,一个人不可能像到商场中选择中意的衣服那样来选择自己的性取向,性取向不是自由选择的结果。因此同性恋的彻底公开化、合法化并不会使越来越多的人变成同性恋。如若人们的性取向那么容易受到影响而改变的话,那么在异性恋占绝对多数的人类社会,为什么从古至今总会有恒定数量的同性恋呢?

最后,同性恋违反道德吗?关于这一问题,最著名的争论就是德富林和哈特的争论。1954 年英国的《沃尔芬登报告》认为,同性恋纯粹是私人道德的问题,只要同性恋没有伤害到他人,法律就应当遵循密尔的“伤害原则”,不能对之予以惩罚,即法应当给予个人就私人道德问题作出选择和行动的自由[13]。而曾任英国高等法院王座分庭的法官德富林则不承认私人道德的存在,他认为法律可以强制执行一个社会的公共道德(随便凑在一起的理智而有正义感的人们中间流行的道德观),一旦社会的公共道德瓦解,那么社会就会崩溃,此为著名的“崩溃命题”。

英国分析实证法学家哈特对之进行了针锋相对的批驳,哈特认为,德富林确定社会公共道德的方法是难以想象的,简单的询问街头上杂乱的人群对某一事物的看法不足以寻找出公共道德;其次,哈特认为德富林的“溃崩命题”也是荒唐的。哈特将道德划分为维系社会存在所必须的基本部分和非基本部分,基本部分是维系社会所必需的最低限度的道德,例如不得杀人,而同性恋、婚前同居等问题只是属于非基本部分。因此哪怕同性恋根据一般社会道德标准被认为是不道德,同性恋也不应当成为法律惩罚的对象。哈特进一步说,“溃崩理论”也是不切实际的,人们不会仅仅因为他们讨厌的某些私人性行为没有受到法律的惩罚而放弃道德,滋生谋杀和欺诈的动机,断言公共道德的任何变化都会危害社会的存在,如同断言一个人的出生或死亡会影响社会的存在一样荒谬[13]。因此按照哈特的

观点,即使同性恋涉及道德问题,它所涉及的也顶多是哈特所说的道德的非基本部分,而这一部分是不应当受到干涉的。

在此基础上,笔者进一步认为在今天的文明社会,同性恋"本不应当"是一个道德问题。因为如前文所述,性取向是一种人权,基于这种人权而自然而然产生的爱慕以及私下的性行为和公开的表达等行为,不应当是一个道德问题,就如同黑人的肤色本不应当被认为是一个涉及道德的问题一样,这都是由个人的好恶造成的。私下的同性性行为完全是个人的自由,性的权利是普世人权,以全人类的自由、尊严与平等为基础。除非同性恋在公共场合性交,扰乱了社会秩序,这时候可以说他们是违反道德的,也是违反法律的,但这不是因为他们是同性恋,而是因为这种行为扰乱了公共秩序,即便是异性恋这样做也是如此,这和性取向没有关系。

3.1.3 同性恋者的自由权利 同性恋者的行为基本可以划分为三个部分,即私下的性行为、公开的性行为以及在公共场所的公开表达行为(如牵手、接吻等恋爱行为)。而通过上述分析可以明确,同性恋本身的存在及其私下的性行为和公共场所的公开表达行为并没有伤害到他人的利益,而公共的性行为也因其扰乱社会秩序的本质而与同性性取向脱离了关系。但现实中大量的人认为同性恋者在公共场合的公开表达行为令他们作呕本身就是一种伤害,然而持有这些观点的人似乎混淆了"伤害"与"冒犯"。同性恋关系在公共场合的公开表达,对于很多人来说也可能是一种冒犯,不过很难讲它对谁构成了法律意义上的伤害[14]。以一种感官上的不适来否定科学成果是毫无道理的。同样站在同性恋的角度上,他们认为异性恋是恶心的[15]。正如同一个动物保护主义者也许会认为聚餐时他人的吃荤对其而言是一种冒犯,但我们很难讲他人吃荤的举动切实"伤害"到了这位动物保护主义者。

