

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2012.11.001

• 性医学 •

《EAU 慢性盆腔疼痛指南(2012 年版)》前列腺疼痛综合征解读

宋春生¹ 赵家有²

1 中国中医科学院研究生院, 北京 100700

2 中国中医科学院西苑医院男科, 北京 100091

【摘要】欧洲泌尿外科学会(The European Association of Urology, EAU)2012 年发表了新的《EAU 慢性盆腔疼痛指南(2012 年版)》(以下简称《指南》)。在前列腺疼痛综合征(Prostate pain syndrome, PPS)的定义、发病机制、流行病学、诊断标准、安全有效的治疗等方面做了论述。本文通过对《指南》中 PPS 的解读,旨在帮助全科医生和不熟悉 PPS 治疗的医生正确诊断和治疗该病。

【关键词】欧洲; 前列腺疼痛综合征; 诊治指南

Introduction to PPS of EAU chronic pelvic pain Guidelines(2012)

SONG Chunsheng¹, ZHAO Jiayou²

1 Graduate school, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100700, China

2 Department of Andrology, Xi yuan Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100091, China

【Abstract】The European Association of Urology(EAU) has published a new Guideline on chronic pelvic pain in 2012. This guideline provides the definition criterion of Prostate pain syndrome(PPS), understanding the physiology of PPS, clarifying the real prevalence of PPS, diagnosis, safety and satisfaction of therapies. The expected goals of the understanding and explanation of Guideline are to help general physicians and most urologists who do not specialize in the area of PPS to diagnose and treat it correctly.

【Key words】European; PPS; Guideline

1 前列腺疼痛综合征(Prostate pain syndrome, PPS)的定义

PPS 是指在过去六个月中至少有三个月前列腺区发生持续性或周期性疼痛,前列腺触诊可以使其反复发生,并且没有证据表明疼痛是由感染导致或者由其它明显的局部病理改变所致。《指南》强调 PPS 不但与下尿路症状和性功能障碍有关,而且与消极认知、行为、两性或者情绪影响有关^[1-3]。同时《指南》也列举了美国国立卫生研究院(NIH)对于 PPS 的定义,认为炎症和非炎症 PPS 是同一种疾病。

2 PPS 的发病机制、流行病学及评价

2.1 发病机制

《指南》提出:PPS 的潜在发病因素包括感染、遗传、解剖、神经肌肉、内分泌、免疫(包括自身免疫)或者精神机制。这些因素可能导致外周组织自我保护免疫炎症反应和(或)神经组织损伤,从而引起急性和慢性疼痛。以外周和中枢神经系统为基础,神经组织的敏感性(涉及到神经组织的可塑性)会导致中枢神经的疼痛状态^[4]。有越来越多的证据表明 PPS 疼痛的变化与神经起源、中枢神经系统相关。

2.2 流行病学

在美国,每年就诊于泌尿科专科医师和基层医师的患者中分别有 8% 和 1% 的患者被诊断为前列腺炎。在一篇系统综述中,前列腺炎症状在人群中的流行度

【基金项目】2010 年国家自然科学基金委员会面上项目(81072814)。

【第一作者简介】宋春生(1963-),男,研究员、博士生导师,主要从事中西医结合男科学临床研究工作。

是 8.2% (范围:2.2% ~ 9.7%)^[5]。最近的两项研究发现流行度分别是 2.7% 和 2%。意大利的一项前瞻性研究发现流行度为 12.8%。在这些患者中,40% 有 PPS 的临床特征。一项在人群中自我报告的横断面研究发现前列腺炎症状终生的流行度高达 14.2%,该研究对象为 20 ~ 59 岁芬兰籍男性。两项有充分质量保证的研究对治疗北美人群的一般疗法研究表明,前列腺炎的危险性随着年龄增长而增加(年龄在 50 ~ 59 岁的男性患前列腺炎的危险度与 20 ~ 39 岁男性相比高出 3.1 倍)。在对有 PPS 疑似症状的男性人群(依据 NIH - CPSI)随访中发现,63% 的人群有持续症状,3% 的患者症状得到控制但又有新的症状出现^[6]。

2.3 应用 NIH - CPSI、I - PSS 评估 PPS

对于评估 PPS,一项实质性的进程表明应包括疼痛的类型和部位,这具有重要的开拓性意义。前列腺除外的其他盆腔部位的疼痛经常被报道,例如会阴、直肠、阴茎、睾丸和腹部。另外,相关的下尿路症状(LUTS)、性功能、心理、社会和经济因素也应受到关注。PPS 的级别和治疗效果只能用症状评分进行评价。此外还应该评估生活质量,因为它和急性心梗生活质量一样差。可靠、有效的症状和生活质量指标来自 NIH 前列腺症状评分(NIH - CPSI)国际前列腺症状评分。

3 PPS 诊断

PPS 是临床诊断。某些疾病不属于 PPS,诸如由

细菌感染所致特殊的盆腔疼痛、泌尿生殖系肿瘤、泌尿系统疾病、尿路狭窄、膀胱神经疾病。目前还没有 PPS 的金标准诊断问卷,诊断主要依靠鉴别和排除与盆腔疼痛有关的特殊疾病。

3.1 体格检查

应该进行包括直肠指诊在内的体格检查,在骨盆底部,有肌肉压痛和触痛点。通过超声检测残余尿能够除外排尿不全。前列腺特异性抗原检测对于 PPS 的诊断没有作用,但是能够排除患者前列腺癌的风险。

3.2 实验室检查

实验室诊断仍然是四杯法,该法用于检测局部细菌。然而,对于泌尿科医师而言,这项检查非常复杂。两杯法、前列腺按摩前和前列腺按摩后检测(pre - post - massage test , PPMT)筛查程序可以提高诊断效率^[7]。在两种检测的大量分析中,PPMT 能够在多于 96% 的患者中作出正确的诊断。

3.3 尿流动力学、膀胱镜检查

对于 PPS 伴有显著下尿路症状的患者,须考虑尿流动力学检查。这项检查可显示低的尿流率,膀胱颈部及前列腺尿道的不完全松弛,以及异常高的尿道闭合压。当排尿时,尿道外括约肌异常收缩。对于不是 PPS 的病例,为了进一步评估尿频症状,可以进行膀胱镜检查,以便排除膀胱出口部和尿道的病理,如果发现血尿或感染,可以排除膀胱内病理。

PPS 的评估与诊断指南见表 1 和表 2。

表 1 评价和诊断 PPS 的结论

结论	证据级别
PPS 不但与下尿路症状和性功能障碍有关,而且与消极认知、行为、两性或者情绪影响有关。	2b
PPS 没有已知的单一病因。	3
PPS 的疼痛与神经可塑性机制和神经性疼痛有关。	2a
PPS 对生活质量有很大的影响。	2b
沮丧和无助感会导致疼痛加重、适应能力下降。	3
以人群为基础的研究表明 PPS 的类似症状的发生率是很高的。	2b
PPS 与其他疾病具有很多类似症状。	2b
存在表现差别和评价症状严重程度的可信工具。	2b

表 2 评价和诊断 PPS 的推荐

推荐	推荐级别
必须排除与 PPS 具有类似症状的特殊疾病。因此,推荐调整诊断程序以适应患者和鉴别这些疾病。	A
排除特殊疾病之后,具有上述定义症状的患者应该诊断为 PPS。	A
在初诊和随访中,应该考虑应用生活质量评分和症状评分工具,例如 NIH - CPSI。	B
推荐评估 PPS 不但与下尿路症状和性功能障碍有关,而且与消极认知、行为、两性或者情绪影响有关。	B

4 治 疗

新《指南》强调针对主要症状,考虑并发症,采用

综合治疗方案。过去 10 年中,随机对照研究所获得的结论已经在治疗选择方面取得了很大进步。

表 3 和表 4 总结了治疗 PPS 的结论和推荐药物。

表 3 治疗 PPS 的结论

结论	证据级别
对 PPS 的单一疗法实施方案有可能失败。	3
表型定向治疗可能会提高治疗效果。	3
考虑 PPS 患者总分、疼痛、排尿和生活质量评分,α 阻滞剂有一定效果。	1a
对于 PPS 患者总分、疼痛、排尿和生活质量评分,抗菌药物治疗有一定作用。	1a
非甾体类抗炎药对 PPS 有整体治疗作用。	1a
类固醇在 PPS 中的作用无足够数据。	2b
阿片类药物在 PPS 中的作用无足够数据。	4
5α 还原酶抑制剂在 PPS 中的作用无足够数据。	2b
别嘌呤醇在 PPS 中的作用无足够数据。	2b
植物药疗法对疼痛有改善作用且对 PPS 治疗产生有利作用。	1a
戊糖多硫酸可以提高 PPS 的整体评价和生存质量分数。	1b
肌肉松弛药在 PPS 中的作用无足够数据。	2b
普瑞巴林对 PPS 的治疗无作用。	1b
用 A 型肉毒杆菌注射入骨盆底在 PPS 治疗中有适度作用。	2b
电磁疗法在 PPS 治疗中的作用数据有限。	2b
微波热疗在 PPS 治疗中的作用数据有限。	3
会阴外震波治疗可能对 PPS 治疗有效。	1b
电针治疗在 PPS 治疗中的作用数据有限。	2b
会阴-胫神经刺激可能对 PPS 治疗有效。	1b
肌筋膜物理治疗在 PPS 治疗中的作用数据有限。	2b
TUNA 的治疗效果数据不足。	2b
对其他手术疗法的使用(例如膀胱颈切开术、经尿道前列腺切开术、根治性前列腺切除术在 PPS 患者中的应用)缺乏足够数据。	3
针对 PPS 患者的认知行为治疗可能改善疼痛和生活质量。	3

表 4 治疗 PPS 的推荐药物

推荐药物	推荐级别
应考虑多种和临床分级的治疗。	B
病史少于 1 年的患者,推荐应用 α 受体阻滞剂。	A
病史少于 1 年的初诊患者,推荐应用抗生素治疗不少于 6 周。	A
推荐非甾体抗炎药(NSAIDs)应用于 PPS,但需关注长期应用 NSAIDs 的副作用。	B
不推荐别嘌呤醇用于 PPS。	B
可能应用植物药疗法。	B
考虑运用大剂量的戊聚糖改善生活质量和症状。	A
不推荐应用普瑞巴林治疗 PPS。	A
体外冲击疗法可以考虑用于治疗 PPS。	B
电针可以考虑用于治疗 PPS。	B
可以考虑胫后神经刺激治疗 PPS。	B
不推荐应用经尿道前列腺针刺消融(transurethral needle ablation of the prostate, TUNA)治疗 PPS。	B
对于伴有心理抑郁的 PPS,心理治疗应该尝试。	B

4.1 α -受体阻滞剂

近几年,有关 α 受体阻滞剂的随机对照研究所获得的阳性结果,促使临床广泛应用 α 受体阻滞剂治疗 PPS。 α 受体阻滞剂也许改善尿流症状,机制包括:阻断膀胱颈部和前列腺的 α 受体、直接作用于中枢神经系统的 $\alpha_1A / 1D$ 受体^[8]。 α 受体阻滞剂的作用比较温和,也许不适合长期的 PPS 患者。未来的研究应该显示长程治疗的效果。

4.2 抗生素治疗

由于部分患者接受抗菌治疗后好转,经验性抗菌治疗得到广泛应用。患者对抗生素的敏感可以保持 4~6 周,甚至更长时间。可惜的是前列腺特异性标本的细菌培养、白细胞、抗体不能预测抗生素在 PPS 患者中的作用。前列腺活检细菌培养结果与健康对照组没有区别。网络荟萃分析显示抗生素与 α 受体阻滞剂联合应用治疗 PPS 会有更好的临床结局。然而,该研究的局限是:样本量少,研究期间处于治疗效果明显的阶段,联合治疗的作用是轻微的。推测治疗中获益的患者可能带有未被认识的病原体。如果应用抗生素,在应用喹诺酮或者四环素 6 周后,应该选择其他疗法。

4.3 抗炎药物

对于非甾体抗炎药,只有两个随机对照试验。其中一项是塞来昔布治疗方案,与安慰剂对比,疼痛、生活质量分数和 NIH-CPSI 评分均支持塞来昔布治疗,但是效果仅局限于治疗期间^[9]。一项随机安慰剂对照研究,已经对白三烯拮抗剂扎鲁司特进行了观察,患者同时服用强力霉素,研究结果为阴性。对于类固醇,一项口服强的松随机低效能安慰剂对照试验显示无显著效果。最近的一项荟萃分析中,将 NSAIDs 的两项研究和一项口服强的松的研究合并,与安慰剂相比,80% 的抗炎症药物可能性反应剧烈。总体来说,抗炎症药物具有治疗作用,最终的评价仍需大样本的研究证实,同时需考虑长期应用带来的副作用。

4.4 阿片类药物

对于难治性 PPS 的患者,阿片类药物能够起到缓解疼痛的作用。虽然阿片类药物治疗非癌症疼痛的长期有效性只有少量数据,阿片类药物同时具有副作用:降低生活质量、依赖性、阿片类药物耐受以及阿片诱导的痛觉过敏^[10]。泌尿科医师在应用阿片类药物治疗 PPS 时,需配合其他疗法。

4.5 5 α 还原酶抑制剂

在对 5 α 还原酶抑制剂进行了小样本的初步研究后发现,非那雄胺可能改善排泄症状和疼痛。但是

《指南》不推荐 5 α 还原酶抑制剂用于治疗 PPS。

4.6 别嘌呤醇

有关别嘌呤醇随机对照试验是基于一种假说,尿潴留时行前列腺内插管,导致前列腺分泌物的代谢产物嘌呤和嘧啶蓄积在前列腺,从而引起前列腺炎。然而,别嘌呤醇对 PPS 的研究还不够充分,不能被循证医学数据库的评审员推荐为 PPS 的临床用药^[11]。此外,在最近的关于别嘌呤醇的安慰剂随机对照试验中,将别嘌呤醇作为氧氟沙星的辅助药物没有发现有益的作用。

4.7 植物疗法

对花粉提取物(普适泰/Poltit)进行的随机对照研究发现,它能够极大地改善 PPS 症状^[12]。对另外一个花粉提取物舍尼通进行的为期 12 周的安慰剂随机对照研究发现,能显著改善非炎症性 PPS 的症状。主要是由于对于疼痛的显著作用。一个小样本随机对照研究发现槲皮素能显著改善 NIH-CPSI 评分。

4.8 戊聚糖

对于膀胱疼痛综合征(bladder pain syndrome, BPS)患者,高剂量的口服戊聚糖(3,300mg/d),能够显著提高临床疗效评估。对于 PPS 患者,高剂量的口服戊聚糖治疗,生活质量大大超过安慰剂组。表明两种疾病可能有共同病因^[13]。

4.9 肌肉松弛剂

肌肉松弛剂(地西洋、巴氯芬)用于括约肌功能障碍或盆底、会阴肌肉痉挛,只有少数前瞻性临床试验支持上述观点。最近的一项随机对照研究发现,肌肉松弛剂、抗炎药物和 α 受体阻滞剂的三联疗法对于初诊患者有效,但三联疗法并不优于 α 受体阻滞剂单独应用^[14]。

4.10 普瑞巴林

普瑞巴林是一种抗癫痫药物,该药已被批准用于慢性带状疱疹后遗神经痛、纤维肌痛、糖尿病神经病变。一项为期 6 周的安慰剂随机对照研究发现,普瑞巴林没有引起 NIH-CPSI 总评分显著降低(至少 6 分)^[15]。

4.11 肉毒毒素(BTX-A)

肉毒毒素(BTX-A)通过非神经肌肉功能,可能对传入性神经疼痛通路具有缓解作用。在一个小样本研究中,尿道周围注射 A 型肉毒毒素(200U)局部治疗,发现能改善疼痛及尿道压力变化曲线。一项关于会阴骨骼肌注射 A 型肉毒毒素(100U)的小样本随机安慰剂研究最近已发表,然而病例数太少和随访时间

太短,不能得出明确结论。

4.12 物理治疗

4.12.1 电磁治疗 在一项小样本、双盲、安慰剂对照研究中,4 周电磁治疗具有显著、持续效果,疗效可持续超过 1 年。

4.12.2 微波热疗 热疗已经证明可显著改善症状。例如直肠和尿道热疗,但没有安慰剂对照^[16]。

4.12.3 体外冲击波疗法 最近的一项双盲、安慰剂对照研究,每周 4 次会阴体外冲击波疗法,与对照组相比,可显著改善疼痛、生活质量和排尿,作用持续超过 12 周。由于缺少安慰剂对照,验证研究有待于开展。安慰剂效应在 PPS 的试验中是非常重要的。

4.12.4 电针疗法 一个小样本的随机试验表明,电针治疗优于安慰剂效应。该研究为每周一次电针治疗 97 例 PPS 患者,92% 患者的 NIH - CPSI 总分显著改善。

4.12.5 胫神经刺激 一项中型、安慰剂对照研究表明,在 NIH - CPSI 评分和疼痛量表评分方面得到显著改善^[17]。

4.12.6 肌筋膜物理治疗 与整体按摩治疗相比,一项肌筋膜物理治疗随机试验,PPS 组和膀胱疼痛综合征组,获得临床受益。在 PPS 组,整体按摩治疗与肌筋膜物理治疗在作用上没有差异。

4.13 手术治疗

包括经尿道切开膀胱颈、快速的经尿道前列腺切除术,特别是前列腺癌根治术,治疗的作用非常有限,并且需要严格的手术适应症。

4.14 心理治疗

随着患者的症状变得严重,其生活质量亦随之下降。鉴于心理问题(尤其是抑郁症和灾难恐惧症)对患者生活质量预后的影响,意味着心理状况也应作为治疗目标。

5 结 语

评价和借鉴国外临床指南,并结合我国客观实际是制定我国临床指南的有效方法。本《指南》对于全科医生和不熟悉该病的泌尿科医生有很好的临床参考价值。

参考文献

[1] Tripp DA, Nickel JC, Wang Y, et al. Catastrophizing and pain - contingent rest predict patient adjustment in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *J Pain*, 2006, 7(10): 697 - 708.

- [2] Walz J, Perotte P, Hutterer G, et al. Impact of chronic prostatitis - like symptoms on the quality of life in a large group of men. *BJU Int*, 2007, 100(6): 1307 - 11.
- [3] Marszalek M, Wehrberger C, Hochreiter W, et al. Symptoms suggestive of chronic pelvic pain syndrome in an urban population: prevalence and associations with lower urinary tract symptoms and erectile function. *J Urol*, 2007, 177(5): 1815 - 1819.
- [4] Nickel JC, Baranowski AP, Pontari M, et al. Management of men diagnosed with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome who have failed traditional management. *Rev Urol*, 2007, 9(2): 63 - 72.
- [5] Krieger JN, Lee SW, Jeon J, et al. Epidemiology of prostatitis. *Int J Antimicrob Agents*, 2008, 31(Suppl 1): S85 - 90.
- [6] Nickel JC, Siemens DR, Nickel KR, et al. The patient with chronic epididymitis: Characterization of an enigmatic syndrome. *J Urol*, 2002, 167(4): 1701 - 1704.
- [7] Nickel JC. The Pre and Post Massage Test (PPMT): a simple screen for prostatitis. *Tech Urol*, 1997, 3(1): 38 - 43.
- [8] Nickel JC, Downey J, Pontari MA, et al. A randomized placebo - controlled multicentre study to evaluate the safety and efficacy of finasteride for male chronic pelvic pain syndrome (category IIIA chronic nonbacterial prostatitis). *BJU Int*, 2004, 93(7): 991 - 995.
- [9] Zhao WP, Zhang ZG, Li XD, et al. Celecoxib reduces symptoms in men with difficult chronic pelvic pain syndrome (Category IIIA). *Braz J Med Biol Res*, 2009, 42(10): 963 - 967.
- [10] Nickel JC. Opioids for chronic prostatitis and interstitial cystitis: lessons learned from the 11th World Congress on Pain. *Urology*, 2006, 68(4): 697 - 701.
- [11] McNaughton CO, Wilt T. Allopurinol for chronic prostatitis. *Cochrane Database Syst Rev*, 2002(4): CD001 - 041.
- [12] Elist J. Effects of pollen extract preparation Prostat/Poltit on lower urinary tract symptoms in patients with chronic nonbacterial prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a randomized, double - blind, placebo - controlled study. *Urology*, 2006, 67(1): 60 - 63.
- [13] Nickel JC, Forrest JB, Tomera K, et al. Pentosan polysulfate sodium therapy for men with chronic pelvic pain syndrome: a multicenter, randomized, placebo controlled study. *J Urol*, 2005, 173(4): 1252 - 1255.
- [14] Tugcu V, Tasci AI, Fazlioglu, Gurbuz G, Ozbek E, Sahin S, Kurtulus F, Cek M. A placebo - controlled comparison of the efficiency of triple - and monotherapy in category III B chronic pelvic pain syndrome (PPS). *Eur Urol*, 2007, 51(4): 1113 - 1117; discussion 1118.

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2012.11.002

· 性医学 ·

经尿道前列腺电切术与等离子双极电切术的疗效对比研究

姜 海¹ 温儒民²

1 睢宁县人民医院泌尿外科, 江苏 徐州 221200

2 徐州医学院泌尿外科, 江苏 徐州 221004

【摘要】目的:比较经尿道前列腺电切术(TURP)与经尿道前列腺双极等离子电切术(PKRP)治疗良性前列腺增生(BPH)的近期临床疗效、安全性。**方法:**将 90 例确诊为 BPH 患者随机分为两组,PKRP 组 45 例和 TURP 组 45 例,两组病例术前前列腺症状评分(IPSS)、生活质量评分(QOL)、剩余尿量(RUV)、最大尿流率(Qmax)比较差异均无统计学意义($P>0.05$),比较术前后临床的各项指标及两种手术方法的效果。**结果:**PKRP 组平均手术时间、术中出血和并发症发生率明显低于 TURP 组,PKRP 组术后 3h 血红蛋白明显高于 TURP 组,差异均有显著性意义($P<0.05$);术后 3、6 个月随访,两组 IPSS、QOL、RUV、Qmax 均较术前明显改善,差异均有显著性意义($P<0.05$),两组间比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。术后膀胱冲洗时间、留置导尿时间差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论:**PKRP 与 TURP 比较,治疗 BPH 近期疗效相似,但 PKRP 安全性更高,并发症少。

【关键词】良性前列腺增生;经尿道前列腺电切术,经尿道前列腺等离子双极电切术

A comparison on the therapeutic effects of transurethral resection and bipolar plasma kinetic resection in the treatment of benign prostatic hyperplasia

JIANG Hai¹, WEN Rumin²

1 Department of Urology, Suining People's Hospital, Xuzhou 221200, China

2 Department of Urology, Xuzhou Medical College, Xuzhou 221004, China

【Abstract】Objectives: To compare the short-term clinical efficacy, safety and complications between bipolar plasma kinetic resection of prostate (PKRP) and transurethral resection of prostate (TURP) in the treatment of benign prostatic hyperplasia (BPH). **Methods:** 90 patients with BPH were randomly divided into two groups, 45 cases receiving PKRP and another 45 cases receiving TURP. Before the operation, there were no significant differences between the two groups in international prostate symptom score (IPSS), quality of life (QOL), residual urine volume (RUV) and the maximal urinary flow rate (Qmax) ($P>0.05$). The clinical parameters of the two groups were compared before and after the operation. **Results:** The change of the operative time, postoperative hemoglobin, and intraoperative bleeding were significantly different in the two groups ($P<0.05$). Following-up visit after 3 and 6 months showed that IPSS, QOL and RUV scores increased and Qmax scores decreased significantly in both groups after the operation, but no differences were found between the two groups ($P>0.05$). There were no significant differences in bladder washout and postoperative catheterization between the two groups ($P>0.05$). The incidence of complications in TURP were significant differences in PKRP. **Conclusions:** PKRP and TURP have similar short-term efficacy in the treatment of BPH, but PKRP is much safer and produces less complications than TURP.

【Key words】 Benign prostatic hyperplasia; Transurethral resection of prostate; Transurethral plasmakinetic resection of the prostate

【第一作者简介】姜 海(1966-),男,副主任医师,主要从事泌尿外科临床诊治与研究工作。

良性前列腺增生(benign prostatic hyperplasia, BPH)主要指的是前列腺细胞的增多而导致前列腺的

增大,一般常见于 50 岁以上男性。主要临床表现是排尿困难,且随着年龄的增长 BPH 的临床表现呈进行性加重,是一个生理老化过程。目前 BPH 的主要治疗方法包括药物治疗和外科治疗,一般对于药物治疗后效果不持久以及梗阻严重患者应及时行外科治疗^[1]。分析我院 2009 年 2 月~2011 年 11 月外科治疗的 BPH 患者 90 例,对不同术式的近期临床疗效、安全性进行比较分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集从 2009 年 2 月~2011 年 11 月在我院明确诊断为 BPH 并符合外科治疗适应症的患者共 90 例,下尿路梗阻症状为其主要临床表现。年龄 62~84 岁,平均(74.6±8.5)岁;病程 5~17 年,平均(8.8±2.4)年。按患者入院时的奇偶数分为两组,奇数为第一组,偶数为第二组。第一组 45 例,行 TURP;第二组 45 例,行 PKRP。排除标准:术前有急性心肌梗死、未能控制的心力衰竭、严重的心律失常、糖尿病、严重心肝肾功能损害、严重心血管疾患、术中出血达 200ml 以上、严重肺部感染、合并体积较大的多发或浸润性生长的膀胱癌、全身麻醉、术中改开发手术、同时进行两个或多个手术者等。术前两组年龄、性别、国际前列腺症状评分(I-PSS)、生活质量评分(QOL)、最大尿流率(Qmax)、剩余尿量(RUV)、Sohlege 手术危险分类及前列腺重量比较无显著性差异($P<0.05$)。

1.2 手术设备与方法

1.2.1 手术设备 TURP 组采用英国 Gyrus Endourology system 电切系统,气化功率 160W,凝血功率 80W,以生理盐水作为冲洗液。PKRP 组采用英国 Gymsmedical 前列腺治疗系统,电切镜外鞘 26F、27F,术中需更换电切镜外鞘、工作手柄、高频电缆和电极就可行双极电切或单极电切,切割功率 160 W,电凝功率 80 W,以生理盐水作为灌洗液,不需负极板。

1.2.2 手术方法 取膀胱截石位,PKRP 方法使用 F26 外鞘,用生理盐水为工作介质持续冲洗。TURP 方法使用 F27 外鞘,用 4% 甘露醇为工作介质持续冲洗。术前均常规应用环丙沙星 500mg 静脉滴注预防感染,同时采用腰麻加硬脊膜外阻滞麻醉。两组手术方式相同,直视下镜,仔细有序的观察膀胱各壁及后尿道情况,找到前列腺后,观察前列腺增生情况及有无突入膀胱,分析并注意精阜与膀胱颈的距离。近端以膀胱颈为切除开始的标志,远端以精阜近端为终止的界限,外周切至包膜,根据前列腺肿大部位进行顺行方向切割法。完成前列腺的切除后,为避免可能出现的术后膀胱出口机械梗阻,充分游离开膀胱颈环状纤维的 3 点和 9 点。电切结束后用冲洗器冲出前列腺组织碎片,再次仔细止血,术毕灌水做压腹试验,证实排尿通畅后,放置 F20 三腔尿管。

1.3 比较指标

比较两组患者手术时间、术后冲洗时间、术中出血、术后 3h 血红蛋白、留置尿管时间及并发症发生率。术后随访,比较两组患者术前、术后 3、6 个月的 IPSS、QOL、Qmax、RUV。

1.4 统计学方法

全部数据均应用 SPSS13.0 统计分析软件进行处理, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组手术方法指标改善效果比较

两组患者术前参数指标 IPSS、QOL、Qmax、RUV 比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。术后 3、6 个月随访,2 组 IPSS、QOL、RUV 均有不同程度下降,与术前比较明显下降,Qmax 则均有所提高,与术前比较明显提高,差异经统计学分析有统计学意义($P<0.05$),随术后时间增长而改善明显,PKRP 组与 TURP 组两组间比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

表 1 两组手术方法指标改善效果比较

项目	PKRP 组			TURP 组		
	术前	术后 3 月	术后 6 月	术前	术后 3 月	术后 6 月
IPSS(分)	23.1±1.9	9.5±2.2 [△]	8.3±1.9 [△]	22.9±1.7	9.1±2.3 [△]	8.5±1.8 [△]
QOL(分)	4.4±0.8	2.3±0.6 [△]	1.5±0.5 [△]	4.2±0.8	2.3±0.6 [△]	1.5±0.4 [△]
Qmax(ml/s)	7.6±2.1	15.2±3.7 [△]	18.6±3.9 [△]	7.4±2.3	15.2±3.4 [△]	18.2±3.6 [△]
RUV(ml)	154±48	11.5±4.5 [△]	8.4±3.8 [△]	149±53	10.9±4.7 [△]	8.8±3.9 [△]

注:同组内与术前数值比较,[△] $P<0.052$ 组间同时期数值比较,[▲] $P<0.05$

2.2 两组患者手术相关指标比较

PKRP 组平均手术时间和术中出血明显低于 TURP 组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。PKRP 组术

后 3h 血红蛋白明显高于 TURP 组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。术后冲洗时间和留置尿管时间两组无明显差异($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 两组方法观察指标的比较

组别	手术时间(min)	术中出血(ml)	术后 3h 血红蛋白(g/L)	术后冲洗时间(h)	留置尿管时间(d)
TURP 组	81.5 ± 17.7	432.6 ± 59.4	121.1 ± 4.5	34 ± 2.6	4.7 ± 1.3
PKRP 组	61.5 ± 16.5▲	360.5 ± 65.6▲	135.2 ± 4.6▲	32 ± 2.8	4.5 ± 1.2

注:与 TURP 组相比较,▲ $P < 0.05$

2.3 两组术后并发症比较

两组术后发生并发症主要有术中前列腺包膜穿孔、术后前列腺窝出血、尿潴留、尿道狭窄、术后严重尿路刺激、假性尿失禁、继发性出血、膀胱颈挛缩及术后栓塞等。TURP 组并发症明显高于 PKRP 组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组术后并发症比较(例)

组别	并发症		χ^2	P
	是	否		
TURP 组	12	33	6.480	$P < 0.05$
PKRP 组	3	42		

3 讨 论

良性前列腺增生(BPH)是老年男性常见病,致病的主要机制认为是前列腺生长由雄激素调控的,随着年龄增长,前列腺呈进行性增生,重度 BPH 明显影响生活质量的患者、药物治疗效果不佳或拒绝接受药物治疗者均需要行手术治疗^[2]。随着膀胱镜及光源的发展,高频电流被应用于外科,微创治疗 BPH 成为可能,但是早期的微创治疗仍有其不足之处,如手术时间长,冲洗液吸收过多,可引起稀释性低钠血症,继发性出血等^[3]。故 PKRP 与 TURP 是不同的新技术,全新概念的产品。PKRP 电切袪同时带有两个电极,分为工作电极和回路电极,将电极周围的导体(靶组织)裂解,明显降低了对周围组织的热损伤^[4]。

本实验就是通过两种手术方法比较 PKRP 的优异性。研究认为 PKRP 组在术后 IPSS、QOL、RUV 均较术前明显下降,Qmax 均较术前明显增加,TURP 组在术后 IPSS、QOL、RUV 也均较术前明显下降,Qmax 均较术前明显增加,两组之间的差异则无统计学意义。两组差异不明显,但 PKRP 组较 TURP 组比较可明显提高患者的手术时间、术中出血和并发症发生率明显低于 TURP

组。认为 TURP 采用单极高频电热能切割,电切温度可达 400℃,如此高的热穿透损伤容易造成尿道外括约肌的损伤,同样会增加短暂尿失禁并发症的发生率,加重对尿道热灼伤,可加大对周围组织的破坏,明显增加出血量,不仅影响视野,增加手术时间,同时也影响患者术后恢复。另外随着手术时间的增加,同时也增加了术中对尿道黏膜组织的损伤,组织损伤的加重同样会增加术后尿道狭窄及术后感染的风险。因损伤大时,易形成焦痂,而焦痂粘连不紧密又容易脱落,造成术后继发性出血^[5-7]。故采用 PKRP 技术后其热损伤可明显减少,从而降低了被切割组织周围的损伤,且在切割的过程中靶组织周围产生一层更薄的均匀凝固层,有利于创面血管的闭合,减少术中出血及术后继发性出血的可能。术中对周围组织损伤程度的明显降低,可观察到患者恢复明显的好于 TURP 组,而且该手术方法简单易掌握,安全、有效,并发症少且一般较轻,对于初学者尤为适用,所以,PKRP 的安全性显然要高于 TURP,对环境的干扰小,降低对内环境稳态的影响,较为安全^[8]。

综上所述,PKRP 与 TURP 均是有效治疗 BPH 的方法,两种手术方法的近期疗效相仿,但 PKRP 的并发症发生率明显低于 TURP,行 PKRP 手术的患者术后恢复明显提高,手术安全性高,可进一步推广。

综上所述,PKRP 是治疗 BPH 安全、有效的手术方式,安全性比 TURP 更高,值得在临床上推广应用,具有良好的临床应用前景。

参考文献

[1] 余新立,庞健,陈立新,等.经尿道前列腺等离子电切术治疗高危前列腺增生症.中华腔镜泌尿外科杂志:电子版,2009,3(2):137-140.
[2] 汪中扬,马波,潘兆君.经尿道等离子前列腺汽化电切术与经尿道前列腺电切术的近期疗效比较.中华腔镜泌尿外科杂志:电子版,2008,2(1):33-35.

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2012.11.003

· 性医学 ·

咸阳市男性不孕不育成因分析

燕群峰 杜昌国 贺利锋 叶明宝 韩成贤 王亚辉 宋嘉言

咸阳市第一人民医院泌尿外科, 陕西 咸阳 712000

【摘要】目的:探讨咸阳地区男性不育的病因分布。**方法:**对来我院泌尿外科门诊就诊的男性不育患者以调查问卷、查体及实验室检查的方式收集的较为完整的 305 例病史资料进行了病因分析。**结果:**305 例男性不育患者中精液异常占 88.52%。其他单因素占比例较少。**结论:**男性不育的病因复杂,在我市精液异常为主要病因。

【关键词】咸阳地区; 男性不育; 病因

Causes of male infertility in Xianyang City

YAN Qunfeng, DU Changguo, HE Lifeng, et al

Department of Urology, Xianyang First People's Hospital, Xianyang 712000, China

【Abstract】Objectives: To Investigate the causes of male infertility in Xianyang region. **Methods:** The male infertility patients who came to our department for clinical visits were administered with questionnaire survey, physical examination and laboratory tests. **Results:** Semen abnormalities in 305 cases of male infertility accounted for 88.52%. Other causes took up small proportion. **Conclusion:** The causes of male infertility are complex. Semen abnormalities was the main cause of male infertility in Xianyang region.

【Key words】 The Xianyang region; Male infertility; Etiology

不育症是指夫妇正常性生活 2 年未能怀孕者,包括原发不育和继发不育,它是涉及夫妇双方的生殖健康问题。据报道不育症的发生率为 4% ~ 19%^[1]。由中国性学会性医学专业委员会 2011 年 4 月在南京召开的第七次全国医学学术会议上公布的世界卫生组织对人类精液检查的最新数据分析,男性的精子密度每毫升从 1999 年的 2000 万已经下降到了现在的 1500 万,10 年下降超过 30%。导致本症发生率不断上升的有关不育病因在夫妇中所占的比例报道不一。为此,我们对来我院泌尿外科门诊诊治的家居咸阳市的 305 例不育男性患者较为完整的资料作了病因分析。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2010 年 1 月 ~ 2011 年 11 月来我院泌尿外科门诊诊治且资料较完整的 305 例男性患者作为分析对象。年龄:最小 23 岁,最大 44 岁,平均 29.15 ± 4.3 岁。不孕年限:最短 2 年,最长 16 年,平均 4.6 年。不孕分类:原发不育 201 例,继发不育 104 例。

1.2 检查内容和方法

询问病史,体检,精液常规检查(2 次以上,参照 WHO),血清抗精子抗体(ASAb,用 ELISA 法),内分泌测定,精液支原体培养,尿道分泌物检测衣原体抗原(单克隆抗体快速免疫法)。

2 结 果

2.1 不育病因分布

305 例不育主要病因见表 1、表 2。表 1 提示男性

【基金项目】陕西省卫生厅科研基金项目(2010H21)。

【第一作者简介】燕群峰(1963-),男,主任医师、教授,主要从事泌尿外科临床诊治工作。

不育原因主要为精液异常,性功能障碍及射精异常只占很少比例,24 例原因不明。

表 1 305 例不育主要病因分析

不育病因	发生数(例)	发生率(%)
精液异常	270	88.52
性功能障碍	8	2.62
射精异常	3	0.98
主要原因不明	24	7.87
合计	305	100

表 2 270 例精液异常病因分析

	发生数(例)	发生率(%)
精索静脉曲张	115	42.59
生殖系感染	89	32.96
其他原因	66	24.44
合计	270	100

2.2 305 例原发不育与继发不育主要病因分布情况

表 3 提示男方原发不育以精液异常为主;继发不育病例中,精液异常同样占绝大部分,其次为原因不明。

表 3 原发与继发不育主要病因分布表

病因	总例数(%)		原发不育		继发不育	
			例数	(%)	例数	(%)
精液异常	270	88.52	202	74.81	69	25.19
性功能障碍	8	2.62	5	62.50	3	37.50
射精异常	3	0.98	3	100	0	0
主要原因不明	24	7.87	9	37.50	15	62.50

2.3 305 例不育病因多因素分布表

表 4 提示 305 例中找到 2~3 个不育因素的占多数,共 179 例,占 58.69%。

表 4 305 对不育不孕多因素分布表

病因(个)	例数(N)	发生率(%)
0	24	7.87
1	82	26.89
2	114	37.38
3	65	21.31
4	19	6.23
5	1	0.33
合计	305	100.00

3 讨论

男性不育原因复杂,如生殖器官异常、性功能障碍、精液异常等,而精液异常为男性生殖障碍主要原因。精子的产生是一个复杂的持续性的分化过程,受到约 2000 个基因的调控,且绝大部分基因位于常染色体上,少数位于 Y 染色体上。常染色体上调节精子生成的基因参与精子发生过程及体内其他细胞新陈代谢的调节,而 Y 染色体上的基因主要参与生殖功能的调节,所以常染色体和性染色体的异常都可以引起不育。克氏综合征(Klinefelter 综合征)即先天性睾丸曲细精管发育不全,是最常见的男性性染色体异常^[1]。本研究中 47,XXY 有 11 例。过多的 X 染色体削弱了 Y 染色体对男性的决定作用,抑制了睾丸曲细精管的成熟,导致睾丸小而质硬,生精小管萎缩、玻璃样变,生殖细胞进行性闭锁,导致无精或少精、弱精。另外,目前临床常见的流行性腮腺炎并发双侧睾丸炎导致双侧睾丸萎缩,致生精功能障碍也为本地区精液异常的重要原因。

本研究中精液异常的病例中,有 16 例每天的吸烟量在两包以上,烟龄大于 5 年;有 15 例过度酗酒,时间大于 2 年。人体活性细胞均可产生氧自由基,而过量的氧自由基则对机体有害,正常机体存在一系列完备的抗氧化防御酶系统,如超氧化物歧化酶(SOD)、过氧化氢酶(AT)、谷胱甘肽过氧化物酶(GSH. PX)等,可清除氧自由基及其代谢产物^[2]。长期过量饮酒不仅可致脑功能等重要器官损害,还可致不育,原因为长期过量饮酒可致睾丸萎缩、发育不良、睾丸及附睾的重量降低、生精小管内产生多核巨细胞、精母细胞退化、精子数目减少,性功能减低和生育力低下。其因可能是酒精致机体抗氧化应激保护酶系受到损害,NO 产生过多。高浓度的 NO 不仅能致内脏器官损伤,还能使睾丸生精功能及精子的生活内环境发生改变,造成精子生成减少、死精子增多、精子质量下降,从而导致不育^[2-4]。

在 305 例受检不育男性精液中,感染细菌 38 例,感染率 12.46%,其中 G+ 菌占 93.6%。检出率由高到低依次为表皮葡萄球菌(26.5%)、屎肠球菌(18%)、金黄色葡萄球菌(15.9%)。G- 菌占 6.4%。蒋玖等对 43 例不育男性精液进行细菌培养,在检出的细菌中,金黄色葡萄球菌、表皮葡萄球菌为优势菌群,分别达 41.96% 和 19.35%^[5]。在细菌种类方面与本组结果基本相符,但在所占比例上,存在较大差别,可

能是由于例数的不同,存在统计学上的偏差;但同时也可能说明,由于抗生素广泛大量使用,导致感染菌群在不断发生变化,从而更加明确了细菌培养在指导临床用药方面的重要性。

慢性前列腺炎是成年男性的常见病,按(美国)全国卫生研究所(National Institutes of Health, NIH)分类标准可分为炎症性和非炎症性两大类^[6]。目前已经证实,前列腺炎的慢性病程和反复发作的特点可影响男性生殖系统功能,导致男性不育,其发病率在 5.1% ~ 25.7% 之间^[7]。本研究中 14 例慢性前列腺炎不育男性的精液检测可看出,精子密度、存活率、精子活力(特别是 a 级精子)都明显低于正常值。

另外一个引起精液异常的主要原因为精索静脉曲张。精索静脉曲张致不育症涉及到内分泌、代谢产物返流、免疫、温度变化等,但均不能完全解释^[8]。虽然精索静脉曲张与男性不育关系密切,且有关该病的研究也有众多的文献,但其发病机制至今尚无定论。本研究中精索静脉曲张例数为 115 例,为本地区精液异常的最主要原因。

在其他不育病因分析中,性功能障碍虽然只有 8 例,但不容忽视。在现代生活中,随着社会压力的增大及人们对生活质量的要求不断提高,心理因素引起的性功能障碍应引起足够的重视。在本研究中的 8 例病例中,通过心理疏导再辅以药物治疗成功治愈 5 例。

射精异常所致男性不育在本地区发病率低,在本研究中仅有 3 例,1 例为严重的尿道下裂所致不能阴道内射精,1 例为前列腺炎引起的输精管完全性闭锁,还有 1 例为心理性障碍引起的早泄。

在本地区原发性和继发性不育病因分析中,精液异常同为主要因素。在原发性不育中精液异常的主要病因为精索静脉曲张及先天性疾病,而在继发性不育中精液异常的 69 例病例中因生殖系感染引起的有 45 例,占 65.22%,因此生殖卫生应引起足够的重视。同

时继发性不育中原因不明的病例有 15 例,也说明继发性不育的病因更复杂。

不育是一个十分复杂,涉及男女双方、多学科的问题,病因错综复杂,同一个患者可能有多个不孕因素存在。本文表 4 显示约 58.69% 以上病例均可找到 2 ~ 3 个不孕因素。因此要求每个医生接诊病人时要详细询问病史,作全身体检,辅以实验室检查,同时又要意识到夫妇同治的重要性,不能因一方的就诊而忽视另一方存在不孕因素的可能,以免延误双方的诊治时间。治疗不育症必须夫妇同诊同治,多因素分析,主次兼顾,这样才能缩短疗程,大大提高治愈率。

参考文献

- [1] 吴媛媛,丁建林,吴行飞. 武汉地区 1617 例少弱精及无精症患者的细胞遗传学分析. 中华医学遗传学杂志, 2009, 26(6): 714 - 715.
- [2] 吴顺理,李世文,郑新民,等. 乙醇毒染大鼠睾丸总抗氧化能力、一氧化氮和一氧化氮合酶的变化与生殖细胞凋亡的关系. 中华男科学杂志, 2006, 12(1): 21 - 24.
- [3] 唐盛,刘芸芳,王浩宇. 过量饮酒致急性肾功能衰竭临床分析. 中国医师杂志, 2008, 10(4): 526 - 527.
- [4] Nathalie Sermondade, Hanene Elloumi, Isabelle Berthaut, et al. Progressive alcohol - induced sperm alterations leading to spermatogenic arrest, which was reversed after alcohol withdrawal. Reproductive. Bio Medicine Online, 2010, 20(3): 324 - 327.
- [5] 蒋玖,陆德源. 不育夫妇精子精液中细菌的检出与精液常规的观察. 男性学杂志, 1996, 10(4): 196 - 198.
- [6] 沈建国,陈小敏. 前列腺液 pH 值检测对慢性前列腺炎的诊断价值. 中国基层医药, 2008, 15(4): 618 - 619.
- [7] 李科茂,王学本,赵如青. 慢性前列腺炎对男性生育的影响. 中国性科学, 2006, 15(10): 16 - 17.
- [8] 秦文波,王淑秋,王跃生. 氧自由基与精索静脉曲张不育关系的研究. 中华泌尿外科杂志, 1996, 17(11): 689.