自由是爱的翅膀,没有翅膀,爱就无法飞翔。无论是同性恋还是异性恋,作为人本身,追求一种基于吸引、爱及情感而发生的稳定的关系,这完全属于个人的自由[15]。也正是在这个意义上,国家有义务保障同性恋者的自由权利,保证他们不会因为其性取向以及基于性取向而为的行为受到惩罚。目前,在禁止同性恋的国家中,有阿富汗、也门、毛里塔尼亚、越南、苏丹等 8 个国家最高处罚为死刑[16],而加拉、不丹王国、圭亚那、印度等国家都对同性恋处以终生监禁。这种严酷的刑罚首先没有尊重作为一名同性恋者的自由,进而彻底否定了他们的人格尊严。

3.2 平等视野下的同性恋

对同性恋者的自由权予以保障固然是重要的,但是这种自由多表现为伯林所说的消极自由,在这种意义上,国家多处于消极被动的角色。然而对同性恋者权利的保障又并不能仅仅停留于对消极自由的保障,国家有义务赋予同性恋者与异性恋者平等的法律地位,这是一种积极的国家赋益行为,其核心便是允许同性婚姻。在当代世界,同性恋运动的核心诉求之所以是要求"同性婚姻合法化",其原因也就在于法律对性亲密关系的认可与赋益,已经成为人们普遍认可的一种基本需要[14]。尽管世界上多数国家不再从肉体上处罚同性恋者,但大部分国家要么对同性婚姻拒绝承认,要么仅仅低调处理为"民事结合",这在一定程度上仍然是对同性恋的否定。

那么问题来了,关于同性婚姻,目前尚存在着一些质疑,例如很多人认为,同性恋者并未被剥夺与异性结婚的权利,再如,同性婚姻是违反婚姻本质的。诸如此类问题,需要从形式平等与实质平等的差异入手,进而探讨当代婚姻的本质问题。

3.2.1 形式平等、实质平等与同性婚姻 所谓形式平等是指法律不区分个别情况,在措辞上完全保持中立,不赋予任何个人或群体特权或特惠。但是这种形式平等,往往无视人与人客观上存在的差别[17]。而实质平等则更加注重个体之间的实质不同,并予以相应的对待,做到不同情况不同处理,从而纠正形式平等导致的事实上的不平等。

具体到同性婚姻上,有些人认为同性恋者也享有和异性结婚的权利,然而这种"相同的对待"恰恰抹杀了同性恋者与异性恋者的核心差别。不是所有的相同对待都是平等,平等与否是一个相当复杂的问题。如果所谓的"相同对待"将导致人的基本需求无法得到满足,则这种做法显然违反了实质平等的要求。在基于性取向不同这一前提下的婚姻问题上,必须要对同性恋者与异性恋者做出差别对待。同样,也并非所有的差别对待都构成歧视,如果该差别标准是合理且客观的,或其目的符合公约的规定,且为合法的,即不构成歧视[18]。

亲密关系本身具有非常强烈的人身情感因素在内,在现代社会条件下,当事人在性亲密关系上的自洽可以说已经具有普遍的正当性[14]。因此,由于性取向的不同,在婚姻方面,必须允许同性恋者可以和同性结成婚姻。而上述只准与异性结婚的做法,只满足了异性恋者追求幸福的权利,却剥夺了同性恋者的这一人权,限制了同性恋者平等地享有与异性恋相同的婚姻权益,不当地缩减了同性恋者的宪法权利[20]。

3.2.2 同性婚姻的合理性证成 到目前为止,对同性婚姻最大的诘难在于同性恋者之间不能通过自然的手段生育,而生育这一功能在反对者看来,是婚姻制度的核心所在。

诚然,婚姻的重要功能之一是生育,然而在当代,生育并不是婚姻必须的目的,婚姻的作用在传统社会和今天是不同的,它经历了一个复杂的发展过程。在传统社会中,婚姻的生产组织功能、社会组织功能和互助功能都是与生育问题紧密相关的,没有子女,生产上的劳动力补充和家族的延续以及老有所依的功能都无法得到体现。同性关系不能解决生育问题上婚姻社会功能的实现,因而同性关系不可能在传统社会中受到重视,而且必然受到来自家族的制止和来自社会的歧视[1]。故而,婚姻与生育之必然联系是自给自足时代落后的科学技术、农耕文化、反哺型养老方式及社会保障体系不健全等多重原因造成的[4]。