[收稿日期: 2012 - 06 - 07]

(上接第 7 页)

- [15] Pontari MA, Krieger JN, Litwin MS, et al. Pregabalin for the treatment of men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A randomized controlled trial. Arch Intern Med, 2010, 27, 170(17): 1586 - 1593.
- [16] Kastner C, Hochreiter W, Huidobro C, et al. Cooled transurethral microwave thermotherapy for intractable chronic

prostatitis - results of a pilot study after 1 year. Urology, 2004, 64(6): 1149 - 1154.

- [17] Kabay S, Kabay SC, Yucel M, et al. Efficiency of posterior tibial nerve stimulation in category IIIB chronic prostatitis/chronic pelvic pain: A sham - controlled comparative study. Urol Int, 2009, 83(1): 33 - 38.

[收稿日期: 2012 - 06 - 20]

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2012.11.004

· 性医学 ·

单侧输精管缺如 4 例临床分析及文献复习

柴 军¹ 赵连明^{2△} 唐文豪² 洪 锴² 姜 辉²

1 首都医科大学附属复兴医院泌尿外科, 北京 100038

2 北京大学第三医院泌尿外科, 北京 100191

【摘 要】目的:先天性单侧输精管缺如(Congenital unilateral absence of vas deferens, CUAVD)临床上罕见,诊疗过程中需要我们及时细致体检以便明确诊断,同时需要对病人适当的管理,注意预防对侧输精管病变,若罹患输精管疾患应采取积极合理的治疗。方法:我们回顾了 2011 年 5 月~2012 年 1 月诊治的 4 例 CUAVD 患者的临床资料,对每例进行分析、总结各自特点。结果:经分析发现,通过计算机辅助精液分析(CASA)、仔细地体检、经直肠超声可以区分梗阻部位以及引起少弱精症、无精症的原因。4 例 CUAVD 病例中,超声发现患侧精囊腺发育不良或缺如。其中 2 例出现健侧输精管炎症,1 例经抗炎治疗精液常规恢复。结论:对临床病人仔细体检,通过经直肠前列腺、精囊腺和射精管超声检查能够明确 CUAVD 的存在。因为只是经过门诊无创性的检查,即可以提供有效的确证证据。如果患者一旦确诊为 CUAVD,应告之患者预防健侧输精管发生梗阻的后果,并能积极预防,避免导致梗阻性无精。

【关键词】输精管缺如;计算机辅助精液分析;梗阻性无精

A report on 4 cases of unilateral absence of vas deferens

CHAI Jun¹, ZHAO Lianming², THANG Wenhao², HONG Kai², JIANG Hui²

1 Department of Urology, Fuxing Affiliated Hospital of Capital Medical University, Beijing 100038, China

2 Department of Urology, Peking University Third Hospital, Beijing 100191, China.

【Abstract】Objectives: Congenital unilateral absence of vas deferens are clinically rare. We need timely and careful physical examination to confirm our diagnosis. At the same time, appropriate patient management should be provided to prevent against pathological changes of the contralateral vas deferens. Methods: We reviewed the clinical data of four patients, and analyzed the characteristics of each patient. Results: The analysis showed CASA, careful physical examination, transrectal ultrasound test can help to detect the site of obstruction and determine the cause of asthenozoospermia and azoospermia. Ultrasound exam indicated absence of the ipsilateral seminal vesicle or dysplasia in all the four CUAVD patients. Among them, two cases was found to have combined contralateral vas deferens inflammation. One patient got recovered after anti-inflammatory treatment. Conclusions: Careful physical examination and ultrasound test can clearly detect the presence of congenital unilateral absence of vas deferens. If the patient is diagnosed as having CUAVD, he should be warned against the risk of contralateral vas deferens obstruction so as to actively prevent and avoid the occurrence of obstructive azoospermia.

【Key words】Vas deferens; CASA; Obstructive azoospermia

1 病例报告

病例 1: 男性, 38 岁, 主因结婚 10 年未避孕未育 10

年就诊。既往: 2007 年患左侧附睾、睾丸炎; 2008 年 CASA 可见 C + D 级精子。既往超声双肾未发现异常。查体: 左侧睾丸 8ml, 左侧输精管增粗, 左侧附睾尾较硬结节, 约 0.5 × 0.8cm 大小, 质偏硬, 无压痛, 右侧睾丸 12ml, 质中等, 右侧输精管触不到。2011 年 12 月两次 CASA: 精液量 0.1 ~ 0.3ml, 离心后未见精子, 果糖阳性, PH 值 7.5 ~ 7.8。生殖激素五项正常。超声: 左

【第一作者简介】柴 军(1969-), 男, 副主任医师, 主要从事泌尿外科和男科学临床工作。

△【通讯作者】赵连明, E-mail: doctorzhaolm@163.com

侧睾丸实质弥漫性病变 - 炎症后遗表现, 左侧附睾尾体积增大 - 炎症? 右侧精囊腺未探及。考虑诊断为右侧输精管缺如, 左侧输精管附睾梗阻。

病例 2: 男性, 31 岁, 结婚后未避孕未育 5 年。查体: 睾丸左右侧各 15ml, 左侧输精管未触及, 右侧输精管可触及。CASA: 精液量 0.2ml, 密度: 46.61 百万/ml, 果糖阳性, PH 值 7.8, a 级: 27.65%, b 级: 14.68%, c 级: 2.39%, d 级: 55.29%。超声: 左侧精囊腺未探及。诊断: 精液量减少, 弱精子症。建议行 IVF 治疗。激素: FSH 9.75mIU/ml, LH: 7.97mIU/ml, T: 6.9nmol/L。2012 年 1 月 6 日电话联系患者未行 IVF, 建议复查。

病例 3: 患者结婚 5 年, 未避孕未育。女方, 婚前人流 1 次, 胎停育 1 次。因射精量减少, 性欲稍低。查体: 睾丸 12ml, 左侧输精管未触及。激素: FSH 6.42mIU/ml, LH: 5.4 mIU/ml, T: 14.7nmol/L。2011 年 9 月 22 日复查 CASA: 精液量 0.3ml, 密度 10.1 百万/ml, 果糖阳性, PH 值 6.8, a 级: 0.75%, b 级: 7.09%, c 级: 3.5%。1 个月后复诊, CASA: 精液量 0.4ml, 密度 55.87 百万/ml, a 级: 2.14%, b 级: 2.85%, c 级: 2.49%, 正常形态: 1.5%。超声: 左侧精囊腺、射精管未探及 - 缺如可能, 右侧射精管无回声区, 囊肿可能。诊断: 左侧输精管缺如, 右侧射精管囊肿。建议: 射精管囊肿精囊镜下手术治疗。

病例 4: 不育就诊, 既往患糖尿病, 查体: 右侧输精管未触及。2011 年 5 月 17 日 CASA: 精液量 0.4ml, 密度 2.92 百万/ml, a 级: 18.18%, b 级: 22.73%, c 级: 13.64%, PH 值 7.2。2011 年 7 月 27 日就诊, 述不洁性生活后, 尿道有脓性分泌物, 行抗炎治疗后复诊, CASA: 精液量 0.1ml, 密度: 0 百万/ml, a 级: 0%, b 级: 0%, c 级: 0%。PH 值 6.5, 离心未见精子。激素: 正常。继续抗炎治疗。2011 年 8 月 19 日就诊, CASA: 精液量 0.2ml, 密度 96.92 百万/ml, a 级: 0.47%, b 级: 2.11%, c 级: 0.35%, PH 值 7.0。2011 年 8 月 31 日复查 CASA: 精液量 0.1ml, 密度 77.41 百万/ml, a 级: 2.4%, b 级: 3.08%, c 级: 1.03%, PH 值 7.0。超声: 左侧精囊腺发育不良, 右侧精囊腺缺如。诊断为: 精液减少, 严重少弱精症。

2 结 果

病人的特点、检查结果、治疗方法和结果总结。

患者(病例 1)结婚后未避孕未育 10 年, 查体左侧睾丸体积变小, 左侧附睾尾质硬结节, 左侧输精管增

粗, 右侧输精管触不到。结合既往曾有明确的左侧附睾、睾丸炎病史, 超声提示左侧睾丸实质弥漫性病变 - 炎症后遗表现, 左侧附睾尾体积增大, 不排除炎症, 右侧精囊腺未探及。该患者可以明确诊断为先天性右侧输精管、精囊腺缺如, 两次 CASA: 精液量减少, 离心后未见精子。考虑该患者左侧睾丸功能受损, 左侧附睾输精管炎症性梗阻, 右侧输精管缺如, 导致患者梗阻性无精。生殖激素五项正常, 考虑睾丸生精功能正常, 非中枢下丘脑 - 垂体病变, 建议下一步可行睾丸穿刺病理检查, 若有精子, 可行 ICSI。

患者(病例 2)结婚后未避孕未育 5 年。查体左侧输精管未触及, CASA: 精液量 0.2ml, 密度: 46.61 百万/ml, 果糖阳性, PH 值 7.8, a 级: 27.65%, b 级: 14.68%, c 级: 2.39%, d 级: 55.29%。超声示左侧精囊腺未探及。诊断为先天性左侧输精管缺如、精液量减少、弱精子症。考虑患者为先天性左侧输精管缺如(CUAVD), 因患者 5 年未避孕未育, 建议下一步行 IVF 治疗。

患者(病例 3)结婚后未避孕未育 5 年就诊。查体左侧输精管未触及。生殖激素水平正常。CASA: 精液量 0.3ml, 密度 10.1 百万/ml, 果糖阳性, PH 值 6.8, a 级: 0.75%, b 级: 7.09%, c 级: 3.5%。1 个月后复查 CASA: 精液量 0.4ml, 密度 55.87 百万/ml, a 级: 2.14%, b 级: 2.85%, c 级: 2.49%, 正常形态: 1.5%。超声提示左侧精囊腺、射精管未探及, 右侧射精管囊肿。考虑诊断为左侧输精管缺如, 右侧射精管囊肿。患者单侧精囊腺缺如, 由于精囊腺产生精液减少, 可以引起射精量减少, 同时对侧输精管囊肿阻碍了精囊液的排出, 更加重了精液减少, 建议: 射精管囊肿行精囊镜下手术切除治疗, 观察手术后精液以及活力情况。

患者(病例 4)主因不育就诊, 既往患糖尿病, 就诊时查体右侧输精管未触及。2011 年 5 月 17 日 CASA: 精液量 0.4ml, 密度 2.92 百万/ml, a 级: 18.18%, b 级: 22.73%, c 级: 13.64%, PH 值: 7.2。2011 年 7 月 27 日复诊, 述不洁性生活后, 尿道有脓性分泌物, 外院行抗炎治疗 10 天后复诊, CASA: 精液量 0.1ml, 密度: 0 百万/ml, a 级: 0%, b 级: 0%, c 级: 0%, PH 值: 6.5, 离心未见精子。生殖激素化验正常。我院继续给予抗炎治疗。2011 年 8 月 19 日就诊, CASA: 精液量 0.2ml, 密度 96.92 百万/ml, a 级: 0.47%, b 级: 2.11%, c 级: 0.35%, PH 值 7.0。2011 - 8 - 31 复诊 CASA: 精液量 0.1ml, 密度 77.41 百万/ml, a 级: 2.4%, b 级: 3.08%, c 级: 1.03%, PH 值 7.0。超声: 左侧精囊腺发育不良,

右侧精囊腺缺如。诊断为:右侧精囊腺缺如,精液减少,严重少弱精症。

4 例患者临床特征见表 1。

表 1 临床特征

输精管缺如		经直肠超声	不育原因
病例 1	右侧	左侧睾丸实质弥漫性病变,左侧附睾尾体积增大? 右侧精囊腺未探及。	无精症
病例 2	左侧	左侧精囊腺未探及。	少弱精症
病例 3	左侧	左侧精囊腺、射精管缺如,右侧射精管囊肿。	少弱精症
病例 4	右侧	左侧精囊腺发育不良,右侧精囊腺缺如。	一侧梗阻,另一侧炎症

3 讨 论

先天性输精管缺如病因未完全阐明。目前认为先天性输精管缺如可能与囊性纤维化跨膜转运调节物基因突变和中肾管发育缺陷有关^[1]。

先天性单侧输精管缺如少见,1918 年 Hashimi H 首次报告 CUAVD 临床病例^[2]。常规体检时很少触摸输精管,因此不易被检查出。Ramin 等检测 119 例输精管缺如(CBAVD)的伊朗患者,其中 7 例为 CUAVD 患者^[3]。

患者(病例 1)精液常规提示无精,考虑为 CUA-VD,对侧睾丸、附睾、输精管炎症引起梗阻性病变,最终导致不育。建议下一步可行睾丸穿刺病理检查,若有精子,可行 ICSI。乔迪等报道 CUAVD 患者 25 例,4 例患者精液常规正常^[1]。故 CUAVD 患者可以正常生育,而不需就诊。CUAVD 也可出现生育力低下甚或不育,如患者(病例 2),精液量减少、弱精子症。因患者 5 年未避孕未育,建议下一步行 IVF 治疗。

本组患者(病例 3)单侧精囊腺缺如合并射精管囊肿,由于精囊腺产生精液减少,可以引起射精量减少,同时输精管囊肿阻碍了精囊液的排出,更加重了精液减少,已向患者建议进一步行射精管囊肿精囊镜下手术切除治疗,观察手术后精液以及活力情况。

泌尿生殖道逆行性感染、结核等非特异性炎症,均可造成精囊、输精管、射精管及前列腺炎症,从而成为梗阻性无精子症的病因之一。淋球菌具有黏膜寄生特点,好侵犯圆柱上皮及鞭毛细胞。尿道、输精管、附睾等都是易受累部位,引起化脓性炎症。患者(病例 4)右侧输精管缺如,淋球菌感染前精液常规:精量减少、少弱精症,淋球菌感染后引起无精,经抗炎治疗精液中再次出现精子。患者进一步可以进行 IVF 或 ICSI 生

育下一代。

对于少弱精患者可以行 IVF 治疗,若睾丸穿刺活检发现精子,可行 ICSI,因 CUAVD 患者可能携带 CFTR 突变基因,所以对可疑病例,有必要进行基因诊断,以避免将致病基因传递给下一代^[4]。

4 结 论

从我们收治的 4 例先天性 CUVAD 病例,可以总结出对临床病人仔细体检,通过经直肠前列腺、精囊腺和射精管超声检查能够明确先天性 CUVAD 的存在。只是通过门诊无创性的检查,即可以提供有效的确诊证据。

如果患者一旦确诊为 CUVAD,应告之患者预防健侧输精管发生梗阻的后果,并能积极预防,避免导致梗阻性无精。

参考文献

[1] 乔迪,吴宏飞,钱立新,等. 先天性输精管缺如的临床特点与诊疗策略. 中华男科学杂志, 2005, 11 (11): 818 - 821.

[2] Hashimi H, Stewart AL. Importance of unilateral absence of the vas deferens. 1991, 78 (5): 631.

[3] Ramin R, Gourabi H, Gilani MA, et al. Correlation Between CFTR Gene Mutations in Iranian Men with congenital of the Vas Deferens and Anatomical Genital Phenotype. J Adrol, 2008, 29 (1): 35 - 40.

[4] Robert F, Bey - Omar F, Rollet J, et al. Relation between the anatomical genital phenotype and cystic fibrosis trans-membrane conductance regulator gene mutations in the absence of the vas deferens. Fertil Steril , 2002, 77 (5): 889 - 896.

[收稿日期:2012 - 06 - 14]

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2012.11.005

· 性医学 ·

包皮龟头炎 120 例临床分析

李 芃¹ 王晓琴²

1 东方医疗集团菁华医院男科, 沈阳 110005

2 中国医科大学附属盛京医院皮肤科, 沈阳 110004

【摘要】目的:分析包皮龟头炎患者的临床及相关因素,为包皮龟头炎的诊断、治疗提供依据。**方法:**对我院诊治的 120 例包皮龟头炎患者进行详细病史询问,记录临床症状、体征,并做病原学检查,对其临床资料进行回顾性分析。**结果:**病原菌检查阳性 82 例(68.33%),其中念珠菌感染 48 例(40%),BV(bacterial vaginosis)阳性 21 例(17.5%),二者混合感染 13 例(10.83%);包皮过长、包茎占 42.5%,2 型糖尿病占 15%,配偶患阴道炎占 31.7%。**结论:**念珠菌感染是包皮龟头炎发病的重要因素,包皮过长、包茎、性伴阴道炎、2 型糖尿病是易感因素。

【关键词】包皮龟头炎;临床分析

Clinical analysis on 120 cases of balanoposthitis

LI Peng¹, WANG Xiaoqin²

1 Department of Urology, Jinghua Hospital of Oriental Medical Group, Shenyang 110005, China

2 Department of Dermatology, Shengjing Hospital, China Medical University, Shenyang 110004, China

【Abstract】Objectives: To analyze the clinical factors associated with balanoposthitis and to provide reference clues for the diagnosis and treatment. **Methods:** The medical history, symptoms, signs and pathogenic examinations of 120 balanoposthitis patients were recorded and analyzed retrospectively. **Results:** There are 82 cases with positive result of pathogenic bacteria test (68.33%). Candida and BV infection accounted for 40% (48 cases) and 17.5% (21 cases) respectively. Mixed infection accounted for 10.83% (13 cases). Patients with redundant prepuce and phimosis accounted for 42.5%. There were 15% of patients complicated with type II diabetes and 31.7% of patients whose spouse had the history of vaginitis. **Conclusion:** Candida infection is the most important pathogenetic factor for balanoposthitis which also involves risk factors of redundant prepuce, phimosis, sex partner with vaginitis and type II diabetes.

【Key words】 Balanoposthitis; Analysis

包皮龟头炎为临床常见的多种因素所引起的男科疾病,给男性健康带来严重的危害,生活质量显著下降。我院 2012 年 2 月~2012 年 6 月诊治包皮龟头炎患者 120 例,现对其临床资料进行回顾性分析,总结相关发病因素,为临床治疗及预防提供指导。

1 临床资料

我院 2012 年 2 月~2012 年 6 月诊断为包皮龟头炎、本次发病以来未经药物治疗的患者 120 例,年龄 18~65 岁,病程 3d~7 年。常规进行真菌+BV 检测,空腹、餐后血糖检测,记录患者症状、体征及化验结果,并填写患者调查表,将临床资料汇总进行回顾性分析。

2 结 果

本组患者发病年龄 18~65 岁,平均年龄(37±

【第一作者简介】李 芃(1970-),男,副主任医师,主要从事男性不育及泌尿男科疾病的临床研究工作。

6.81) 岁, 其中 18 ~ 30 岁 28 例, 31 ~ 40 岁 47 例, 41 ~ 50 岁 32 例, > 51 岁 13 例; 病程 3d ~ 7 年, 其中初次发病 34 例 (占 28.3%), 复发病例 86 例 (占 71.7%); 病原菌检查阳性共 82 例 (占 68.33%), 其中念珠菌感染 48 例 (占 40%), BV 阳性 21 例 (占 17.5%), 二者混合感染 13 例 (占 10.83%); 包皮过长、包茎 51 例 (占 42.5%, 均为复发性包皮龟头炎); 2 型糖尿病 18 例 (占 15%, 均为复发性包皮龟头炎)。配偶患阴道炎 38 例 (占 31.7%)。

3 讨 论

包皮龟头炎是指包皮内板与阴茎头的炎症, 为临床常见的男科疾病, 以成年男性发病为主, 临床表现为包皮过长, 包皮、尿道口红肿, 包皮口逐渐变紧, 伴皲裂纹, 包皮垢增多, 有异味, 全年均可发病, 春、夏季为发病高峰。本组患者临床资料表明中年男性发病率较高, 而且包皮龟头炎易反复发作, 尤其是在包皮过长、包茎及 2 型糖尿病患者, 均为复发病例。

包皮龟头炎可由于感染和非感染因素引起。常见原因包括: (1) 创伤性: 物理性 (如裤子拉链损伤)、化学性。 (2) 刺激性: 刺激因素包括分泌物、皮脂、出汗、衣物、局部外用药物等。 (3) 变态反应性: 药品、洗涤用品、避孕用品等。 (4) 感染性: 细菌、念珠菌、滴虫、阿米巴等。 (5) 其它: 如浆细胞性龟头炎, 多种皮肤病可出现包皮龟头的炎症性损害等。

感染因素主要包括白色念珠菌、细菌、滴虫等可引起包皮龟头的急性炎症。本组患者临床资料总病原菌检查阳性率 68.33%, 其中念珠菌感染占 40%, BV 占 17.5%, 二者混合感染占 10.83%, 说明感染因素是包皮龟头炎发病的主要原因, 尤其是念珠菌感染。该结果提示对于包皮龟头炎患者首先应进行病原学检查, 以指导下一步临床治疗, 如果明确有感染者应针对致病因素进行针对性抗菌治疗, 才能取得显著疗效。

非感染因素多是由于局部物理因素如包皮过长或翻转不良, 清洁不够, 包皮和龟头之间的不洁之物即包皮垢便会堆积起来, 刺激局部的包皮和黏膜发生炎症。本组患者中包皮过长、包茎占 42.5%, 可见包皮过长是包皮龟头炎发生的另一重要因素。因此, 为了减少包皮龟头炎的反复发作, 对包皮过长或包茎者应该待急性炎症控制后进行包皮环切术, 这会有很好的预防作用^[1]。另外, 创伤、摩擦、避孕套、肥皂和清洁剂对局

部的刺激也可引起。因此平时应注意养成良好的卫生习惯, 注意局部卫生, 每日清洗龟头和包皮, 保持包皮腔内清洁和干燥, 部分包皮龟头炎是可以预防的。

近几年来包皮龟头炎伴 2 型糖尿病发病率明显增高, 有部分糖尿病患者是由于念珠菌性包皮龟头炎就医而首次确诊的^[2]。本组患者中同时伴 2 型糖尿病者共 18 例, 其中 15 例为已知糖尿病患者, 有 3 例患者本次包皮龟头炎就诊后经进一步检查确诊为 2 型糖尿病。该结果提示我们在临床上遇到反复发作的包皮龟头炎的患者, 尤其是合并念珠菌感染者, 应注意患者是否同时存在糖尿病, 血糖检测应作为包皮龟头炎的常规检查, 如果存在应积极控制糖尿病, 对于减轻病情并减少复发有重要意义^[3]。

本研究中患者配偶患阴道炎者 38 例 (占 31.7%), 念珠菌、BV 及滴虫是女性阴道炎的主要病原菌, 而男性感染性包皮龟头炎多发生于与感染性伴性交之后, 提示我们在治疗包皮龟头炎的患者同时应实施性伴告知, 即通知其性伴前来就诊, 如同时存在感染应对其进行治疗, 这对降低念珠菌性包皮龟头炎的复发率有重要意义^[4]。

总之, 包皮龟头炎是由多种因素所致, 临床医生应仔细检查分析, 寻找病因, 为临床治疗提供指导。并告知患者若夫妇一方患性器官疾病要暂停性生活, 及时治疗, 如患有真菌、细菌等感染要夫妇同时治疗, 根据病因对症下药, 必要时可联合治疗, 减少复发^[5]。

参考文献

- [1] 刘铁, 苏家文. 包皮环切术治疗慢性念珠菌性包皮龟头炎. 中国医学文摘 (皮肤科学), 2011, 28 (1): 8-9.
- [2] Verma SB, Wollina U. Looking through the cracks of diabetic candidal balanoposthitis! . Int J Gen Med, 2011, 4 (7): 511-513.
- [3] 于志勇, 高恩江, 卢洪凯, 等. 糖尿病性包皮龟头炎的诊治与治疗. 中国性科学, 2012, 21 (04): 17-18.
- [4] 周跃群. 性伴告知在治疗复发性念珠菌性包皮龟头炎中的价值. 中国皮肤性病学杂志, 2011, 25 (05): 371-372.
- [5] 许向前, 邓列华, 张弘, 等. 三联疗法治疗复发性念珠菌性包皮龟头炎. 济宁医学院学报, 2011, 34 (02): 116-117.

[收稿日期: 2012-08-13]

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2012.11.006

• 性医学 •

阴茎癌围手术期的护理

李新新

中国医科大学附属盛京医院第一泌尿外科, 沈阳 110004

【摘要】目的:针对阴茎癌患者手术部位的特殊性和患者心理接受程度,对患者进行围手术期护理及心理健康教育,减轻患者心理负担及术后的疼痛和不适感,减少手术后并发症,有利于疾病的康复,大大提升患者战胜疾病的信心。**方法:**通过回顾性分析对 32 例阴茎癌患者围手术期的护理,给予制定护理方案,实施护理措施,解决护理问题。**结果:**32 例阴茎癌患者能积极配合治疗和护理,对疾病有了正确的认识,取得良好的效果。**结论:**针对阴茎癌患者,通过有特色的专科护理和心理健康教育,使治疗达到最佳效果,提高患者手术后的生活质量。

【关键词】 阴茎癌; 围手术期; 护理

Perioperative nursing of penile cancer

LI Xinxin

The first Urologic Ward, Shengjing Hospital, China medical university, Shenyang, 110004, China

【Abstract】Objectives: Owing to the particularity of the surgical site and psychological acceptance degree of patients, it is necessary to give perioperative nursing care and psychological health education to the penis cancer patients to reduce patients' psychological burden and postoperative pain and discomfort, to avoid the postoperative complications, to facilitate patients' rehabilitation, and to greatly improve their confidence in conquering disease. **Methods:** Through a retrospective analysis on the perioperative nursing plan for 32 cases of penis cancer patients, we formulated the proper nursing plan, carried out the right nursing measures and solved the related nursing problems. **Results:** All the 32 patients cooperated well in the treatment and nursing care. They had a correct understanding of the disease and achieved good therapeutic effect. **Conclusion:** The special characteristic nursing cares and psychological health education can enable the penis cancer patients to achieve good therapeutic effects and improve their life quality.

【Key words】 Penile cancer; Peri-operative stage; Nursing

阴茎癌在我国比较多见,在男性恶性肿瘤的发病率中占有相当高的比例。20 世纪 50 年代以前,阴茎癌曾占泌尿生殖系统肿瘤的第 1 位,50 年代占第 2 位,仅次于膀胱瘤。近年来随着我国人民生活水平的提高及卫生习惯的改善,发病率逐年下降。阴茎癌的发生显然与包茎及包皮过长有关,其中包皮垢对阴茎头部的长期刺激可导致肿瘤发生^[1]。阴茎癌诊断不困难,但多数因忽略、害羞等原因容易延误诊断和治疗,有 15%~30% 发病一年后才就诊。我科自 2010 年 1 月~2011 年 12 月

对 32 例阴茎癌患者进行了手术治疗,均取得满意效果。现将围手术期的护理体会报道如下。

1 一般资料

32 例患者年龄 30~76 岁,平均 53 岁;初发 28 例,复发 4 例;行阴茎部分切除术 24 例,阴茎全切术+尿道会阴皮肤造口 5 例,包皮环切术 3 例;I 期或 II 期行腹股沟淋巴结清扫术 8 例。32 例患者术后病理活检结果均为鳞状细胞癌。

2 护 理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 充分了解患者的心理状态及

【作者简介】 李新新 (1982-),女,护师,主要从事健康教育与心理指导方向的研究。

要求,介绍手术大体情况,告知患者诊断时要有一定的保留,以使患者经受得住打击,并与家属意见保持一致,以免引起患者的疑虑。对行阴茎部分切除术者,告知术后可站立排尿^[2],对性生活影响不大,以减轻患者的心理负担。告知手术的必要性和可行性,以稳定病人情绪,取得患者的积极配合。

2.1.2 术前准备 对担心术后并发症的患者应加强术前各项护理措施的落实,让患者体会到手术前的充分准备。协助患者完善术前各项常规检查如血常规、肝肾功能、凝血五项等以及心电图、胸片,保证患者充分休息、加强营养,以提高患者的身体素质增强抵抗力。做好术前准备如备皮、皮试、禁食水 6~8h。

3 术后护理

3.1 生命体征的观察及护理

给予血压血氧脉搏监测,定时测量体温,严密观察患者生命体征的变化,如心率快血压低提示有血容量不足的危险,可通知医生并调快静脉营养液的输液速度。

3.2 呼吸道的管理及护理

严密观察患者的血氧变化给予鼻导管吸氧 3L/min,保持吸氧管道通畅及时添加氧气水,每日更换吸氧管一次。

3.3 口腔的观察及护理

禁食水的患者每日给予口腔护理 2 次,观察口腔黏膜有无溃疡,随时协助患者漱口,口唇涂石蜡油防止干燥脱皮。

3.4 术区的观察及护理

保持敷料干燥清洁,我科给予自行设计的离被架支撑被子,防止被子压迫术区引起患者疼痛及不适,同时利于保暖防止着凉感冒,保护患者的隐私,有利于术后切口愈合,通过调查患者对新型离被架满意度达到百分之百。加压包扎切口 24h,我科用自制的砂袋(可以因病情需要及患者的身高调整砂袋重量及砂袋大小)压迫术区切口,较以前应用的砂袋方便经济实用,一人一次避免交叉感染的风险。

3.5 尿管的观察及护理

保持尿管的清洁及通畅,因此类手术使阴茎缩短,尿管易引起残留阴茎的刺激和不适。我科对此类病人留置材质柔软和刺激性较小的尿管,减少病人的痛苦和不适。观察尿液的颜色、性状、量。每日给予会阴护理 2 次,勿扭曲打折,每周更换引流袋 2 次,及时倾倒尿液。此类病人留置尿管离床活动时,尿管会引起刺

激和不适,由我科的健康教育心理指导师对患者进行健康宣教,指导其穿着我科特制的便于携带引流袋的病号服,并指导其特殊的离床活动方式,使患者携带引流袋离床活动时减少不适和疼痛,利于病人切口恢复和早日康复。

3.6 术区引流管的观察及护理

观察引流液的颜色、性状、量。每班定时挤压引流管护理 2 次,保持通畅勿扭曲打折,每周更换引流袋 2 次,协助患者翻身时注意引流袋位置应妥善固定,防止牵拉引起疼痛及不适。

3.7 皮肤的观察及护理

保持床单的干燥清洁,污染时及时给予更换,每小时协助患者翻身按摩受压部位 1 次,给予叩背以利于痰液的排出。

3.8 心理护理及健康教育

患者术后易情绪低落产生自卑心理,应安慰并开导患者。对阴茎部分切除后患者,我科室的健康教育心理指导师会耐心讲解阴茎的解剖,指导性交方法,并做其配偶的思想工作,以取得良好配合。对阴茎全切除术患者,指导与其配偶通过抚摸、拥抱、亲吻等亲密无间的肌肤接触来达到性心理方面的满足^[3]。从躯体、心理、社会功能、物质生活等各方面给予支持和关心,以调动病人的心理潜能,全面提高阴茎癌手术病人的生活质量^[4]。

3.9 生活护理

每天晨晚间由助理护士协助患者洗脸、梳头、洗脚,按摩皮肤,及时更换病号服,必要时给予床上洗头、擦浴,使患者保持良好的形象,有利于疾病恢复,增加护患感情,建立和谐的护患关系。

4 体 会

阴茎癌患者普遍存在心理障碍,大多数患者因羞于启齿,不敢到医院就医以致于耽误了病情,导致病情恶化。针对这种心理状况,术前除了完善相关检查以外,更要耐心细致的做好患者的心理辅导,使其安心配合手术,积极配合治疗。此类患者的切口愈合困难,容易出现感染和尿道狭窄,及时和正确的观察、处理和护理极为重要。结合我病房特点进行了有特色的处理和护理,术后加强密切观察病情变化,尤其局部的变化和有针对性的专科的健康教育,大大的减少了并发症的发生,缩短了病人住院时间,减少了病人的住院费用和负担。

(下转第 35 页)

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2012.11.007

· 性医学 ·

G 点的流行病学研究

张 渺 廖秦平[△]

北京大学第一医院妇产科, 北京 100034

【摘要】目的:探讨 G 点存在证据。**方法:**总结直接研究、阴道和阴蒂手术患者三方面流行病学资料。**结果:**直接流行病学研究中显示,80% 女性感受自身存在 G 点,但双胞胎研究未发现 G 点的遗传学基础;对阴道手术患者的研究发现手术部位的阴道前壁不存在 G 点;阴蒂手术后患者研究提示除阴蒂头外可能存在其他获得性高潮的性敏感器官。**结论:**现有的流行病学研究尚不能得出 G 点存在与否的结论。

【关键词】G 点; 阴道; 流行病学

An epidemiological study of G - spot

ZHANG Miao, LIAO Qinpeng

Department of Obstetrics and Gynecology, Peking University First Hospital, Beijing, 100034, China

【Abstract】Objectives: To discuss about the existence of G - spot by reviewing the published researches. **Methods:** Epidemiological studies of women and post vaginal or clitoral operation patients were summarized. **Results:** Eighty percent of women reported they could feel the existence of G - spot. But the evidences of heritability of G - spot were lack in twin studies. The researches on post vaginal operation patients showed that G - spot didn't exist in the operative area of anterior vaginal wall. The researches of post clitoral operation patients showed that there were other sexual sensitive areas besides the clitoral glans. **Conclusion:** The existence of the G - spot remains controversial.

【Key words】G - spot; Vagina; Epidemiology

在女性存在的性功能障碍问题中,性高潮障碍约 24%,列第二位^[1]。性高潮可以通过刺激阴蒂、刺激阴道或刺激身体其他部位获得^[2]。阴蒂作为女性性感受器官的功能得到公认,但阴道在性交过程中是否单纯地如同其英文含义“sheath”的拉丁起源一样只有容受功能、是否有性感受的功能尚无定论。尽管 100 年前弗洛伊德(Sigmund Freud)即认为女性有两类性高潮,即阴蒂型和阴道型性高潮,其中阴道型性高潮是指由性交刺激阴道所致的性高潮,年轻女性主要性兴奋的部位是阴蒂,随着心理的成熟,兴奋点由阴蒂转移至阴

道,因此阴道型性高潮比阴蒂型更成熟。其后的 100 年中,出现不同的学说和观点,支持和反对兼有。尽管目前统一的观点认为无论阴蒂高潮还是阴道高潮,对妇女而言没有必要进行区分^[3],但这只是在生理机制不清、观点无法统一情况下的权宜之计。

1950 年 Ernst Gräfenberg 在其 *The role of the urethra in female orgasm* 文章中,首次以学术论文形式提到在阴道前壁存在性敏感区域,部位位于阴道前壁耻骨后方与宫颈间 1/2 处,在平卧时用手指轻柔按摩同时注意力集中于此,可出现尿道周围组织肿胀,按摩初期时产生尿意,持续数秒后则产生愉悦感。在女性性高潮时,此敏感区域被刺激后会出现女性尿道射液现象^[3]。尽管射液现象在东西方文化和医学记录中均早有描述^[4],但 Ernst Gräfenberg 首次定位了阴道性敏感区域,并将其与尿道射液联系在一起。但 Kinsey 等

【第一作者简介】张 渺(1970 -),女,副主任医师、博士,主要从事妇产科女性性医学研究。

[△]**【通讯作者】**廖秦平(1956 -),女,教授,E-mail: qinping_liao@sohu.com

专家认为,女性性感受器官主要是与男性阴茎组织起源相同的阴蒂,阴道只有阴道口起到了很次要的性感受作用^[5]。

1966 年 William Master 和 Virginia Johnson 的著作《人类性反应》第一次将人类性反应过程的生理变化进行了详尽的描述,研究筛选出 694 名健康志愿者中包括 382 名女性,通过上万次性高潮观察总结出的性反应生理过程被广泛接受和认可^[6]。医学界至今仍根据其描述沿用对人类性反应生理过程的划分:兴奋期、平台期、高潮期和消退期。其中对阴道的研究是通过特殊的影像器材直接观察阴道内部变化,研究发现自兴奋期开始,阴道外部出现充血反应,局部肿胀,认为阴道外 1/3 的明显充血肿胀成为体验性高潮的生理解剖基础,称为高潮平台,并且在性高潮时,只有高潮平台的收缩才是性高潮时阴道发生的唯一实际生理学反应^[6]。在这项伟大的生理研究中,认为阴蒂和阴道高潮生物反应模式是一致的,并没有单独的生物学本质,在实际观察中未发现阴道尤其是阴道前壁存在特殊的性敏感区域。

1981 年,Ernst Gräfenberg 的描述得到其他学者的认可^[7],John Perry 和 Beverly Whipple 首次以 Ernst Gräfenberg 的名字命名阴道前壁性敏感区为 Gräfenberg 点或 G 点^[8]。

关于 G 点的流行病学证据来自针对不同人群对其性功能情况调查的直接或间接证据。

1 直接流行病学证据

关于 G 点的直接流行病学研究资料有限。1982 年 *The G spot and other discoveries about human sexuality* 出版,Ladas AK 等通过对 400 名志愿者的观察,直接界定 G 点的部位位于阴道前壁的外 1/3,认为 G 点可能是由血管、尿道旁的腺体和腺管、终末神经和膀胱颈周围组织共同组成的集合体^[9]。自此,G 点的概念被公众,尤其是职业女性广泛接受^[10,11]。在对 1390 名美国和加拿大妇女的问卷反馈调查中,84% 女性认为可以感受和定位自身 G 点的存在,40% 的妇女自述存在射精现象^[10]。尤其在女上位或后位时性交过程中 G 点更容易受到刺激^[12]。在英国的 1000 名妇女问卷调查显示,仅阴茎插入式性交刺激阴道而避免刺激阴蒂,只有 21.9% 的妇女从未获得过阴道高潮,即 78.1% 的妇女可通过单纯刺激阴道达到性高潮,但感受阴道高潮与性交过程中感知关注度、对阴道功能的认知教育、性交时间和阴茎长度相关^[13]。在 Thabet SM 对埃及 175 名妇女的调查中,82.3% 的妇女认为自己阴道内

有 G 点存在^[14]。

在 Burri AV 等对 1804 名年龄在 22 ~ 83 岁女性双胞胎进行问卷调查,研究 G 点可能存在的遗传学基础,结果 56% 的被调查者认为自身存在 G 点,通过对年龄、教育程度、社会地位、情绪特征、人格特点、近 3 个月内的性行为等进行多因素分析发现,G 点存在随着年龄增长比例下降,G 点与愿体验性兴趣、丰富性幻想、良好的两性关系相关,自认为存在 G 点的被调查者通过刺激阴蒂同样更易获得性高潮,因此作者分析认为 G 点并不存在,而 G 点或射精现象只是假象而已,因为如果 G 点存在,无论是生理、解剖还是生化都会存在一定的遗传特性,而且能够通过阴道刺激达到性高潮的比例应与自认为存在 G 点的比例 56% 相当,而实际仅有不到 30%,因此得出结论 G 点只是功能现象,并不存在生理基础,只是这些女性通过交流学习知识获得了解 G 点功能,采取更加放松和开放的态度对待性关系,因此更易获得性高潮^[15]。

2 来自阴道手术患者的资料

阴道手术包括对阴道发生松弛的紧缩手术、因盆底疾病对原有阴道壁干扰的盆底修复手术和先天无阴道的人工建立阴道手术。

阴道分娩后,部分妇女出现阴道松弛,影响性感受等,对 53 例要求进行阴道紧缩手术改善性生活质量的女性调查中,94% 术后阴道达到了紧缩效果可以获得性高潮,74% 对手术非常满意,只有 2 人后悔进行了手术^[16]。尽管例数有限,但说明阴道紧缩后增强了女性接受性刺激的感受能力,可能说明阴道壁在性感受中的作用,但因紧缩手术不仅仅对阴道宽度改善,同时阴道口也同样紧缩从而对阴蒂尤其根部刺激作用增强,因此紧缩手术改善性感受尚不能区分性敏感区的部位究竟是阴道还是阴蒂。对先天无阴道患者阴道成形手术后的问卷调查中,有研究显示,术后患者获得性唤起和性高潮的能力、性满意度与正常对照无差异(23 例)^[17],89% 左右^[18-20]可达到性高潮;也有研究结果完全相反的发现(6 例),性唤起、性高潮和阴道润滑的能力均较正常妇女降低^[21]。但由于病种限制病例有限,所有研究样本量均较小,患者术后获得性高潮的感受部位是阴蒂还是阴道在上述报道中均未区分。但从研究中至少可以说明,即便是人工阴道的手术患者也可获得性高潮,来自胚胎发育起源的阴道壁并非获得性高潮的必须条件。

如果 G 点存在于阴道前壁本身,则涉及到阴道前壁的手术,包括传统的阴道前壁的修补、盆底重建、尿失禁的 TOT/TVT-O 等手术,均可能因由于组织切

除、吊带置入等操作干扰性感受区,影响这一区域的神经和血管供应,从而在术后对性功能产生不利影响。但大多数术后的问卷调查显示,手术并未影响性功能的各项评分,包括性欲、阴道润滑和获得性高潮的能力,只是容易出现性交疼痛^[22-30],尤其是与通过腹部手术相比^[24,27],性满意度没有下降甚至有所提高^[25,31-33]。但也有手术后性功能下降的报道^[34],或性功能下降和提高比例相当,均达到 20%~30%^[35]。此类研究多样本量较小、随访时间较短,而且大多虽提示性功能改善,但并未使用较为客观全面的相同评价指标,即便评分有改善,但改善后的评分水平仍在性功能不正常的范围^[34]。对手术影响性功能的患者进一步术后追踪研究较少,在对进行了尿失禁手术后的 18 例产生性高潮障碍的患者去除吊带后,尽管性欲、性唤起和疼痛有所改善,但性高潮评分没有改善,性满意指数尽管无统计学差异但也出现了下降趋势^[36],假设如作者在文中认为异物确已取出,说明一旦手术,即便是去除了异物,但对阴道局部组织改变造成的影响是不可逆的。存在盆腔脏器脱垂的患者本身性功能存在异常,因为本身存在尿失禁、担心性交过程中尿失禁或者因为脏器脱垂,使得性功能的总评分低于正常女性,但脱垂并不影响性高潮和性满意度指标^[37]。因此,从阴道前壁手术的研究资料上看,似乎 G 点并不存在,或至少不存在于手术区域的阴道前壁本身。

3 来自阴蒂受损患者的资料

G 点是否存在的另一个间接的证据可以通过阴蒂受损女性能否有性高潮推论得出。否认 G 点存在的原因就是认为性刺激的根本部位是阴蒂而不是阴道。从 Alsibiani SA 等的问卷调查上,似乎阴蒂在性感受上存在更重要的功能,在对阿拉伯国家中的 130 例外阴/阴蒂切除术的妇女调查显示,尽管性欲正常,但与正常妇女相比,性交过程中的润滑、高潮和性满意度明显下降^[38],而在 Catani L 等的类似研究中,尽管外阴切除女性的性功能指数(FSFI)下降,但润滑和疼痛没有差异,86%的术后妇女仍可获得性高潮,而居住在西方社会获得性高潮的比例可达 91.43%^[39],说明获得性高潮的能力与接受的文化教育有关。尽管阴蒂切除手术并非切除阴蒂的所有组织,只是切除阴蒂头,而保留有阴蒂体和阴蒂脚,但通常所说的阴蒂性高潮的刺激部位特指阴蒂头,在切除阴蒂头后仍可获得性高潮,说明除阴蒂头外可能存在其他获得性高潮的性敏感器官,或者是阴蒂的其他部分,或者就是阴道本身。

因此,从现有的流行病学资料综合分析,尚不能得出 G 点存在的结论。G 点存在与否不仅成为性学争论

的问题之一,在妇科学领域更是因为未发现 G 点的解剖结构,因此有妇产科医生否认 G 点的存在,认为 G 点不过是一个现代妇科学上的“UFO”^[40],但为此受到支持 G 点存在的专家的嘲笑^[41]。但不论是否支持 G 点与否,各方都承认 G 点并不只是存在于阴道,而是更存在于女性的意识中,如同安慰剂一样,并非本身有什么作用,而是期望有什么作用,因此不应称为“G”点而是“P”点(Placebo)^[41]。

参考文献

- [1] Meston CM, Hull E, Levin RJ, et al. Disorders of orgasm in women. *J Sex Med*, 2004, 1(1): 66-68.
- [2] IsHak WW, Bokarius A, Jeffrey JK, et al. Disorders of orgasm in women: A literature review of etiology and current treatments. *J Sex Med*, 2010, 7(10): 3254-3268.
- [3] Grafenberg R. The role of urethra in female orgasm. *Int J Sexol*, 1950(3): 145-148.
- [4] Joanna B. Korda, MD, Sue W, et al. The history of female ejaculation. *J Sex Med*, 2010, 7(5): 1965-1975.
- [5] Kinsey A, Pomeroy WB, Martin CE, et al. *Sexual Behavior in the Human Female*. W. B. Saunders Philadelphia, 1953: 579.
- [6] Master W, Johnson V. 人类性反应. 马晓年等译. 北京: 知识出版社, 1989.
- [7] Addiego F, Belzer EG, Comolli J, et al. Female ejaculation: A case study. *J Sex Res*, 1981(17): 13-21.
- [8] Perry JD, Whipple B. Pelvic muscle strength of female ejaculators: Evidence in support of a new theory of orgasm. *J Sex Res*, 1981(17): 22-39.
- [9] Ladas AK, Whipple B, Perry JD. The G spot and other discoveries about human sexuality. New York: Holt, Rinehart, and Winston, 1982. Davidson JK.
- [10] Davidson JK, Darling CA, Conway-Welch C. The role of the Grafenberg spot and female ejaculation in the female orgasmic response: an empirical analysis. *J Sex Marital Ther*, 1989(15): 102-20.
- [11] Darling CA, Davidson JK, Conway-Welch C. Female ejaculation: perceived origins, the Grafenberg spot/area, and sexual responsiveness. *Arch Sex Behav*, 1990(19): 29-47.
- [12] Ladas AK, Whipple B, Perry JD. The G spot and other discoveries about human sexuality. New York: Owl Books, 2005.
- [13] Brody S, Weiss P. Vaginal Orgasm Is Associated with Vaginal (Not Clitoral) Sex Education, Focusing Mental Attention on Vaginal Sensations, Intercourse Duration, and a Preference for a Longer Penis. *J Sex Med*, 2010, 7(8): 2774-2781.
- [14] Thabet SM. Reality of the G-spot and its relation to fe-

- male circumcision and vaginal surgery. *J Obstet Gynaecol Res*, 2009, 35(5): 967 – 73.
- [15] Burri AV, Cherkas L, and Spector TD. Genetic and environmental influences on self – reported G – spots in women: A twin study. *J Sex Med*, 2010, 7(5): 1842 – 1852.
- [16] Pardo JS, Solà VD, Ricci PA, et al. Colpoperineoplasty in women with a sensation of a wide vagina. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2006, 85(9): 1125 – 1127.
- [17] Csermely T, Halvax L, Sárkúny A, et al. Sexual Function after Modified Laparoscopic Vecchietti's Vaginoplasty. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 2011, Mar 2.
- [18] Kwun Kim S, Hoon Park J, Cheol Lee K, et al. Long – term results in patients after rectosigmoid vaginoplasty. *Plast Reconstr Surg*, 2003, 112(1): 143 – 151.
- [19] Gatti C, Del Rossi C, Lombardi L, et al. Sexuality and psychosocial functioning in young women after colovaginoplasty. *J Urol*, 2010, 184(4 Suppl): 1799 – 1803.
- [20] Borkowski A, Czaplicki M, Dobronski P. Twenty years of experience with Krzeski's cystovaginoplasty for vaginal agenesis in Mayer – Rokitsansky – Küster – Hauser syndrome: anatomical, histological, cytological and functional results. *BJU Int*, 2008, 101(11): 1433 – 1440.
- [21] Allen LM, Lucco KL, Brown CM, et al. Psychosexual and functional outcomes after creation of a neovagina with laparoscopic Davydov in patients with vaginal agenesis. *Fertil Steril*, 2010, 94(6): 2272 – 2276.
- [22] Elzevier HW, Putter H, Delaere KP, et al. Female sexual function after surgery for stress urinary incontinence: transobturator suburethral tape vs. tension – free vaginal tape obturator. *J Sex Med*, 2008, 5(2): 400 – 406.
- [23] Tunuguntla HS, Gousse AE. Female sexual dysfunction following vaginal surgery: a review. *J Urol*, 2006, 175(2): 439 – 446.
- [24] Maher C, Baessler K, Glazener CM, et al. Surgical management of pelvic organ prolapse in women: a short version Cochrane review. *Neurourol Urodyn*, 2008, 27(1): 2.
- [25] Weber AM, Walters MD, Piedmonte MR. Sexual function and vaginal anatomy in women before and after surgery for pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol*, 2000, 182(6): 1610 – 1615.
- [26] Pauls RN, Silva WA, Rooney CM, et al. Sexual function after vaginal surgery for pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol*, 2007, 197(6): 622. e1 – 7.
- [27] Maher C, Feiner B, Baessler K, et al. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev*, 2010, 14(4): CD004 – 014.
- [28] Berthier A, Sentilhes L, Taibi S, et al. Sexual function in women following the transvaginal tension – free tape procedure for incontinence. *Int J Gynaecol Obstet*, 2008, 102(2): 105 – 109.
- [29] Shah SM, Bukkapatnam R, Rodríguez LV, et al. Impact of vaginal surgery for stress urinary incontinence on female sexual function: is the use of polypropylene mesh detrimental? *Urology*, 2005, 65(2): 270 – 274.
- [30] Jang HC, Jeon JH, Kim DY. Changes in Sexual Function after the Midurethral Sling Procedure for Stress Urinary Incontinence: Long – term Follow – up. *Int Neurourol J*, 2010, 14(3): 170 – 176.
- [31] Bekker M, Beck J, Putter H, et al. Sexual function improvement following surgery for stress incontinence: the relevance of coital incontinence. *J Sex Med*, 2009, 6(11): 3208 – 3013.
- [32] Fayyad AM, Redhead E, Awan N, et al. Symptomatic and quality of life outcomes after site – specific fascial reattachment for pelvic organ prolapse repair. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 2008, 19(2): 191 – 197.
- [33] Rebecca G. Rogers, Dorothy Kammerer – Doak, Amy Darrow, et al. Does sexual function change after surgery for stress urinary incontinence and/or pelvic organ prolapse? A multicenter prospective study. *Am J Obstet Gynecol*, 2006(195): e1 – e4.
- [34] Kammerer – Doak D. Assessment of sexual function in women with pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 2009, 20(Suppl 1): S45 – 50.
- [35] Sentilhes L, Berthier A, Loisel C, et al. Female sexual function following surgery for stress urinary incontinence: tension – free vaginal versus transobturator tape procedure. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 2009, 20(4): 393 – 399.
- [36] Kuhn A, Burkhard F, Eggemann C, et al. Sexual function after suburethral sling removal for dyspareunia. *Surg Endosc*, 2009, 23(4): 765 – 768.
- [37] Tok EC, Yasa O, Ertunc D, et al. The Effect of Pelvic Organ Prolapse on Sexual Function in a General Cohort of Women. *J Sex Med*, 2010, 7(12): 3957 – 3962.
- [38] Alsibiani SA, Rouzi AA. Sexual function in women with female genital mutilation. *Fertil Steril*, 2010, 93(3): 722 – 724.
- [39] Catania L, Abdulcadir O, Puppo V, et al. Pleasure and orgasm in women with Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C). *J Sex Med*, 2007, 4(6): 1666 – 1678.
- [40] Hines TM. The g – spot: A modern gynecologic myth. *Am J Obstet Gynecol*, 2001, 185: 359 – 362.
- [41] Jannini EA, Whipple B, Kingsberg SA, et al. Who's afraid of the G – spot? *J Sex Med*, 2010, 7(1): 25 – 34.

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2012.11.008

• 性医学 •

“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)

王海坤¹ 何恢绪² 陈细明¹ 宁小良¹ 李 彬¹ 王建平¹ 黄 谷¹ 肖耀军¹

1 武警广东省总队医院泌尿外科, 广州 510507

2 广州军区广州总医院泌尿外科, 广州 510010

【摘要】目的:总结大阴唇球海绵体脂肪垫(Martius 瓣)“屏障”及阴道壁“加固”技术在复杂尿道阴道瘘修复中的作用。**方法:**回顾 2009 年 1 月~2012 年 3 月采用 Martius 瓣“屏障”技术及阴道壁“加固”术修复复杂尿道阴道瘘 7 例。年龄 12~35 岁, 平均 22 岁;产伤 1 例, 车祸致下尿路生殖道损伤 6 例, 瘘孔大小 2.0~3.0cm;合并尿道狭窄 2 例、后尿道闭锁 2 例、阴道狭窄 3 例。探讨了补瘘与处理合并症时机, 介绍了手术方法及术后处理。**结果:**7 例全部 1 次修复成功, 随访 6~24 个月。5 例排尿通畅, 最大尿流率 12~20ml/s, 2 例后尿道闭锁者术后出现尿线变细, 扩张一次后治愈。1 例膀胱颈闭锁者术后有轻度压力性尿失禁。阴道狭窄者均满意康复。**结论:**Martius 瓣“屏障”及阴道壁“加固”术可明显提高复杂尿道阴道瘘修复成功率。

【关键词】Martius 瓣; 尿道阴道瘘 手术

“Barrier” and “Reinforcement” technique used in complicated urethrovaginal fistula repairs

WANG Haikun, HE Huixu, CHEN Ximing, NING Xiaoliang, LI Bing

1 Department of Urology, General Hospital of Guangzhou Command,

People's Armed Police Force, Guangzhou 510507, China

2 Department of Urology, General Hospital of Guangzhou Command PLA, Guangzhou 510010, China

【Abstract】Objectives: To summarize the clinical efficacy of the use of “Martius flap barrier technique” (the labia majora bulbocavernosus fat pad) and the “vaginal wall reinforcement technique” in complicated urethrovaginal fistula repairs. **Methods:** From Jan 2009 to Mar 2012, our hospital admitted 7 patients with complicated urethrovaginal fistulas. The patients were repaired with the “Martius flap barrier” and “vaginal wall reinforcement” techniques. Their clinical data were retrospectively analyzed. **Results:** The fistula of all patients were successfully repaired. After 6–24 months’ follow-up, five cases have got easy and smooth urination with Qmax of 12–20ml/s. Two cases with posterior urethral atresia suffered from thin urination, but were cured after the urethra was dilated only once. One case with bladder neck atresia suffered from mild stress urinary incontinence after the operation. All the cases with vaginal stenosis have got fully recovered. **Conclusions:** The Martius flap barrier and the vaginal wall reinforcement techniques can significantly improve the success rate in repairing complicated urethrovaginal fistula.

【Key words】 Martius flap; Urethrovaginal fistula; Operation

在社会快速发展的今天,已经少见的尿道阴道瘘有增多的趋势,医源性损伤和创伤是其主要病因^[1-3],

其修复在现代女性泌尿外科学中仍极富挑战性。作者从 2009 年 1 月~2012 年 3 月采用大阴唇球海绵体脂肪垫(Martius 瓣)作为“屏障”并以阴道壁“加固”技术修复复杂尿道阴道瘘 7 例,全部一次成功,现报告如下。

【第一作者简介】王海坤(1965-),男,副主任医师,主要从事泌尿外科临床诊疗与研究工作。

1 对象与方法

1.1 资料

复杂尿道阴道瘘诊断标准: 瘘孔口径 $> 2.0\text{cm}$, 并同时具备下列条件之一: 复发瘘; 合并尿道狭窄或阴道狭窄。本组 7 例, 年龄 12 ~ 35 岁, 平均 22 岁。除 1 例为产伤, 余 6 例均因车祸致骨盆骨折合并下尿路生殖道损伤。伤后至入院时间 6 ~ 84 个月, 平均 21 月。7 例均存在尿道阴道瘘, 其中 1 例同时存在膀胱直肠瘘。2 例各有 1 次修复失败史。瘘孔大小 $2.0 \sim 3.0\text{cm}$ 。其它合并症: 尿道狭窄 2 例、后尿道闭锁 2 例, 阴道中、后 $1/3$ 段狭窄 3 例, 其口径为 $0.2 \sim 0.8\text{cm}$ 。

1.2 手术方法

1.2.1 放置尿道 U 形支架引流管: 取截石位, 经尿道口放置 F14 多孔硅胶管, 其近端从耻骨上膀胱造瘘口引出, 呈 U 形。如尿道存在狭窄, 予冷刀切开; 存在后尿道短段闭锁, 则用自制尖头尿道探条将其贯通、置 U 管持续扩张; 1 例后尿道长段闭锁 将耻骨下部分切除, 切开闭锁后尿道, 用前膀胱瓣加盖, 扩大后尿道成形, 置入 U 管持续扩张。

1.2.2 探查阴道及瘘孔 放入阴道窥器, 仔细观察瘘口数量、大小、位置及瘢痕。对于阴道狭窄者可

用电刀 2、10 或 5、7 点位切开。本组 3 例为中、后 $1/3$ 段狭窄, 为避免伤及尿道, 故于 3、9 点位将狭窄环充分切开至可容纳 2 ~ 3 指。

1.2.3 补瘘术体位 瘘口位于尿道远半段的低位瘘, 采用截石位; 位于近半段的高位瘘, 采用折刀俯卧卧位。

1.2.4 分离修补瘘孔 环绕瘘孔边缘 0.3cm 切开阴道前壁黏膜, 在尿道壁与阴道壁之间平面分离达瘘孔周围 $1.0 \sim 3.0\text{cm}$ 处, 将瘘孔缘瘢痕或血运不良组织切除, 以 3 ~ 0 可吸收线连续全层缝合瘘口缘, 成形尿道。从 U 管注水检查缝合口无渗漏。

1.2.5 “屏障”及“加固”术 在近瘘孔或阴道瘢痕少的一侧大阴唇正中作长约 6.0cm 纵切口, 牵开皮肤, 分离皮下脂肪组织, 于一侧将其横断, 丝线缝扎, 继续向另一侧游离 $6.0 \sim 8.0\text{cm}$, 形成带蒂球海绵体脂肪垫 - Martius 瓣(截石位在近肛侧断蒂; 折刀俯卧位在近耻骨联合侧断蒂)经皮下隧道转移到阴道内并覆盖成形的尿道, 作为“屏障”与阴道切口的纤维肌层组织缝合。对低位瘘“加固”, 可将瘘孔边缘切口向后外侧延长, 形成基底朝宫颈的舌状阴道壁瓣, 与对侧创缘缝合(图 1); 对高位瘘“加固”, 可游离瘘口两侧的阴道壁, 以瘘口为中心, 作横 Y 形切口, 于 Martius 瓣表面 V 形缝合(图 2), 成形阴道。

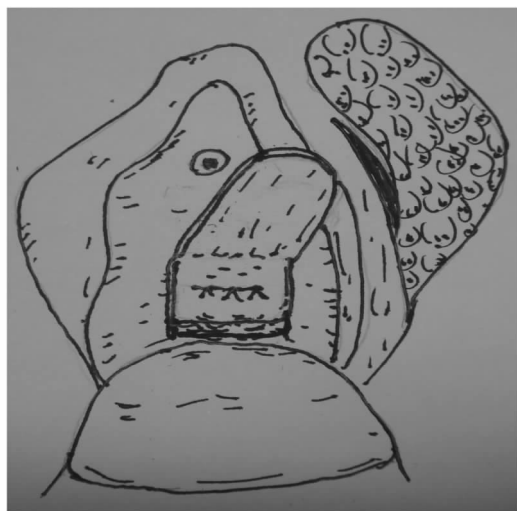


图 1 舌状阴道壁瓣加固术



图 2 横 Y-V 阴道壁瓣加固术

阴道内留置碘仿纱条压迫止血并作引流用。术后保持 U 形支架引流管通畅, 24 ~ 48h 拔除碘仿纱条, 每天冲洗阴道。一般患者于 12 ~ 14d 后拔除 U 管排尿; 尿道狭窄/闭锁者留置 U 管 30 ~ 60d。阴道狭窄者术

后 30d 开始定期自行阴道扩张, 维持 3 月以上。

2 结果

本组 7 例均 1 次修复成功, 随访 6 ~ 24 个月。5

例排尿通畅,最大尿流率 12~20ml/s,2 例后尿道闭锁者拔管后 3~4 周出现尿线变细,最大尿流率 < 10ml/s,再置尿管 1 个月,最大尿流率 > 12ml/s,无需再扩张尿道。1 例膀胱颈闭锁者术后有轻度压力性尿失禁,每日尿垫 1~2 块,6~9 个月无需尿垫。阴道狭窄者,1 例儿童可顺利通过成人 1 指,2 例成人性生活满意。

3 讨 论

尿道阴道瘘修复是女性泌尿外科的难题,对于大的,周围组织严重纤维化且合并阴道狭窄、尿道及其它器官损伤的所谓复杂尿道阴道瘘的修复更具挑战性^[1-3]。

补瘘与处理合并症时机:文献报道在产后 5~6 月,伤后 2~3 月,于月经干净后 5~7d 补瘘^[1-4]。本组合并尿道狭窄/闭锁 4 例,阴道狭窄 3 例,其中 1 例为青春前期患儿。补瘘时机除取决于伤后时间外,还受尿道及阴道病变严重程度的影响。作者的处理原则是:对于 < 1cm 的轻度尿道狭窄/闭锁,阴道够宽大(可容成人两指),处理尿道狭窄/闭锁与补瘘一期完成;对于 > 1cm 尿道狭窄/闭锁,同时存在阴道重度瘢痕狭窄,则先处理尿道及阴道狭窄,待狭窄解除并稳定 3 月以上行二期补瘘;青春前期患儿,待阴道条件具备后再补瘘。

阴道狭窄环切开部位:由于本组 3 例均为骨盆骨折致中、近段阴道伤继发狭窄,采取 3 点及 9 点切开阴道狭窄环除能避免伤及尿道,又为修补瘘孔保留部分阴道前壁组织。

补瘘方法:文献报道,对于小的、简单尿道阴道瘘采用直接的解剖修复,即:小范围分离尿道与阴道壁后,采用分三层分别无张力缝合尿道、尿道及阴道周围组织及阴道壁,其成功率可达 93%,但对于大的复杂瘘,此法修复成功率仅为 50%^[3]。

成功修复复杂尿道阴道瘘取决多种因素,除了病

人情况及瘘孔特征外,医生修复经验及技巧十分重要。作者从多年修复尿道皮肤瘘实践中,深感“屏障”及“加固”技术至关重要^[5]。

Martius 瓣组织成分主要由脂肪和部分前庭球海绵体组成,是修复复杂尿道阴道瘘最常用的组织瓣,修复成功率可达 70%~100%^[1-3]。其毗邻阴道,可无张力通过皮下隧道转移间置于瘘口与阴道黏膜层之间;该瓣有丰富皮下脂肪,可含部分球海绵体肌,组织量大;由阴部动脉会阴支供血,双侧血管彼此吻合,血运丰富,近耻骨联合侧(折刀俯卧位)或近肛侧(截石位)横断均可;该瓣切取容易,供区并发症少,愈合后大阴唇的外观无明显的改变,患者满意,是最常用的“屏障”。

本组全部切取 Martius 瓣做“屏障”。在不同体位,切断不同附着端,有利于保存瓣的血运及长度。本组 7 例均未出现 Martius 瓣坏死或愈合延迟现象。在阴道条件具备(腔大,瘢痕少)的病例,采用整形外科技技术,精细设计切口,适当分离阴道壁瓣,充分复盖 Martius 瓣,并与尿瘘修补口错开缝合,加固“屏障”,对于确保成功也十分重要。

参考文献

- [1] Wong MJ, Wong K, Rezvan A, et al. Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery, 2012 (18): 71-78.
- [2] Pushkar, D Y; Sumerova, N M; Kasyan, G R. Management of urethrovaginal fistulae. Current Opinion in Urology, 2008(18): 389-394.
- [3] Flisser AJ, Blaivas JG. Outcome of urethral reconstructive surgery in a series of 74 women. J Urol, 2003(169): 2246-2249.
- [4] 梅骅,陈凌武,高新. 泌尿外科手术学. 北京:人民卫生出版社,2008:302-311.
- [5] 何恢绪. 先天性尿道下裂手术治疗//何恢绪,梅骅. 尿道下裂外科学. 北京:人民卫生出版社,2008:46-60.

[收稿日期:2012-08-24]

声 明

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

中国性科学杂志社

2012 年 1 月 8 日

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2012.11.009

· 性医学 ·

产后出血 119 例临床分析

彭学宏

常州市中医医院(南京中医药大学附属医院)妇产科, 江苏 常州 213000

【摘要】目的:分析引起产后出血的原因及防治措施。**方法:**对我院 2009 年 1 月~2011 年 12 月 119 例产后出血患者进行回顾性分析。**结果:**产后出血的发生率为 3.01%,其原因多种。宫缩乏力是产后出血最重要的原因占 63.03%,胎盘因素次之占 23.53%,软产道损伤占 10.08%,凝血功能障碍占 3.36%。产后出血发生率剖宫产高于自然分娩,经产妇高于初产妇,高龄产妇大于适龄产妇,分娩新生儿体重大于 4000g 者产后出血发生率明显提高,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:**高危妊娠早期认识,及时产前检查,产时产后观察严密。正确处理产后出血,降低产后出血发生率。

【关键词】产后出血;原因分析;防治

Clinical analysis of 119 patients with postpartum hemorrhage

PENG Xuehong

Changzhou Traditional Chinese Medical Hospital, The Affiliated Hospital of Nanjing Traditional Chinese Medical University, Changzhou 213000, China.

【Abstract】Objectives: To analyze the cause, prevention and treatment methods for postpartum hemorrhage. **Methods:** Clinical data were analyzed retrospectively of 119 patients with postpartum hemorrhage who were admitted into our hospital from January 2009 to December 2011. **Result:** Postpartum hemorrhage was caused by many reasons. Its incidence is 3.01%. Uterine atony is the most important reason for postpartum hemorrhage, accounting for 63.03%, followed by placental factors, accounting for 23.53%. Soft birth canal injury accounted for 10.08%, and coagulation disorders took up 3.36%. The incidence of postpartum hemorrhage of cesarean section is higher than that of natural childbirth, and the incidence is higher in multipara than in primipara, and it is higher in patients with older maternal age than in patients with average maternal age. Neonatals with weight greater than 4000g obviously increases the risk of postpartum hemorrhage. The differences were statistically significant. **Conclusion:** The occurrence of postpartum hemorrhage can be reduced by early recognition of high-risk pregnancy, timely antenatal examination, strict ante-partum observation and correct treatment of postpartum hemorrhage.

【Key words】 Postpartum hemorrhage; Analysis of the cause; Prevention and treatment

产后出血是指胎儿娩出后 24h 内出血超过 500ml,为分娩期严重的并发症,居我国产妇死亡原因首位^[1]。其发病率占分娩总数的 2%~3%^[1]。为了探讨产后出血的原因和防治措施,对我院 119 例产后出血进行回顾性分析。

1 临床资料

1.1 一般资料

我院 2009 年 1 月~2011 年 12 月住院分娩总数 3953 例,剖宫产 2585 例,顺产 1304 例;年龄 18~43 岁,平均 (28 ± 2.3) 岁;孕周 $31^{+6} \sim 42^{+6}$ 周,平均 (38 ± 3) 周;初产妇 3210 例,经产妇 743 例;产次 1~4 次;新生儿出生体重 1100~5500g。

【作者简介】彭学宏(1961-),女,副主任医师,主要从事妇产科临床诊治与研究工作。

1.2 方 法

采用容积法加目测法,估计综合分析,综合测定产后出血量。阴道分娩者在胎儿娩出、羊水流尽之后,立即在产妇臀部垫入统一规格聚血盘,再加上胎儿娩出后所用的纱布及臀垫目测的出血量;剖宫产根据吸引器吸出的总量减去羊水量,加上所用敷料,再加上术后所用臀垫,目测估计的出血量。

1.3 统计学方法

应用软件包 SPSS13.0 进行数据处理并进行相应的统计学分析,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

2.1 分娩方式与出血原因

剖宫产者产后出血明显高于阴道分娩,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。产后出血的原因,宫缩乏力(64.71%)居首位,其次胎盘因素(23.53%),软产道损伤(10.08%),凝血功能障碍(3.36%)。见表 2。

2.2 产后出血与孕产次的关系

产后出血率随着胎次而增加。见表 3。

2.3 产后出血与新生儿体重的关系

新生儿体重大于 4000g 者,出血率明显提高。见表 4。

2.4 产后出血与分娩年龄的关系

分娩年龄大于 35 岁者,产后出血发生率明显增加。见表 5。

表 1 产后出血与分娩方式的关系

分娩方式	分娩数(例)	产后出血(%)
剖宫产	2585	71(2.75)
顺产	1304	48(3.68)

表 2 分娩方式与出血原因[例(%)]

分娩方式	宫缩乏力	胎盘因素	软产道损伤	凝血功能障碍	总计
剖宫产	46(38.66)	22(18.49)	0(0)	3(2.52)	71(59.66)
自然分娩	29(24.37)	6(5.04)	12(10.08)	1(0.84)	48(40.34)
合计	75(64.71)	28(23.53)	12(10.08)	4(3.36)	119(100.0)

表 3 产后出血与胎次的关系

胎次	分娩数(例)	产后出血(%)
1	3210	78(2.43)
2	622	31(4.98)
3	105	8(7.62)
4	16	2(12.50)

表 4 产后出血与胎儿体质量的关系

胎儿体质量(g)	分娩数(例)	产后出血(%)
<2500	261	2(0.77)
2500~2999	886	17(1.92)
3000~3499	1057	31(2.93)
3500~3999	1341	41(3.06)
≥4000	408	28(6.86)

表 5 产后出血与产妇年龄的关系

年龄(岁)	分娩数(例)	产后出血(%)
<35	3768	114(2.76)
≥35	185	15(8.11)

3 讨 论

产后出血直接危及产妇的生命安全,抢救必须争分夺秒,首先要准确判断产后出血的原因。

3.1 宫缩乏力

宫缩乏力是引起产后出血的主要原因,占产后出血的 70%~90%^[2]。在本组资料中占产后出血的 64.71%。其出血特征是宫缩时出血量少,松弛时出血量多,开始先在宫腔或阴道内贮留,以后流出暗红色血液或有血凝块。而引起产后出血宫缩乏力的原因多见于:(1)全身因素:如产妇过度紧张,恐惧分娩,产程长,过度疲劳,分娩时镇痛、镇静及某些抑制宫缩药物的使用;合并全身急慢性疾病,体质虚弱等。(2)子宫因素:子宫肌瘤,疤痕子宫,子宫畸形,先天性子宫肌纤维发育不良;巨大儿,羊水过多,多胎妊娠等,导致子宫肌纤维过度伸张,影响缩复。(3)妊娠并发症:糖尿病,子痫前期,前置胎盘,胎盘早剥,严重贫血,宫腔感染(绒毛膜羊膜炎),过期妊娠等,增加了子宫收缩乏力的发生率,既往有产后出血史的产妇,再次发生率增加。(4)多次孕产:产次越多,子宫肌纤维受损,张力下降,影响产后子宫收缩。产次(包括流产)越多,不同程度损伤子宫内膜,容易继发感染,患子宫内膜炎的机会增加,再次妊娠时前置胎盘、胎盘粘连、植入、残留的发生率相应上升,发生产后出血的机会也会大大增加^[3]。宫缩乏力引起产后出血,首先是加强宫缩:立即按摩子宫,及时给予缩宫药物,宫腔纱布填塞或压迫缝扎子宫,结扎盆腔血管或行介入治疗,无效时行子宫切除术。

3.2 胎盘因素

本组资料由于胎盘因素而引起的出血占 23.53%。胎盘因素主要是人工流产、清宫导致子宫内
(下转第 70 页)

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2012.11.010

· 性医学 ·

羊水栓塞导致孕产妇死亡的危险因素分析

李淑平

即墨市第二人民医院妇产科, 山东 青岛 266214

【摘要】目的:探讨羊水栓塞导致孕产妇死亡的危险因素。**方法:**对我院 1999 年 1 月~2012 年 6 月羊水栓塞导致孕产妇死亡的病例资料进行回顾性分析。**结果:**本组患者主要临床表现呼吸困难 34 例,休克 51 例,紫绀 54 例,昏迷抽搐 41 例,DIC 31 例。栓塞诱发因素催产素 15 例,米索前列醇引产 3 例,宫颈裂伤 5 例,羊水混浊 13 例,胎膜早破 15 例,外用腹压 1 例,胎盘早剥 3 例,急产 4 例。栓塞至死亡时间<0.5h 的为 10 例,0.5~1h 的为 19 例,>1h 的为 30 例。诊断依据外周静脉血或心血涂片诊断 8 例,尸检诊断 3 例,临床诊断 38 例,以及死后推断为 10 例。本组中可避免死亡的为 1 例,创造有利条件可避免产妇死亡的为 12 例,不可避免死亡 46 例。其中可避免以及创造条件可避免死亡的为 13 例(22.03%)。**结论:**羊水栓塞具有起病急,早期难以诊断,在临床运用中应当重视患者的早期表现,避免滥用催产素等,同时在分娩过程中应当对羊水栓塞进行有效预防,降低羊水栓塞的发生以及致死率。

【关键词】羊水栓塞;死亡;危险因素

Risk factors for maternal death caused by amniotic fluid embolism

LI Shuping

Department of Obstetrics and Gynaecology, Jimo Second People's Hospital, Qingdao 266214, China

【Abstract】Objectives: To explore the risk factors for maternal death caused by amniotic fluid embolism. **Methods:** A retrospective analysis was made on the clinical data of pregnant patients who died of amniotic fluid embolism from January 1999 to June 2012 in our hospital. **Results:** The clinical manifestation of the patients includes difficulty breathing (34 cases), shock (51 cases), cyanosis (54 cases), coma(41 cases), convulsions (41 cases), DIC (31 case). Embolism-induced Oxytocin was observed in 15 cases. Three cases had misoprostol induction of labor. We also found 5 cases of cervical laceration, 13 cases of amniotic fluid turbidity, 15 cases of premature rupture of membranes, one case of abdominal pressure, three cases of placental abruption, and four cases of acute production. The results also indicated 8 cases diagnosed by peripheral venous blood or effort smear diagnosis, 3 cases diagnosed by the autopsy, 38 cases diagnosed by clinical checkup and 10 cases diagnosed after their death. **Conclusion:** The amniotic fluid embolism has acute onset and early diagnosis is difficult. Doctors should pay attention to the early manifestation of patients, and should avoid the abusive use of oxytocin. Amniotic fluid embolism during childbirth should be effectively prevented so as to reduce the rate of embolism occurrence and maternal death.

【Key words】Amniotic fluid embolism; Death; Risk factors

羊水栓塞主要指产妇在分娩过程中羊水内容物如角化上皮细胞、胎脂、毳毛、胎粪等进入母体血液循环从而导致母体出现过敏性休克、肺栓塞、肾衰竭、弥散性血管内凝血(DIC)、猝死等严重分娩并发症,虽然羊

水栓塞发病率低但其致死率高达 61% 以上,是导致孕产妇死亡的主要因素之一^[1]。Jecmenica^[2]发现羊水栓塞患者多在发病后数分钟至数小时内死亡,而且其具有隐蔽性,导致早期不容易确诊。为探讨羊水栓塞的早期诊断降低死亡率,我院对 1999 年 1 月~2012 年 6 月收治的发生羊水栓塞死亡的 59 例患者作为研究对象,并对其病例资料进行回顾性分析。

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

1 材料与方法

1.1 临床资料

本组研究对象共 59 例,均通过对孕产妇死亡信息、调查表、病历资料进行研究,死亡病例均由专家团进行评审,均为羊水栓塞死亡的病例。纳入标准:研究对象满足 1998 年美国羊水栓塞国家诊断标准^[3]:产妇出现急性缺氧,且表现出呼吸困难、呼吸停止,以及发绀;产妇表现出心脏骤停,以及急性低血压;产妇凝血功能异常且实验室诊断表现患者血管纤维蛋白溶解,或无法解释术后出现严重出血;以上三种情况均发生在患者宫颈扩张、分娩以及剖宫产时或者术后 30min 内。

1.2 临床症状

患者出现呕吐、寒战、呛咳、发绀、血压骤降、突发的呼吸困难以及恶心的发生情况,同时口腔内粉红色泡沫样分泌物、切口渗血、抽搐、阴道大量流血、无尿,以及下腔静脉镜检提示存在羊水成分,尸检确诊。

1.3 实验室诊断

对孕妇腔静脉血液中检查出现胎儿成分,如脂肪、毳毛、鳞状上皮细胞、黏液、角蛋白等作为羊水栓塞的诊断标准,但最终确诊需要对尸体进行解剖确诊。

1.4 调查内容

对本组研究对象的临床表现、产科相关因素、发生时间、评审结果等进行分析。

1.5 统计学分析

采用 SPSS14.0 进行统计学分析,对计数资料采用卡方检验,对计量资料采用 t 检验,检验水准设定为 $\alpha = 0.05$,当 $P < 0.05$ 时认为其具有统计学差异性。

2 结 果

2.1 一般情况分析

临床资料调查发现,所有发生羊水栓塞死亡的孕产妇年龄在 24~41 岁,平均 (31.2 ± 2.3) 岁;初产妇 19 例,经产妇 40 例;经阴道分娩 29 例,阴道助产 5 例,以及剖宫产 25 例;产前发生 21 例,产后发生 38 例;文化程度:初中以及以下的为 39 例,高中 10 例,本科以及以上的为 10 例;经济水平:月收入大于 1000 元的 28 例,低于 1000 元的 31 例;职业分布:脑力劳动者 12 例,体力劳动者 47 例;居住地区分布:农村 36 例,城市 23 例;产前检查不足或未按时进行产前检查的为 21 例。

2.2 羊水栓塞的临床症状以及体征

本组患者中出现呼吸困难 34 例,休克 51 例,紫绀 54 例,昏迷抽搐 41 例,DIC 31 例。

2.3 羊水栓塞的诱发因素

采用催产素 15 例,运用米索前列醇引产 3 例,宫颈裂伤 5 例,羊水混浊 13 例,胎膜早破 15 例,外用腹压 1 例,胎盘早剥 3 例,急产 4 例。

2.4 羊水栓塞发生至患者死亡时间

本组中在出现羊水栓塞至患者死亡时间 $< 0.5h$ 的为 10 例,0.5~1h 的为 19 例, $> 1h$ 的为 30 例。

2.5 诊断依据

外周静脉血或心血涂片诊断 8 例,尸检诊断 3 例,临床诊断 38 例,死后推断为 10 例。

2.6 评审结果

本组中可避免死亡的为 1 例,创造有利条件可避免产妇死亡的为 12 例,不可避免死亡 46 例。其中可避免以及创造条件可避免死亡的为 13 例(22.03%)。

3 讨 论

现阶段全球各地地区的孕产妇死亡的差异较大,2005 年 WHO 对孕产妇死亡的调查发现,发达国家其孕产妇死亡率为 9/10 万,而发展中国家其发生率却高达 450/10 万^[4]。我国 2002 年全国检测结果发现,我国孕产妇死亡的主要因素有:49% 产科出血、12.0% 妊娠期高血压疾病、9.5% 羊水栓塞、6.7% 妊娠合并心脏病、3.7% 产褥感染、2.5% 妊娠合并肝脏病^[5,6]。随着我国医疗水平的提高,产后出血、妊娠期高血压疾病导致孕产妇死亡有明显的降低,而羊水栓塞成为孕产妇死亡的关键因素。孟晓燕^[7]对北京海淀区 1991~2005 年孕产妇死亡的调查研究发现,羊水栓塞其导致孕产妇死亡率高达 29.41%,明显高于排第二的妊娠合并肝病(17.65%)以及妊娠合并心脏病(11.76%)。

羊水栓塞虽然是产科极为凶险的并发症,但随着我国围产期保健工作的提高,我国孕产妇死亡率出现明显的降低趋势。Roberts^[8]对羊水栓塞的发生率的调查研究发现,其羊水栓塞的发生率高达 1/2 万。Antonio^[9]研究发现宫缩过强、滥用催产素、胎膜早破、高龄初产、急产、羊水混浊、多产妇、胎盘早剥、剖宫产等均是导致羊水栓塞的主要诱发因素。在本临床调查中我们发现本组患者中有 41 例羊水栓塞死亡患者均发生在 1999 年~2005 年之间,其主要是由于当时受医疗水平的限制,而且经专家评审结果认为可避免死亡的为 1 例,创造有利条件可避免产妇死亡的为 10 例,这与羊水栓塞起病急、早期诊断较为困难以及受当时医疗条件限制有关。羊水栓塞起病急且不可预料,患者病情风险,在本临床研究中我们发现患者具有短暂

先兆症状,如呕吐、寒战、烦躁不安、气急、恶心等症状,继出现肺底部湿啰音、血压下降、呛咳、心率加快、呼吸困难等。而导致患者死亡的原因主要有呼吸循环功能衰竭、DIC、休克以及难以控制的大出血。Romero^[10]报道当羊水栓塞患者发生心肺功能衰竭时其接受治疗后抢救成功率明显降低,故对于羊水栓塞患者当其出现上述表现时应采用积极措施进行治疗,以防止羊水栓塞的发展。

通过对本组患者的研究我们认为当患者出现:①不明原因血氧饱和度降低;②不明原因产后出血以及血液不凝,患者 DIC 化验出现异常;③对患者使用缩宫素时导致其出现不明原因的过敏反应,故在使用过程中应当严格控制缩宫素的指证,并严密观察^[11, 12]。在本组患者中,死于发病后 4h 内的患者为 54 例,故要求明确抢救的紧迫性。通过对本组患者的研究,我们认为羊水栓塞是可以预防的,本组患者中可避免死亡以及创造条件避免死亡的为 13 例(22.03%),诊断水平的高低可直接影响羊水栓塞的发生以及预后。故我们认为应当正确的观察以及处理产妇产程,并禁止对产妇使用大量催产素,并严格控制催产素的指证,同时对胎膜早破、羊水混浊、宫颈裂伤产妇进行严密监控,防止意外的发生。

通过本文对羊水栓塞诱因的分析以及患者基本情况的分析,我们提出以下预防羊水栓塞的措施:(1)严格把握剖宫产指征,避免过度剖宫产;(2)严密观察患者各产程,提高助产技能,避免患者出现软产道的损伤;(3)不能在产妇出现子宫收缩时进行人工破膜,避免羊水进入微血管;(4)严格把握催产素的使用指证,不得滥用催产素;(5)患者宫缩过强时应当及时使用镇静剂进行镇静;(6)在对患者采用钳刮术时应当避免暴力扩张宫颈,而应当先进行破膜待羊水流尽后再进行钳夹;(7)严格做好孕期保健,积极预防和改善患者生殖道条件,并重视孕产期健康指导。

(上接第 10 页)

- [3] 王亮,李黎明,崔喆,等.经尿道前列腺等离子双极电切术与普通电切术中失血量比较.中华腔镜泌尿外科杂志:电子版,2009,3(1):11-14.
- [4] Issa MM. Technological advances in transurethral resection of the prostate: bipolar versus monopolar TURP. J Endourol, 2008, 22(8): 1587-1595.
- [5] 杨德林,柯昌兴,王剑松,等.等离子电切术中不同方法治疗前列腺增生症(附 1900 例报告).中华腔镜泌尿外科杂志:电子版,2009,3(1),37-42.

参考文献

- [1] Leighton BL, Wall MH, Lockhart EM, et al: Use of recombinant factor VIIa in patients with amniotic fluid embolism: a systematic review of case reports. Anesthesiology, 2011, 115(6):1201-1208.
- [2] Jecmenica D, Baralic I, Alempijevic D, et al: Amniotic fluid embolism - apropos two consecutive cases. J Forensic Sci, 2011, 56(Suppl 1):S247-251.
- [3] Dobbenga - Rhodes YA: Responding to amniotic fluid embolism. AORN J, 2009, 89(6):1079-1088; quiz 1089-1092.
- [4] Kanayama N, Inori J, Ishibashi - Ueda H, et al: Maternal death analysis from the Japanese autopsy registry for recent 16 years: significance of amniotic fluid embolism. J Obstet Gynaecol Res, 2011, 37(1):58-63.
- [5] 邹丽颖,范玲.羊水栓塞诊治进展中国实用妇科与产科杂志,2011,27(2):151-153
- [6] 庄顺红,赵关芳,徐瑞龙,等.羊水栓塞产妇血液中羊水成份的检查.检验医学,2010,25(4):312-313.
- [7] 孟晓燕.羊水栓塞导致孕产妇死亡的相关因素.中国妇幼保健,2011,26(6):840-841.
- [8] Roberts CL, Algert CS, Knight M, et al: Amniotic fluid embolism in an Australian population - based cohort. BJOG, 2010, 117(11):1417-1421.
- [9] Antonio C, Marcal N, Lopes C, et al: [Amniotic fluid embolism]. Acta Med Port 2011, 24(6):1087-1090.
- [10] Romero R, Kadar N, Vaisbuch E, et al: Maternal death following cardiopulmonary collapse after delivery: amniotic fluid embolism or septic shock due to intrauterine infection? Am J Reprod Immunol, 2010, 64(2):113-125.
- [11] 孙婷怡,杜飞,任亮,等.羊水栓塞死亡 2 例.法医学杂志,2011,27(3):232-233.
- [12] Kumar S, Wong G, Maysky M, et al: Amniotic fluid embolism complicated by paradoxical embolism and disseminated intravascular coagulation. Am J Crit Care, 2010, 19(4):379-382.