而在当代,随着生产方式的日益多样化、社会福利制度的进一步完善、家族观念的逐步淡化以及性权利的渐进解放,家庭已不再是一个纯粹的生产单位,子女也不再被认为是一个家庭所必须的角色,婚姻更多地体现为情感的结合。生育不再是现代婚姻的必要条件,甚至已不再是婚姻制度的主要功能[4],理想的婚姻是当事人基于情欲完美追求而结合的共同生活组织[2]。因此赋予同性恋者基于爱慕而与同性结婚的权利并不会触动现代婚姻的本质,更不会扰乱婚姻甚至社会制度。欧洲、北美多个国家对同性婚姻加以保护的法律实践证明,同性婚姻并未将社会推到崩溃的边缘,相反,社会因此而更加多元、包容。

此外,同性恋者需要婚姻权的另一个原因是根据法律,婚姻双方可以享有一系列的权利,包括税收、财产、健康、各种保险等等[21]。在当代,婚姻并不是两个人的简单结合,婚姻还包含社会所提供的税收、医疗、保险、住房等多方面的社会福利待遇。禁止同性婚姻,或者仅仅以民事结合处理而限制他们建立婚姻关系,这从法律上讲并不平等。

从功利的角度讲,允许同性结婚将会使很大一部分同性恋者保持稳定而长久的关系,从而减少他们和不同同性恋者的短

期性关系,遏制性病传播的可能性。而这一举措也必将缓解我国的人口压力,大大提升我国的国际形象,使中国更加文明、自由和包容。

当然需要明确的是,允许同性婚姻并不等于政府大力推广同性婚姻,更不会导致同性恋者的数量激增。允许和弘扬没有必然联系,而性取向,正如前文所述,是不可能轻易改变的,绝大多数人终其一生只会保持单一的稳定的性取向。

4 尊严——同性恋权利论的归属

4.1 "人的尊严"理论

尊严是宪法的核心价值、"根本规范",近代立宪主义宪法的终极目的就是为了维护人的尊严,而宪法中自由权与平等权则是保障人之尊严的最基本也是最重要的权利体系。在康德看来,社会与国家都是为人而存在的,每一个人都拥有独立于国家公权力支配的自给自足的生活领域。

现代人权保障体系亦是以人的尊严为核心,人权的价值导向是维护人的尊严。在经历了惨痛的二战教训之后,人类普遍认为,人应当是目的而不应当是手段,维护人的尊严是人类发展的最基本的价值指引。《世界人权宣言》第一条就宣布"人人生而自由,在尊严和权利上一律平等"。《公民权利和政治权利国际公约》以及《经济、社会和文化权利国际公约》也都毫无例外的规定了维护人的尊严这一基本要求。1993 年《维也纳宣言和行动纲领》也在序言中明确"人之尊严不可侵犯,尊重及保护此项尊严为所有国家机关之义务"。

从人类历史和法律历史可以看出,没有权利的人便没有尊严[22]。通过保障同性恋者的自由权和平等权,从而使同性恋者不会因其基于性取向而为的行为受到国家的侵害并进而与同性组成家庭,归根到底是为了维护同性恋者作为人而应享有的尊严。

4.2 对我国法律中"人格尊严"条款的解读

我国《宪法》第三十八条规定,中华人民共和国公民的人格尊严不受侵犯。然而我国宪法在"公民的人格尊严不受侵犯"后紧跟着有一句"禁止用任何方式对公民进行侮辱、诽谤和诬告陷害",那么这是否意味着在我国侵犯"人格尊严"的行为仅仅限于侮辱、诽谤和诬告陷害呢? 如果做出这样的解释,那对同性恋者的保护是非常不利的,这样的解释甚至无法为争取同性婚姻提供任何理论支撑。

人格尊严是一个开放性的结构,是一种基本的但较为抽象的权利,因此它需要再次衍生为一些相对比较具体的宪法性权利才能具有实际意义。故而从立宪主义宪法和保障人权的角度来对宪法第三十八条进行解释才是一个合理的解决路径,据此可以做这样的处理:"中华人民共和国公民的人格尊严不受侵犯"可理解为是一个相对独立的规范性语句,作为我国宪法上基本权利体系的出发点,或基础性的宪法价值原理[23],这是一种目的解释;而该条后的"禁止用任何方式对公民进行侮辱、诽谤和诬告陷害"条款主要是一种强调式的部分列举,远未穷尽对人格尊严进行侵犯的情形,这一强调式的部分列举源于对文革中大字报、大批斗等侵害人格尊严之行为的反思,此乃历史解释。唯有做出这样的技术处理,同性恋者才能在我国宪法中直接找到权利保障的根本依据。