[收稿日期:2012-07-20]

- [6] Iori F, Franco G, Leonardo C, et al. Bipolar transurethral resection of prostate: clinical and urodynamic evaluation. J Urol, 2008, 71(2): 252-255.
- [7] Reich O. Editorial comment on: a prospective randomized study comparing monopolar and bipolar transurethral resection of prostate using transurethral resection in saline (TUR-IS) system. Eur Urol, 2007, 52(2): 523-524.
- [8] Ho HS, Cheng CW. Bipolar transurethral resection of prostate: a new reference standard?. Curr Opin Urol, 2008, 18(1): 50-55.

[收稿日期:2012-08-23]

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2012.11.011

• 性医学 •

腹腔镜与宫腔镜联用诊治女性输卵管不孕症的疗效观察

周云保

丹阳市人民医院妇科, 江苏 丹阳 212300

【摘要】目的:探讨宫、腹腔镜联合用于诊治女性输卵管不孕的临床疗效。**方法:**分析 2008 年 7 月~2011 年 7 月在我院治疗的输卵管不孕患者 38 例,随机分为两组,宫腹腔镜联合组(A 组)19 例,宫腔镜组(B 组)19 例,比较两组术后的输卵管再通率。**结果:**B 组术中出血量和手术时间少于 A 组,而 A 组的输卵管再通率为 81.57%,高于 B 组 68.42%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。A 组的宫内妊娠率为(9,47.37%),高于 B 组;A 组异位妊娠率为(1,5.26%),低于 B 组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:**宫、腹腔镜联合用于治疗输卵管性不孕的成功率高,具有良好的临床应用价值。

【关键词】宫腔镜;腹腔镜;输卵管性不孕;临床疗效

Combined use of hysteroscopy and laparoscopy in the treatment of tubal infertility

ZHOU Yunbao

Department of gynaecology and obstetrics, Danyang Peoples' Hospital, Danyang 212300, China

【Abstract】Objectives: To explore the clinical value of the combined use of hysteroscopy and laparoscopy in the treatment of tubal infertility. **Methods:** Thirty-eight patients with oviduct infertility who received treatment in our hospital from July 2008 to July 2011 were divided into 2 groups randomly. The group A contained 19 patients who were treated by hysteroscopy combined with laparoscopy. The group B contained 19 patients who were treated only by hysteroscopy. The therapeutic effects were compared between the two groups. **Results:** Group B has less bleeding volume and operation time than group A, but the rate of recanalization in Group A was 81.57%, significantly higher than the rate of 68.42% in group B ($P < 0.05$). Group A also has higher uterine pregnancy and less ectopic pregnancy than group B ($P < 0.05$). **Conclusion:** The combined use of hysteroscopy and laparoscopy is effective in the treatment of tubal infertility. Therefore, this approach can be widely promoted in clinical practice.

【Key words】 Hysteroscopy ; Laparoscopy ; Tubal infertility ; Clinical effect

不孕症是指婚后有正常性生活,未避孕达 1 年及以上而未能怀孕者,可分为原发性不孕和继发性不孕。不孕给患者及其家庭带来巨大的精神压力和社会压力。在女性不孕的原因中,输卵管因素最高,占 1/3^[1],其病因有宫内感染、子宫内膜异位症、阴道炎症的逆行性感染及性传播疾病等。由于宫、腹腔镜技术的发展,越来越多的应用于输卵管不孕的诊治,如何有效、损伤小、痛

苦少的对患者进行诊治是医务人员一直关注的课题。本研究回顾性分析我院 2008 年 7 月~2011 年 7 月因输卵管不孕在我院进行治疗的患者 38 例,探讨宫、腹腔镜联合用于治疗输卵管不孕的临床疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2008 年 7 月~2011 年 7 月因输卵管不孕在我院妇科门诊、住院治疗的患者 38 例,年龄 22~36 岁,平均年龄(26.3 ± 2.1)岁;其原发性不孕患者 16

【作者简介】周云保(1969-),男,主治医师,主要从事妇科内窥镜相关方面的临床诊治与研究工作。

例,继发性不孕 22 例;不孕年限均在 1 年以上;排除女性生殖系统的先天性发育疾病、肝肾疾病、心血管疾病、免疫系统疾病及男性不孕等;所有患者术前均行子宫输卵管碘油造影证实为输卵管梗阻,月经规律有排卵。将所有患者随机分为宫、腹腔镜组(A 组)19 例,腹腔镜组(B 组)19 例,两组患者年龄、不孕年限、输卵管梗阻部位、不孕类型等差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 宫、腹腔镜组(A 组) 采用斯道斯腹腔镜、成套腹腔镜,用 5% 葡萄糖溶液做为膨宫液。患者取膀胱截石位,常规消毒腹部、外阴及阴道,麻醉成功后在脐轮行一约 1cm 左右切口置入腹腔镜,探查腹腔情况;再分别于左右下腹部各取 2~3 孔置入操作器械,探查盆腔情况,根据是否有输卵管伞部阻塞行输卵管造口或伞部成形术,处理盆腔内粘连。消毒宫颈及阴道壁后置入腹腔镜,观察宫腔内情况,如有息肉,可行宫腔镜电切术。行宫腔镜输卵管插管术(取 3F 的硬质空心塑料导管,经宫腔镜操作孔,在宫腔镜引导下插入左侧输卵管开口,加压推进约 1~1.5cm 疏通间质部,同法处理右侧输卵管开口)向宫腔内注入经稀释的美蓝液,在腹腔镜下见双侧输卵管伞部均有美蓝液溢出为输卵管疏通成功,行美蓝通液术无阻力为输卵管通畅,感阻力但可见美蓝液溢出为通而不畅,无美蓝液溢出为输卵管阻塞。

1.2.2 腹腔镜组(B 组) 于门诊采用斯道斯腹腔镜,患者取膀胱截石位,在静脉麻醉下置入腹腔镜,观察患者宫腔内情况,如有息肉,可行宫腔镜电切术。在 B 超引导下分别行腹腔镜左侧及右侧输卵管插管术,再行美蓝液通液术,美蓝液无阻力注入,不反流至宫腔内,B 超下可见输卵管扩张,在子宫直肠陷凹处可见液暗区为输卵管通畅;行美蓝液通液术时感阻力,加大压力后可注入美蓝液,有部分美蓝液返流入宫腔,B 超监视下可见输卵管扩张,子宫直肠陷凹可见液暗区为输卵管通而不畅;通液时感明显阻力,加大压力仍无法推进,美蓝液返流入宫腔内为阻塞。

1.2.3 术后处理 ①输卵管通畅者不做特殊处

理,指导患者尽快受孕。②输卵管通而产畅者,于下次月经干净后 3~7 天内再行宫腔镜下输卵管插管疏通术。③合并有子宫内膜异位症患者根据分期,III~IV 期患者给予药物治疗 3~6 个月;I~II 期患者指导患者尽快受孕。④所有患者出院后均随访术后治疗及受孕情况。

1.3 统计学处理

两组患者的研究所得数据均采用由 SPSS13.0 软件统计包进行统计学处理,两组计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验,其中以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者的手术情况

两组患者手术均顺利完成,A 组手术时间、术中出血量分别为 $(64.53 \pm 18.6) \text{ h}$ 、 $(38.56 \pm 26.85) \text{ ml}$;B 组手术时间、术中出血量分别为 $(23.51 \pm 10.25) \text{ h}$ 、 $(10.58 \pm 5.98) \text{ ml}$,两组相比差异明显,有统计学意义($P < 0.05$),B 组较 A 组为优。住院天数两组相当,差异不明显,无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者手术情况比较

组别	例数	手术时间(h)	术中出血量(ml)	住院天数(d)
A 组	19	64.53 ± 18.6	38.56 ± 26.85	7.5 ± 1.3
B 组	19	23.51 ± 10.25	10.58 ± 5.98	6.9 ± 1.5
P 值		<0.05	<0.05	>0.05

2.2 两组患者的不孕类型、术后输卵管再通率及妊娠率

A 组和 B 组患者均有 38 条输卵管,不孕类型分为间质部、峡部及远端梗阻,差异无显著性。A 组再通率为 81.57% (31/38),B 组再通率为 68.42% (26/38),两组差异有统计学意义($P < 0.05$)。对两组患者进行 12 个月的随访,A 组宫内妊娠率为(9,47.37%),异位妊娠率为(1,5.26%)、仍有 9 例未孕;B 组的宫内妊娠率为(5,26.32%),异位妊娠率(2,10.53%),有 12 例未孕。两组患者的宫内妊娠率与异位妊娠率均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者的不孕类型、术后输卵管的再通率及妊娠率

组别	例数	间质部梗阻		峡部梗阻		远端梗阻		再通率	妊娠率	
		梗阻数	再通数	梗阻数	再通数	梗阻数	再通数		宫内妊娠	异位妊娠
A 组	19	9	8	11	9	16	14	81.57%	9,47.37%	1,5.26%
B 组	19	10	8	11	7	15	11	68.42%	5,26.32%	2,10.53%
P 值								<0.05	<0.05	<0.05

3 讨 论

在众多的女性不孕原因中,输卵管因素居首位,由于阴道炎症如淋球菌、支原体、衣原体的感染,子宫内膜异位症等原因使输卵管不孕呈增加的趋势。输卵管性不孕目前治疗仍以手术治疗为主,因其梗阻部位的不同使输卵管梗阻的治疗上也有所不同。输卵管插管注药通液术在 20 世纪 80 年代已在临床应用,对于近端输卵管梗阻的治疗效果良好^[2],而今发展为宫腔镜引导下插管治疗则更加完善了输卵管通液的治疗效果,它具有以下优点:①在宫腔镜及 B 超引导下直视操作,输卵管插管的安全性、准确性更高。②经宫腔镜操作孔加压注液,近端输卵管腔内压力增大明显,粘连容易被分开。③输卵管插管可直接对近端的梗阻部位进行物理性的疏通。但其也存在一定的弊端,它对近端梗阻的疏通效果明显,但对于远端,如伞部的梗阻效果明显不足^[3]。其原因可能与导管插管难以伸入至输卵管伞部,加压注液也会随着距离的增加而出现压力梯度降低,难以达到对远端梗阻部位的治疗效果。而即使远端疏通成功,由于远端伞部开孔较小,梗阻并未完全打开,往往影响伞部的捡卵功能及输卵管的运送功能,而出现异位妊娠的机率增高的不良后果^[4]。

腹腔镜的应用使宫腔镜对输卵管性不孕的治疗更加完善,其优点可表现为:①在腹腔镜的直视放大下可良好观察患者盆腔粘连情况、输卵管结构、功能及其与周围组织脏器的关系。②根据美蓝液的膨胀部位可直接判断输卵管的梗阻部位,特别是对于输卵管远端如伞部梗阻腹腔镜下可直接进行造口或开窗术,具有很好的治疗效果。③可解除盆腔粘连,恢复输卵管的自然状态,提高输卵管伞部的拾卵及运送功能。④对于有子宫内膜异位病灶的患者,可同时进行异位病灶的切除术,免除病人开腹手术的痛苦与创伤,具有创伤小、恢复快的特点,易被患者所接受^[5]。但腹腔镜也有不足之处,其对输卵管近端的梗阻治疗效果往往难及

宫腔镜下插管通液术,腹腔镜操作器械无法伸入到间质部进行疏通,因此对于近端梗阻的患者往往需要采取宫腔镜的插管治疗。

从以上几点可以看出,宫腔镜插管术对于输卵管近端梗阻效果较好,但由于其无法解除患者盆腔粘连,术后的异位妊娠率往往较高。而腹腔镜手术可解除患者盆腔粘连、治疗子宫内膜异位病灶、对输卵管远端梗阻进行造口或开窗。并且在腹腔镜的直视下可避免由于宫腔镜插管的角度、插管的力度而出现的穿孔,因此两种方法联合应用往往可以扬长避短,达到良好的临床治疗效果^[6]。从本次研究的结果中也可看出,宫、腹腔镜联合的再通率及宫内妊娠率都比单独使用宫腔镜手术效果更佳,而异位妊娠的发生更低。因此宫腹腔镜联合为输卵管性不孕的患者开辟新的治疗途径,值得临床推广及应用。

参考文献

- [1] 刘海涛. 宫腹腔镜治疗前后女性不孕患者生殖激素水平检测研究. 中国妇幼保健, 2012, 27(6): 938 - 939.
- [2] 唐雄志, 罗兆芹, 邓艳红. 宫腹腔镜联合治疗输卵管性不孕的临床分析. 中国内镜杂志, 2010, 16(3): 300 - 302.
- [3] Vieira A, Paiva S, Baptista C, et al. Late onset congenital adrenal hyperplasia due to 21 - hydroxylase deficiency: revision of literature and preconception genetic study of five couples. Acta Med Port, 2011, 24(1): 99.
- [4] 张江霖. 宫腔镜腹腔镜联合治疗输卵管性不孕的临床价值. 中国内镜杂志, 2012, 18(2): 136 - 139.
- [5] BELLO TO. Tubal abnormalities on hysterosalpingography in primary and secondary infertility. West Afr J Med, 2006, 25(2): 130 - 133.
- [6] TANG XZ, LUO ZQ, DENG YH. Clinical analysis on treatment of oviduct obstructive infertility performed by laparoscopy combined with hysteroscopy. China Journal of Endoscopy, 2010, 16(3): 300 - 302.

[收稿日期: 2012 - 08 - 08]

(上接第 20 页)

参考文献

- [1] 王启林, 他同生, 张国颖, 等. 12 例阴茎癌临床分析. 数理医药杂志, 2003, 16(6): 509 - 510.
- [2] 吕淑坚. 阴茎癌 44 例临床分析. 华北煤炭医学院学报,

2005, 7(6): 760 - 761.

- [3] 陈俏红, 彭玲, 吴婉红, 等. 健康教育对阴茎癌患者生活质量的影响. 护理学杂志, 2005, 20(12): 68 - 69.
- [4] 张月英. 健康教育对阴茎癌病人生活质量的影响. 护理研究 2008, 22(5): 1346 - 1347.

[收稿日期: 2012 - 08 - 25]

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2012.11.012

· 性医学 ·

中西医治疗卵巢氧化应激的进展

王晓宁 综述 张昌军 审校

湖北医药学院附属人民医院生殖医学中心, 湖北 十堰 442000

【摘要】随着生活节奏的不断加快、心理压力的不断增大、人们生活习惯及饮食结构的改变,不孕症的患病因素日趋复杂,卵巢氧化应激引起的不孕症也逐年增长。本文旨在对国内外近些年有关治疗卵巢氧化应激的研究进行阐述,为更好的治疗卵巢氧化应激、改善人类生殖功能提供一定的理论依据。

【关键词】氧化应激;抗氧化;卵巢;治疗

Progress in the treatment of ovary oxidative stress with integrated Chinese and Western medicine

WANG Xiaoning, ZHANG Changjun.

Center of Reproductive Medicine, The Affiliated People's Hospital of Hubei Medical University, Shiyan 442000, China

【Abstract】As the life tempo becomes quickened, people feels greater psychological stress. They changed their life style and dieting structure, and as a result, the risk factors for infertility get complicated. This article reviews the researches on ovary oxidative stress done in recent years with an aim to provide theoretical basis for better treatment of oxidative stress and for the improvement of reproductive function.

【Key words】Oxidative stress; Antioxidant; Ovary; Treatment

氧化应激是指稳态水平上,各种活性氧物质生成过多,超出了机体的清除能力,导致机体氧化/抗氧化失衡的一种状态,是一种对细胞有毒害的病理性生物化学反应。氧化应激普遍存在于人体的多个器官系统中,造成组织器官的损伤和疾病。近年来,各种因素引起的卵巢氧化应激进而导致的卵巢相关疾病引起学者的关注。本文就目前对治疗卵巢氧化应激的进展情况进行阐述,为临床治疗卵巢氧化应激提供更多的参考。

1 卵巢相关疾病与氧化应激

许多不同的生殖状态都存在氧化应激,如子宫内膜异位症、卵子发生、卵母细胞成熟、输卵管积水等。有学者发现,多囊卵巢综合征患者卵泡液中活性氧(ROS)水平升高,且与卵母细胞中纺锤体缺失比例增

多有关,致使其受精率、优胚率及临床妊娠率显著降低^[1]。氧化应激对卵母细胞的影响,除了直接作用于遗传物质外,还有可能通过作用于甾体生成,影响卵母细胞的成熟、卵泡的闭锁和排卵。Manoj^[2]等研究女性卵巢功能早衰与染色体异常和氧化应激的关系时发现,在 PDF 患者中 ROS 水平明显增高,推测细胞染色体异常以及细胞内超过生理水平的活性氧与 POF 的发生可能存在一定的因果关系。

基于这些造成卵巢氧化损伤的机制,学者们已经着手寻找治疗或预防卵巢氧化损伤的药物,目前为止,部分西药和中药在对抗动物或者体外细胞、胚胎培养中卵巢氧化应激这方面的疗效已经被证实。

2 西医治疗卵巢氧化应激

Rezvanfar MA^[3]等在研究过氧化物酶体增殖物激活受体兴奋剂吡格列酮对多囊卵巢小鼠血清及卵巢氧化应激和炎症因子的影响时发现,吡格列酮可以降低小鼠卵巢及血清中氧化产物,增高抗氧化酶的活性,对

【作者简介】王晓宁(1987-),女,硕士研究生在读,主要研究方向为中西医结合临床治疗不孕不育。

多囊卵巢小鼠有一定的抗氧化作用。Usta U^[4]等在研究左旋肉碱和 NAC 对经过缺血再灌注的小鼠卵巢组织损伤中发现, NAC 和左旋肉碱均能在一定程度上减轻氧化损伤, 保护卵巢功能。Kurt A 等^[5]在研究法莫替丁对缺血再灌注小鼠卵巢损伤的生物学和组织学影响时, 发现法莫替丁对缺血再灌注引起的卵巢氧化损伤有一定的保护作用。Jhala DD^[6]等在进行抗氧化维生素 C、E 对氟和砷引起小鼠卵巢毒性的保护作用的研究中发现, 维生素 C、E 能够缓和或逆转氟、砷对小鼠卵巢的毒性作用, 对卵巢的氧化损伤起一定的氧化损伤作用。Liu J 等^[7]研究抗氧化剂 N - 乙酰 - L - 半胱氨酸 (NAC) 延缓小鼠卵母细胞老化时发现, 小鼠饮用含一定浓度 NAC 的水一段时间后, 受精卵的质量以及早期胚胎发育都得到很大的改善, 同时长寿蛋白、端粒酶活性增高, 端粒长度增加, 提示抗氧化剂 NAC 可以改善小鼠卵母细胞老化。

3 中医治疗卵巢氧化应激

周楠等^[8]在进行补肾法、疏肝法对排卵障碍模型大鼠卵巢氧化损伤及颗粒细胞凋亡的比较研究中发现, 补肾调经方治疗后大鼠血清和卵巢组织胆红素水平提高, 胆红素又能够协同机体其他的抗氧化物质一起共同对抗卵巢的氧化损伤。宝丽等^[9]研究广东凉茶颗粒对拘束负荷诱发小鼠生殖器官过氧化状态的改善作用中得出结果, 广东凉茶颗粒对拘束负荷诱发的小鼠生殖器官过氧化状态具有一定的改善作用。姚辉等^[10]采用 D - 半乳糖致衰老小鼠模型发现, 蛤蟆油 (OR) 具有升高衰老模型小鼠生殖器官 SOD 活力, 抑制自由基在生殖器官的堆积, 防止细胞老化及组织器官的退行性改变的作用, 提高雌性衰老模型小鼠体内雌激素水平, 延长小鼠动情期, 增加其卵巢和子宫指数, 改善卵巢和子宫的病理改变, 从而改善生殖器官的衰老状况。谢红林等^[11]观察中药天年饮对衰老大鼠卵巢抗氧化能力和端粒酶活性的作用的研究中, 总结出中药天年饮可提高衰老大鼠卵巢抗氧化能力和端粒酶活性, 具有延缓卵巢细胞衰老的作用。艾浩等^[12]在进行 GEN 对顺铂致 POF 小鼠卵巢功能保护作用的研究中, 发现 GEN 可增加顺铂损伤后小鼠卵巢组织中雌激素受体 (ER) 和孕激素受体 (PR) 表达量, ER 的表达活性可能与 GEN 的弱雌激素效应相关, 而其上调 PR 活性的效应可能与其改善卵巢氧化损伤状态、激活细胞状态相关。白巍等^[13]研究针刺“足三里”、“关元”穴对自然更年期雌性大鼠卵巢组织中超氧化物歧化酶

(SOD) 活性、丙二醛 (MDA) 及一氧化氮 (NO) 含量的影响, 探讨其抗氧化作用时得出结论, 针刺足三里、关元穴能明显增强更年期雌性大鼠卵巢组织抗氧化、清除自由基的能力, 改善和调节卵巢生理功能。

从学者们对卵巢氧化损伤的治疗药物和方法的研究中我们可以发现, 目前的研究主要是针对动物的实验性研究, 如何能够使已经在动物身上证实的药物安全有效的应用到我们人类的身上, 这就为我们的学者们提出了一个更加远大的目标, 如何发现抗卵巢氧化应激更好且副作用更小的药物, 以便早期应用于临床, 对医务工作者来说是刻不容缓的事情。

参考文献

- [1] Chattopadhyay R, Ganesh A, Samanta J, et al. Effect of follicular fluid oxidative stress on meiotic spindle formation in infertile women with polycystic ovarian syndrome. *Gynecol Obstet Invest*, 2010, 69(3): 197 - 202.
- [2] Manoj Kumar, Dhananjay Pathak, Sundararajan Venkatesh, et al. Chromosomal abnormality & oxidative stress in women with premature ovarian failure. *Indian J Med Res*, 2012, 135(1): 92 - 97.
- [3] Rezvanfar MA, Rezvanfar MA, Ahmadi A, et al. Mechanistic links between oxidative/nitrosative stress and tumor necrosis factor alpha in letrozole - induced murine polycystic ovary: Biochemical and pathological evidences for beneficial effect of pioglitazone. *Hum Exp Toxicol*, 2011, 10.
- [4] Usta U, Inan M, Erbas H, Aydoqdu N, et al. Tissue damage in rat ovaries subjected to torsion and detorsion: effects of L - carnitine and N - acetyl cysteine. *Pediatr Surg*, 2008, 24(5): 567 - 73.
- [5] Kurt A, Isaoqlu U, Yilmaz M, et al. Biochemical and histological investigation of famotidine effect on postischemic reperfusion injury in the rat ovary. *Pediatr Surg*, 2011, 46(9): 1817 - 1823.
- [6] Jhala DD, Chinoy NJ, Rao MV, et al. Mitigating effects of some antidotes on flu - oride and arsenic induced free radical toxicity in mice ovary. *Food Chem Toxicol*, 2008, 46(3): 1138 - 42.
- [7] Liu J, Liu M, Ye X, et al. Delay in oocyte aging in mice by the antioxidant N - acetyl - L - cysteine (NAC). *Hum Reprod*, 2012, 27(5): 1411 - 1420.
- [8] 周楠, 等. 补肾法、疏肝法对排卵障碍模型大鼠卵巢氧化损伤及颗粒细胞凋亡的比较研究. 河北医科大学硕士学位论文, 2010.
- [9] 宝丽, 姚新生, 何蓉蓉, 等. 广东凉茶颗粒对应激小鼠生殖器官过氧化状态的改善作用. 中药新药与临床药理, 2008(19): 253 - 256.

(下转第 42 页)

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2012.11.013

· 性医学 ·

不同时期放置吉妮致美宫内节育器的临床观察

陈 莉 韩春艳 邱新娇 吴永红

深圳市南山区计划生育服务中心, 广东 深圳 518052

【摘 要】目的:探讨不同时期放置吉妮致美宫内节育器的临床效果观察,扩大宫内节育器放置范围,提供安全的避孕方法。**方法:**人工流产后自愿要求放置吉妮致美宫内节育器的育龄妇女 300 例为观察组,300 例为对照组,于月经干净后 2~3d 放置吉妮致美宫内节育器。定期随访观察两组术后宫内节育器的放置情况(1、3、6、12 个月),观察避孕效果及不良反应。**结果:**观察组 300 例,失访 5 例,终止使用 3 例,其中 1 例是带器妊娠,2 例是宫内节育器脱落,无不良反应取出。对照组 300 例,失访 7 例,终止使用 1 例,1 例是宫内节育器脱落。**结论:**不同时期放置吉妮致美宫内节育器均安全、可靠、成功率高,尤其适宜使用其他类型宫内节育器失败者,也适用于宫腔大者,而且术后不良反应明显降低,值得临床推广使用。

【关键词】吉妮致美宫内节育器;人工流产;避孕

Clinical effect of the placement of indomethacin - GyneFix - IUD

CHEN Li, HAN Chunyan, QIU Xinjiao, WU Yonghong

Shenzhen Nanshan Family Planning Service Centre, ShenZhen 518052, China

【Abstract】Objectives: To observe the clinical effects of the placement of Indomethacin - GyneFix - IUD in different time, and to provide a safe contraception method for the women of childbearing age. **Method:** The women patients with induced abortion were divided into two groups: the observation group and the control group. The observation(300 cases) group were placed with Indomethacin - GyneFix - IUD after operation immediately. The control group(300 cases) used Indomethacin - GyneFix - IUD 2 - 3days after the completion of their menstrual period. The two groups were compared in their postoperative IUD placement condition, contraceptive effectiveness and adverse reactions 1m, 2m, 6m, 12m after the operation. **Result:** In the observation group(300 cases), 5 cases were missing in the follow - up, 3 cases stopped using IUD(one had pregnancy and the other got IUD expulsion). In the Control group(300 cases), 7 cases were missing and 1 case stopped using IUD due to its expulsion. **Conclusion:** Placement of Indomethacin - GyneFix - IUD in different time proves to be safe, reliable and successful, especially suitable for the patients who experienced failure in the use of other IUDs or who have bigger uterine. In addition, Indomethacin - GyneFix - IUD also produced little postoperative adverse events.

【Key words】Indomethacin - GyneFix - IUD, Abortion, Contraceptive

宫内节育器在我国已使用多年,但是各种宫内节育器的不良反应不一,尤其是人工流产后同时放置可能出现不良反应。吉妮致美宫内节育器是一种无支架宫内节育器,本中心于 2009 年 5 月~2010 年 12 月放置,进行一年的观察随访。现报道如下。

【第一作者简介】陈 莉(1962-),女,副主任医师,主要从事计划生育、生殖健康服务临床工作。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择 2009 年 5 月~2010 年 12 月,在本中心计划生育门诊因宫内妊娠行人工流产的育龄妇女,自愿要求术后放置吉妮致美宫内节育器的妇女 300 例为观察组,300 例为对照组,于月经干净后 2~3d 放置吉妮致美宫内节育器。两组年龄 25~35 岁,无人工流产术及

放置宫内节育器的禁忌症,两组对象的年龄、孕产次、孕周均无显著性差异($P > 0.05$)。

1.2 放置时间

月经干净后 2~3d(月经期 10d 内)或剖宫产术后 6 个月放置,均排除妊娠。

人工流产术后同时放置。

1.3 材料

本中心使用的是由天津和杰医疗器械公司生产、类型为吉妮致美宫内节育器。

1.4 研究方法

两组放置吉妮致美宫内节育器的医生均经过专门培训,手术医生严格按照国家卫生部颁发的手术规范流程进行操作,两组均采用 BELSON700 型全程超导可视妇科手术仪下进行。定期随访观察两组术后宫内节育器的放置情况(1、3、6、12 个月),观察避孕效果及不良反应;B 超检查宫内节育器的放置情况。

1.5 统计学分析

采用 EPI DATA3.0 进行数据录入和核对,采用 SPSS11.0 统计软件进行统计分析。

2 结 果

2.1 两组放置吉妮致美宫内节育器的避孕效果比较

两组放置吉妮致美宫内节育器一次成功。观察组(295 例),其中失访 5 例,带器妊娠 1 例,分别在 3 个月、6 个月时 B 超检查确诊 2 例宫内节育器脱落。对照组(293 例),其中失访 7 例,带器妊娠 0 例,在 3 个月时 B 超检查确诊 1 例宫内节育器脱落。两组放置吉妮致美宫内节育器避孕效果情况比较,经统计学分析无显著性差异($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 两组吉妮致美宫内节育器避孕效果情况比较

随访 时间	观察组(295 例)			对照组(293 例)		
	带器妊娠	因症取出	脱落	带器妊娠	因症取出	脱落
1 个月	0	0	0	0	0	0
3 个月	1	0	1	0	0	1
6 个月	0	0	1	0	0	0
12 个月	0	0	0	0	0	0

注: $P > 0.05$

2.2 两组术后副反应发生情况比较

观察组(295 例),其中月经过少 4 例,经期延长 5 例,腹痛 1 例,没有因副反应取出。对照组(293 例),其中月经过少 7 例,经期延长 5 例,腹痛 3 例,没有因副反应取出。两组放置吉妮致美宫内节育器副反应情

况比较,经统计学分析,无显著性差异($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 两组吉妮致美宫内节育器副反应发生情况比较

随访 时间	观察组(295 例)			对照组(293 例)		
	月经过少	经期延长	腹痛	月经过少	经期延长	腹痛
1 个月	3	4	1	5	3	2
3 个月	1	1	0	2	2	1
6 个月	0	0	0	0	0	0
12 个月	0	0	0	0	0	0

注: $P > 0.05$

3 讨 论

宫内节育器(IUD)是一种安全、有效、简便、经济、可逆的避孕工具,为我国育龄妇女的主要避孕措施,目前约 70% 妇女选用 IUD 作为避孕方法,占世界 IUD 避孕总数的 80%^[1]。但是,各类宫内节育器放置后出现的不良反应比较大,尤其是带器妊娠及脱落率高,给育龄妇女带来很大烦恼,造成再次妊娠及重复流产的发生。

吉妮致美宫内节育器是含铜无支架 IUD,铜表面积 330mm²。其避孕原理是使铜离子作用于子宫内膜,使局部白细胞增多,锌依赖酶活性抑制,从而抑制子宫内膜发生变化,不利于胚胎着床,同时对胚泡有直接毒杀的作用^[2]。

本中心通过不同时期放置吉妮致美宫内节育器的临床观察结果显示:尽管观察组是在人工流产后同时放置,当时宫腔大,同对照组观察比较可见,避孕效果及术后不良反应经统计学分析,两组比较无显著性差异($P > 0.05$);由于吉妮致美宫内节育器为 6 个铜套串在一根尼龙线上,顶端有一个结固定于子宫肌层,使 IUD 不易脱落,悬挂在宫腔中对宫腔壁刺激小,不受子宫收缩影响,减少子宫的排异反应,固定到位则不易脱落^[3],减少了人工流产后子宫收缩、节育器下移脱落的发生。说明人工流产后同时放置吉妮致美宫内节育器,安全、有效,也避免增加再次宫腔操作的机会。

在临床上放置吉妮致美宫内节育器的时候,临床医生应注意几点:(1)虽然在采用 BELSON700 型全程超导可视妇科手术仪下进行放置,但一定要查清楚子宫的位置,否则不容易放置在宫底部,而是偏离。本中心有一例因偏离带器妊娠。(2)月经干净后 2~3d 放置,增殖早期放置效果佳,不良反应小。(3)由专门培训的有经验的医生放置。

(下转第 50 页)

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2012.11.014

· 性医学 ·

米非司酮与米索前列醇联合用于终止中期妊娠的临床分析

严春玉

无锡市锡北人民医院妇产科, 江苏 无锡 214194

【摘要】目的:观察口服米非司酮联合米索前列醇阴道给药终止中期妊娠的临床效果及安全性。**方法:**选择我科自 2009 年 5 月~2012 年 4 月收治的 118 例中期妊娠患者并随机分为两组,59 例患者采用依沙吖啶羊膜腔内注射引产作为对照组,59 例患者采用米非司酮联合米索前列醇引产作为观察组,观察比较两组患者引产效果及不良反应发生情况。**结果:**59 例观察组患者,52 例(88.14%)完全流产,6 例(10.17%)不全流产,1 例流产失败转钳刮术;对照组患者 50 例(84.75%)完全流产,7 例(11.86%)不全流产,2 例(3.39%)流产失败,两组差异无统计学意义。两组患者引产后阴道出血量经比较也无显著差异。两组患者均有不同程度腹痛,部分观察组患者表现为恶心、呕吐等消化道不良反应,少数对照组患者表现为体温升高,未经处理症状体征均消失。观察组孕产物排出平均时间(6.8±2.3)h;对照组平均时间为(30.6±6.8)h,两组差异具有统计学意义($P<0.05$)。**结论:**米非司酮联合米索前列醇作为一种非侵入性终止妊娠手段,应用于终止中期妊娠,引产效果好,引产时间明显缩短,而且操作简单、无创伤,更乐于被患者所接受。

【关键词】中期妊娠;米非司酮;米索前列醇;依沙吖啶

Combined use of mifepristone and misoprostol in the termination of second trimester pregnancy

YAN Chunyu

Department of Obstetrics and Gynecology, Xibei People's Hospital, Wuxi 214194, China

【Abstract】Objectives: To observe the clinical efficacy and safety of mifepristone combined with misoprostol vaginal delivery in the termination of second trimester pregnancy. **Methods:** A total of 118 patients in their second trimester pregnancy were randomly divided into two groups who were admitted into our department from May 2009 to April 2012. Fifty-nine patients in the control group were labor induced by intra-amniotic injection of Ethacridine, while another 59 cases in the observation group were treated with Mifepristone and misoprostol for the induction of labor. The two groups were observed and compared in their labor induction results and adverse reactions. **Results:** Among 59 patients in the observation group, 52 (88.14%) had complete abortion, 6 cases (10.17%) had incomplete abortion, 1 case failed in the drug-induced abortion, then resorting to curettage abortion; In the control group, 50 (84.75%) cases had complete abortion, 7 (11.86%) cases had incomplete abortion, 2 (3.39%) cases failed in the abortion. The difference between the two groups was not statistically significant. The two groups showed no differences in the amount of vaginal bleeding. Both groups have varying degrees of abdominal pain, The average time for pregnancy product discharge in the observation group is (6.8±2.3) h; while the average time in control group was (30.6±6.8) h. The difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion:** Mifepristone combined with misoprostol, as a non-invasive method for pregnancy termination, was effective and efficient in the termination of second trimester pregnancy. It greatly shorten the induction duration, causing little pain for patients, and therefore, it is more simple and acceptable to patients

【Key words】 The second trimester pregnancy; Mifepristone; Misoprostol; Ethacridine

中期妊娠是指妊娠第 13~27 周末。米非司酮是

一种具有终止早孕、抗着床、诱导月经及促进宫颈成熟等作用的受体水平抗孕激素药,可竞争性的结合孕酮受体而达到拮抗孕酮的作用^[1]。米非司酮联合米索前列醇用于终止早孕,目前已被认可是一种方便可行,安

全有效的非手术妊娠方法,但是对于其对中期妊娠的终止妊娠的效果,目前报道尚不多见^[2]。我科自 2009 年 5 月~2012 年 4 月期间采用米非司酮联合米索前列醇对 59 例中期妊娠患者进行终止妊娠,取得了良好的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取我科自 2009 年 5 月~2012 年 4 月收治的 118 例中期妊娠患者,年龄最小 18 岁,最大 44 岁,平均年龄 27.43 岁;平均孕次 2.47 次,最多孕 8 次;最小孕周 13 周,最大孕周 24 周,平均孕周(16+3)周。所有患者入院后均完善血尿常规、白带常规、肝肾功能、心电图检查;B 超检查确定宫内妊娠,并排除胎盘覆盖子宫内口或者胎盘附着在子宫疤痕部位等异常情况。排除药物过敏及使用米非司酮及前列腺素药物禁忌症的患者^[3],所有患者均自愿要求药物终止妊娠。将 118 例患者随机分为两组,59 例患者采用依沙吖啶羊膜腔内注射引产作为对照组,59 例患者采用米非司酮联合米索前列醇引产作为观察组,两组患者资料无显著差异,有可比性。

1.2 方法

观察组患者口服米非司酮 50mg,每天 2 次(q12h),服药前后两小时内禁食,共 3d,第 4 天口服或阴道塞入米索前列醇片 600 μ g^[4]。对于胎儿胎盘未娩出者,在第 5 天再次口服或者阴道塞入米索前列醇片 600 μ g。在胎儿娩出后,常规肌注射缩宫素针 10u。如出血不多,予中成药生化汤口服促进子宫复旧。一般在胎儿娩出后第二天行 B 超检查了解宫内情况,如果 B 超提示宫腔内异常回声范围直径超过 2cm 伴血流者予清宫术^[5]。出院后继续口服生化汤共 10 帖,2 周后常规复查,B 超了解宫内情况。对照组患者采用依沙吖啶针 100mg+注射用水 20ml 羊膜腔内注射引产。

1.3 观察指标

(1)疗效评定:口服米非司酮 3d,用米索前列醇后 24h 内,胎儿胎盘自然排出为完全性流产;用药后胎体和胎盘未完全排出或胎盘、胎膜不完整或阴道出血量多,需立即行清宫术为不全流产;用米索前列醇 24h 后胎体和胎盘未排出,需要继续用药引产者为失败。采用依沙吖啶羊膜腔内注射引产后 72h 患者仍无规则子宫收缩、宫口未开者为失败;胎儿娩出、胎盘胎膜不能自娩、出血较多者为不全流产;胎儿胎盘自然娩出且出血不多者为完全流产。(2)观察两组患者引产孕产

物排出时间。(3)观察两组患者引产后阴道出血量。

④观察两组患者不良反应情况。

1.4 统计学处理

采用 SPSS15.0 软件进行统计学分析处理,数据以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 观察组患者流产情况

59 例观察组患者,52 例(88.14%)完全流产,6 例(10.17%)不全流产,1 例流产失败转钳刮术。与对照组比较,差异不显著,不具有统计学意义($\chi^2 = 0.449$, $P > 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者引产情况比较

组别	例数	完全流产	不完全流产	失败
观察组	59	52(88.14)	6(10.17)	1(1.69)
对照组	59	50(84.75)	7(11.86)	2(3.39)

2.2 两组患者孕产物排出时间比较

观察组孕产物排出时间从最短 2h 至 24h 不等,其中 2~6h 内排出者 30 例,6~24h 内排出者 22 例,平均时间(6.8 $\pm$ 2.3)h;对照组患者孕产物多在 24~48h 内排出,平均时间为(30.6 $\pm$ 6.8)h,两组孕产物排出时间差异具有统计学意义($t = 26.88$, $P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者临床疗效比较

组别	例数	孕产物排出时间(h)
观察组	59	6.8 $\pm$ 2.3
对照组	59	30.6 $\pm$ 6.8

2.3 两组患者引产后阴道出血量比较

两组患者引产后均住院观察,观察组 59 例患者中,45 例阴道出血量同正常月经量,14 例大于月经量。对照组患者 43 例同月经量,16 例大于月经量,两组阴道出血量不具有显著差异($\chi^2 = 0.048$, $P > 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者引产后阴道出血量比较

组别	例数	同正常月经量	大于月经量
观察组	59	45	14
对照组	59	43	16

2.4 两组患者不良反应发生情况

两组患者均有不同程度腹痛, 观察组患者偶有恶心、乏力、下腹痛、头晕、乳房胀、头痛、呕吐等不良药物反应, 少数对照组患者在引产后 24 ~ 48h 内体温升高, 两组患者均未经任何处理症状体征消失, 未引起不良后果。

3 讨 论

米非司酮是一种新型孕激素受体拮抗剂, 可作用于子宫内膜特别是毛细血管的内皮细胞, 竞争性的结合孕酮受体, 使孕酮与其受体结合减少, 从而达到抑制孕酮活性的目的^[6]。当米非司酮结合孕酮受体后, 可使脱膜和绒毛发生变性, 导致出血, 并使 HCG 水平在短时间内明显下降, 蜕膜变性可促进体内各种内源性前列腺素的释放, 从而可使宫缩增加, 宫颈软化, 利于宫口扩张, 最终使孕产物顺利排出^[7]。

米索前列醇是一种人工合成前列腺素 (PGE) 类似物, 具有前列腺素 E 相似的作用, 采用阴道给药的方法, 可使局部阴道黏膜在短时间迅速吸收药物, 促进子宫平滑肌规律收缩, 软化并扩张宫颈, 从而可促进子宫收缩, 缩短产程潜伏期, 利于子宫内孕产物的排出^[8]。中期妊娠终止方法有多种, 依沙吖啶引产是临床上较常用的一种中期妊娠引产方法, 且临床效果已得到证实, 但其作为一种侵入性操作, 有可能引起腹部穿刺血管损伤、胎盘损伤出血及羊水栓塞等, 具有一定的风险。从本组研究结果可以看出, 观察组患者引产后孕产物排出时间明显缩短, 而引产效果及引产后阴道出血量并无显著差异。由此可见, 采用米非司酮配伍米索前列醇终止中期妊娠, 是一种非侵入性给药途径, 操作简单、方便, 引产时间短^[9]。患者偶见不良反应仅有恶心、乏力、下腹痛、头晕、乳房胀、头痛、呕吐等, 发生率低, 患者多可耐受。与依沙吖啶羊膜腔内注射引产比较, 可减少患者紧张恐惧心理, 避免因侵入性操作带来的各种并发症, 更乐于被患者所接受。采用米非司酮联合米索前列醇禁忌症与依沙吖啶引产相同外,

对于合并心脏病、高血压、血小板减少及严重贫血等甾体激素和前列腺素禁忌症的患者也不宜采用此法^[10]。

综上所述, 米非司酮联合米索前列醇终止中期妊娠, 无创伤, 不良反应轻微, 引产效果好, 引产时间短, 是中期妊娠患者终止妊娠的一种方便实用、安全有效的方法。尤其适用于孕 15 周以下, 羊水量少羊膜腔内穿刺较困难; 或患者腹壁脂肪厚, 羊膜腔内穿刺有难度的患者。值得临床推广使用。

参考文献

- [1] 梁守祥. 米非司酮联合米索前列醇终止中期妊娠的临床疗效观察. 中国医学创新, 2009, 6(27): 47 - 48.
- [2] 王丹英. 利凡诺联合米非司酮与米索前列醇终止中期妊娠的临床疗效. 中国医药导报, 2010, 7(13): 68 - 69.
- [3] 杨红. 米索前列醇联合米非司酮终止中期妊娠疗效观察. 当代医学, 2011, 17(27): 72 - 73.
- [4] 罗文梦, 刘静涵. 米非司酮和米索前列醇联合利凡诺在终止中期妊娠中的应用. 检验医学与临床, 2009, 6(5): 364, 366.
- [5] 熊金玲, 张慧莉. 米非司酮、米索前列醇配伍利凡诺在中期妊娠引产中协同作用的临床观察. 医学临床研究, 2005, 22(3): 332 - 334.
- [6] 郑爱华. 米非司酮经不同途径配伍米索前列醇终止 10 - 14 周妊娠临床疗效观察. 医学信息(中旬刊), 2010, 5(2): 334 - 335.
- [7] 邓明艳. 米非司酮联合米索前列醇在中期妊娠引产中的应用研究. 临床合理用药杂志, 2010, 03(14): 72 - 73.
- [8] 王玉杰. 米非司酮与米索前列醇联合用于中早期终止妊娠的疗效观察. 航空航天医学杂志, 2012, 23(1): 74 - 75.
- [9] 秦玉霞. 米非司酮配伍米索前列醇联合苯甲酸雌二醇终止 13 ~ 16 周妊娠 100 例的临床观察. 中外医疗, 2011, 30(13): 121.
- [10] 陈筱英. 米非司酮联合米索前列醇应用于中期妊娠引产 50 例效果观察. 中国实用医药, 2011, 06(11): 203.