基于此,现行《民法通则》第一〇一条"公民、法人享有名誉权,公民的人格尊严受法律保护,禁止用侮辱、诽谤等方式损害公民、法人的名誉",也应当做如此解释。

5 结语

"青青子衿,悠悠我心。纵我不往,子宁不嗣音。"[24] 自古至今,爱情永远都是人们的美好向往。而在我国传统文化里,个体存在的首要目的就是融入集体,而不是寻求个人的价值,个人是没有独立的人格的,家族或集体的目的掩盖了个人多样化的需求,也造就了性行为的目的化与单一化。在这种文化氛围里,同性恋者不可能有突破社会的束缚而与同性长相厮守的意识与能力。然而在今天文明开放的社会,国家有义务、有责任来尊重同性恋者的性取向,公平看待他们和异性恋者的本质差异,尊重他们的行为并积极构建同性婚姻制度。

是的,爱情不是阳光、空气和水,它不是必需品。然而,它就像夜空中绚烂的烟花,烟花不是必需品,每个人却都想看一回烟花。同性恋现象的本质乃是性取向问题,性取向的进一步需求就是爱情。让世间的每一个人都能在不分性取向、民族、背景等前提下有尊严地和心上人终成眷属,好好的感受烟花绽放的景象,一起看细水长流,将是一件多么美好的事情。

参 考 文 献

[1] 王森波. 同性婚姻法律问题. 北京:中国法制出版社,2012:45,50,67,126.

[2] [美]罗伯特·克鲁克斯,卡拉·鲍尔. 我们的性. 张拓红译. 北京:华夏出版社,2003:277,280-281.

[3] 倪晓昉、沐炜. 关于同性恋成因研究综述. 红河学院学报,2003(1):45-48.

[4] 熊金才. 同性结合法律认可研究. 北京:法律出版社,2010:71,127,120.

[5] 赵合俊. 性权与人权——从《性权宣言》说起. 环球法律评论,2001(春季号):97.

[6] [德]黑格尔. 法哲学原理. 北京:商务印书馆,1961:1.

[7] [美]博登海默. 法理学. 邓正来译. 北京:中国政法大学出版社,1999:279.

[8] 王振东. 自由主义法学. 北京:法律出版社,2005:121,10.

[9] [英]HLA 哈特. 法律、自由与道德. 支振锋译. 北京:法律出版社,2006:23.

[10] 李银河. 性学入门. 上海:上海社会科学出版社,2014:43.

[11] [美]威尔逊. 论人的天性. 林和生,等译. 贵阳:贵州人民出版社,1987:132.

[12] 李银河. 同性恋亚文化. 北京:中国友谊出版社,2002:6.

[13] 张文显. 二十世纪西方法哲学思潮研究. 北京:法律出版社,2006:354,363.

[14] 马平. 同性恋问题的宪法学思考. 北京:法律出版社,2011:129,107,109.

[15] 管乐. 同性恋法律问题思考. 甘肃政法成人教育学院学报,2006(1):10,11.

[16] 刘国生. 各国(地区)同性恋立法与司法概况. 法律与医学杂志,2005(4):319.

[17] 张千帆. 宪政与人权指南. 北京:中国人民大学出版社,2012:64.

[18] 联合国文件 A45/40(1990). 173-175.

[19] 何东平. 中国同性恋人权保障研究. 厦门:厦门大学出版社,2012:59.

[20] 周丹. 同性恋与法——"性、政策与法国际学术研讨会"论文及资料. 南宁:广西师范大学出版社,2012:64.

[21] 陈炎光. 公民权利救济论. 北京:中国社会科学出版社,2008:99.

[22] 林来梵. 人的尊严与人格尊严——兼论中国宪法第 38 条的解释方案. 浙江社会科学,2008(3):53.

[23] 王延海. 诗经释论. 沈阳:辽宁大学出版社,2001:190.

[24] 张小娴. 谢谢你离开我. 长沙:湖南文艺出版社,2013:5.

(收稿日期:2014-11-13)