[收稿日期: 2012 - 07 - 10]

(上接第 37 页)

- [10] 姚辉, 等. 蛤蟆油延缓衰老作用及机制研究. 南方医科大学博士学位论文, 2010.
- [11] 谢红林, 王陪, 李皓岩, 等. 中药天年饮对衰老大鼠卵巢端粒酶活性的影响. 时珍国医国药, 2009, 20(3): 541 - 543.

- [12] 艾浩, 等. GEN 对顺铂致 POF 小鼠卵巢功能保护作用. 北京中医药大学博士研究生学位论文, 2007.
- [13] 白巍, 等. 针刺足三里、关元穴对更年期雌性大鼠卵巢 NO、SOD、MDA 含量影响. 中医药学报, 2009, 37(6): 90 - 91.

[收稿日期: 2012 - 06 - 07]

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2012.11.015

· 性医学 ·

三种丙氨瑞林给药方案在体外受精-胚胎移植中的效果比较

王 蕾 蒋海玲 段金良[△] 曾琼芳 蒋元华 曾 静

中国人民解放军第一八一医院生殖中心, 广西 桂林 541000

【摘要】目的:比较三种丙氨瑞林给药方案在体外受精-胚胎移植(IVF-ET)中的应用效果。**方法:**回顾性分析 246 例首次 IVF-ET 助孕患者的病历资料,按不同的丙氨瑞林给药方案分为三组,A 组:自上次月经周期黄体中期开始,每日肌注丙氨瑞林 0.3mg,14d 后开始使用 Gn,丙氨瑞林继续每日肌注 0.3mg 至 HCG 日。B 组:自上次月经周期黄体中期开始,每日肌注丙氨瑞林 0.3mg,14d 后开始使用 Gn,丙氨瑞林减量为每日肌注 0.15mg 至 HCG 日。C 组:自上次月经周期黄体中期开始,隔日肌注丙氨瑞林 0.3mg,14 天后开始使用 Gn,丙氨瑞林继续隔日肌注 0.3mg 至 HCG 日。比较三组间内源性 LH 峰发生率、重度 OHSS 发生率、丙氨瑞林使用量、Gn 用药时间、Gn 总量、HCG 注射日 E2、LH、P 值、平均获卵数、MII 卵率、2pn 受精率、平均优质胚胎数、临床妊娠率、流产率、宫外孕率。**结果:**三组资料均未出现早发 LH 峰或提前排卵情况,均未出现重度卵巢过度刺激征。三组间丙氨瑞林使用量、Gn 用药时间、Gn 总量、HCG 注射日 E2、LH、P 值、平均获卵数、MII 卵率、2pn 受精率、平均优质胚胎数、临床妊娠率、流产率、宫外孕率均无显著性差异,但 A 组丙氨瑞林使用量高于其他两组,A 组临床妊娠率有高于其他两组的趋势。**结论:**丙氨瑞林应用于体外受精-胚胎移植促排卵治疗安全有效。三种用药方案的临床效果无统计学差异,A 组方案的临床妊娠率较其他两组有升高趋势,

【关键词】体外受精-胚胎移植;丙氨瑞林;促性腺激素释放激素激动剂

Comparison on the effect of three Alarelin dosing regimens in vitro fertilization - embryo transfer

WANG Lei, JIANG Hailing, DUAN Jingliang, ZENG Qiongfang, JIANG Yuanhua, ZENG Jing

Center of Reproductive Medicine, The 181st Hospital of Chinese People's Liberation Army, Guilin 541000, China

【Abstract】Objectives: To compare the effects of three Alarelin dosing regimens in vitro fertilization - embryo transfer. **Methods:** A retrospective analysis was made on the medical records of 246 cases of assisted reproduction patients with first IVF - ET. They were divided into three groups according to the different Alarelin treatment regimen. Group A started using Alarelin 0.3Mg daily since the last mid - luteal phase of their menstrual cycles. Gn began to be used 14 days later. The use of Alarelin 0.3Mg daily continued till the day of HCG ; group B started using Alarelin 0.3Mg daily since the last mid - luteal phase of their menstrual cycles. After 14 days, Gn started to be used. The use of Alarelin 0.15Mg daily continued till the day of HCG ; Group C started using Alarelin 0.3Mg daily since the last mid - luteal phase of their menstrual cycles, Gn started to be used after 14 days and the continued use of Alarelin 0.3Mg every other day lasted till the day of HCG . The three groups were compared in the incidence of premature LH surge, incidence of severe OHSS, average Alarelin dosages, Gn use days, Gn dosages, Number of oocytes obtained, rate of oocytes fertilized , Number of high quality embryo, the rate of clinical pregnancy and the rate of miscarriage . **Results:** All the three groups showed no sign of premature LH surge, early ovulation, and ovarian hyperstimulation. No significant differences were observed in Alarelin dosages, Gn use days, Gn dosages, the levels of serum E2 ,LH,P measured on the day of hCG administration, the number of oocytes, rate of metaphase II oocytes, rate of oocytes fertilized (2PN) , the average number of high quality embryo, the rate of clinical pregnancy, the rate of miscarriage and rate of exfetation among these groups.

【第一作者简介】王 蕾(1980-),女,主治医师、研究生,主要

从事妇产科及辅助生殖等方向的临床诊治与研究工作。

[△]**【通讯作者】**段金良, E-mail: 8984312@qq.com.

But, the amount of Alarelin dosages in group A was higher than that in the other two groups. Group A tended to have higher pregnancy rate than the other two groups. **Conclusion:** Alarelin was safe and effective when applied in vitro fertilization – embryo transfer, There were no statistically significant differences in the three Alarelin dosing regimens. The rate of clinical pregnancy of group A is comparatively higher than the other two groups.

【Key words】 In vitro fertilization – embryo transfer, Alarelin, Gonadotropin – releasing hormone antagonist

体外受精 – 胚胎移植 (IVF – ET) 是辅助生殖技术 (ART) 中一项日趋成熟的助孕技术。在 IVF – ET 的治疗周期中常采用长方案进行控制性超促排卵 (COH), 而垂体降调节是长方案中必不可少的一个重要环节。垂体降调节通过预防早发内源性黄体生成素 (LH) 峰、避免卵泡过早黄素化、防止卵子逃逸、提高卵子回收率等改善临床妊娠结局。然而, 促性腺激素释放激素激动剂 (GnRH – a) 的不同剂型、用量及使用方案有可能对 COH 产生不同的影响, 目前尚无统一的用药方案。本中心回顾性分析 246 例首次 IVF – ET 助孕患者的病历资料, 按不同的丙氨瑞林给药方案分为三组, 比较其 COH 效果, 旨在找到一种更具优势的丙氨瑞林用药方案。

1 资料与方法

1.1 临床资料

入选者均为 2008 年 1 月 ~ 2011 年 12 月在一八一医院生殖中心首次行 IVF – ET 助孕的不孕患者, 共 246 例。患者年龄 20 ~ 35 岁, 不孕因素为单纯输卵管因素, 既往月经周期规则, 双侧卵巢基础窦卵泡数在 10 ~ 20 个之间。

1.2 分组及方法

所有患者均采用长方案降调节超促排卵, 于超促排卵前一月经黄体中期开始给予丙氨瑞林 0.3mg/d, 14d 后查血 FSH、LH、E2 及 B 超, 达到降调节标准后使用垂体促性腺激素 (Gn) 启动 COH。A 组继续给予原

剂量丙氨瑞林至 HCG 日, B 组丙氨瑞林减量为每日肌注 0.15mg 至 HCG 日, C 组丙氨瑞林隔日肌注 0.3mg 至 HCG 日。由于患者基础卵泡数量均为 10 ~ 20 个, Gn 启动剂量按年龄划分: 年龄小于等于 30 岁者, FSH – HP150U/d 启动, 年龄大于 30 岁, 小于等于 35 岁者, FSH – HP225U/d 启动, 连续使用 5d 后监测卵泡生长情况并酌情调整 Gn 用量, 当 1 个主导卵泡直径 $\geq 18\text{mm}$ 或 2 个主导卵泡直径 $\geq 17\text{mm}$ 时, 当晚给予 HCG10000U, 35 ~ 36h 后取卵, 3d 后进行胚胎移植, 移植胚胎均为 2 枚。(FSH – HP: 75IU/支, 中国丽珠; HCG: 2000U/支, 中国丽珠)

1.3 观察指标

观察三组间内源性 LH 峰发生率、重度 OHSS 发生率、丙氨瑞林使用量、Gn 用药时间、Gn 总量、HCG 注射日 E2、LH、P 值、平均获卵数、MII 卵率、2pn 受精率、平均优质胚胎数、临床妊娠率、流产率、宫外孕率。

1.4 统计学方法

结果以 $\bar{x} \pm s$ 或率 (%) 表示, 组间比较用 t 检验和 χ^2 检验, 采用 SPSS11.0 软件进行统计学分析, $P \leq 0.05$ 有统计学意义。

2 结 果

2.1 患者基本情况比较

三组患者年龄、不孕年限、窦卵泡数均无统计学差异 ($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 三组患者基础条件的对比

	A 组	B 组	C 组	P
周期数 (例)	79	64	103	
年龄 (岁)	29.57 $\pm$ 3.25	29.86 $\pm$ 3.15	30.12 $\pm$ 3.74	>0.05
不孕年限 (年)	3.56 $\pm$ 3.21	3.47 $\pm$ 3.09	4.21 $\pm$ 3.08	>0.05
基础窦卵泡数 (个)	14.11 $\pm$ 2.02	14.51 $\pm$ 2.11	14.61 $\pm$ 2.19	>0.05
基础 FSH (Miu/ml)	4.71 $\pm$ 1.23	4.23 $\pm$ 1.56	4.57 $\pm$ 1.33	>0.05

2.2 临床结果比较

三组间在 HCG 注射日 E2 的浓度、LH 水平及 P 水平无统计学差异 ($P > 0.05$); 三组间丙氨瑞林用量、Gn

使用天数、Gn 用量无统计学差异 ($P > 0.05$), 三组间均未出现早发 LH 峰或提前排卵情况, 均未出现重度卵巢过度刺激征。见表 2。

表 2 三组患者临床结果的对比

	A 组	B 组	C 组	P
丙氨瑞林(支/周期)	22 ± 1.88	18 ± 1.62	18 ± 1.23	>0.05
Gn(支/周期)	30.28 ± 10.21	28.76 ± 11.45	27.88 ± 12.64	>0.05
HCG 注射日 E2(pg/ml)	2078.71 ± 923.52	2103.32 ± 799.21	2003.19 ± 726.17	>0.05
HCG 注射日 LH(miu/ml)	2.55 ± 1.03	2.47 ± 1.14	2.28 ± 1.07	>0.05
HCG 注射日 P(ng/ml)	0.93 ± 0.50	1.04 ± 0.72	0.97 ± 0.51	>0.05

2.3 实验室数据比较

精率、平均优质胚胎数均无统计学差异($P > 0.05$)。

比较三组间平均获卵数、M2 卵母细胞率、2pn 受

见表 3。

表 3 三组患者实验室数据的对比

	A 组	B 组	C 组	P
平均获卵数(个)	13.13 ± 5.74	13.33 ± 5.90	12.50 ± 5.14	>0.05
M2 卵母细胞率(%)	85.3%	84.6%	88.1%	>0.05
2pn 受精率(%)	57.4%	60.1%	53.6%	>0.05
平均优质胚胎数(个)	4.95 ± 3.31	5.7 ± 3.68	4.62 ± 2.82	>0.05

2.4 三组间临床结局比较

比较三组间临床妊娠率、流产率、宫外孕率均无统计学差异($P > 0.05$)。见表 4。

表 4 三组患者临床结局的对比

	A 组	B 组	C 组	P
临床妊娠率(%)	47.8%	39.8%	40.9%	>0.05
流产率(%)	10.6%	12.8%	11.4%	>0.05
宫外孕率(%)	5.4%	6.5%	6.1%	>0.05

3 讨 论

1984 年,Porter 等^[1]首次报道了将促性腺激素释放激素激动剂(GnRH-a)应用于 IVF 的控制性促排卵。GnRH-a 是一类人工合成的 GnRH 衍生物,其在天然 GnRH 基础上以不同的氨基酸和酰基取代第 6 位和第 10 位原来的氨基酸结构后所得,其效能较天然 GnRH 强 100 倍。GnRH-a 可以与 GnRH 竞争 GnRH 受体,短期表现为促 LH、FSH 的刺激效应,若持续给药则可以使 GnRH 受体发生降调节,在 GnRH-a 降调节作用期间,GnRH 脉冲分泌消失,FSH 与 LH 的脉冲式分泌活动也受到严重抑制。此外,GnRH-a 与受体结合后通过调节卵泡局部血管内皮生长因子、胰岛素样生长因子、类固醇激素合成急性调节蛋白分泌,改变微

环境和 Gn 的敏感性而影响卵泡发育^[2,3]。因此,在 IVF 超促排卵中使用 GnRH-a 联合促性腺激素可抑制内源性 LH 峰的产生,改善卵泡生长发育的同步化,改善妊娠率,降低周期取消率,维持卵泡期 LH 处于一定水平,提高卵子质量,使助孕获得较好的效果^[6]。Janssens 等^[5]研究发现,未用 GnRH-a 的对照组过早出现 LH 峰的发生率高达 23%。基于上述优点,目前 GnRH-a 已经广泛应用于 IVF 临床。但是,不同的 GnRH-a 类型、剂型和剂量会导致抑制程度的区别,临床中使用不当也会对 IVF 结局造成负面影响。IVF 超促排卵中,常用的 GnRH-a 制剂包括:曲普瑞林、亮苯瑞林和布舍瑞林。丙氨瑞林又名阿拉瑞林,是唯一由我国研发生产的 GnRH,它在天然的 GnRH 分子结构上第六位代以丙氨酸、第九位代以脯乙基酰胺,在所有 GnRH-a 制剂中相对生物活性最弱,仅为曲普瑞林的三分之一。但它较进口的 GnRH-a 有价廉的优势,有利于减少 IVF 患者的经济负担。宋红娟,刘嘉茵^[4]研究提示,在体外受精-胚胎移植超排卵中使用阿拉瑞林与曲普瑞林,两者的临床效果并无显著性差异,阿拉瑞林以其价廉的优势,可能在国内可以得到更广泛的应用。但目前有关丙氨瑞林不同方案的应用对比研究在国内外鲜有报道。

本研究针对国产 GnRH-a 丙氨瑞林的三种用药方案进行资料对比,旨在找到丙氨瑞林更为合理的临

(下转第 91 页)

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2012.11.016

· 性医学 ·

不同类型的培养液对 第一代试管婴儿成功率的影响

李立梅

吉林省人口生命科学技术研究院, 长春 130041

【摘要】目的:体外受精、胚胎移植(IVF ET)通常被称为第一代试管婴儿,本文探讨不同类型的培养液对体外受精、胚胎移植的影响,也就是对第一代试管婴儿(IVF)成功率的影响,以便改善更适宜的培养液体系。**方法:**对 60 例(61 个周期)不孕症患者的临床资料进行分析。将 61 个行 IVF 周期患者分为三组,Ⅰ组 20 个周期使用单纯 EBSS(Eare's 平衡盐溶液)培养液为①;Ⅱ组 21 个周期使用 HTF、IVC ONE 序列培养液,且添加血清替代品 SSS 为②;Ⅲ组 20 个周期使用 Hepes HTF、IVC ONE 序列培养液,也添加血清替代品 SSS 为③。体外操作环境相同:保湿、维持 PH 恒定、37℃ 恒温、渗透压和光线等设施为④。比较 3 组的受精率、卵裂率和临床妊娠率。**结果:**Ⅰ组、Ⅱ组与Ⅲ组的受精率和卵裂率分别为:73.99%、75.74%、78.77%;71.52%、75.84%、78.44%;3 组无明显差别,而临床妊娠率分别为 10.00%、42.85%、60.00% 有明显差别。**结论:**序列培养液改善了胚胎的培养液体系,明显提高了第一代试管婴儿的成功率。

【关键词】第一代试管婴儿;胚胎培养液

Effect of different kinds of culture medium on the success rate of the first generation test - tube baby

LI Limei

JiLin Provincial Research Institute of Population and Life sciences, ChangChun 130041, China

【Abstract】Objectives: In vitro fertilization, embryo transfer(IVF ET) is often called the first generation test - tube baby, this paper discusses the effect of different types of culture medium on in - vitro fertilization and embryo transfer, or on the success rate of the first generation test - tube baby with an aim to improve the culture medium. **Methods:** The clinical data of 60 infertility patients (61 cycles) were analyzed and the patients with 61 IVF cycles were divided into three groups, group I: 20 cycles administered with a simple EBSS (Eare's balanced salt solution) culture liquid; group II: 21 cycles administered with HTF, IVC sequence of ONE culture liquid, and added with serum substitutes for the SSS; group III: 20 cycle administered with Hepes HTF, IVC ONE series medium, and added with serum substitutes for the SSS. In vitro environment was kept similar for the three groups: constant PH and moisture level, constant temperature of 37 °C, similar osmotic pressure and light as well as other facilities. The three groups were compared in their fertilization rate, cleavage rate and clinical pregnancy rate. **Results:** The fertilization and cleavage rates for group I, II and III were respectively 73.99%, 75.74%, 78.77%; 71.52%, 78.44%, 75.84%; The three groups had no significant difference in the two rates. However, clinical pregnancy rates were 10%, 42.85%, 60% respectively, three groups showing significant differences. **Conclusion:** The sequence of culture solution improves embryo culture medium system, and significantly enhances the IVF success rates of the first generation.

【Key words】 The first generation test - tube baby Embryo culture fluid.

我院自 2005 年开展第一代试管婴儿以来对培养液进行不断改进,明显提高了临床的妊娠率,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

【作者简介】李立梅(1970-),女,副主任技师,主要从事计划生育、孕前优生筛查、染色体分析等临床研究工作。

2005 年 5 月~2007 年 12 月我院行 IVF 治疗的 60 例不孕患者(61 个周期)分为三组,2005 年 5 月~2006 年 5

月收治的20例(20个周期)患者作为I组,使用①作为培养液;2006年6月~2007年5月收治的20例(21个周期)患者作为II组,使用②作为培养液;2007年6月~2007年12月收治的20例(20个周期)患者作为III组,使用③作为培养液。其它条件相同:④和三组患者的不孕原因包括年龄、排卵障碍、盆腔因素、输卵管梗阻、原因不明等。

1.2 方法

三组患者均在相同的条件下治疗和实验。

1.2.1 超排卵治疗及取卵^[1] 三组患者于注射HCG后36~42h,在B超引导下经阴道后穹窿穿刺取卵。在解剖镜下拾卵,用新鲜的培养液清洗后,放入37℃、5%CO₂及一定湿度培养箱中培养4~6h。

1.2.2 精液收集^[1] 患者丈夫禁欲3~5d后,以手淫法取精液,进行精液常规分析,选择适合的方法收集优化精子。取卵后4~6h加入精子受精,保证一个卵细胞加20万条精子。

1.2.3 体外培养方法^[1] 受精后16~20h除去卵丘细胞,并更换新配制的培养液,观察受精情况,于受精后每24h观察卵裂状况,进行卵裂期胚胎评分。取卵后72h(第3d)8细胞期移植,首选优质胚胎进行移植。I组培养全过程均使用①+10%灭活母体自制血清作为培养液;II组使用序列培养液:第0天使用HTF+10%SSS作为受精液,第1~3天使用IVC ONE+10%SSS作为生长液,所有培养液均于使用前1d配制,置37℃、5%CO₂培养箱平衡过夜;III组也使用序列培养液,不同的是将HTF换成Hepes HTF,其它条件相同,Hepes HTF不用平衡过夜,能够保持稳定的PH值。

1.2.4 分析三组的卵子受精率、卵裂率和临床妊娠率。

2 结果

三组的受精率和卵裂率分别为:73.99%、75.74%、78.77%;71.52%、75.84%、78.44%;III组的受精率和卵裂率均比II组和I组有所上升,但差异无统计学意义($P > 0.05$);而临床妊娠率分别为10.00%、42.85%、60.00%,而临床妊娠率III组高于II组和I组,特别是II组明显高于I组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表1。

表1 IVF ET 评分统计

评分 分组	卵细胞 总数	受精 总数	卵裂 总数	临床 妊娠数	受精率 (%)	卵裂率 (%)	妊娠率 (%)
I组(20)	223	165	118	2	73.99	71.52	10.00
II组(21)	235	178	135	9	75.74	75.84	42.85
III组(20)	212	167	131	12	78.77	78.44	60.00

3 讨论

体外培养是试管婴儿技术中的一个重要环节,而且是一个复杂的过程。体外培养的外部条件关系到配子及胚胎的生长发育的成败,只要体外培养环境更接近体内环境,就能获得胚胎的发育潜能,以便提高临床的妊娠率。

3.1 在其它条件④相同的情况下

I组全过程均使用EBSS平衡盐溶液+10%灭活自制母体血清作为培养液,EBSS单纯培养液不能满足胚胎各个生长阶段所需要的营养成分,而且母体血清中所含的复杂成分可能对配子和胚胎产生不良影响^[2],部分个体血清不适合体外培养;II组、III组均使用序列培养液:拾卵、卵细胞培养及受精时均使用(Hepes) HTF+10%SSS作为培养液和受精液,卵裂期使用IVC ONE+10%SSS作为生长液,其成分不含糖和磷酸根离子,更适合胚胎生长发育。II组、III组不同的是:II组使用HTF培养液,HTF模拟人输卵管液成分,其成分比EBSS接近胚胎的生理条件;III组把HTF更加改进完善,用Hepes HTF代替HTF,Hepes HTF的PH值更加稳定,不用平衡过夜,由于整个体外培养的过程中,随着体外操作次数的增加,会对胚胎造成累计的损害,所以Hepes HTF能够减少这种损害,从而提高临床妊娠率,虽然III组比II组没有II组比I组提高的那么明显,但相对也有所提高,所以Hepes HTF更适合做体外培养液。

3.2 研究表明

通过对三组受精率、卵裂率和临床妊娠率的数据表明:不同类型的培养液,虽然对受精率和卵裂率没太大影响,但对临床妊娠率差别却很大,通过对培养液的不断改进,更接近人体内环境。三组使用不同的培养液,根据其成分的不同,特别是临床妊娠率II组和III组明显高于I组,II组和III组使用序列培养基,更适合不同阶段胚胎的生长发育,使优质的胚胎数增加,从而更大地提高临床妊娠率,同时也提高了第一代试管婴儿的成功率。

参考文献

- [1] 庄广伦,周灿山,梁晓燕,等.现代辅助生育技术.北京:人民卫生出版社,2005:205-244.
- [2] 胡泊,玛依热·吐尔逊,等.新疆医科大学学报,2006,29(02):112-114.

[收稿日期:2012-07-12]

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2012.11.017

· 性医学 ·

宫颈癌根治术后患者心理状况调查研究及护理对策

袁晓燕

江阴市中医院妇产科, 江苏 江阴 214400

【摘要】目的:了解宫颈癌根治术后患者心理状况,提出相应护理对策。**方法:**将 59 例行宫颈癌根治术患者按照患者有无绝经分组,其中未绝经者 21 例为年轻组,绝经者 38 例为老年组,在术后第 7d 进行一般状况调查表、症状自评量表(SCL-90)、焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)问卷调查。**结果:**年轻组、老年组 SCL-90 躯体化、强迫、人际关系、抑郁、焦虑、敌对性、恐怖、偏执、阳性项目数、阳性项目总评分、阳性项目均分与国内常模比较均明显高于国内常模数值,与国内常模比较存在统计学差异($P < 0.05$),年轻组与老年组比较,存在统计学差异($P < 0.05$);年轻组与老年组 SAS 与 SDS 评分均明显高于国内常模值,年轻组与老年组 SAS 与 SDS 评分比较存在统计学差异($P < 0.05$)。**结论:**宫颈癌根治术后患者存在多种负性心理症状,以抑郁、焦虑为主,应针对患者的消极负性心理采取针对性护理对策,以改善患者心理状况。

【关键词】 宫颈癌根治术;症状自评量表;焦虑自评量表;抑郁自评量表

Psychological status of patients after cervical cancer radical surgery

YUAN Xiaoyan

Department of Obstetrics and Gynecology, Jiangyin Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangyin 214400, China

【Abstract】Objectives: To understand the psychological status of patients after cervical cancer radical surgery, and to propose the proper nursing strategies. **Methods:** Fifty-nine patients who received cervical cancer radical surgery were divided into two groups depending on whether they had menopause. Twenty-one cases without menopause formed the young group, while 38 cases with menopause formed the aged group. On the 7th day after the surgery, patients were evaluated with the general status questionnaire, SCL-90, SAS and SDS. **Results:** Both the young and the aged group showed significantly higher scores than national norms in the positive item numbers, the total positive item scores, and the average positive item scores of SCL-90 somatization, compulsive behaviors, interpersonal relationship, depression, anxiety, confrontational, terror, paranoid($P < 0.05$). The young group showed significant difference from the aged group in SCL-90 scores ($P < 0.05$). Both the young and the aged group scored significantly higher than the national norms in SAS and SDS evaluation, and the significant difference was also found between the young and the aged group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Patients with cervical cancer radical surgery are presented with various negative psychological symptoms characterized by depression and anxiety. Nursing strategies pertinent to the negative psychological symptoms should be adopted to improve patients' psychological state.

【Key words】 Cervical cancer radical surgery; Symptom rating scale; Anxiety rating scale; Depression self-rating scale

宫颈癌(cervical cancer)又称为宫颈浸润癌,是最常见的妇科恶性肿瘤,患者以 35~39 岁和 60~64 岁

【作者简介】 袁晓燕(1973-),女,主管护师,主要从事妇产科临床护理工作。

为年龄发病高峰期。目前来说宫颈癌的手术治疗仍然是其主要治疗方法^[1],但是手术的创伤性及癌症病变本身均会对患者导致一定的心理影响^[2]。为了解宫颈癌根治术后患者的心理状况,本院在 2008 年 1 月~2011 年 12 月期间对妇科进行宫颈癌根治术的宫颈癌

患者进行了心理状况调查研究,针对患者存在的心理问题针对性护理,结果如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象

在 2008 年 1 月 ~ 2011 年 12 月期间,我院妇科共有 59 例患者行宫颈癌根治术,年龄最小 27 岁,最大 76 岁;其中未绝经者 21 例,绝经者 38 例,1 例未生育;宫颈癌分期均为 II - IV,其中鳞癌 56 例,腺癌 3 例。入选病例要求理解能力完全正常,视力及听力正常,无精神病及神经病史,从未接受过任何心理咨询及治疗,无严重心、脑、肝、肾疾病。按照患者有无绝经分组,其中未绝经者 21 例为年轻组,年龄平均 (34.26 ± 4.38) 岁,鳞癌 20 例,腺癌 1 例;绝经者 38 例为老年组,年龄平均 (64.52 ± 3.29) 岁,鳞癌 36 例,腺癌 2 例。两组患者所患癌症类型无统计学差异性 ($P > 0.05$)。

1.2 调查方法

设计及准备问卷调查表,主要有个人一般状况调查表、症状自评量表、焦虑自评量表、抑郁自评量表。对调查员(专职护理人员)进行调查培训,调查时不带任何个人情绪及偏好,不做心理暗示及语言暗示,在患者术后第 7 天进行问卷调查。

1.3 调查问卷

1.3.1 一般状况调查表 由科室自行设计,主要包括患者年龄、宫颈癌类型、文化程度等一般资料。

1.3.2 症状自评量表(SCL - 90) 量表主要有 90 个条目,共有躯体化、强迫、人际关系、抑郁、焦虑、敌对性、恐怖、偏执、精神病性等 9 个因子,每个因子症状严重程度从 0 ~ 4 共有 5 个分级评分,分别为无、轻度、中度、相当重、严重,评分越高代表心理状况越健康。

1.3.3 焦虑自评量表(SAS) 共有 20 个条目,每个条目下有无、偶尔有、经常有、总是如此 4 个级别,评分分别为 1、2、3、4 分。中国常模:SAS 分界值为 50 分,其中 50 ~ 59 分为轻度焦虑,60 ~ 69 分为中度焦虑,70 分以上为重度焦虑。

1.3.4 抑郁自评量表(SDS) 共有 20 个条目,每个条目下有没有或很少时间、小部分时间、相当多时间、绝大部分或全部时间 4 个评级,评分分别为 1、2、3、4 分。中国常模:SDS 总粗分的正常上限为 41 分,分值越低状态越好。标准分 = 总粗分 $\times 1.25$,SDS 标准分 ≥ 50 为有抑郁症状。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 15.0 统计学软件包进行统计学分析,计量资料数据用均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,采用 t 检验, $P < 0.05$ 为有显著性差异具有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者 SCL - 90 评分

年轻组、老年组 SCL - 90 躯体化、强迫、人际关系、抑郁、焦虑、敌对性、恐怖、偏执、阳性项目数、阳性项目总评分、阳性项目均分与国内常模比较均明显高于国内常模数值,与国内常模比较存在统计学差异 ($P < 0.05$);年轻组与老年组比较,亦存在统计学差异 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者 SCL - 90 各项评分与国内常模评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

项目	国内常模	年轻组	老年组
躯体化	1.37 $\pm$ 0.48	2.97 $\pm$ 0.58 * Δ	2.53 $\pm$ 0.50 *
强迫	1.62 $\pm$ 0.58	2.42 $\pm$ 0.64 * Δ	1.77 $\pm$ 0.56 *
人际关系	1.65 $\pm$ 0.61	2.24 $\pm$ 0.68 * Δ	1.93 $\pm$ 0.66 *
抑郁	1.50 $\pm$ 0.59	2.42 $\pm$ 0.63 * Δ	1.96 $\pm$ 0.65 *
焦虑	1.39 $\pm$ 0.43	2.25 $\pm$ 0.53 * Δ	1.84 $\pm$ 0.44 *
敌对性	1.46 $\pm$ 0.55	2.66 $\pm$ 0.64 * Δ	1.97 $\pm$ 0.59 *
恐怖	1.23 $\pm$ 0.41	2.32 $\pm$ 0.63 * Δ	1.68 $\pm$ 0.56 *
偏执	1.43 $\pm$ 0.57	2.36 $\pm$ 0.67 * Δ	1.87 $\pm$ 0.66 *
精神病性	1.29 $\pm$ 0.42	2.69 $\pm$ 0.88 * Δ	1.79 $\pm$ 0.76 *
阳性项目数	24.92 $\pm$ 18.41	39.23 $\pm$ 22.65 * Δ	33.31 $\pm$ 18.73 *
阳性项目总均分	1.44 $\pm$ 0.43	2.45 $\pm$ 0.69 * Δ	1.94 $\pm$ 0.68 *
阳性项目均分	2.60 $\pm$ 0.59	4.42 $\pm$ 0.82 * Δ	3.24 $\pm$ 0.74 *

注: * 表示与国内常模比较, $P < 0.05$; Δ 表示年轻组与老年组比较, $P < 0.05$

2.2 两组患者 SAS 与 SDS 评分

年轻组与老年组 SAS 与 SDS 评分均明显高于国内常模值;年轻组与老年组 SAS 与 SDS 评分比较存在统计学差异 (< 0.05)。见表 2。

表 2 两组患者 SAS 与 SDS 评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	SAS	SDS
年轻组	21	59.84 $\pm$ 12.21	58.73 $\pm$ 11.42
老年组	38	54.32 $\pm$ 6.18	53.39 $\pm$ 7.35
t 值		2.31	2.19
P 值		< 0.05	< 0.05

3 讨 论

3.1 宫颈癌根治术后患者心理状况

宫颈癌患者行根治术后,患者丧失了生育能力,生活质量明显下降,并且担心子宫及宫颈切除后无法正常进行性生活或影响性生活的质量,而这种影响在年轻患者中表现更为明显,并且行根治术的情况下患者多存在严重的应激心理变化,临床报道认为如患者此时得不到有效的社会支持,患者心理负性损害的危险性可高达 43.3%,而负性心理会进一步影响到患者术后的康复和生活质量^[3,4]。我院对宫颈癌根治术患者心理状况进行了调查,采用 SCL-90 评定患者心理状态,结果显示无论是年轻组还是老年组宫颈癌患者 SCL-90 各因子评分均明显高于国内常模,表明宫颈癌患者其心理问题较为严重及复杂,与临床报道文献相符^[3-5]。而且年轻组患者较老年组患者各因子评分更高,显示年轻宫颈癌患者其心理受到的创伤性损害明显比较老年宫颈癌患者更为严重。通过 SAS 及 SDS 调查,宫颈癌根治术后患者高于国内常模值,也进一步说明在宫颈癌根治术后患者焦虑、抑郁情绪已经成为严重影响患者心理健康的负性情绪^[6,7]。

3.2 宫颈癌根治术后患者负性心理的护理对策

宫颈癌本身及手术的双重打击使得患者心理健康受到重创,因此对宫颈癌患者采取心理护理支持极为重要。(1)健康教育。首先在术前护理人员应对患者进行心理疏导,帮助患者认识和接受对宫颈癌的诊断,让患者有一个心理准备,向患者解释宫颈癌并不是都会死亡,及时的手术治疗能明显提高患者的生活质量,因此要科学的对待病情。如患者术前有明显担心影响性生活等心理,对此也进行相应的健康教育,解释性生活质量与有无子宫及宫颈并无绝对相关性,性生活的感觉更多来自于阴道及阴蒂等位置。(2)行为干预。对患者进行行为指导,如术前指导肌肉适应性训练,让患者从肌肉上放松进而心理放松,缓解患者心理紧张及焦虑情绪^[8]。(3)支持干预。护理人员在术前还是

术后均要无微不至的对患者进行护理,可以增加患者信任感,激发患者战胜疾病的信心,其次,护理人员与患者朋友、家属进行沟通,使其明白社会支持对患者术后的康复有极重要的影响,并且有效的社会支持能增强患者应对能力^[9,10],平稳度过术后心理危险期。

本研究对宫颈癌根治术后患者心理状况进行了调查研究,研究显示患者术后存在多种负性心理症状,以抑郁、焦虑为主,因此应针对患者的消极负性心理在围术术期采取针对性护理对策,以改善患者心理状况,促进生存期患者生活质量的提高。

参考文献

- [1] 乐杰. 妇产科学. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 288 - 294.
- [2] 王兰, 雷云, 郭丹. 晚期宫颈癌住院患者心理情绪特征分析. 中国误诊学杂志, 2011, 11(3): 561.
- [3] 辛丽. 子宫颈癌根治术患者围手术前心理调查及干预. 中国基层医药, 2012, 19(4): 620 - 622.
- [4] 李立萍, 陈庚敏. 宫颈癌患者的心理状态评估及干预措施. 中国妇产科杂志, 2008, 9(4): 296.
- [5] 朱丽莎, 杜昆, 艾彪, 等. 心理干预对同期放化疗中晚期宫颈癌患者心理健康状况的影响. 中医学报, 2012, 1(1): 9 - 10.
- [6] 赵芳, 孟智慧. 宫颈癌术后患者心理状态和干预效果观察. 齐齐哈尔医学院学报, 2010, 31(19): 3141 - 3142.
- [7] 吕贤贞, 丁芳, 吴华美. 围手术前心理干预宫颈癌患者心理状况及生活质量的影响. 中国妇幼保健, 2011, 26(15): 2397 - 2399.
- [8] 沈艳. 心理护理对妇科肿瘤患者术后心理状态的影响. 中国实用护理杂志, 2011, 27(27): 47 - 48.
- [9] 唐红兰, 刘巧英, 张梅. 宫颈癌患者应对方式和社会支持与抑郁的相关性分析. 中国误诊学杂志, 2010, 10(18): 4532 - 4533.
- [10] 曾梓珊, 陶春莲, 陆李霓, 等. 影响宫颈癌患者生活质量的社会支持因素研究. 齐鲁护理杂志, 2010, 16(14): 1 - 2.

[收稿日期: 2012 - 07 - 31]

(上接第 39 页)

目前, 由于剖宫产的育龄妇女的增加, 术后的子宫腔的形态变化比较大, 增加了放置的难度。还有宫内节育器脱落的病史者, 均适合放置吉妮 IUD。因此, 建议对有使用节育器要求的人工流产妇女, 可在术后同时放置吉妮致美宫内节育器, 临床上值得推广。

参考文献

- [1] 乐杰. 妇产科学. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 364.
- [2] 任晓华, 何晓燕. 吉妮宫内节育器使用者 218 例的临床应用观察. 临床和实验医学杂志, 2010, 9(4): 278 - 279.
- [3] 关勇, 李海玲, 赵梅. 放置吉妮宫内节育器 86 例分析. 中国误诊学杂志, 2008, 8(16): 3920 - 3921

[收稿日期: 2012 - 07 - 13]

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2012.11.018

· 性医学 ·

临床医护人员对患者性健康指导现状的调查

何 平 张安琴 张 蒙

四川省人民医院护士学校, 成都 610072

【摘 要】目的:了解医护人员对患者性健康指导现状,分析影响性健康指导的因素。方法:采用自行设计的医护人员性健康指导问卷表,调查了 460 名临床医护人员,并对数据进行分析统计。结果:医护人员对患者性健康指导行为分值较低,性健康指导行为与性健康知识、态度呈正相关($R=0.21\sim0.704, P<0.01$),影响健康指导行为的首要因素是性知识缺乏,态度次之。结论:临床医护人员普遍存在性健康指导知识缺乏、忽视患者性健康问题、健康行为受限的诸多问题。对患者的性健康教育任重而道远。

【关键词】临床医护人员;性教育;知信行;现状

Medical professionals' sexual health instruction for patients

HE Ping, ZHANG Anqin, ZHANG Meng

Sichuan Academy of Medical Sciences & Sichuan Provincial People's Hospital, Chengdu, 610072, China

【Abstract】Objectives: To investigate the current status of sexual health instruction for patients provided by clinical medical professionals, and to analyze the influencing factors for sexual health instruction. Methods: Self-designed questionnaire were administered to 460 medical professionals to understand their sexual health instruction behaviors for patients. The data were analyzed statistically. Results: The scores of sexual health instruction behavior were lower in medical professionals. There was a positive correlation between sexual health knowledge, attitude and pattern (KAP) of behavior ($R=0.21\sim0.704, P<0.01$). The primary influencing behavior for sexual instruction is the deficiency of sexual knowledge among medical professionals followed by their attitude. Conclusion: Medical professionals generally lack sexual health instruction knowledge and tend to neglect sexual health of patients. It is far from enough for medical professionals to provide sexual health instruction to patients.

【Key words】Medical professionals; Sex education; Knowledge, Attitude and Pattern (KAP) of Behavior; Current status

性健康教育作为临床健康教育的重要组成部分,患者对其需求在临床上表现日益突出,并显露出“供不应求”的尴尬局面。要解决这种尴尬局面,首先应从医护人员自身的性健康知识、观念和态度、性健康指导行为三方面了解医护人员对患者性健康指导现状,并进行分析,评估健康指导者的提供能力。为此,笔者于 2010 年 9 月对 460 名医护人员进行了性健康指导

知信行现状的调查,现将结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 对 象

研究人群为成都市某三甲综合性医院 460 名临床医护人员。在妇科、心脏内科、泌尿外科、肾脏内科、神经内科、内分泌科等 11 个与患者性活动、性生理以及性心理关系比较密切的临床科室,年龄 18~56 岁。

1.2 方 法

1.2.1 抽样方法 方便抽样法。

【第一作者简介】何 平(1974-),女,副主任护师,主要从事临床护理与护理教育工作。

1.2.2 调查问卷 采用自行设计的医护人员性健康指导知信行问卷表^[1]。该量表包含 3 个维度 38 个条目。性健康知识维度(下文简称“知”)包含:性生理、性心理、性伦理、性行为与疾病等 10 个条目;态度和观念维度(下文简称“信”)包含:对护理对象进行性健康指导的主动性、被动性、重要性以及尴尬程度等 10 个条目;行为维度(下文简称“行”)包含 2 个因子:性健康指导行为(10 个条目)、影响性健康指导行为的因素(8 个条目)。该量表由多条陈述组成,每一陈述有“从不”、“偶尔”、“有时”、“经常”、“总是”五种回答,分别记分为 0,1,2,3,4。“知”维度 0~40 分;“信”维度 0~40 分;“行”维度 0~72 分。分值越高,性健康指导越能满足患者的需求。医护人员性健康指导知信行问卷经检验内部一致性信度总体量表的 Cronbach's alpha 系数为 0.824,重测信度为 0.849。各因子的重测相关为 0.648~0.903。各因子与总量表分的相关为 0.509~0.797,各因子内条目间的相关为 0.123~0.817,各条目与所属因子的相关数为 0.323~0.895。说明该量表具有较好的信度和效度。

1.2.3 调查方法 于 2010 年 9 月进行,由经过培训有调查经验的人员实施,统一发放并回收。问卷的封面上将研究的目的、方法等事项向被调查者进行解释并征得其同意,不同意者可将问卷原封不动返回。采用无记名集中填答法。共发放问卷 460 份,剔除作答不完全及有规则反应的问卷,最终获有效问卷 418 份,有效回收率为 90.87%。

1.3 统计学处理

采用双录入法输入 Epidata3.0 数据库,采用 SPSS13.0 软件处理数据。采用一般性描述和相关分析^[2]。以 $\alpha=0.05$ 为检验标准。

2 结 果

医护人员的性健康指导知识、态度、行为分值各为 24.34 ± 5.104 、 18.97 ± 5.288 、 21.89 ± 10.122 。

医护人员性健康指导行为与知识、态度的相关系数分别为 0.21, 0.704, 知识与态度的相关系数为 0.227, $P < 0.001$, 表明知信行三者成正相关。

医护人员性健康指导行为的主要影响因素排序,见表 1。

表 1 医护人员对患者性健康指导行为的主要影响因素排序 ($n=418$)

排序	影响因素	例数	百分比(%)
1	几乎没有患者问及性方面的问题	319	76.32
2	自身缺乏专业性指导知识,心有余而力不足	315	75.36
3	科室没人开先例,没有经验	298	71.29
4	几乎没有关注过;性指导对患者疾病转归和生活质量的影响	258	61.72
5	社会道德约束:性是隐讳,在公共场合下不宜谈性	103	24.64
6	其它原因,如:忙于治疗性操作,没有时间	61	14.59
7	患者能将命保住就足够了,还考虑什么性问题	59	14.11
8	患者不信任	18	4.31

3 讨 论

3.1 临床医护人员普遍存在缺乏有效的性健康知识

本研究结果显示:医护人员的性健康指导知识分值为 24.34 ± 5.104 ,在一定程度上反应出医护人员性健康指导能力偏低,不能有效满足患者的健康咨询需求。这与既往医学专业课程只注重疾病的生理病理、临床表现以及对症治疗(未提及性健康有关的知识)以及“谈性色变”的中国传统禁欲教育模式有关。调查中还发现:医护人员对学校 and/或单位的性教育总体感觉不系统的占 70.81%,不全面的 89.95%;性知识获得主要途径 89.23% 为权威的专业的期刊杂志或医学教材,15.31% 为网络媒体。因此医学专业学生以及在职医护人员自身迫切需要比较专业、科学、全面的性健康指导教育,与王应平^[3]、刘堃^[4]、王炳元^[5]等人认为学校有必要对学生进行性与生殖健康教育观点相一致。

3.2 临床医护人员普遍存在缺乏消极性健康指导态度和被动的指导行为

研究数据显示:医护人员的性健康指导态度、行为分值分别为 18.97 ± 5.288 、 21.89 ± 10.122 。调查发现 91.87% 医护人员赞同性健康指导对患者有益,但在临床工作中,61.72% 的医护人员不会主动对患者进行性健康指导,从不主动关注老年人的性健康问题。这与满足患者日益追求生命高质量的要求还有极大的距离,尤其对于老年人的性健康问题的关注更是不够^[6]。

(下转第 61 页)

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2012.11.019

• 性传播疾病 •

卡介菌多糖核酸预防尖锐湿疣复发的疗效观察

罗建华

常德市第一中医院皮肤科, 湖南 常德 415000

【摘要】目的:观察卡介菌多糖核酸预防尖锐湿疣(CA)复发的疗效。方法:136例CA患者,在所有CA皮损用CO₂激光一次性清除后,治疗组采用肌肉注射卡介菌多糖核酸1ml qod, 36d为一疗程。一疗程结束后停药半月,再用一疗程。对照组仅用CO₂激光治疗。术后3个月评定疗效。结果:治疗组复发率为7.04%,对照组复发率为21.54%,两组复发率比较有显著性差异($\chi^2=4.84, P<0.05$)。结论:CO₂激光结合卡介菌多糖核酸治疗可减少CA的复发,值得临床推广应用。

【关键词】尖锐湿疣;CO₂激光;卡介菌多糖核酸

Effect of Bacillus Caimette – Guerin on the prevention against reoccurrence of condyloma acuminatum

LUO Jianhua

Department of Dermatology, Changde First Hospital of Traditional Chinese Medicine, Changde 415000, China

【Abstract】Objectives: To observe the effect of Bacillus Caimette – Guer on the preventing against reoccurrence of condyloma acuminatum(CA). Methods: A total of 136 cases were administered with CO₂ Laser in their CA lesion. The treatment group were provided with Bacillus Caimette – Guer (1ml, im qod $\times$ 72day) treatment for 36 days, and then followed by the second treatment course after half a month medication pause. The control group was only provided with CO₂ Laser treatment. The therapeutic effects were evaluated after 3 months. Results: The reoccurrence rate of the treatment group was 7.04% as compared to the rate of 21.54% in the control group, their differences being significant($\chi^2=4.84, P<0.05$). Conclusion: CO₂ Laser treatment combined with Bacillus Caimette – Guer can significantly reduce the risk of CA reoccurrence.

【Key words】Condyloma acuminatum; CO₂ Laser; Bacillus Caimette – Guer

为观察卡介菌多糖核酸治疗CA的疗效,笔者从2008年6月~2011年12月应用CO₂激光清除CA皮损后,采用卡介菌多糖核酸肌肉注射,减少了CA的复发率,现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床材料

所有136例患者都来自本科门诊,都是第一次发病。近6个月内用过卡介菌多糖核酸或其他免疫增强

剂、妊娠期、哺乳期及对卡介菌多糖核酸过敏和有重大脏器疾病患者不予入选。治疗前向患者说明药物的功效和副作用,征得患者的认可。病人中男86例,女50例;年龄19~70岁,平均26岁;病史0.5月~12个月,平均3.1个月。92例承认有婚外或不洁性接触史,21例的配偶有CA史,23例不清楚传染途径。58例曾经或就诊时还患有其他1~3种性病。136例患者均经临床肉眼所见、醋酸白试验发白和/或病理检查确诊。患者CA皮损少则数个,多则百余。皮损小至针尖乳突状,大至蚕豆大。皮损多为单发,少数融合为片状。皮损部位;男性包皮过长者多发于包皮内板、冠状沟、系带、龟头处。这些处的皮损数量多、体积大、多呈鸡

【作者简介】罗建华(1957-)男,主任医师,主要从事性病临床诊治与研究工作。

冠或菜花状,皮损组织细嫩碰撞易出血。少数患者皮损可发于阴囊、两股、下腹阴毛处,此处皮损多单发,体积小,乳头状、质稍硬表面多角化。女性皮损多发于大小阴唇、阴道及尿道口、阴蒂处,其他部位少发。女性 CA 皮损多发处和少发部位皮损数量等情况的差异和男性大体相同。根据患者就诊单双日,将 71 例患者随机分为治疗组,另 65 例为对照组。两组患者在年龄、病程、机体的免疫状况和皮损部位等方面的差异无显著性区别($P>0.05$)。

1.2 治疗方法

患者均采用 CO₂激光治疗,根据皮损大小、部位分别采用烧灼或碳化。治疗的深度至真皮浅层,治疗范围达皮损周围 2mm 左右。一次性清除肉眼可见和醋酸白显示发白之处的皮损,治疗结束后根据患者的体质、创面大小、病情和既往用药情况,分别给予适当的抗生素全身和局部治疗。保持局部清洁,预防感染,直至创面愈合,同时治疗其他并发性病。治疗组在 CO₂激光治疗后,给予肌肉注射卡介菌多糖核酸 1ml qod, 36d 为一疗程,一疗程结束后停药半月,再用一个疗程。对照组仅用 CO₂激光治疗。全部患者治疗前后均检测肝、肾功能和三大常规。嘱患者在观察期内,每半个月或再次长出新的 CA 皮损时,要来医院复查或治疗。

1.3 疗效判定标准

痊愈为 CA 皮损全部消除,治疗后 3 个月复查时未再新发 CA 皮损;复发为治疗后 3 个月复查时,再次或多次长出新的 CA 皮损。

1.4 统计学处理

进行 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 治疗结果

治疗组 71 例,痊愈 66 例,复发 5 例,复发率为 7.04%;对照组 65 例,痊愈 51 例,复发 14 例,复发率为 21.54%。两组复发率比较差异有高度显著性($\chi^2 = 4.84, P<0.05$),治疗组复发率明显低于对照组。见表 1。

表 1 两组复发率的比较 (%)

分组	病例	复发率	百分率
治疗组	71	5	7.04%
对照组	65	14	21.54%

2.2 不良反应

治疗组有 3 例患者在注射第 3~6 针时,出现轻度头痛、头晕,继续用药后逐渐消失。有 5 例患者在第二个疗程时,注射部位出现轻重不一的红肿、结节,热敷后自然消退,不影响继续治疗。治疗过程中和治疗后观察期无其他不适。治疗结束后化验肝、肾功能和三大常规均无异常。

3 讨 论

CA 是由人类乳头瘤病毒(HPV)感染所致的常见性传播疾病。因为目前临床上还没有一种可直接杀灭病毒的药物,机体对病毒清除主要依赖自身的免疫机制。单纯的 CO₂激光治疗 CA,仅能去除 CA 患者表面的赘生物,改善症状和体征,但对潜伏病原体无杀伤力^[1]。人体细胞免疫状态是影响 CA 发生和转归的重要因素之一,而 CA 患者的细胞免疫功能受到明显抑制^[2]。故现在临床上多采用 CO₂激光结合免疫增强剂来治疗 CA。本治疗组采用 CO₂激光联合卡介菌多糖核酸治疗 CA 患者,CO₂激光能直接去除肉眼及醋酸白所显示的病灶。但对潜伏病灶中 HPV 病毒的杀灭,主要取决于机体的免疫功能。卡介菌多糖核酸是卡介苗的提取物,含有核酸、多糖等多种免疫调节物质^[3],是促进 CD4+T, CD8+T 细胞成熟与分化的新型免疫调节剂,可通过调节多种细胞因子的分泌,诱导干扰素生成,进而调节机体的免疫水平^[4],使患者机体免疫功能增强,能去除潜伏病灶中的 HPV 病毒,避免或减少 CA 的复发,故本文治疗组的复发率明显低于对照组。虽然现在临床上有多种免疫增强剂可供选择,但每种药都有各自的副作用和使用局限性,而卡介菌多糖核酸的副作用少,大部分患者都可接受,治疗依从性高,疗效也好,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 房婕,姜培红,李志豪. CO₂激光联合贞芪扶正胶囊治疗尖锐湿疣 46 例疗效观察. 中国皮肤性病学杂志, 2011, 25 (12): 1006.

[2] Fuener SG, Ludwing KA, Mantyh CR. Preoperative immune status determines anal condyloma recurrence after surgical excision. Dis Colon Rectum, 2008, 51 (3): 359.

[3] 蔡力,张孝友. 盐酸非索非那定片联合卡介菌多糖核酸治疗慢性荨麻疹疗效观察. 中国皮肤性病学杂志, 2011, 25 (2): 162.

[4] Ozer A, Tukenmez F, Biricik A et al. Effect of BCG vaccination on cytokine mRNA expression in atopic children with asthma. Immunol Lett, 2003, 86 (1): 29-35.

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2012.11.020

• 性传播疾病 •

2 微米激光治疗男性尿道顽固性尖锐湿疣的报告

贡晶华 江志勇 樊胜海 王中兴 李学德 何庆鑫

解放军第一八一医院男科中心, 广西 桂林 541002

【摘要】目的:观察 2 微米激光治疗男性尿道顽固性尖锐湿疣的疗效。**方法:**男性尿道顽固性发作尖锐湿疣 7 例, 入院后经术前准备, 硬膜外麻醉后应用 2 微米激光在输尿管镜下对患者进行治疗, 使病灶局部凝固、碳化、汽化。术后常规免疫调节和抗病毒治疗, 定期复查膀胱镜。**结果:**7 例患者无 1 例发生并发症, 随访 6 个月至 12 个月, 仅 1 例复发, 且再次治疗后完全治愈。**结论:**2 微米激光是一种治疗男性尿道顽固性尖锐湿疣的较好方法。

【关键词】尖锐湿疣; 2 微米激光; 尿道

2 - micron laser treatment on male urethral refractory condyloma acuminatum

BEN Jinghua, JIANG Zhiyong, FAN Shenghai, WANG Zhongxing, LI Xuede, HE Qingxin

Center of Andrology, No. 181 Hospital of People's Liberation Army, Guilin 541002, China

【Abstract】Objectives: To observe the therapeutic effects of 2 microns laser in the treatment of male urethral refractory condyloma acuminatum. **Methods:** Seven men patients with urethral refractory condyloma acuminatum were administered with 2 microns laser treatment under ureteroscopy after given the preoperative preparation and epidural anesthesia. The lesions were locally clotted, carbonated and vaporized. The routine immunotherapy and anti-virus treatment were provided and the regular cystoscopy was performed after the operation. **Results:** None of the seven patients had complications. Only one patient reported recurrence in the follow-ups from 6 to 12 months, but was completely cured with the second treatment. **Conclusion:** 2 micron laser is a better choice in the treatment of male urethral refractory condyloma acuminatum.

【Key words】 Condyloma acuminatum; 2 micron laser; Urethra

尿道尖锐湿疣临床较少见, 它具有潜伏期长、传染性强、复发率高的特点, 且近年来发病率有所上升。发生于尿道的尖锐湿疣位于狭小的腔道内, 临床治疗颇为棘手。传统的治疗方法在腔镜下行电凝、钬激光等治疗常引起尿道水肿、出血, 部分患者术后可发生尿道狭窄等并发症, 治疗时病灶清除困难。我院男科中心 2008 年 12 月 ~ 2011 年 7 月采用 2 微米激光治疗尿道顽固性尖锐湿疣 7 例, 取得良好效果, 现总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2008 年 12 月 ~ 2011 年 7 月我院男科中心收治男性尿道顽固性发作尖锐湿疣患者 7 例, 年龄 17 ~ 30 岁, 平均 25 岁, 病程 3 个月至 6 年不等, 均有不洁性交史, 并因发现尿道外口疣状新生物就诊, 外观形态呈菜花状、乳头状增生。所有患者行膀胱尿道镜检查均发现尿道内有单发或多发疣状新生物, 活检病变组织行病理活检证实为尖锐湿疣而确诊, 膀胱黏膜未见异常。7 例患者均有因尿道尖锐湿疣在外院或本院进行 1 次 ~ 6 次的电灼术治疗。

【第一作者简介】 贡晶华 (1986 -), 女, 医师, 主要从事男科专业的临床诊治工作。

1.2 治疗方法

入院后经术前准备,应用 2 微米激光在输尿管镜下对患者尿道进行选择性的激光汽化治疗:硬膜外麻醉后患者取截石位,局部皮肤常规消毒铺巾,然后用输尿管镜缓慢进入尿道,注意观察尿道内壁尖锐湿疣生长情况。然后用 2 微米激光从膀胱颈部病灶开始由近及远缓慢进行烧灼。烧灼时光束稍倾斜,对准病灶,使其凝固、汽化、碳化,烧灼应扩大到病灶边缘 2mm,创面稍低于周边正常组织。反复冲洗,检查尿道无尖锐湿疣残留及出血,退出输尿管镜,留置导尿管,结束手术。术后根据创面大小适量口服抗生素治疗,预防继发感染。术后定期给患者肌注卡介菌多糖,2~3 次/周,连续肌注 3 个月,并给予干扰素及阿昔洛韦等药物治疗,预防复发。每半个月检查患者尿道外口,若有新发赘生物应及时复诊。若未见新生物则 1~6 个月门诊复查膀胱镜。

2 结 果

经 2 微米激光治疗后 7 例患者留置导尿管 3~4d,拔出导尿管后,最初 1~2d 均有轻度尿道灼痛感,无其他特殊不适,局部病灶及症状完全消失。术后 1 个月复查膀胱镜,1 例患者见尿道外口有新病灶出现,即刻行激光治疗。全部病例 3、6 个月后再复查膀胱镜,尿道黏膜光滑,未见尖锐湿疣复发,随诊至 1 年所有患者均未见尿频、尿急、尿痛及尿线变细等其它排尿障碍。

3 讨 论

尖锐湿疣是由人类乳头瘤病毒感染所致的一种较常见的性传播疾病^[1],临床治疗方法较多,其目的都是去除病灶,增加机体免疫力及抗病毒治疗。尖锐湿疣复发率高,亚临床感染是尖锐湿疣复发的主要原因,也是造成一次性治愈率不高的原因之一。又因为尿道环境比较潮湿,有利于尖锐湿疣病原体生长繁殖^[2],而且尿道比较隐蔽,疣体不易被发现,通常尿道内也不做为体检常规检查部位,常延误治疗,治疗越早效果越理想,故男性尿道尖锐湿疣的一次性治愈率较低。因此在尖锐湿疣患者的检查中,应注意检查尿道内口,深部尖锐湿疣需借助尿道镜检查,并且对于男性尿道尖锐湿疣及可疑病灶必须由内向外完全治疗,以减少复发。

尿道尖锐湿疣传统的治疗方法是以前尿道电切、

电凝、汽化为主,有学者报道采用膀胱镜下电切治疗深部尿道尖锐湿疣取得了较满意疗效^[3]。但由于电切过程中,电切环接触面积较大,导致切除部位的周围组织有较大面积损伤,电切镜头部会产生高温,汽化时创面基底 1~2mm 组织会发生凝固,尤其是局部尿道尖锐湿疣数量较多、疣体较大时,术中有可能引起尿道穿孔,术后引起尿道狭窄等^[4]。也有学者报道输尿管镜下钬激光治疗尿道尖锐湿疣取得较好效果,但钬激光非连续切割,操作时间长,易引起冲洗液外渗或尿道水肿,易致穿孔等^[5]。

2 微米激光是一种波长为 2103 纳米的高能量密度的光源,为一种不可见光。由于水对 2 微米激光高强度吸收,当 2 微米激光照射到组织上时,强大的能量瞬间被水吸收,产生强大的效应,从而达到汽化切割,去除组织的目的。2 微米激光在组织中的穿透深度只有 0.3mm,去除组织后留下的凝固层为 1mm,因而不会导致严重的组织水肿及坏死,术后效果较好,创面平滑。光束治疗中能高效精确地彻底消除或破坏病灶组织,对周围组织损伤小。在 2 微米激光的烧灼过程中,必须正确掌握治疗深度及范围,尖锐湿疣的病理改变有棘层增厚,上皮脚延长,呈上皮瘤样增生的特点,所以在操作中必须达到黏膜下层,范围应大于皮损约 0.2cm。术后根据皮损大小,口服抗生素治疗。对患者及性伴侣进行卫生宣教,定期复查,发现尿道外口有皮损应尽早治疗。尖锐湿疣的治疗方法很多,2 微米激光联合药物治疗效果较好,对于复发者继续增加治疗次数,能取得较好效果。我们认为 2 微米激光是治疗男性尿道顽固性尖锐湿疣的一种较好办法。

参考文献

- [1] 吴绍熙. 皮肤性病诊断指南. 北京:人民卫生出版社, 2004:220-221.
- [2] 毛虎,毛玉辉. 复发性尖锐湿疣 88 例分析,中国医师杂志,2004,6(1):112-113.
- [3] 庄乾元. 经尿道手术学. 武汉:湖北科学技术出版社, 2002:210.
- [4] 刘跃江,胡顺鸿,等. 经尿道电切术治疗尿道内尖锐湿疣. 临床泌尿外科杂志,2002,17(6):288.
- [5] 张力,郭全喜,等. 输尿管镜下钬激光治疗尿道尖锐湿疣 14 例. 现代泌尿外科杂志,2010,15(6):466-467.

[收稿日期:2012-06-29]

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2012.11.021

• 性传播疾病 •

计划生育门诊医务人员对开展主动提供 HIV 检测与咨询服务的可接受性及影响因素研究

陈少凡 刘玉玲 冯 琪 韩春艳 叶 建 张秀峰

深圳市南山区计划生育服务中心, 广东 深圳 518051

【摘 要】目的:探讨在计划生育门诊中开展医务人员主动提供 HIV 检测与咨询(PITC)服务的可接受性及影响因素。方法:采用对计划生育门诊医务人员进行问卷调查和深入访谈的定性和定量相结合的描述性研究方法。结果:医务人员知识点知晓率差距较大,对艾滋病基础知识知晓率较高,正确率均在 90.00% 以上;而专业知识知晓率相对较低。85.00% 的医务人员愿意主动为就诊患者提供艾滋病检测和咨询的服务,15.00% 不愿意者其原因是因为“工作忙,没时间”(66.67%)和“没有必要”(33.33%)。医务人员认为在计划生育门诊开展 PITC 服务需要的条件有“独立的场所”(85.00%),“经过艾滋病知识培训的专业人员”(80.00%),“有国家政策支持 and 医院领导支持”(70.00%)等。90.00% 的医务人员认为在计划生育门诊开展 PITC 服务的有利因素是就诊者以接受计划生育服务的常规方式了解自己的 HIV 感染状况,可以避免就诊者的“羞辱感”和“不方便”,减少歧视。医务人员认为在计划生育门诊开展 PITC 服务存在的困难依次是“缺乏艾滋病专业防治知识及咨询技巧”(80.00%);“工作忙,没时间”(75.00%);“无安全保密的环境”(70.00%);“缺乏政策依据与操作规范”(70.00%);“存在社会歧视”(50.00%)等。本中心门诊开展 PITC 服务一年,咨询率从 44.26% 提高到 72.40%,HIV 检测率从 11.64% 提高到 23.15%,有显著性差异($P < 0.01$)。结论:计划生育门诊医务人员开展 PITC 服务是可行的,能明显提高就诊者的 HIV 检测率;缺乏艾滋病专业防治知识及咨询技巧、医护人员的工作量大、无安全保密的环境、缺乏政策支持和专用经费等是不利于医务人员开展 PITC 服务的影响因素。

【关键词】计划生育门诊;医务人员;主动提供 HIV 检测咨询(PITC);影响因素

Medical professionals' acceptability for providing HIV testing and consulting service in family planning clinic

CHEN Shaofan, LIU Yuling, FENG Qi, HAN Chunyan, YE Jian, ZHANG Xiufeng
Family Planning Service Center, Nanshan district, Shenzhen 518051, China

【Abstract】Objectives: To investigate the medical staff's acceptability for providing HIV testing and consulting (PITC) services in family planning clinic and the related influencing factors. Method: Interviews and questionnaires were administered to medical professionals in family planning clinics. Results: Over 90% of medical professionals have a basic command of AIDS Knowledge, but only a small proportion of them acquired specialized AIDS knowledge. About 85% of the medical professionals are willing to provide patients with the HIV testing and consulting services initiatively, while 15% were unwilling to do so because “they are busy in their work, and short of time” (66.67%) or “they consider it unnecessary” (33.33%). The medical professionals think the essential conditions for providing consulting services include the “private space”, “professionals receiving specialized HIV knowledge training” (80.00%) and “support from national policy and leaders of hospital” (70.00%). Since PITC service was carried out in our clinic last year, the consultation rate increased from 44.26% to 72.40%, the HIV examination rate increased from 11.64% to 23.15%, the differences being statistically significant ($P < 0.01$). Conclusion: Providing PITC

【基金项目】广东省人口和计划生育委员会 2010 年科研课题立项(2010317)。

【第一作者简介】陈少凡(1964-),男,副主任医师,主要从事计划生育临床研究工作。

service by the medical professionals in family planning clinics is feasible. It can significantly increase patients' HIV examination rate. The influencing factors for providing consulting services include medical professionals' lack of specialized AIDS knowledge and necessary consultation skills, heavy workload, lack of private consultation spaces, lack of policy support and special funds.

[Key words] Family planning clinic; Medical professionals; Provider Initiated Testing and Consulting (PITC); Influencing factors

据最新估计,截至 2009 年底,中国现存艾滋病病毒感染者和病人(HIV/AIDS)约 74 万人,其中约 43 万感染者没有确诊^[1]。而这些潜在的艾滋病感染者和病人是传播艾滋病的最可怕病源,对艾滋病预防控制工作造成了不利影响。HIV 检测与咨询服务是艾滋病防治的重要组成部分。PITC 服务作为 HIV 检测咨询的一类服务形式,因其主动提供、针对性强、能提供相应的临床治疗等优点已经在多个国家开始实施,但目前我国尚缺乏计划生育门诊医务人员对该服务接受情况及影响因素的研究,故此开展此次调查,探索计划生育门诊开展 PITC 服务的可行性及影响因素。

1 对象与方法

1.1 调查对象

选择 2011 年 4 月深圳市南山区计划生育服务中心门诊在职的医务人员。

1.2 调查方法

本次研究采用定性和定量相结合的描述性研究方法。

1.2.1 问卷调查 参加调查的医护人员独立作答,问卷的主要内容包括一般人口学特征、HIV 知识知晓情况、对病人和感染者的态度等。填写完毕,立即回收,以保证问卷回收率为 100%。

1.2.2 深入访谈 对参加调查的医护人员进行一对一访谈,了解计划生育门诊医务人员日常接诊情况及艾滋病培训接受情况、对艾滋病防治工作的认识、对在计划生育门诊开展 PITC 服务的认识及建议等。

1.3 资料整理与分析

1.3.1 定量资料 用 Microsoft Excel 软件建立数据库,用 SPSS14.0 软件并参照经典统计学进行统计分析。

1.3.2 定性资料 对医务人员访谈的笔记资料进行整理,对有关问题分类汇总,进行描述性分析。

2 结果

2.1 基本情况

共调查医务人员 20 人。其中男性 4 人,女性 16

人;职业分布:医生 8 人,护士 6 人,医技人员 6 人;科室分布:妇科 12 人,男科 2 人,B 超室 3 人,化验室 3 人;职称分布:高级职称 6 人,中级职称 10 人,初级职称 4 人。

2.2 艾滋病知识的知晓和态度

结果显示,知识点知晓率差距较大,医务人员对艾滋病预防基础知识如“艾滋病是一种死亡率极高的传染病”、三个传播途径、非传播途径相关问题正确回答率较高,均在 90.00% 以上,但对艾滋病预防专业知识了解不够,比如危险度判断题中,关于“缝合针针头刺伤”危险度判断正确率最低为 50.00%,有 30% 人回答错误,20% 回答不知道,见表 1。在对艾滋病病毒感染者持什么样的态度问题上,同情并帮助 15 人(75.00%)、同情并疏远 2 人(10.00%)、无所谓 2 人(10.00%)看不起 1 人(5.00%)。

2.3 对 PITC 服务的认知和态度

对计划生育门诊医务人员进行深入访谈,主要针对对 PITC 服务的相关内容。

“对于在计划生育门诊开展 PITC 的意义及态度”17 人(85.00%)表示愿意开展 PITC 服务,认为将 HIV 检测与咨询与生殖道感染防治、预防母婴传播、预防出生缺陷等生殖健康领域工作相结合,便于人们以自然、常规的方式接受 HIV 检测,减少对 STI/HIV 的歧视;可以充分利用医疗资源,可以节约服务对象的时间和花费,具有成本效益;可以扩大 HIV 检测的覆盖面,及早地发现潜在的艾滋病感染者,有利于他们及时获得治疗、支持和关怀服务;可以提高医务人员的服务理念和服务技能。3 人(15.00%)不愿意提供 PITC 服务,其原因:工作忙,没有时间 2 人(66.67%),认为没有必要 1 人(33.33%)。

“你认为在计划生育门诊开展 PITC 需要什么条件?”医务人员认为要有“独立的场所”17 人(85.00%)、“经过艾滋病知识培训的专业人员”16 人(80.00%)、“有国家政策支持和医院领导支持”14 人(70.00%)、“有检测经费支持”10 人(50.00%)、“合格的检测实验室”10 人(50.00%)、“广泛的宣传教育”6 人(30.00%)等 6 个条件。

表 1 医务人员艾滋病知识知晓情况

问 题	回答正确		回答错误		不知道	
	人次	%	人次	%	人次	%
基 础 知 识						
艾滋病是一种死亡率极高的严重传染病。	20	100	0	0	0	0
蚊子叮咬会传播艾滋病吗?	19	95	1	5	0	0
通过性接触会传播艾滋病吗?	20	100	0	0	0	0
感染艾滋病的母亲会将病毒传给她的胎儿吗?	20	100	0	0	0	0
感染艾滋病的母亲能通过哺乳将病毒传给婴儿吗?	18	90	1	10	1	5
与艾滋病病人或感染者共用注射器或针头,会感染艾滋病吗?	20	100	0	0	0	0
专 业 知 识						
被“缝合针”针头刺伤,感染艾滋病的危险度	10	50	6	30	4	20
被“静脉穿刺针”针头刺伤,感染艾滋病的危险度	18	90	1	5	1	5
在运送中,血样本溅到眼睛里,感染艾滋病的危险度	13	65	3	15	4	20
只要发生职业暴露,为了减少 HIV 感染的风险就应服用抗病毒药物	16	80	3	15	1	5
凡是用于灭活乙型肝炎病毒的方法都可将 HIV 病毒灭活	15	75	2	10	3	15
HIV 病毒在空气中可长期存活,但对紫外线非常敏感。	14	70	4	20	2	10

“你认为在计划生育门诊开展 PITC 的有利因素是什么?”18 名医务人员(90.00%)认为计划生育门诊的就诊者需求都涉及性及性生活,容易引入“性”话题,容易进行危险行为的评估,对医生主动提供的 HIV 检测有较好的依从性;就诊者以常规方式了解自己的 HIV 感染状况,可以避免“羞辱感”和“不方便”,并可以及时得到诊疗、关怀和预防服务;将 HIV 检测常规化,有助于将艾滋病去标签化及去特殊化,减少歧视。

“你认为在门诊开展 PITC 存在哪些困难?”总结归纳共涉及 8 个问题:分别是医护人员缺乏艾滋病检测咨询技巧占 16 人(80.00%),比如有一些服务对象在接受 PITC 服务时并不拒绝检测,但当医生开出检测单时又改变主意,医生不知如何劝说;对检测前后咨询要点掌握不够,对危险行为评估能力不够;

医务人员工作忙,没时间占 15 人(75.00%);无安全保密的环境占 14 人(70.00%);缺乏政策依据与操作规范占 14 人(70.00%);存在社会歧视占 10 人(50.00%),包括对患者和对相关服务医务人员的歧视;患者是否合作占 6 人(30.00%);无专用经费占 6 人(30.00%);PITC 相关知识的宣传力度不够占 6 人(30.00%)。

2.4 开展 PICC 的工作实践和效果

收集本中心门诊开展 PITC 服务前(2009 年 7 月~2010 年 6 月)、后(2010 年 7 月~2011 年 6 月)数据进行对比,因样本数据总体大,采用“比例的显著性检验”。

统计表明:前后咨询率、检测率差异都高度显著,有统计学意义($P < 0.01$),见表 2。咨询率的提高直接导致检测率成倍提高。

表 2 开展 PITC 服务前后数据对比

	就诊人数	医生主动提供检测咨询服务		比例的 显著性检验	实际实施 HIV 检测		比例的 显著性检验
		人数	咨询率%		人数	咨询率%	
开展 PITC 服务前	6733	2980	44.26	$Z = 31.02$	784	11.64	$Z = 16.83$
开展 PITC 服务后	5352	3875	72.40	$P = 2E - 211 < 0.01$	1239	23.15	$P = 7E - 64 < 0.01$

3 讨 论

艾滋病检测与咨询作为艾滋病综合预防、治疗、关怀和支持的切入点,成为艾滋病预防的重要公共卫生策略之一。接受调查的大多数医务工作者认为来就诊者 HIV 检测意识很弱,并且对 HIV 检测还有一定的误解,主动接受 HIV 检测的就诊者很少。如果医务人员不主动向其提供 HIV 检测服务,有大部分就诊者最终不会进行 HIV 检测。刘莉等在综合医院进行的研究结果表明,自愿咨询检测仅占医院 HIV 检测总数的 0.28%^[2]。而如果在就诊过程中,医生主动向就诊者提供预防艾滋病的信息,开展宣传教育活动,可以提高大众人群的认识,提高接受 HIV 检测的自觉性,丁胜非等人调查发现接受宣传的就诊者中有 68.90% 接受了检测,而未宣传组中只有 20.5% 接受了检测^[3]。本次研究也证实了这一点,本中心在开展 PITC 服务前,就诊者接受 HIV 检测的比例 11.64%,开展 PITC 服务后,就诊者 HIV 检测率上升到 23.15%。

3.1 计划生育门诊开展 PITC 服务的可行性

3.1.1 计划生育门诊服务对象和场所的特点证实了开展 PITC 的可行性 计划生育门诊就诊者大多数年龄较轻,多处于性活跃期,她们尤其需要避孕节育、生殖道感染、性传播疾病、艾滋病防治等相关信息和知识;在出现生殖系统相关问题的不适或怀孕后,能够自觉地到门诊寻求服务,成为开展 PITC 服务的最佳时机。她们在接受计划生育服务的同时以自然、常规的方式接受 HIV 检测,减少了对艾滋病的歧视。社会歧视是阻碍就诊者接受 PITC 服务的重要影响因素^[4]。许多就诊者担心隐私外泄,将带来比艾滋病本身更严重的危害,因此不愿接受艾滋病检测咨询^[5]。计划生育门诊多是一对一的就诊环境,有利于保护就诊者隐私,也有利于医务人员开展 PITC 服务。计划生育术后休息室,是一个安静、独立的环境,医务人员可以充分利用这个场合,在就诊者休息时进行告知和咨询。

3.1.2 医护人员对 PITC 服务接受程度决定其可行性 计划生育服务机构的医护人员都经过了专业的性与生殖健康咨询培训,有 5 人取得了生殖健康咨询师资格,少数医生接受过省级或国家级的艾滋病咨询培训,初步具备了为就诊者提供 HIV 检测咨询服务的能力。通过调查大多数医务人员也认为在计划生育门诊开展 PITC 服务有着重要的意义,愿意主动为就诊者提供艾滋病检测和咨询的服务。少数不愿意主动为

就诊者提供艾滋病检测和咨询的服务的医护人员中,主要原因是“工作忙,没有时间”,在给予合适的条件下,医护人员愿意从事这项工作。

3.2 计划生育门诊开展 PITC 服务的影响因素

3.2.1 缺乏艾滋病防治专业知识和咨询技巧会影响 PITC 工作的开展 调查中发现大多数医护人员对艾滋病基本知识掌握较好,但对专业的艾滋病防治专业知识掌握还不够,导致咨询内容不完整,特别是检验人员和 B 超人员在与患者沟通中缺乏技巧,较少使用图谱和模型,使就诊者不易理解,有时带有偏见,造成就诊者的抵触情绪。

3.2.2 医护人员的工作量大会影响 PITC 开展 本次调查中发现,计划生育和妇科门诊工作繁忙,开展 PITC 服务会增加工作量,浪费时间,延长其它就诊者的候诊时间,有时引起投诉事件发生,除手术必检对象外,计划生育和妇科门诊进行检测的就诊者仅占 21.00%,而男科门诊量较少,有足够时间进行咨询,75.00% 的就诊者接受检测。

3.2.3 没独立安全的咨询场所会影响 PITC 开展

由于艾滋病检测咨询内容的特殊性,许多 HIV 感染的危险因素评估涉及到患者的个人隐私,需要安全保密的场所以保证就诊者的隐私权。中心妇科门诊有四间诊室,其中两个诊室非一对一单独就诊的诊室,医生认为在这种环境下,自己都不好意思和就诊者讨论一些隐私话题,就诊者本身也会拒绝回答。调查发现,独立诊室开展 PITC 服务的比例较非独立诊室高出一倍以上。所以,环境保密性差直接影响 PITC 开展。

3.2.4 缺乏政策依据与操作规范、HIV 检测收费会影响 PITC 开展 调查中计划生育门诊的管理者认为目前国家没有出台针对开展 PITC 服务的相关政策和技术规范,使 PITC 服务缺乏有力的政策依据和标准的操作规范,阻碍服务的顺利开展和有效实施;另外,HIV 检测收费也是影响就诊者对 HIV 检测咨询服务的接受性,樊爱平等调查发现检测免费可提高就诊者的检测率^[6]。我们在对就诊者的调查发现,大多数就诊者选择计生门诊做检测的原因是结果可靠\免费和方便。

通过实践,我们认为在计划生育门诊广泛推广开展 PITC 服务是可行的,可以与妇幼保健、生殖道感染防治、预防母婴传播、预防出生缺陷等生殖健康领域工作相结合,最大限度地扩大检测的覆盖面,同时可以促进、完善、丰富生殖健康服务的开展。

参考文献

- [1] 卫生部新闻办公室. 介绍中国艾滋病疫情现状. 首都公共卫生, 2010, 4(1): 1.
- [2] 刘莉, 胡莹, 旷翠萍, 等. 四川省综合医院艾滋病病毒抗体检测现状分析. 现代预防医学, 2007, 34(17): 3356 - 3357.
- [3] 丁胜非, 王郭清, 江洋, 等. 某性病门诊 HIV 检测调查. 实用预防医学, 2005, 12(2): 364 - 365.

- [4] 吴纪民, 薛琤, 刘惠, 等. 中小城市妇科门诊管理人员 VCT 服务态度的调查分析. 中国艾滋病性病, 2008, 14(2): 169 - 170.
- [5] 柔克明, 吴尊友. 科学开展艾滋病预防干预工作. 科技导报, 2005, 23(8): 52 - 55.
- [6] 樊爱平, 郭光萍, 李智, 等. 农村孕产妇 HIV 自愿咨询检测现状及影响因素分析. 中国妇幼保健, 2007(22): 2464 - 2467.

[收稿日期: 2012 - 08 - 10]

(上接第 52 页)

3.3 医护人员性健康知识影响性健康指导信念, 性健康指导信念制约性健康指导行动

知识是基础, 但知识转变成行为尚需要外界条件, 只有采取积极的态度, 对知识进行有根据的独立思考, 对自己的职责有强烈的责任感, 就可以逐步形成信念, 知识上升为信念, 就可以支配人的行动。健康教育是促进知识转变成行为的重要外界条件^[7], 只有作为健康指导的医护人员自身性健康指导知信行合一, 才真正具备满足患者的性健康咨询的能力。此次研究中, 医护人员性健康知识、态度、指导行为三者之间均呈正相关(相关系数 R 在 0.21 ~ 0.704), 更证明了知识缺乏钳制着临床医护人员健康指导行为。医护人员自身更需要接受性健康教育, 转变自身的性观念, 将性健康知识有效地传授给患者及家属, 更有利于患者疾病的恢复, 治疗效果的巩固, 生活质量的提高。

3.4 影响临床医护人员主动对患者进行性健康指导的原因分析

表 1 显示影响临床医护人员健康指导行为的主要因素中, 排在前四位的依次为: “几乎没有患者问及性方面的问题”, “自身缺乏专业性指导知识”, “科室没人开先例”以及“几乎没有关注过性指导对患者的影响”。这些影响因素说明一个人的行为与知识有关, 也与其价值观和信念有关, 更与长期的生活环境有关^[8]。虽然社会道德的“禁欲”对医护人员的性健康指导影响只占 24.64%, 但是作为患者的教育者, 应当首先摒弃不科学的道德观, “在公共场合下不宜谈性”的观念需要进一步转变。认为“患者能将命保住就足够了, 还考虑什么性问题”的占 14.11%, 表明临床上还有一部分医护人员对“生命质量”的理解还比较片面。

虽然本研究设计中存在不足和局限, 如样本量局

限, 但研究基本揭示了临床科室医护人员普遍存在性健康指导知识缺乏、忽视患者性健康问题、对患者的性健康教育能力较低等性健康教育的问题, 具有一定的临床意义。有研究表明医护教育能力和患者健康促进行为存在正相关^[9], 因此学校及医疗机构非常有必要对医护专业人员进行性健康教育能力的培养, 性健康教育任重道远^[5, 10]。

参考文献

- [1] 何平, 张蒙. 医护人员性健康教育知信行问卷信度效度检验. 实用临床医院杂志, 2011, 8(6): 200 - 202.
- [2] 王家良主编. 临床流行病学. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 118 - 120.
- [3] 王应平, 吴东梅, 张蒙, 等. 中高职护生性健康课程设置干预效果研究. 中国性科学, 2012, 21(1): 29 - 56.
- [4] 刘堃, 张滨, 唐贵忠. 重庆地区大学生性健康教育状况现状调查分析. 重庆医学, 2009, 38(11): 1279 - 1280.
- [5] 王炳元. 对医学院校开设性学课程的思考. 中国性科学, 2012, 21(3): 36 - 38.
- [6] 康佳迅, 曾慧. 老年人性健康研究进展. 护理研究, 2010, 24(6A): 1418 - 1420.
- [7] 彭幼清主编. 护理学导论. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 100 - 102.
- [8] Atienzo E E, Walker D M, Campero L, et al. Parent adolescent communication about sex in Morelos, Mexico: does it impact sexual behavior? . Eur J Contracept Reprod Health Care. 2009, 14(2): 111 - 119.
- [9] 李小妹, 周凯娜, 谷利斌. 健康教育对贫困地区农村流动人口艾滋病知识、态度及行为干预效果的研究. 护理研究, 2010, 24(9A): 2275 - 2280.
- [10] 曹红梅. 论地方高校大学生性健康教育的紧迫性和必要性. 中国性科学, 2008, 17(1): 38 - 42.

[收稿日期: 2012 - 05 - 28]

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2012.11.022

· 性传播疾病 ·

解脲脲原体和人型支原体实验室检测结果分析

郑继伟 王述莲[△]

武警北京总队第三医院检验科, 北京 100141

【摘要】目的:总结分析解脲脲原体和人型支原体实验室检测结果,对比男女患者的感染差异及对常用抗生素的耐药性分析,为临床合理使用抗生素提供用药参考。**方法:**603 例标本来自于 2010 年 6~12 月在武警北京市总队第三医院就诊患者,采用支原体培养、药敏一体化试剂盒对 603 例泌尿生殖道患者标本进行支原体培养、鉴定和药敏试验,结果采用 SPSS19.0 统计软件,应用 χ^2 检验进行分析。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。**结果:**603 例标本总阳性检出率为 43.29%;其中 Uu 单项感染 32.34%, Mh 单项感染 1.33%, Uu 和 Mh 混合感染 9.62%。女性检出率大于男性。603 例 Uu 和 Mh 药物敏感性男女性存在差异。排在前三位的抗生素男女性分别为:男性:米诺环素(96.9%)、多西环素(96.9%) > 交沙霉素(92.2%) > 克拉霉素(87.5%);女性:米诺环素(96.9%) > 多西环素(94.9%) > 交沙霉素(74.1%) > 克拉霉素(57.3%)。**结论:**Uu 和 Mh 是引起泌尿生殖道感染的常见病原体,女性感染率高于男性。米诺环素和多西环素可作为治疗泌尿生殖道支原体感染的首选药物。

【关键词】支原体; 药物敏感性; 感染

Analysis on laboratory test results of *Ureaplasma urealyticum* and *Mycoplasma hominis*

ZHENG Jiwei, WANG Shulian.

Department of Laboratory, the Third Hospital of General Armed Police Corps, Beijing 100141, China

【Abstract】Objectives: To summarize and analyze the laboratory test results of *Ureaplasma urealyticum* (Uu) and *Mycoplasma hominis* (Mh). Men and women were compared in their infection of Uu and Mh and their antibiotic drug - resistance. **Methods:** A total of 603 samples were collected from the patients who came to our hospital for treatment between June and December, 2010. The samples were applied with mycoplasma culture. Drug susceptibility integration kit was used to get the result of the culture for bacteria identification and drug sensitivity tests. χ^2 test was run by SPSS19.0 to analyze the result. **Results:** Among 603 samples, the total positive detection rate was 43.29%, of which 32.34% was Uu infection, 1.33% was Mh infection and 9.62% was mixed infection of Uu and Mh. Females showed higher detection rates than males. Differences in antimicrobial drug sensitivity were found between males and females. For male patients, the resistance rate against minocycline, doxycycline, josamycin, and clarithromycin were 96.9%, 96.9%, 92.2%, and 87.5%, respectively. For female patients, the resistance rate against the above four antibiotics were 96.9%, 94.9%, 74.1% and 57.3%, respectively. **Conclusion:** Uu and Mh are the two common pathogens for genitourinary tract infection. Women tend to have a higher infection rate than men. Minocycline and doxycycline are the priority choices for the treatment of genitourinary tract infection.

【Key words】 *Mycoplasma*; Drug sensitivity; Infection

【第一作者简介】郑继伟(1981-),男,检验技师,主要从事微生物检验相关研究。

[△]**【通讯作者】**王述莲, Email: tiantangniao112233@163.com

近年来,由于感染解脲脲原体(*Ureaplasma urealyticum*, Uu)和人型支原体(*M. hominis*, Mh)而引起的泌尿生殖道系统疾病的病例逐渐增多。为进一步了解Uu和Mh感染情况,更好的指导临床用药,我们对603例有临床症状者的分泌物进行相关培养并选择9种常见抗生素进行体外Uu和Mh的药物敏感试验,分析如下。

1 对象与方法

1.1 对象

603例标本均采自2010年6~12月因泌尿生殖系统疾病在武警北京市总队第三医院妇科门诊及泌尿外科门诊就诊的患者,并经知情同意后确定的,平均年龄32.0(18~68)岁,其中男性235例,女性368例。

1.2 方法

1.2.1 样本采集 严格按照临床检验标本采集的有关规定采集后立即进行接种培养。

1.2.2 培养 培养基购自珠海丽珠试剂股份有限公司生产的商品化试剂盒。里面含有蛋白胨、酵母提取物、马血清生长因子等营养物,并加有尿素、精氨酸底物、酚红指示剂及抑菌剂。而Uu能分解尿素产生的产物使培养基的PH值上升,由于培养基中加入了尿素作为底物,酚红作为指示剂,若有Uu生长,培养基颜色则会变成红色。

1.2.3 操作方法 严格按照试剂盒内说明书进行操作,完成后置板条于35~37℃恒温培养箱中进行培养,24h和48h后分别观察并记录培养结果。

1.3 结果判断

按规定条件经48h培养后培养基颜色由黄色变成红色且无浑浊则判为阳性,表明有支原体生长。若培养基颜色在24h内变为红色,则表明病原体浓度 $\geq 10^4$ cfu/ml;若在24~48h内变为红色,则表明病原体浓度 $\leq 10^4$ cfu/ml。

1.4 药敏试验

药敏板中共九种抗生素,依次为多西环素、米诺环素、交沙霉素、克拉霉素、罗红霉素、阿奇霉素、氧氟沙星、左旋氧氟沙星和司帕沙星。每种抗生素均分为上、下两孔,分别为该种抗生素的高、低两个浓度。结果以药敏孔颜色改变与否进行判读,若该孔高、低浓度颜色均为黄色,判断此病原体对该药

物敏感(S);若高浓度孔为黄色、低浓度孔变为变红,则判断此病原体对该药物为中度敏感(I);若高、低浓度孔颜色均变红,则判断此病原体对该药物耐药(R)。

1.5 统计学方法

采用SPSS19.0统计软件,应用 χ^2 检验进行分析。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 支原体分离培养情况

603例送检标本经培养后共检出261例阳性标本,阳性检出率43.29%(261/603),其药物敏感性有明显差异。其中Uu单项感染195例,阳性检出率32.34%(195/603),Mh单项感染8例,阳性检出率1.33%(8/603),Uu和Mh混合感染58例,阳性检出率9.62%(58/603)。

2.2 男、女性支原体检出结果

男性共235例,其中59例检出支原体,女性368例,其中202例检出支原体。经 χ^2 检验,男、女性对Uu和Mh检出率比较, $P < 0.05$,差异有统计学意义,说明女性的检出率高于男性。男性女性对Uu和Mh检测结果见表1。由表1数据经 χ^2 检验,Uu单独检出在男女之间 $P < 0.05$,差异有统计学意义;Mh单独检出在男女之间 $P > 0.05$,差异无统计学意义;Uu和Mh同时检出在男女之间差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 不同性别患者Uu和Mh检测结果(例)

性别	检出类型				合计
	Uu 单独检出	Mh 单独检出	Uu + Mh 检出	未检出	
男性	53	1	5	176	235
女性	142	7	53	166	368
合计	195	8	58	342	603

2.3 Uu和Mh药敏试验结果

经分析:米诺环素、多西霉素、交沙霉素和克拉霉素药这四类抗生素可以作为临床治疗解脲脲原体和人型支原体感染的首选用药。见表2。

表 2 Uu 和 Mh 药敏试验结果(%)

药 物	Uu 单项感染			Mho 单项感染			Uu + Mh 感染		
	敏感	中介度	耐药	敏感	中介度	耐药	敏感	中介度	耐药
阿奇霉素	63.2	19.8	17.0	1.50	6.10	92.4	50.5	16.9	32.6
多西霉素	97.2	1.60	1.20	87.9	6.10	6.10	95.3	2.50	2.20
交沙霉素	82.2	10.3	7.50	60.6	13.6	25.8	77.7	11.0	11.3
克拉霉素	78.7	8.30	13.0	4.50	10.6	84.8	63.3	8.80	27.9
罗红霉素	43.5	30.0	26.5	1.50	1.50	97.0	34.8	24.1	41.1
米诺环素	98.0	1.20	0.80	92.4	1.50	6.10	96.9	1.30	1.90
司氟沙星	33.3	50.4	16.3	16.7	25.8	57.6	29.9	45.3	24.8
氧氟沙星	16.2	56.1	27.7	7.60	15.2	77.3	14.4	47.6	37.9
左旋氧氟沙星	22.9	62.8	14.2	9.10	27.3	63.6	20.1	55.5	24.5

3 讨 论

支原体是一类细胞壁缺乏并且能在人工培养基上生长的最小的原核细胞型微生物。它可引起非淋菌性尿道炎、宫颈炎、盆腔炎、盆腔感染性疾病,也可诱发早产、自然流产和低体重儿等症状^[1]。支原体感染往往因症状不明显而被人们忽视,但是由此诱发的公共卫生安全问题日益严重,因此在临床诊疗中及时发现和治疗支原体感染是非常必要的。现分析我院泌尿生殖道支原体体外培养及药敏结果,旨在指导临床用药。检测结果显示共检出阳性标本 261 例,阳性检出率 43.29% (261/603) 要远远低于屈明利,陈璟等^[2,3]报道的 59.98%,63.1%;与国外报道 40%~50% 基本一致^[4,5]。其药物敏感性有一定的地区差异,样本构成及方法学不同是造成这种差异的主要原因。近年来由于抗生素的不合理应用以及病原体的反复感染、慢性迁延等因素,使得支原体菌株对临床常用的抗生素表现为多重耐药性,给临床治疗带来了困难。因此建议在进行培养的同时进行支原体体外药敏试验,以便更好的指导临床用药,提高治疗效果。

检测结果表明 Uu 的检出率女性明显高于男性,主要原因可能是由于男女生殖器官解剖学上的差异,导致女性更容易受感染。还有部分女性由于临床症状不明显,未及时就医,导致了女性 Uu 支原体分离的阳性率高于男性。Mh 的检出在男性与女性中不存在差异,说明 Mh 引起的泌尿生殖道感染以性传播为主。由于 Uu 易在女性的生殖道定植,Uu 和 Mh 的混合感染在男性与女性中存在差异。由表 2 可知对支原体敏感的抗生素主要有米诺环素、多西环素、交沙霉素和克

拉霉素,敏感率分别为 96.9%,95.3%,77.7% 和 63.3%,而对医院治疗支原体感染常用的药物罗红霉素有超过 41.1% 的支原体表现为耐药。差异的形成主要与临床抗生素的使用频率、使用量以及病原体自身变异产生的耐药性有关。

本实验室的药敏试验结果显示,Uu 和 Mh 对 9 种抗生素的敏感性存在明显差异,且 Uu 比 Mh 具有更广的耐药谱;具体的耐药谱范围为:Mh + Uu ≤ Mh < Uu。所以不能单独以 Uu 的培养及药敏结果,来指导临床诊断和治疗由支原体引起的泌尿生殖道感染。应对 Uu 和 Mh 同时进行检测,依据检出类型的不同,合理的选用抗生素。

参考文献

[1] 宋士伟,赵晓君,王国庆,等. 女性生殖道解脲脲原体感染及分群状况研究. 中华检验医学杂志, 2009(32):202-203.

[2] 屈明利. 西安地区 817 例患者生殖道标本支原体培养及药敏分析结果. 中国优生与遗传杂志, 2010(18):106-107.

[3] 陈璟. 泌尿生殖道支原体感染和耐药分析. 检验医学与临床, 2010(17):1833.

[4] Simms I, Catchpole M, Brughra R, et al. Epidemiology of genital Chlamydia trachomatis in England and Wales. Genitourin Med, 1997(73):122-126.

[5] Gupta V, Dhawan B, Khanna N, et al. Detection and biovar discrimination', fureaplasma urealyicum in Indian patients with genital tract infections. Diagn Microbiol Infect Dis, 2008(60):95-97.

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2012.11.023

· 性传播疾病 ·

故事引导法和互动参与法在性病艾滋病教育教学中的应用

吴 焱¹ 伦文辉¹ 邓列华^{2△} 李兴旺^{3△}

1 首都医科大学附属北京地坛医院皮肤科/性病艾滋病中心, 北京 100015

2 暨南大学附属第一医院皮肤性病科, 广州 510630

3 首都医科大学附属北京地坛医院感染中心, 北京 100015

【摘要】本文分析社会尤其是年轻人性认知的变化特征,探讨在性教育及性病艾滋病教育教学方面存在的问题,提出应充分利用医学院校性病艾滋病教育作为切入点,培训医学生及医务人员作为教育培训的主力军。作者结合自身的教学实践经验,总结提炼出了以病例故事作为教学特点的故事引导法和以头脑风暴、互动游戏、角色扮演、分组讨论等为形式的互动交流法两种教学方法,在性病艾滋病教育教学获得了良好的实践效果。

【关键词】性传播疾病; 艾滋病; 教育; 教学; 方法

Story – guiding and interactive participation in STD/AIDS education

WU Yan¹, DENG Liehua², LUN wenhui¹, LI Xingwang³

1 Department of Dermatology and STD/AIDS Center, Beijing Ditan Hospital affiliated to Capital Medical University. Beijing 100015, China

2 Department of Dermatology & STD, The First Affiliated Hospital of Jinan University. Guangzhou 510630, China

3 Center of Infectious disease, Beijing Ditan Hospital affiliated to Capital Medical University. Beijing 100015, China

【Abstract】We analyzed the characteristics of sex cognition changes in the modern society, especially in the groups of young adults. In addition, we explored the problems in sex education and sexually transmitted diseases/AIDS education, and put forward the strategy of initiating STD/AIDS education in medical schools so as to train more medical professionals and medical students to be the main teaching force in sex and STD/AIDS education. Based on their personal experiences, the authors suggest two teaching methods, story – guiding method which includes case story in their teaching, and interaction method which is characterized by brainstorming, interactive games, role playing, group discussion. The two methods prove to have good teaching results in STD/AIDS education.

【Key words】Sexually transmitted diseases; AIDS; Education; Teaching; Methods

随着改革开放带来的社会变革,人们在性观念上越来越科学化和人性化,认为性是人的正常需求,没有必要去压抑和限制,性行为是男女双方爱情互动的升

华。但同时,年轻一代对于性的认知又存在如下问题:

(1)性心理不够成熟:不能有效控制自己的感情和行为,第一次性行为年龄提前,对婚前性行为普遍持宽容态度;(2)性道德不够健康:年轻人性的开放程度越来越大,但责任意识却越来越小,在性问题上表现出过度的随意性、多性伴、网恋、一夜情、援交等越来越被认可和效仿;(3)性知识不够全面:很多人在发生性行为时不知道该如何保护自己,对性病艾滋病知之甚少,认为这些疾病和自己没有关系。事实上,全国近年来性病艾滋病的报告病例正在逐年上升,而且呈快速上升趋势

【基金项目】本文受十二五国家科技重大专项支持(2012ZX10005010)

【第一作者简介】吴 焱(1972-),男,副主任医师,世界卫生组织艾滋病治疗与关怀综合管理合作中心办公室主任,主要研究方向为性病艾滋病的治疗及防控。

△【通讯作者】李兴旺, E-mail: ditanlxw@yahoo.com.cn; 邓列华, E-mail: liehuadeng@126.com

势。进行长期的性病艾滋病教育及性健康教育不仅重要、迫切,而且任重道远。

性病及艾滋病教育的内容涉及一些关于性方面的敏感话题,由于中国人普遍存在的含蓄,以及传统教学模式中已经习惯以教师为中心,学生只能被动接受知识,难以主动参与,尤其是对自己感兴趣的问题,羞于启齿,严重影响了教育效果。正是由于相关知识的缺乏^[1],在医生尤其是医学生中也普遍存在对性病和艾滋病严重的歧视^[2]。医生和医学生应该是性教育和性病艾滋病教育的主力军^[3],因此,在医学院校开展性健康、性安全的教育就具有特殊的意义^[4]。皮肤性病学中的性传播疾病课程及艾滋病课程与性健康密不可分,是开展性健康教育的良好切入点。医生和医学生在获得足够的知识后,在今后从业过程中很容易成为性病艾滋病教育很好的同伴教育员。为了探索更为有效的教学方法,我们在实践中运用故事引导法和互动交流法进行性病艾滋病教学,很好地提高了课堂教学效果,现简述如下。

1 故事引导法

1.1 什么是故事引导法

此处所说的故事引导法,就是在性病艾滋病的教育、教学或培训中,通过患者的真实病例故事,来引导出某一个环节的讲授或引导学生就某一个问题进行思考。

1.2 故事引导法有什么优点

(1)心理学研究表明,知识的掌握依赖于主体活动的积极性和求知欲。在教学过程中,如何使学习成为学生主动探索知识的过程一直是一个难题。有些人总认为性病尤其是艾滋病距离自己很遥远,因此对这部分知识不一定有兴趣。通过讲病例的故事,可以营造一个活跃的教学氛围,调动学习的积极性和主动性,激发学生的好奇心和求知欲,使学生感到内容不枯燥,听起来课来非常有兴趣,变被动学习为主动学习。(2)病例故事生动、直观,从故事中可以直接学习到性病艾滋病的相关知识,也可对已经懂得的知识加深理解,强化记忆,还可以培养学生分析问题、解决问题的能力^[5]。(3)病例的故事可以启发学生的联想,因为故事中的情况完全有可能在自己的生活中重演,因此会自觉不自觉地避免一些有高危风险的行为。这些故事也会成为今后进行同伴教育或者网络宣传的基础。(4)艾滋病的教学中,如果能够应用患者自身的故事,特别是邀请患者亲自现身课堂,用自己的故事来和大家交流,可以起到很好的减少艾滋病歧视的效果。

1.3 病例故事的选择

笔者在教学中所用的病例故事一般都来自自己的病人,选择用于教学的故事应具备以下特点:①真实性:不要编纂故事,只要我们用心,临床的故事可以很多,很真实;②典型性:故事要能说明某一点问题,并且要有代表性;③针对性:要根据教学的内容和教学的目的进行选择;④整体性:一个故事对应一个主题,但主题背后蕴含的是整体的概念。

故事举例。在讲述梅毒的传播途径时,笔者就讲了自己患者的真实故事:某家庭一家三口,妻子在临产前检查时发现梅毒,RPR 滴度 1:32,为近期感染;继之检查丈夫,梅毒也阳性,RPR 1:32,追问病史,丈夫有静脉注射吸毒行为;不久后孩子出生,查梅毒也阳性,RPR 1:128,为先天感染。这个家庭三口人均感染梅毒,但丈夫、妻子和孩子分别经血液、性接触和母婴传播感染。这个故事说明了梅毒的传染性比较强,说明了梅毒可以经三种主要的方式传播,还说明了孕期及时检查梅毒的重要性。我们接下来还可以启发提问:①血液传播除了共用注射器吸毒还可以有什么方式?②如何减少梅毒经性途径传播?③妊娠梅毒有没有母婴阻断的方法?④孩子出生时查梅毒阳性是不是就一定能诊断先天梅毒?⑤妊娠梅毒、先天梅毒该如何治疗?通过这一个故事及衍生出来的一系列问题,梅毒的很多知识都能够融合到里面。

1.4 病例故事引导教学需要注意的问题

(1)采用故事引导法对教师的知识结构、教学责任心甚至政治意识等各方面的要求都比较高,教师既要具有渊博的理论知识,又要拥有丰富的教学经验,还得善于将理论与实践很好地结合。(2)现实生活中,性病艾滋病的故事很多,教师平时要注意在临床工作中收集病例故事,并且要及时整理,进行筛选、提炼、归纳甚至必要的加工,才能得到一个甚至一系列符合教学要求的故事。针对某一内容必须预备多个故事。(3)教师在备课时对准备介绍的故事应该写清楚其引用的目的、所对应的教学内容、在何种情况下进行引用、引用后该引导学生进行怎样的思考,以及通过故事引用所要达到的教学目标。(4)性病艾滋病的故事需要进行一定的加工,但这种加工不是胡编乱造,而是与所讲授的内容进行紧密的结合。故事引用时不能带有教师的个人感情色彩,对艾滋病、性病、同性恋甚至性心理异常等不能有任何偏见。引用时仅作讨论,正反两方面都要表明意见,不要轻易作出谁对谁错的结论。(5)要考虑语言的适应性,有些话在网上可以随便说,但在课

堂上,不能说得太露骨,要说得隐晦或者含蓄一些,尤其是当面对非医学专业的大学生时。(6)故事中要隐藏问题,这样才能逐步提问,单纯故事展示并没有特别好的效果,需要在每个环节设计一些问题,启发式地教学。(7)教师要学会充分利用多媒体制作课件,以增强故事呈现与分析讲解的效果。(8)最后一点,特别重要的是,性病艾滋病的病例都涉及到个人隐私,要特别注意保护患者的隐私,千万不要说出病人的个人信息、故事发生的时间、地点等,如果觉得可能会引起猜测或联想,或者可能会暗示某些信息,就一定要做修改或处理。如果引用艾滋病的病例故事,尤其是需要邀请艾滋病患者到教学现场者,必须征得患者的同意。

2 互动交流法

2.1 什么是互动交流法

就是在教学中不要单纯老师讲学生听,一定要善于运用各种方式和学生进行互动交流,甚至在一定范围内以学生为主体。

2.2 互动交流法有什么优点

互动交流可以明显调动学习的气氛,极大程度上培养学习兴趣,变被动学习为主动参与,对促进学生主动探索和积极思考具有重要意义,是一种高效率的寓教于乐的学习方法。

2.3 互动交流有哪些方法

(1)头脑风暴:就是教师提出某一个问题,学生积极思考,向教师提供答案。这个问题一定要是开放式的,可以有很多答案,不要只是在对与错中选择。例如:生活中哪些接触方式不会传播艾滋病?(2)互动游戏:游戏式教学可以在游戏结束后促进学生深入地思考。例如,为了演示性病艾滋病的传播,将学生分成两组,分别扮演男和女,每人手里持一张卡片,但仅其中一人标有“+”,表示感染了某种性病,然后让他们分别找对方人群中一人,模拟发生一次性关系,然后再与不同人发生一两次关系,最后看性病在人群中传播的速度。游戏结束后大家一定会对结果表示惊讶,也就促进了对安全性行为的思考。(3)角色扮演:例如,讨论艾滋病的歧视问题时,我们设计的角色扮演如下:假如你是孩子的父母,你的孩子不幸感染了HIV,你要不要告诉孩子老师?假如你是校长,得知某班有一个孩子感染了HIV,你可能会如何处理?再假如你是另外一个孩子的家长,当你得知你的孩子班上有另外一个孩子感染了HIV时,你是打算把你的孩子转到其他学校还是继续留在班上?通过这些角色扮演,并且每人对自己的决定说出理由,会明显加深相互的理

解,减少艾滋病的歧视。(4)分组讨论、辩论:就一个问题,让学生自由组合或者按编号组合,进行分组讨论,每组选择发言人总结小组的讨论结果,相互比赛,或者根据实际情况组织小型的辩论。一定要互相比赛,这样才有较好的气氛,但要注意达到活跃课堂气氛的目的即可,不必非得要分出高下。(5)学生讲课或演讲:某一段内容,可以尝试让学生来讲课,这样学生既能站在学生的角度来思考,也可以锻炼从老师的角度来思考。(6)问卷调查:问卷调查可了解学生对讲课内容和方式的需求,也可客观评价教师的讲课效果进行相对客观评价的工具。答卷通常不署名,这样学生们可以就某一些敏感问题进行回答,相对比较容易获得一些真实的信息。(7)课后交流:课堂结束并不意味着教育及学习活动的结束。课后教师可以和学生像朋友一样继续相处,也可通过电话、短信、电子邮件甚至微博等方式与学生继续进行互动交流。

2.4 互动交流有什么注意事项

(1)教师要为学生创造一个良好的、有充分自由的课堂氛围;教师需要成为主持人或者引导者,如果具有一定的幽默感就更好。(2)鼓励学生积极参与,踊跃发言,充分调动学生的积极性、主动性和创造性,即便答案有错,也不要挖苦打击。(3)教师的主要角色是引导、启发,不要包办代替,否则起不到良好的效果。(4)不要做过多的评论,尤其是对错的评论,对于学生的表现一定要多鼓励。(5)在教学和互动的过程中要善于发现学生中的积极分子,他们是活跃课堂气氛的重要力量,能帮助教师起到更好的效果。

总之,性病艾滋病的教育教学具有一定的特殊性,需要我们在教学和培训的实践中不断摸索方法,总结技巧,发现规律,只有这样,才能充分调动包括医务人员以及学生尤其是医学生的资源,掌握更多的知识,在今后工作中自觉不自觉地参与到性病艾滋病的宣传教育中去,真正做好性病艾滋病的防治工作。

参考文献

- [1] 蔡洵良. 医学院校性病教育教学存在的问题及对策. 中国西部科技, 2009, 8(22): 80-81.
- [2] 赵会芳, 李现红, 高艳纳, 等. 参与式培训降低医学生对HIV感染者的歧视. 中华护理杂志, 2011, 46(8): 794-797.
- [3] 栗蕴, 贺加. 医学院毕业实习学生艾滋病防治知识现状调查及教育模式探讨. 重庆医学, 2011, 40(2): 195-196.
- [4] 尚鹤睿, 刘文立. 广州市医学院校学生性态度与性教育状况调查. 中国学校卫生, 2008, 29(4): 358-359.
- [5] 金洲, 主编. 案例教学指南. 上海: 华东师范大学出版社, 2000: 3.

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2012.11.024

· 中医性学 ·

三金片、金匱肾气丸联合抗生素治疗老年慢性前列腺炎临床观察

李文涛¹ 张仁义¹ 刘相军²

1 齐河县中医医院内科, 山东 德州 251100

2 齐河县人民医院内科, 山东 德州 251100

【摘要】目的:观察三金片、金匱肾气丸联合抗生素治疗老年慢性前列腺炎临床疗效。**方法:**门诊慢性前列腺炎患者随机分为两组:抗生素治疗组(52例),给予左氧氟沙星片与罗红霉素片口服;联合治疗组(56例),给予三金片、金匱肾气丸与左氧氟沙星、罗红霉素同时口服治疗。连续治疗 30d 观察疗效和 NIH-CPSI 积分。**结果:**两组临床疗效总有效率、愈显率比较 $P < 0.05$;两组治疗后 NIH-CPSI 积分均较治疗前有不同程度的改善 $P < 0.01$,联合治疗组改善更明显 $P < 0.05$ 。**结论:**三金片、金匱肾气丸联合抗生素治疗老年慢性前列腺炎安全有效。

【关键词】慢性前列腺炎;三金片、金匱肾气丸联合抗生素;中西医结合治疗

Sanjin tablets, Jinguishenqi pills combined with antibiotics in the treatment of elderly patients with chronic prostatitis

LI Wentao¹, ZHANG Renyi¹, LIU Xiangjun²

1 Department of Internal Medicine, Qihe Hospital of Traditional Chinese Medicine, Dezhou 251100, China

2 Department of Internal Medicine, Qihe County People's Hospital, Dezhou 251100, China

【Abstract】Objectives: To study the effect of Sanjin tablets combined with Jinkuishenqiwan and antibiotics in the treatment of chronic prostatitis in elderly patients. **Methods:** The elderly chronic prostatitis patients in our outpatient department (OPD) were divided into two groups randomly. The first group (52 cases) was treated with antibiotics of levofloxacin and roxithromycin tablets. The second group (50 cases) was treated with Sanjin tablets combined with Jinkuishenqiwan and antibiotics of levofloxacin and roxithromycin. The clinical effect were evaluated 30 days later. The NIH-CPSI scores were also compared. **Results:** The total effective rate and recovery rate in antibiotics group were 67.31% and 26.92%, respectively. In the Sanjin tablets group, the total effective rate and recovery were 91.07% and 51.79%, respectively. There was significant difference between the two groups in the total effective rate, the recovery rate and the NIH-CPSI score ($P < 0.05$). **Conclusion:** Sanjin tablets combined with Jinkuishenqiwan and antibiotics prove to be safe and effective in the treatment of chronic prostatitis in elderly men.

【Key words】Chronic prostatitis; Sanjin tablets combined with Jinkuishenqiwan antibiotics; Integrated Chinese and western medical treatment

慢性前列腺炎是老年男性的常见病、多发病,虽然不直接威胁生命,但却严重影响患者的生活质量。近年来我们从肾论治采用三金片、金匱肾气丸联合抗生素治疗慢性前列腺炎,疗效满意,现报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

慢性前列腺炎诊断标准:参照《中药新药临床研究指导原则》^[1]及高等中医药院校规划协编教材《中医外科学》^[2]中慢性前列腺炎的诊断标准进行确定。同时对所有病例采用美国国立卫生研究院 (NIH) 制定

【第一作者简介】李文涛(1970-),男,副主任医师,主要从事中西医结合治疗老年病临床工作。

的慢性前列腺炎症状指数评分 (CPSI) 标准^[3] 评分, 评分内容为疼痛 (部位、严重性和频度)、排尿异常 (排尿刺激症状和阻塞症状) 以及对生活质量的影响三个方面。

1.2 病例纳入标准

①符合慢性前列腺炎的诊断标准的患者; ②年龄在 50 ~ 75 岁的患者; ③签署进入研究知情同意书。

1.3 排除病例标准

①年龄 < 50 岁或 > 75 岁的患者; ②急性前列腺炎、良性前列腺增生症、前列腺癌、神经源性膀胱、尿道畸形或狭窄及严重神经官能症; ③合并有心、脑、肝和造血系统等严重原发性疾病的患者; ④过敏体质或对多种药物过敏患者; ⑤无法合作者, 如精神病患者; ⑥不能按规定用药, 无法判断疗效, 影响临床观察者。

1.4 一般资料

选取齐河县人民医院、齐河县中医医院 2007 年 1 月 ~ 2009 年 7 月门诊就诊的 108 例慢性前列腺炎患者, 以就诊顺序按抽签法随机分为抗生素治疗组 (抗生素治疗组) 和三金片、金匱肾气丸联合抗生素治疗组 (联合治疗组)。其中抗生素治疗组 52 例, 发病 4 个月 ~ 9 年; 联合治疗组 56 例, 发病 5 个月 ~ 8 年。两组患者年龄、病程、既往病史及病情轻重和 CPSI 评分经统计学分析无显著性差异 ($P > 0.05$)。

2 治疗方法

2.1 抗生素治疗组

给予左氧氟沙星片一次 0.2g, 一日 2 次; 罗红霉素片一次 0.15g, 一日 2 次。

2.2 联合治疗组

在抗生素治疗的基础上加三金片 (桂林三金药业股份有限公司生产) 每次 4 片, 一日 3 次; 金匱肾气丸 (北京同仁堂科技发展股份有限公司) 每次 9g, 一日 2 次。

以上治疗均以 15d 为 1 疗程, 连续治疗 2 个疗程判定疗效。服药期间忌食生冷及烟、酒、辛辣、煎炸食物等刺激性食物, 并调畅情志。

2.3 统计学方法

所有数据均录入计算机, 采用 SPSS 12.0 统计软件, 计量单位以均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示。各组治疗前后症状积分 (NIH - CPSI) 结果比较用配对 t 检验, 治疗后两组 NIH - CPSI 结果比较用两样本 t 检验, 各组计数指标差异的显著性采用 χ^2 检验。

3 结 果

3.1 疗效标准

临床痊愈: 症状消失, CPSI 评分为 0 分, EPS 检查连续 2 次以上为正常, 指压痛消失, 质地正常或接近正常, B 超检查基本正常; 显效: CPSI 评分较治疗前减少大于 15 分, EPS 检查连续 2 次以上明显好转, 指压痛及质地均有改善; 有效: CPSI 评分较治疗前减少 5 ~ 15 分, EPS 检查部分改善; 无效: CPSI 评分较治疗前减少 < 5 分或增加, EPS 检查无改善或加重。

3.2 两组临床疗效比较

抗生素治疗组临床痊愈 4 例, 显效 10 例, 有效 21 例, 无效 17 例, 总有效率 67.31%, 愈显率 26.92%; 联合治疗组临床痊愈 10 例, 显效 19 例, 有效 22 例, 无效 5 例, 总有效率 91.07%, 愈显率 51.79%。两组愈显率比较 $\chi^2 = 6.955$, $P = 0.0084$; 总有效率比较 $\chi^2 = 9.387$, $P = 0.0022$, 差异有显著性, 说明联合治疗组疗效显著优于抗生素治疗组。

3.3 两组病例治疗前后症状积分 (NIH - CPSI) 比较

两组患者治疗后 NIH - CPSI 积分均较治疗前有不同程度的降低 ($P < 0.01$); 治疗后两组间比较, 联合治疗组 NIH - CPSI 积分的改善较抗生素治疗组差异亦有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗前后症状积分 (NIH - CPSI) 比较表: ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后	
对照组	52	23.12 $\pm$ 6.47	11.32 $\pm$ 6.06 *	$t = 9.599$
治疗组	56	22.25 $\pm$ 5.13	8.75 $\pm$ 5.32 * $^{\Delta}$	$t = 13.670$
		$t = 0.770$	$t = 2.335$	

* 与治疗前相比, $P < 0.01$; $^{\Delta}$ 与对照组治疗后相比 $P < 0.05$

4 讨 论

慢性前列腺炎是男性常见病, 过去认为抗菌药物难以通过前列腺包膜而达到有效的治疗浓度, 而新一代喹诺酮类药物基本解决这个问题, 使病情得到明显改善, 在慢性前列腺炎治疗过程中具有良好的疗效, 可明显改善病情, 且副作用较小, 故我们的临床观察选用喹诺酮类的左氧氟沙星片口服。同时考虑慢性前列腺炎的感染与淋菌、支原体、衣原体有关^[4], 加用大环内酯类的罗红霉素, 加大抗感染的力度。然而近年来因为广谱抗生素的滥用, 导致耐药菌株的普遍存在, 严重

影响了临床疗效,因而促使我们以中医理论为指导寻求合理有效的慢性前列腺炎治疗方案。

慢性前列腺炎,根据其临床表现辨证属“淋证”范畴,病机为肾元亏虚、浊淤阻塞或热结下焦、膀胱气化不利,病位在膀胱,涉及肝脾肾。三金片是由金樱根、金刚刺、金沙藤为主的广西中草药所组成,具有清热解毒、利湿通淋、补虚益肾、活血化瘀等功效,攻补结合、标本兼治,切合淋证病因病机故能奏效。现代研究表明,三金片具有广谱抑菌消肿、镇痛利尿等作用,能早期控制感染。并通过提高机体免疫反应,改善病灶周围血液循环,显著地缓解患者排尿异常、尿路刺激、下腹坠胀、前列腺肿大等症状。并能促进抗生素有效成分通过血液屏障迅速进入病灶,与三金片协同促进炎症吸收与感染病灶清除,从而显著改善临床预后。然而老年人肾气虚弱,周都气化不及,加之本病反复发作、迁延日久导致肾精亏虚,因此老年慢性前列腺炎尤当从肾论治,以固肾为本。三金片虽有补虚益肾但力显不足,故合用金匱肾气丸以加强补肾之功,临床观察中发现三金片、金匱肾气丸与左氧氟沙星、罗红霉素合用似乎有协同作用,治疗老年慢性前列腺炎疗效更为

显著,且未增加任何不良反应。

考虑到慢性前列腺炎的病因细菌感染并非其主导、关键因素,而且目前的耐药菌株的普遍存在,抗生素的应用是否为必不可少的,仍值得商榷,在条件允许的情况下,可以进行三金片、金匱肾气丸不合用抗生素的临床疗效研究,积极探索慢性前列腺炎的经济合理有效的治疗方案。

参考文献

- [1] 郑筱萸,主编. 中药新药临床研究指导原则(试用). 北京:中国医药科技出版社,2002:168-173.
- [2] 李曰庆,主编. 中医外科学. 北京:中国中医药出版社,2002:292-239.
- [3] Litwin SM, McNaughton - Collins M, Fowler FJ, et al. The NIH Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH - CPSI); development and validation of a new outcomes measure. J Urol, 1999(162):369-375.
- [4] Doble A, Taylor - Robinson D, Thomas BJ, et al. Acute epididymitis: a microbiological and ultrasonographic study. Br J Urol, 1989, 63 (1): 90-94.

[收稿日期:2012-06-19]

(上接第 29 页)

膜受伤或宫腔感染。产妇再次妊娠时胎盘粘连、前置胎盘、胎盘植入等发生率上升。因此,做好计划受孕、卫生健康知识教育,减少不必要的人工流产、引产及其它宫腔操作,降低产后出血的发生。

3.3 软产道损伤

软产道损伤占 10.08%。软产道损伤常见于宫缩过强、过频,产程过快,胎儿过大,局部瘀痕,局部静脉曲张,阴道纵膈,接产时会阴保护不好,助产操作不当等导致宫颈裂伤、会阴裂伤、阴道裂伤,严重者可及阴道穹隆、子宫下段。对于软产道损伤,掌握缩宫素使用指征,提高接产、助产操作技术,缝合时,止血要彻底,解剖层次要清晰对合;软产道血肿形成应切开并清除血肿,彻底止血、缝合,必要时放置引流条^[4]。

3.4 凝血功能障碍

凝血功能障碍占 3.36%。凝血功能障碍包括妊娠合并凝血功能障碍性疾病,如血小板减少性紫癜、再生障碍性贫血、系统性红斑狼疮、重症肝炎等,以及妊娠并发症如胎盘早剥、羊水栓塞、死胎等所引起的 DIC。凝血功能障碍引起的产后出血发生率低,但后果严重,要引起高度重视。本组发生 4 例,因产前、术前准备充分,抢救及时,无一例死亡。

产后出血往往有许多社会、心理因素存在,如为了逃避计划生育而隐瞒生育史,为了家庭幸福而隐瞒婚前生育史和人流史,经济困难者有手术措施却不愿意剖宫产,因为想生男孩却生了女孩等等情况,都需要我们以良好的沟通技巧,深入地与孕妇交流,及时发现潜在的危险性。并根据本文研究发现剖宫产、多次妊娠、高龄产妇、胎儿过大是产后出血的高危因素,所以做好计生宣教,及时产前检查、掌握缩宫素、剖宫产手术指征,可有效降低产后出血的发生率,减少孕产妇的死亡。

参考文献

- [1] 乐杰. 妇产科学. 北京:人民卫生出版社,2007:205-208.
- [2] Andrew McCarthy, Bill Hunter. Obstetrics and Gynaecology. Beijing: Peking University Medical Press, 2003, 9 (1):26.
- [3] 段淑荣,江玲. 产后出血的预防. 中华现代妇产科杂志, 2005, 6(13):49-52.
- [4] 李青. 产后出血的急救和预防. 医药论坛杂志, 2005, 26 (12):78.

[收稿日期:2012-06-05]

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2012.11.025

• 青少年性健康 •

北京市 1200 名初一年级学生预防性侵犯教育需求评价

陈晶琦 张 曼 肖晚晴 王付曼 马亚婷 张文静 李景壹 罗晓玲

北京大学医学部公共卫生学院儿童青少年卫生研究所, 北京 100191

【摘要】目的:了解初一年级学生预防性侵犯知识和技能状况,为在学校初中一年级学生中开展预防性侵犯教育提供参考。**方法:**采用自填式问卷方法,于 2010 年在北京市三所学校对 1200 名初一年级学生(女生 600 人,男生 600 人)进行了不记名问卷调查。**结果:**在被调查的学生中,63.3% 的学生知道对儿童进行性侵犯的人有陌生人也有熟悉的人;53.5% 的学生知道男孩也有可能被性侵犯;若被成年人触摸了隐私部位,表示有可以告诉的家庭外的其他成年人的只有 18.1%。如果被性侵犯,女生表示能将此事告诉他人的比例明显多于男生。学生预防性侵犯知识和技能与父母亲文化程度没有明显的关联。**结论和建议:**初一年级学生缺少基本的预防性侵犯知识和技能,应重视初中学生预防性侵犯教育。

【关键词】中学生;预防性侵犯;知识;技能;健康教育

Needs analysis of prevention education against child sexual abuse in 1200 Grade 7 students in Beijing

CHEN Jingqi, ZHANG Man, XIAO Wanqing, WANG Fuman,
MA Yating, ZHANG Wenjing, LI Jingyi, LUO Xiaoling
Institute of Child and Adolescent Health, School of Public Health,
Peking University Health Science Center, Beijing 100191

【Abstract】Objectives: To evaluate grade 7 students in Beijing for their knowledge and skills in the prevention against child sexual abuse (CSA), and to provide basic information for CSA prevention education in secondary school. **Method:** One thousand two hundred grade 7 students (girls 600, boys 600) from 3 schools in Beijing were anonymously surveyed with self-administered questionnaire in 2010. **Results:** Of 1200 students, 63.3% knew that children can be sexually abused by a stranger or by someone they were acquainted; 53.5% knew that boys can also be sexually abused. If their private parts were touched by some adults, only 18.1% of students would confide the secret to an adult who was not a member of their family. Students' knowledge and skills of prevention against CSA were not associated with the education level of students' parents. **Conclusion:** The students in Grade 7 lack basic CSA prevention knowledge and skills. There is a great need to promote school-based CSA prevention education in Junior middle schools.

【Key words】Secondary school students; Prevention against child sexual abuse; Knowledge; Skills; Health education

儿童性侵犯是一个重要的公共卫生问题。儿童

性侵犯问题在我国也并非少见。为应对儿童虐待问题,在高收入国家,在预防儿童虐待项目上投入了很大努力。在我国,2008 年 12 月下发的《中小学健康教育指导纲要》^[1]中的水平 4 初中阶段教育目标和内容中,包括了预防性侵犯教育内容。初中生预防性侵犯基本知识和技能如何? 目前尚未查到这方面

【基金项目】北京市教育科学“十一五”规划课题(AGA09094),名称:初中生预防校园暴力教育研究。

【第一作者简介】陈晶琦(1958-),女,研究员,主要研究方向为学校健康教育、预防儿童虐待等问题。

的研究报告。为了解北京市初一学生预防性侵犯基本知识和技能,我们于 2010 年对 1200 名初一学生进行了问卷调查。本研究结果,将为在我国初一年级学生中开展预防性侵犯教育及相关研究提供参考。

1 对象与方法

1.1 对 象

采用方便取样,于 2010 年在北京市同意参与本研究的 3 所学校中,以班级为单位,调查了 1406 名初一年级学生。有效问卷 1200 份,占被调查人数的 85.3% (1200/1406)。在被调查的 1200 名学生中,女生 600 人,男生 600 人;年龄 10~14 岁,平均(12.2±0.5)岁。独生子女占 85.9%。学生父亲文化程度,高中及以下占 28.5%,大专/大学占 47.4%,研究生占 24.1%;学生母亲文化程度,高中及以下占 28.6%,大专/大学占 55.6%,研究生占 15.9%。

1.2 调查内容和数据收集方法

参考有关文献,并在以往研究基础上^[2,3]设计调查内容。调查内容主要涉及:可能的侵犯者;男孩也可能受到性侵犯;受到性侵犯不是受害儿童的错;应对性侵犯的相关技能。本调查内容包括两个分量表:预防性侵犯知识和预防性侵犯技能。预防性侵犯知识有 4 个条目,每个条目回答正确记 1 分,答错、不知道或不确定或没有回答记 0 分,量表得分范围为 0~4 分;预防性侵犯技能 4 个条目,在假设有性侵犯发生的情况下,表示能采取适当行动的记 1 分,反之或不确定或没

有回答记 0 分,量表得分范围为 0~4 分。本研究中,知识分量表内部一致性系数为 0.433,技能分量表内部一致性系数为 0.590。见表 1。

本调查使用统一指导语,组织学生在教室内进行问卷调查。问卷答完后,由学生自己将问卷封在统一发放的信封内。问卷当场发放,答完后当场收回。

1.3 统计分析

计算相关指标的频数和百分数,描述学生预防性侵犯知识回答正确和技能拥有的人数及比例。采用 χ^2 检验、t 检验和单向方差分析,探讨学生知识和技能在不同性别和不同父母亲文化程度之间的差异。

2 结 果

2.1 预防性侵犯知识

在被调查的 1200 名学生中,只有 57.5% 的学生知道儿童性侵犯是侵犯者的错;63.3% 的学生知道对儿童进行性侵犯的人,有陌生人也有熟悉的人;44.8% 的学生知道,女性也有可能对儿童进行性侵犯;53.5% 的学生知道男孩也有可能被性侵犯。在上述 4 个条目中,有关儿童性侵犯的侵犯者有陌生人也有熟悉的人,女生回答正确率明显高于男生。男生知道女性也有可能对儿童进行性侵犯的比例明显多于女生知道这一知识的比例。其他 2 个条目,男女生的正确回答率比较,差异没有统计学意义。见表 1。

表 1 1200 名初一学生正确回答预防性侵犯知识和表示能采取适当行动的比例及性别差异(%)

	合计 (n=1200)	男生 (n=600)	女生 (n=600)	χ^2	P
知识					
1. 儿童性侵犯是侵犯者的错	57.5	58.8	56.2	0.873	0.350
2. 对儿童进行性侵犯的人,有陌生人,也有熟悉的人	63.3	56.8	69.7	21.256	0.000
3. 女性也有可能对儿童进行性侵犯	44.8	48.0	41.7	4.865	0.027
4. 男孩也有可能被性侵犯	53.5	55.7	51.3	2.264	0.132
技能					
1. 若被陌生成年人触摸隐私部位,被性侵犯,表示能将此事告诉信任的成年人	55.2	50.5	59.8	10.566	0.001
2. 若被喜爱的成年人触摸隐私部位,被性侵犯,并让保守秘密,表示能将此事告诉另一个成年人	39.3	34.0	44.7	14.304	0.000
3. 若被某成年人触摸隐私部位,除家人外有可以告诉的其他成年人	18.1	19.0	17.2	0.681	0.409
4. 若有朋友告诉被性侵犯,建议报警/告诉老师/家长/其他信任的人	84.2	79.3	89.0	21.036	0.000

2.2 预防性侵犯技能

有关若被陌生人触摸隐私部位,有 55.2% 的学生表示能将此事告诉信任的成年人。若被喜爱的成年人触摸隐私部位,被性侵犯,并让保守这个秘密,表示能将此事告诉另一个成年人的只有 39.3%。若被某成年人触摸隐私部位,只有 18.1% 的学生表示除了家人之外有可以告诉的其他成年人。若有朋友告诉被性侵犯,有 84.2% 的学生表示能建议受害者报警/告诉老师/家长/其他信任的人。见表 1。

上述 4 个条目,如果遇到性侵犯,女生表示能将此事告诉他人的比例明显高于男生,差异有统计学意义。见表 1。

2.3 预防性侵犯知识、技能与一般人口学指标

男女生预防性侵犯知识得分比较,差异没有统计学意义。有关预防性侵犯技能得分,女生明显高于男生,差异有统计学意义。

不同父母文化程度之间的学生,其预防性侵犯知识和技能得分,差异没有统计学意义。见表 2。

表 2 学生预防性侵犯知识、技能与一般人口学指标

人口学指标	知识		技能	
	回答人数	得分	回答人数	得分
性别				
男生	600	2.19 ± 1.23	600	1.83 ± 1.22
女生	600	2.19 ± 1.17	600	2.11 ± 1.11
t 值		0.072		4.135
P 值		0.943		0.000
父亲文化程度				
高中及以下	335	2.10 ± 1.21	335	1.88 ± 1.20
大专/大学	558	2.24 ± 1.19	558	1.99 ± 1.15
研究生	283	2.24 ± 1.20	283	2.06 ± 1.18
F 值		1.579		1.874
P 值		0.207		0.154
母亲文化程度				
高中及以下	339	2.14 ± 1.18	339	1.89 ± 1.18
大专/大学	659	2.18 ± 1.20	659	1.98 ± 1.15
研究生	188	2.38 ± 1.21	188	2.06 ± 1.22
F 值		2.608		1.360
P 值		0.074		0.257

3 讨 论

作为性侵犯的受害者,以往关注得比较多的是女

孩。男孩也可被性侵犯,性侵犯也会对受害男孩产生不良影响,有的负性影响甚至会持续很长时间,这在一些人群基础的调查和案例报告中得以证实。如在我国一些地区,对学生童年期性虐待经历的回顾性调查结果显示,男生有 3.0% ~ 15.1% 曾经历过身体接触性虐待^[4-12]。与没有童年期性虐待经历的男生相比,有过童年期性虐待经历的男生更容易出现抑郁情绪^[5,6]、更容易出现自杀意念、吸烟、饮酒醉过、卷入打架斗殴以及婚前性行为^[5]。研究结果提示男孩性侵犯问题在我国并非少见,青少年时期的一些心理健康问题、健康相关危险行为与童年期的性虐待经历明显相关。吸烟、不健康饮酒、过早的性行为、自杀意念和抑郁情绪等危险行为和危险因素与心脏病、性传播疾病、癌症和自杀等有关,这些后果都是致死、致病和致残的重要因素。提示我们在关注女童性侵犯问题的同时,也要重视男性儿童的性侵犯问题。本研究显示,有近 1/2 的学生未能认识到男孩也有可能被性侵犯。提示我们在教育中,要注意教育应该同时面向女生和男生,让学生了解这一知识。

有关儿童性侵犯的侵犯者,上个世纪 90 年代对儿童性侵犯问题的调查显示,有少部分侵犯者是女性。在我国,有关女性对儿童进行性侵犯的案例也有媒体报道。我国女性性犯罪,有以共犯的形式,奸淫不满 14 周岁的幼女;有猥亵儿童犯罪;有以共犯的形式,协助男子嫖宿不满 14 周岁的幼女;还有乱伦犯罪等等^[13]。本研究显示,只有 44.8% 的学生能认识到女性也有可能对儿童进行性侵犯。提示我们在教育中,要告诉学生这一知识。

有些受害儿童为性侵犯的发生感到自责。预防性侵犯教育的一个重要内容就是告诉儿童,如果一个人对儿童进行了性侵犯,不是受害儿童的错。本研究显示,只有 57.5% 的学生能够认识到有性侵犯发生,错不在受害儿童,是侵犯者的错。提示我们在教育中要注意告诉学生这一知识。

总的看来,被调查初一学生缺少预防性侵犯基本知识。学生缺少预防性侵犯基本知识,反映出家长与儿童预防性侵犯问题交流不足,或家长本身也缺少相关知识。如在被调查的小学生家长中,只有 28.1% ~ 48.1% 知道,对儿童进行性侵犯的人多为熟悉的人; 47.7% ~ 65.7% 知道女性也有可能对儿童进行性侵犯; 57.0% ~ 81.8% 知道男孩也有可能被性侵犯^[14-18]。提示我们,要关注儿童家长中预防性侵犯知识的普及,促进家长与儿童有关预防性侵犯问题的

交流。

及时披露性侵犯事件,对于阻止性侵犯的再发生、及时得到治疗和帮助、减少性侵犯对受害儿童的伤害和心理影响具有重要意义。预防性侵犯教育很重要的一项内容是告诉儿童,受到性侵犯,不要保守这样的秘密,要告诉信任的成年人。本研究中,在若被喜爱的成年人性侵犯,并让保守秘密的情况下,表示能告诉另一个成年人的只有 39.3%。有性侵犯发生,在家庭内寻求帮助很重要。然而,知道家庭外也可以得到帮助,也很重要。本研究中,在假设有性侵犯发生时,只有 18.1% 的学生回答有家庭外的成年人可以告诉,低于 Dake 等在美国对小学三年级学生的调查结果 52%^[19]。值得注意的是,男生在应对儿童性侵犯问题上,表示能告诉可信任的成年人的比例明显低于女生。也就是说,如果有性侵犯发生,受害男童可能更不愿意向他人披露被性侵犯经历。Hebert M 等对魁北克有代表性的 804 名成年人调查显示,在有儿童期性侵犯受害经历的人中,有约 1/5 的性侵犯受害者从没有披露过被侵害经历,男性更倾向于不向任何人披露被侵害事件^[20]。提示我们在教育中要重视提高学生主动寻求帮助技能,不要保守性侵犯这样的秘密。

本研究的不足,主要是调查条目比较少,所涉及的预防性侵犯知识技能内容有限,在今后的研究中需要不断补充和完善。本研究的实际意义在于,通过对北京市 1200 名初一学生的调查,显示出学校在预防儿童性侵犯教育上的不足。需要对学校健康教育教师进行培训,普及预防性侵犯基本知识和技能,预防儿童性侵犯问题。

参考文献

- [1] 中华人民共和国教育部制订. 中小学健康教育指导纲要. 北京: 人民教育出版社, 2009.
- [2] 陈晶琦, 杜晓娜, 张曼. 某农村地区小学四年级学生预防性侵犯知识和技能调查研究. 中国性科学, 2012, 21(6): 37-40.
- [3] 陈晶琦, 孔艳秋, 李秀珍, 等. 小学二年级学生预防性侵犯知识和技能调查. 中国学校卫生, 2012, 33(1): 12-14.
- [4] Tang S-kC. Childhood experience of sexual abuse among Hong Kong Chinese college students. Child Abuse Negl, 2002, 26(1): 23-37.
- [5] Chen J, Dunne MP, Han P. Child sexual abuse in China: a study of adolescents in four provinces. Child Abuse Negl, 2004, 28(11): 1171-1186.
- [6] 陈晶琦, Dunne MP, 王兴文. 239 名高中男生儿童期性虐待调查. 中国心理卫生杂志, 2003, 17(5): 345-347.
- [7] 陈晶琦. 565 名大学生儿童期性虐待经历回顾性调查. 中华流行病学杂志, 2004, 25(10): 873-877.
- [8] 陈晶琦, 马玉霞, 程亚杰, 等. 大中专学生童年期性虐待发生情况及影响因素. 中国性科学, 2006, 15(8): 3-7.
- [9] 谷来有, 迟淑艳, 张兆华. 某高校大学生儿童期性虐待情况. 中国学校卫生, 2005, 26(4): 309-310.
- [10] 陈晶琦, 韩萍, 连光利, 等. 中国 6 省市 2508 名大学生儿童期性虐待经历回顾性调查. 中华流行病学杂志, 2010, 31(8): 866-869.
- [11] 孙言平, 董兆举, 衣明纪, 等. 1307 名成年学生儿童期性虐待发生情况及其症状自评量表测试结果分析. 中华儿科杂志, 2006, 44(1): 21-25.
- [12] 赵丹, 李丽萍. 某医科院校 485 名大学生儿童期虐待经历的调查. 疾病控制杂志, 2006, 10(2): 154-157.
- [13] 姚建龙. 论女性性犯罪. 绥化师专学报, 2002, 22(1): 20-24.
- [14] Chen JQ, Chen DG. Awareness of child sexual abuse prevention education among parents of Grade 3 elementary school pupils in Fuxin City, China. Health Educ Res, 2005, 20(5): 540-547.
- [15] 陈大光, 陈晶琦. 小学二年级学生家长预防儿童性侵犯知识调查研究. 中国全科医学, 2008, 11(2B): 351-354.
- [16] Chen JQ, Dunne MP, Han P. Prevention of child sexual abuse in China: Knowledge, attitudes, and communication practices of parents of elementary school children. Child Abuse Negl, 2007, 31(7): 747-755.
- [17] 陈晶琦, 李秀珍, 韩萍, 等. 小学生家长对儿童性虐待的认识. 中国心理卫生杂志, 2004, 18(1): 9-12.
- [18] 张曼, 陈晶琦. 南乐县 2 所小学一年级学生家长预防儿童性侵犯知识态度行为调查. 中国学校卫生, 2011, 32(3): 277-279.
- [19] Dake JA, Price JH, Murnan J. Evaluation of a child abuse prevention curriculum for third-grade students: assessment of knowledge and efficacy expectations. Journal of School Health, 2003, 73(2): 76-82.
- [20] Hébert M, Tourigny M, Cyr M, et al. Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from Quebec. Can J Psychiatry, 2009, 54(9): 631-636.

[收稿日期: 2012-08-06]

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2012.11.026

• 青少年性健康 •

哈尔滨市中职学生青春性健康知识、态度及需求现状调查

潘星月 许曙光 张幸福

黑龙江省计划生育科学研究所, 哈尔滨 150020

【摘要】目的:了解并分析哈尔滨市中等职业技术学校学生的青春性健康知识、性行为态度及性健康需求的现状,为进行有针对性的青春健康教育提供依据。**方法:**采用整群抽样的方法对哈尔滨市三所中职学校的 1020 名学生,其中男生 576 人、女生 444 人进行问卷调查。**结果:**对于青春性健康知识学生有一定了解但掌握的不够系统,男生了解的较女生广泛,态度相对开放;相比城镇学生,农村学生对知识了解较少且态度保守;有 68.1% 的男生和 70.2% 的女生谈过恋爱;有过性交所的学生比例很高,达 17.6%,男生有 25.5% 高于女生的 7.4%。中职学生在遇到性方面忧虑时 38.1% 的男生和 44.7% 的女生都选择最先和同性朋友交谈,很少有人选择和老师交谈。学生最愿意获得知识和服务的途径是通过医疗机构,男女生分别有 20.3% 和 27.3%;有 35.4% 的男生和 29.8% 的女生最愿意网上交谈的方式。**结论:**中职学生对青春性健康知识掌握不够系统,态度比较开放,对知识和服务的需求较大。

【关键词】 青春期;性与生殖健康;中职学生

Knowledge about and attitude toward adolescent sexual health among secondary vocational school students in Harbin

PAN Xingyue, XU Shuguang, ZHANG Xingfu

Family Planning Research Institute of Heilongjiang Province, Harbin 150020, China

【Abstract】Objectives: To understand the current status of knowledge about, attitude toward and needs for adolescent sexual health among secondary vocational school students so as to provide evidence for targeted adolescent health education. **Methods:** Cluster sampling method was used to conduct the questionnaire survey among 1020 students, 576 boys and 444 girls, from three secondary vocational schools in Harbin. **Results:** Secondary vocational students had some, but not systematic knowledge about adolescent sexual health. Boys had more extensive command of knowledge and more open attitude toward sex than girls. Compared with urban students, students from the rural areas tended to have limited knowledge and conservative attitude. 68.1% of boys and 70.2% of girls had experienced love. 17.6% of students had sexual intercourse with their partners, the rate being higher in boys (25.5%) than in girls (7.4%). 38.1% of boys and 44.7% of girls chose to talk with their same-sex friends when they had sex anxieties. Few students would choose to communicate these issues with their teachers. The students were more willing to access sex knowledge and services through medical institutions, while about 35.4% of boys and 29.8% of girls would feel like gaining sex knowledge through online chatting. **Conclusion:** Secondary vocational school students don't have a systematic command of sexual health knowledge. They have more open attitude toward sex and a greater demand for sexual health knowledge and services.

【Key words】 Adolescence; Sex and reproductive health; Secondary vocational school students

从国际范围而言,青少年青春期的性与生殖健康一直是国际社会广泛关注和重视的问题。在我国相关

研究指出^[1],青少年中婚前性行为、意外妊娠、人工流产和性传播疾病等发生率呈现上升趋势。中职学生是一个比较特殊的群体,学生来源复杂,介于社会与学校之间,这部分人群的青春健康问题往往被忽视。本文对哈尔滨市三所中职学校的 1020 名学生进行调查,对

【第一作者简介】 潘星月(1983-),女,主治医师、硕士,主要从事人口与生殖健康研究。

学生青春期性健康知识、态度及需求的现状进行分析,为有针对性的开展青春健康教育提供依据。

1 对象与方法

1.1 对 象

采取整群抽样的方法抽取哈尔滨市三所中等职业技术学校的学生共 1020 人,进行问卷调查。其中男生 576 人,女生 444 人;平均年龄为(16.91 ± 1.87)岁;来自城镇的学生有 522 人,来自农村的有 498 人。

1.2 方 法

采用中国计生协/PATH“青春健康项目”的调查问卷,并结合中等职业学校学生的特点经预调查修改后确定下来。问卷内容包括调查对象的基本情况,青春期性健康知识、态度以及获得知识途径等。调查前由经过统一培训的调查员讲解问卷填写方法。学生不记名自行填写,当场收回,发放调查问卷 1020 份,剔除项目不全者和逻辑混乱者,共收回有效问卷 998 份,有效率 97.84%。

1.3 统计分析

对有效问卷进行统一编码,采用 Excel 建立数据库,应用 SPSS18.0 统计软件对数据进行描述性分析和 χ^2 检验,以 $\alpha = 0.05$ 为检验水准。

2 结 果

2.1 学生对青春期性健康知识的认知情况

对于青春期性健康知识大多数的中职学生都有所了解。有 56.2% 和 54.4% 的男生和女生都知道“男孩

女孩不是同时进入青春期的”;相比较女生,男生中对知识了解的人更多一些,两组比较统计学上有明显的差异($P < 0.01$)。对于不同家庭背景的中职学生,来自农村的学生各项知识了解的人数均少于城镇学生。有 52.4% 和 45.0% 的农村学生知道“青春期男孩出现遗精是正常的”和“偶然自慰不会导致将来性功能障碍”,与城镇学生相比,两者存在统计学差异($P < 0.05$)。

在生育避孕知识方面,中职学生了解的都普遍较少。有 10.3% 的男生知道“已经有过遗精的男孩第一次性交就可能使女孩怀孕”,但只有 4.4% 的女生知道;男生对知识的了解普遍多于女生,两者比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。农村学生了解知识的人数普遍少于城镇学生,但两者之间没有统计学差异($P > 0.05$)。对于常用的避孕方法,大多数学生只听说过安全套和口服避孕药,分别占 62.2% 和 58.3%,其他的避孕方法知道的较少。而一半以上的学生并不了解应如何正确的选择和使用安全套。

有 22.5% 的男生了解“第一次性交就可能感染艾滋病病毒”,知道的女生只有 12.0%;在性传播疾病知识方面男生了解的同样多于女生,两者比较存在统计学差异($P < 0.01$)。知道“艾滋病病毒感染不等于艾滋病”的城镇学生有 20.6%,农村学生有 16.5%,两者有统计学差异($P < 0.05$);在其他问题上不同家庭背景的学生间没有差异($P > 0.05$)。见表 1。对于艾滋病的传播途径,有 24.3%、18.4% 和 20.6% 的学生不知道性交、输血和共用针头可以传播艾滋病;认为公用浴室和游泳池、接吻可以传播艾滋病的人有 43.7% 和 38.8%。

表 1 不同性别不同家庭背景学生对青春期性健康知识的认知情况 %

调查内容	性别		χ^2 值	P 值	家庭背景		χ^2 值	P 值
	男	女			城镇	农村		
男孩女孩不是同时进入青春期	56.2	54.4	0.360	0.835	56.6	54.1	5.513	0.064
青春期男孩出现遗精是正常的	73.6	37.3	157.913	0.000 *	62.8	52.4	13.037	0.001 *
不是只有男孩自慰	60.6	31.1	103.238	0.000 *	50.7	45.0	5.012	0.082
偶然自慰不会导致将来性功能障碍	35.6	12.2	95.544	0.000 *	29.3	21.6	8.810	0.012 *
女孩月经期间能洗淋浴	8.0	18.0	218.953	0.000 *	12.5	11.8	0.699	0.705
已经来过月经的女孩第一次性交就可能怀孕	19.3	12.7	11.168	0.004 *	18.0	14.2	2.956	0.228
女孩在两次月经中间那几天才可能怀孕	11.2	7.4	9.033	0.011 *	10.1	8.5	1.003	0.606
偶尔性交会导致女孩怀孕	18.4	18.9	5.222	0.073	17.0	19.5	2.556	0.279
已经有过遗精的男孩第一次性交就可能使女孩怀孕	10.3	4.4	38.070	0.000 *	8.1	7.2	4.130	0.127
女孩性交后马上小便或冲洗阴道不能避孕	18.8	11.5	22.707	0.000 *	17.4	13.7	3.645	0.162
感染性传播疾病不一定有明显症状	17.6	12.4	9.784	0.008 *	15.2	16.4	0.342	0.843
艾滋病病毒感染不等于艾滋病	21.6	14.1	9.401	0.009 *	20.6	16.5	6.685	0.035 *
第一次性交就可能感染艾滋病病毒	22.5	12.0	43.371	0.000 *	19.6	15.9	2.383	0.304

注: * 示 $P < 0.05$

2.2 学生对青春期性健康行为的态度

在对青春期性健康行为的态度方面,男生态度明显较女生开放,两者比较存在统计学差异($P < 0.01$)。有 70.2% 的男生和 59.7% 的女生都认为“只要不影响学习,同学谈恋爱是可以的”。男生中有 50.5% 认为“如果真心相爱,婚前性交是可以的”,只有 27.4% 的女生这样认为。在“婚前性生活会使女孩丧失自尊和尊严,但男孩不会”上同意的女生多于男生,分别有 28.8% 和 17.4%。有一半的男生和女生认为自己有能力拒绝性行为或受到性骚扰时知道如何保护自己。

相比城镇学生,来自农村的学生态度表现的更加

保守一些,同意的人数都少于城镇学生。有 70.5% 的城镇学生和 60.0% 的农村学生认为“只要不影响学习,同学谈恋爱是可以的”;认为“相似年龄的男孩/女孩性自慰或对黄色资料感兴趣是正常的”在不同家庭背景学生之间差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表 2。

在调查的中职学生中以前谈过或现在正在谈恋爱的人分别有 37.0% 和 32.1%,其中有 68.1% 的男生和 70.2% 的女生谈过恋爱。有过性交所的学生有 17.6%,男生高于女生,分别有 25.5% 和 7.4%,两者差异有统计学意义($P < 0.01$)。

表 2 不同性别不同家庭背景学生对青春期性健康行为的态度 %

调查内容	性别		χ^2 值	P 值	家庭背景		χ^2 值	P 值
	男	女			城镇	农村		
相似年龄的男孩/女孩有性梦是自然的	63.8	23.0	168.572	0.000 *	48.5	43.3	3.669	0.160
相似年龄的男孩/女孩有性幻想是自然的	61.2	22.4	153.592	0.000 *	47.7	41.0	4.379	0.112
相似年龄的男孩/女孩性自慰是正常的	45.2	10.1	144.954	0.000 *	34.5	24.9	12.678	0.002 *
相似年龄的男孩/女孩对黄色资料感兴趣是自然的	47.3	14.5	127.259	0.000 *	37.0	29.0	10.442	0.005 *
只要不影响学习,同学谈恋爱是可以的	70.2	59.7	19.996	0.000 *	70.5	60.0	11.935	0.003 *
羡慕同龄有机会性交的人	24.8	2.8	115.441	0.000 *	15.4	14.0	2.914	0.405
如果真心相爱,婚前性交是可以的	50.5	27.4	72.143	0.000 *	40.8	39.3	0.750	0.687
婚前性生活会使女孩丧失自尊和尊严,但男孩不会	17.4	28.8	38.463	0.000 *	24.0	20.3	2.027	0.363
向未婚青年提供避孕措施意味着赞同婚前性生活	28.5	11.8	43.872	0.000 *	22.8	19.5	1.685	0.431
如果不想性交,我有能力拒绝	56.0	57.4	17.565	0.000 *	59.6	53.5	3.919	0.141
如果受到性骚扰,我知道如何保护自己	55.7	57.4	14.711	0.001 *	57.8	54.3	1.463	0.481

注: * 示 $P < 0.05$

2.3 学生对性忧虑的沟通情况比较

对于不同性别的中职学生,当他们遇到有关自己性方面的忧虑时,有 38.1% 的男生和 44.7% 的女生都选择最先和同性朋友交谈;在父亲与母亲中,有 20.3% 的女生会选择和母亲交谈,而 8.7% 的男生则会选择和父亲交谈,两组间的差异有统计学意义($P < 0.05$);还有 24.8% 的男生和 20.3% 的女生认为没有交谈的对象;只有 2 个男生和 1 个女生选择了和老师交谈。见表 3。

2.4 学生获得青春期性健康知识的途径

目前中职学生获得青春期性健康信息的途径前四位的主要是:同学朋友交流,网络,学校教育,书籍、杂志和报纸,分别占 31.7%、13.6%、13.2% 和 11.5%。而有 20.2%、19.4%、15.2% 和 14.9% 的学生更愿意

通过同学朋友交流、父母及年长亲属、卫生专业人士、学校教育来获得这些信息。

在愿意获得青春期性健康知识和服务的途径方面,不同性别学生之间有所差别。女生最愿意通过医疗机构来获得知识和服务,有 27.3%,与男生相比差异有统计学意义($P < 0.05$);有 24.5% 的男生最愿意通过与同学朋友交谈获得;愿意通过一些社会机构获得知识和服务的男生和女生都较少,分别只有 3.4% 和 1.8%。学生更愿意通过网上交谈的方式获得知识和服务,分别有 35.4% 的男生和 29.8% 的女生;也有 24.9% 的男生和 11.7% 的女生比较愿意通过面对面的方式,不同性别学生间差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表 4。

表 3 不同性别学生对性忧虑沟通情况比较 $n(\%)$

项目	男生	女生	χ^2 值	P 值
母亲	29(5.1)	88(20.3)	54.285	0.000 *
父亲	49(8.7)	4(0.9)	29.418	0.000 *
亲戚	25(4.4)	27(6.2)	1.589	0.208
老师	2(0.4)	1(0.2)	0.126	0.722
同性朋友	215(38.1)	194(44.7)	4.390	0.036 *
异性朋友	33(5.9)	8(1.8)	10.000	0.002 *
卫生专业人员	18(3.2)	4(0.9)	5.862	0.015 *
没有人	140(24.8)	88(20.3)	2.876	0.090
其他	53(9.4)	20(4.6)	8.297	0.004 *

注: * 示 $P < 0.05$

表 4 不同性别学生愿意获得知识和服务的途径和方式 $n(\%)$

项目	男生	女生	χ^2 值	P 值
愿意获得知识和服务途径				
父母亲属	53(10.2)	55(13.9)	3.077	0.079
同学朋友	128(24.5)	89(22.5)	0.493	0.483
学校	51(9.8)	28(7.1)	2.054	0.152
医疗机构	106(20.3)	108(27.3)	6.221	0.013 *
社会机构	18(3.4)	7(1.8)	2.382	0.123
其他	166(31.8)	108(27.3)	2.134	0.144
愿意获得知识和服务方式				
面对面	130(24.9)	46(11.7)	24.834	0.000 *
电话	35(6.7)	23(5.9)	0.257	0.612
网上交谈	185(35.4)	117(29.8)	3.094	0.079
电子邮箱	14(2.7)	19(4.8)	3.035	0.081
其他	159(30.4)	187(47.7)	28.526	0.000 *

注: * 示 $P < 0.05$

3 讨 论

本调查结果显示,对于生殖健康知识大多数中职学生都有所了解,有 56.2% 和 54.4% 的男生和女生都知道“男孩女孩不是同时进入青春期的”。在生育避孕和性传播疾病知识方面,中职学生了解普遍较少,只有 12.5% 的学生了解“女性最容易怀孕的时间是下次月经前 14 天”;大多数学生都听说过性传播疾病,有 79.8%,但他们对于什么情况下会感染性传播疾病了解较少。知道“不是只有男孩自慰”的男生有 60.6%,女生有 31.3%;有 10.3% 的男生知道“已经有过遗精的男孩第一次性交就可能使女孩怀孕”,只有 4.4% 的女生知道;有 22.5% 的男生了解“第一次性交就可能感

染艾滋病病毒”,知道的女生只有 12.0%。女生对生殖健康、生育避孕和性传播疾病三方面知识的了解都普遍少于男生 ($P < 0.05$),与上蔡县青春健康项目^[2]调查结果相一致,可能与社会和家庭对男女生的性别角色教育有关。缺乏青春期性健康知识是导致婚前性行为、意外妊娠、人工流产和性传播疾病等不良后果的根本原因。女生是青少年的特定群体,作为上述不良后果的受害主体,保护女生的青春健康尤为重要。因此,应重点加强对中职女生青春期性健康知识的教育。

对于不同家庭背景的中职学生,来自农村的学生各方面知识了解的人数均少于城镇学生,与静香芝等^[3]的调查结果一致。有 52.4% 和 45.0% 的农村学生知道“青春期男孩出现遗精是正常的”和“偶然自慰不会导致将来性功能障碍”,知道“艾滋病病毒感染不等于艾滋病”的城镇学生有 20.6%,农村学生有 16.5%,两者间存在差异 ($P < 0.05$)。可能是因为受到传统文化和道德观念的影响,青春期性健康知识教育这个敏感问题,在许多学校特别是农村地区仍未深入开展。因此,应加强农村学生教育中对于青春期性健康知识的重视。

调查结果显示,中职学生对青春期性健康行为的态度比较开放,有 70.2% 的男生和 59.7% 的女生都认为“只要不影响学习,同学谈恋爱是可以的”,比例远远高于王凤秋等^[4]在高中学生中调查的 56.0% 和 47.2%。男生态度明显较女生开放,所有问题男生同意的人数都多于女生 ($P < 0.01$)。来自农村的学生表现的更加保守,同意的人数少于城镇学生,有 70.5% 的城镇学生认为“只要不影响学习,同学谈恋爱是可以的”,农村学生有 60.0% 同意;认为“如果真心相爱,婚前性交是可以的”男生有 50.5%,女生只有 27.4%。中职学生中谈过恋爱的男生和女生分别有 68.1% 的 70.2%,一半以上的谈恋爱比例不容忽视;17.6% 的学生有过性交史,男生有 25.5% 明显多于女生的 7.4%,高于我国对高校学生的调查报告^[5,6],可能与中职学生的学生来源复杂,与社会接触较多有关。

在遇到有关自己性方面忧虑时,不同性别学生在选择沟通对象上存在差异。有 38.1% 的男生和 44.7% 的女生选择最先和同性朋友交谈;有 24.8% 的男生和 20.3% 的女生认为没有交谈的对象。可见,在生殖健康方面同伴起着非常重要的作用,应加强对同伴教育的重视。有研究显示^[7]同伴交流可以促进学校课堂生殖健康教育的效果,可作为一种重要的生殖健康教育方式。

(下转第 87 页)

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2012.11.027

• 青少年性健康 •

对青春期女生进行安全教育的方法

宗 厉

北京市昌平区大东流中学, 北京 102211

【摘 要】随着青春期的到来,女生的第二性征日趋明显,由于未成年人自我保护意识较弱,很容易成为犯罪分子实施性伤害的目标。性伤害会给未成年人的身心造成严重伤害,对未成年人的成长发展造成极大的负面影响。因此加强对初中生的性安全教育、有效避免性伤害的发生是学校安全教育的重要组成部分。

【关键词】青春期;预防性犯罪;安全教育

Approaches of sexual safety education for adolescent girl students

ZONG Li

Changping Dadongliu Middle School, Beijing 102211, China

【Abstract】 With the arrival of adolescence, the second sexual characteristics of the girl stand out. Owing to the weak consciousness of self-protection of the young adults, it is easy for them to become the targets of sexual harassments by criminals. The sexual assaults do serious harm to the young adults both physically and psychologically. Therefore, it constitutes a vital part of school safety education to strengthen sexual education and to effectively prevent sexual assaults.

【Key words】 Adolescence; Prevent sexual assaults; Safe education

1 青春期安全教育的背景

随着青春期的到来,女生的第二性征开始发育,但是学生的心理尚未成熟,自我保护意识差,很容易成为性骚扰和性侵犯的目标。根据中小学性健康教育大纲的要求,初中生应做到能认识性骚扰及其危害,掌握防范和应对方法;认识性侵犯和性犯罪发生的条件,掌握应对和避免的方法。

2012 年广东省女童遭遇性伤害调查显示,过去三年广东 2506 名女童被性侵,其中近半在 14 岁以下。对女童进行性侵害的人中有 65.74% 是熟人。侵害者包括邻里、朋友、同事、亲属、老师等。与性侵犯相比,性骚扰的危害程度相对较轻一些,但是由于界定和取

证较为困难,如不及时制止,很难使受害者的权益得到保护。

性伤害会给未成年人的身心造成严重伤害,使被害人产生不安、疑虑、恐惧、困扰、担心、自卑、孤僻等心理影响。因此加强对初中生的性安全教育,有效避免性伤害的发生是学校安全教育的重要组成部分。

通过对本校女生进行问卷调查表明:遭遇不法侵害时,多数学生选择打、骂、大叫等直接对抗手段,缺乏自我保护的常识与技巧。因此,对学生进行自我保护教育是十分必要的。

2 进行青春期安全教育时的常见问题

2.1 对于性骚扰等话题较为避讳

处于青春期的女生,第二性征开始发育,对于与性有关的话题既好奇又伴随着强烈的羞怯感。加之受传统观念的影响,女生处于舆论的弱势群体,受到不法侵害也会被认为是一件“丑事”。因此,对于防范性骚扰

【作者简介】 宗 厉 (1987 -), 女, 二级教师, 主要从事青春期安全教育工作。

的问题会出现一些抵触情绪。部分学生可能会在教育过程中,表现的比较羞怯和扭捏,教师在教学过程中也容易受学生的反应的影响,从一定程度上影响教育教学效果。

2.2 过度强化安全问题容易造成对他人的不信任感

性伤害会对于未成年人造成严重伤害,然而,不可否认的是毕竟性伤害在生活中发生的概率是极低的,如果一味的强调自我保护的方法和增强防范意识的重要性,可能会给学生造成“草木皆兵”的假象,使学生失去对他人的信任,产生对异性的恐惧心理,不利于其建立正常的人际关系。

由于大多数性伤害事件发生在熟人之间(侵害者包括邻里、朋友、同事、亲属、老师等),如果教育过度可能带来不必要的误解,对于亲友间和谐关系的建立、教师工作的开展等方面产生负面影响。

3 青春期安全教育的教学策略

3.1 认识性侵害及其发生条件,预防侵害的发生

随着青春期的到来,女生的第二性征开始发育,性别意识开始逐渐形成,与发育前相比更容易成为不法分子进行性骚扰和性犯罪的目标。

在教学实施过程中采用案例分析的方法,针对较为典型的案例进行讨论分析,引导学生得出结论,明确哪些行为会对女生造成性伤害,如何避免此类伤害的发生等等,从而达到提高学生自我保护能力的效果。

为了消除学生羞涩感可能对教学带来的负面影响,更好的进行青春期安全教育,可以从学生不会产生羞涩感的常见伤害事件、案例入手进行分析,通过对于抢劫、公共场所的骚扰、封闭环境内的骚扰等不同情景进行对比、讨论。认识性侵害与其他不法侵害的区别,同时也帮助学生澄清性侵害的概念,并不仅只包括传统意义上的强奸等发生实质性行为的伤害,也包括性骚扰,即与性有关的,能引起自身不悦感的行为都属于一种侵害,都是需要予以及时制止的。

经过以上讨论,学生基本能排除羞怯感投入思考交流中。此时,可以进一步引导学生进行思考:什么情况下,女生更可能成为不法分子骚扰的目标?

通过讨论学生能得出以下结论:(1)不到可能受侵害的不安全地方。如深夜不独自在偏僻小巷行走,不在无人行走的死胡同逗留,不出入拆迁的楼房、工棚或刚竣工尚无人居住的楼房等偏僻封闭的场所,不给

不法分子可乘之机。不到营业性歌舞厅、茶座、咖啡厅、小酒店、录像厅、通宵电影院等潜伏不安全因素的地方娱乐。(2)注意自己的化妆、服饰、举止。化妆和服饰应当有分寸,不要过分暴露。在举止方面,应当注意不要行为轻浮,不要与不相识的人随便亲昵、暧昧,以免成为性骚扰的目标。(3)如单独在家,应当注意自我保护措施。如锁好门关好窗,不轻易应答陌生人的敲门。不要随便接受他人上门推销,遇到纠缠不休的,应向邻居求助或打电话报警。(4)对陌生人的试探、纠缠或诱骗,要态度坚决地予以拒绝,不要使对方产生自己可以接受或不会过分反对这种行为的感觉;或者想办法立即摆脱对方,求助他人。(5)不要贪图小便宜,从而使他人抓住把柄。(6)遇到暴力威胁时,应冷静机智地采取必要的措施,并迅速向公安机关报案,以免放纵犯罪分子。

3.2 掌握人际关系的距离,避免来自熟人的侵害

根据资料显示,大多数性伤害案件发生在熟人之间,这个事实是很难令人接受的,如何能使学生既有较强的自我保护意识,又不能让学生在亲友师长的交往过程中出现心理障碍,是困扰着很多教育工作者的问题。

进入青春期后,第二性征开始发育,性别意识逐渐形成,开始出现因性别差异导致的距离感。很多时候,处于青春期的女生很容易被亲友(尤其是长辈)依然当做小孩子看待,而导致一些过度亲密的举动,这类亲密动作通常是没有恶意的,但是由于在认知上的不同步,会给女生带来不适感和困扰(这种困扰同样也存在于男生与女性亲友的交往中)。面对这种困扰很多学生选择碍于面子忍耐这种不适感,这种回应方式可能会导致亲友在不自知的情况下继续对自身产生影响,如果对方是有意为之,则会纵容对方的行为,将自身置于危险的境地;也有部分学生会在叛逆心理的作用下,以激烈的行为表示自己的不满。

在教学过程中,可以从人际关系距离入手,通过创设情境,引导学生思考:过度亲密会给人带来不舒服的感觉,当遇到有亲友对自己过度亲密时,应该怎么办?是碍于面子忍耐和应付,还是应该设法制止?如果选择忍耐,可能造成的结果是什么?如果选择制止,可能会造成的结果是什么?通过讨论,学生能得到一些结论:当遇到过度亲密时,应该设法制止,因为忍耐不仅会造成自身的不适感,而且时间久了可能会造成积累矛盾的爆发,不利于人际关系的和谐。制止亲密行为

时,应该礼貌的拒绝,说明自己长大了,希望对方予以肯定和尊重。在帮助学生处理较为亲密的关系的同时,在不伤害学生感情的情况下,帮助其把可能来源于熟人的伤害消灭在萌芽阶段。

3.3 掌握有效的应对方法,减小不法侵害对自身的伤害

对于不法侵害,最有效的应对方法是预防,然而不论出于何种原因,一旦对方开始对自身实施侵害,掌握正确有效的应对方法,能够在最大程度上降低对自身的伤害。而如果采用不恰当的应对方法,也可能诱发不法分子对自身的进一步伤害。

不法侵害会随时间、空间的不同呈现出不同的状况,如何能正确的分析形势,采取恰当的应对方式,也是青春期安全教育的重要内容。

在处理此环节的教学时,可以采用创设情境的方法,归纳学生应对常见的不法侵害的应对措施,再组织学生对于这些方法是否适用进行讨论,引导学生思考:此时实施侵害者是什么心理?采取某种应对措施后,对方会有什么反应?是停止侵害还是采取进一步侵害行为?综合利弊后,这种措施是否是正确可行的?通过一系列的思考讨论,不仅能引导学生讨论得出正确的应对方法,同时还能帮助学生建立换位思考的分析事物的模式。

例如:在分析公共场所遭遇骚扰时的应对方法时,学生的第一反应通常是大叫或打骂,也有一些较为内向的学生会选择躲避或忍耐。此时就要引导学生分析站在对方角度上的感受和回应。如果采用忍让的态度,对方就觉得这个人好欺负,可能会更加无所顾忌的进行不法侵害,所有这种做法显然是不可取的。而如果采用叫喊或打骂的方式,站在对方的角度来看,在公共场所被别人指责骚扰是很没有面子的事,一定会极力否认并予以语言甚至是行为上的回击。这样也不利于我们更好的保护自己。最好能既提示对方自己已经注意到他的行为,并予以制止,又能给其留有一定的面子。于是通过学生的讨论,就得出了以下结论:公共场合遭遇骚扰时,绝对不可忍气吞声,退缩只会助长对方气焰;如果对方没有过分举动,可用文明的语言提示他稍微让一让;如果对方有过分举动,就需动用肢体语言,以示警告。用这种换位思考的分析方法,可以帮助学生更好的分析事态的发展,及时做出正确的判断。

由于女生从体力上不及男性,因此要尽量避免与不法分子展开正面冲突,如果的确有正当防卫的必要

时,应告诉学生正确有效的防卫原则,即用坚硬的身体部位或物体击打对方脆弱的部分,也可以教授一些简单有效的防卫技术。如果有条件,最好能利用体育课,安排适当的对抗练习,让学生在练习中,体会所学技术的有效性和无效性,即每种技术都有一定的杀伤力,因此不能用于日常的打闹活动中,而每种技术也不是绝对有效的,很可能被破解,引发学生危机意识,从而认识到最安全的方法还是预防、避免自身陷入危险境地之中,从而提升学生的自我保护意识。

如果在遭遇性伤害时没有成功脱险的情况下,该做哪些补救措施,是很多时候较为回避的话题,因此会给学生的知识能力体系留下空白地带。即使主观不希望发生此类事件,但是应该帮助学生建立完整的自我保护知识体系。在课堂教学过程中,可以采用案例分析的方式,为受到伤害的女生出谋划策,帮助其度过难关。这种方式避免了把学生把自己想象成被害人所带来的尴尬,通过分析别人的故事,得出正确的应对措施。通过讨论案例,学生会提出以下建议:发生伤害事件之后,一定不能选择沉默,可以向父母、教师、警察等值得信任的人求助;应该有意识收集证据,以便公安机关将凶手绳之于法;对于身边遭受过伤害的朋友,要多对其进行开导,不要四处张扬,等等。

教师作为教育教学的主导者,应该不断增加自身知识储备,探索适合自身学生情况的教学策略。除了利用课程进行性健康教育以外,也应充分利用学校橱窗、墙报、黑板报、校报、宣传栏、广播等各种教育途径,通过举办讲座、开展读书活动、观看展览和录像片、举办知识竞赛活动、组织师生写心得体会等多种形式,对学生进行青春期安全教育。自我保护教育的成功开展,为学生顺利度过青春期、健康安全的成长提供了保障,也是一个值得我们教育工作者不断探索完善的课题。

参考文献

- [1] 李志雄,孙静.情景预防的概念分析及其理论基础.法学家,2002(4):91.
- [2] 刘芬,彭磊.性犯罪的情景因素及预防.河南公安高等专科学校学报,2003(71):53-55.
- [3] 钱芹,加强性教育,预防性犯罪.中小学管理,2003(9):32.
- [4] 王大伟,《水浒》人生手册——给走向社会的孩子的13堂课.北京:北京大学出版社,2010.

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2012.11.028

· 性心理学 ·

新性学研究:关注老年人的性生活

薛翠华 巴巴拉·戴安娜 琼·普里斯[▲] 鲍玉珩[△]

加州老年人健康研究会老年性问题研究所, 美国 加利福尼亚州

【摘要】目前全世界人口的 35% 是老年人, 所以产生了一个新的全球性的问题——老年人的性生活, 这就是我们所研究的主题。男人或女人, 夫妻或单身, 白人或黑人, 阔人或穷人, 都表示自己的性生活、夫妻关系均受到年龄变化的影响; 他们在专家、医学工作者、性科学工作者、心理咨询师等的帮助下, 逐渐地意识到自己的问题所在, 而且获得了很大的帮助, 明白要愉快地度过自己的晚年。本文根据我们在心理咨询所中的实例整理成文, 以供同行参考。

【关键词】性生活; 老年人的性生活; 生理问题; 心理因素; 性乐趣

Take great care of senior sexual life

XUE Cuihua, Dr. Babara Diannan, Jone Preece, BAO Yuheng
Institute of the Sexual Problem of the Elderly, California, USA

【Abstract】We are entering a senior age, now nearly 35% of the world population are senior people – aged over 50s. New problem, as a problem of the whole world, the sexual life of the seniors, has arisen. How we help these senior people to have a better sexual life and enjoy the rest of their lives constitutes the main subject of our article. Women and men, coupled and single, straight or gay, talked candidly here about their sex lives. Their sexual relationships have changed with age, with the helps from sex therapists, health professionals, counselors and other expert.

【Key words】Sexual life; Senior sexual life; Physical problems; Psychological factors; Sexual pleasure

我们已经进入了一个新的时代 21 世纪, 从科技角度来说, 这是一个数码时代、网络时代, 人们发现一切传统的东西都在改变。但是, 您是否知道, 我们已经进入了一个老年时代。根据联合国教科文组织和世界卫生组织 2010 年的正式报告目前全世界总人口的 12% 是老年人——平均年龄在 55 岁以上。美国 2010 年人口普查报告显示, 美国 65 岁以上的老人总数为 5000

万左右, 大约占美国全国总人口的 15% 左右^[1]。前不久, 美国联邦政府发表的国情咨文也指出美国已经进入了老年人的社会时代(The senior age society)。到了 2015 年, 美国纽约市基本就是一个老年城市——都市人口的 75% 为老年人(平均年龄会达到 65 岁左右)。根据瑞典皇家科学院的一个报告, 到 2015 年世界上的大都市例如北京、上海、香港、纽约、东京、莫斯科、伦敦、柏林、洛杉矶等都将成为老年城市。中国首都北京到了 2020 年, 人口中的 55% 将是老年人。面临这个全球性的问题, 一些福利国家比如瑞典、冰岛、加拿大等国政府多开始设立专门部门处理老人问题, 比如建立老人部——隶属于卫生部和内务部之内。对于老年社会和老年时代, 总的来讲, 我们准备尚且不足, 因为这里面涉及到很多问题: 如老年人的健康、医疗、社会保险、经济、住宅和交通等等问题。此外, 由于我们的

【第一作者简介】薛翠华(1953-), 女, 美籍华人艺术家、画家、儿童文学家、作家、家庭心理咨询师, 曾出版专著两部, 发表论文 50 余篇。

[△]**【通讯作者】**鲍玉珩(1947-), 男, 美籍华人, 博士、教授。
E-mail: baoyuheng1947@yahoo.com.cn

[▲]**【专家简介】**琼·普里斯(Jone Preece), 女, 美国加州老年人健康研究会老年性问题研究所副主任, 作家、心理咨询师, 出版专著 6 部, 主要参与家庭心理咨询等工作。

工作和专业的原因,我们这里提出一个重要的问题,就是如何关注老年人的性生活问题,中国有一个非常形象的说法就是“夕阳红”^[2]。

由于我们从来没有关注这个问题,所以对于我们来说也是一个新问题,一个说不清的难题。记得早在 20 世纪 90 年代初期,当我进入 50 岁时,我感到自己进入了所谓的“更年期苦恼”阶段。我发现自己时常出现腰酸腿疼、头脑发昏,特别是内分泌紊乱——实际上已经停经了。

此外,我也感到自己对于“性”和“性生活”失去了兴趣,于是我找到我的导师约翰·斯蒂文森博士求教,他介绍给我琼·普里斯老师。普里斯老师给了我一些建议,使我开始认识到老年人的性和性生活的重要性。根据美国老年人卫生与健康学会的规定,我们可以把老年人划分为三个年龄段:(1)出生在上个世纪 20 ~ 30 年代的为老年人,目前他们的年龄大约为 65 岁以上,是真正的“老人”,这部分老人约占老年人总人口的 5% ~ 10% 左右。(2)出生在二战之后的老年人,按照美国人的说法是在二战后的“婴儿潮”中出生。目前这部分老年人一般在 55 ~ 65 岁之间,他们大约占老年人总人口的 45% ~ 58% 左右。这部分人也是老年人性问题比较多的一代人。(3)第三部分是出生在上世纪 50 年代以后的一代老年人,他们目前刚刚进入老年人行列,这部分人大约占老年人总人口的 40% ~ 50%,也是性生活依然活跃和性问题比较严重的一代人。

当然,目前各国对于老年人的划分并未有一个绝对的标准,比如日本由于老年人太多,所以把老年人的年龄规范为 60 岁以上,而在瑞典则把老年人规范为 55 岁以上,等等。

根据老年人年龄段的划分,我们发现在第一种真正的老年人中,他们的性生活问题并不是太严重。从人种学和人类学角度来说,不同种族,由于不同文化和地理环境的不同,性生活的延续时间也有所不同。美国白人即英格鲁-萨克逊人中,男人在 70 岁以后,还继续有性冲动和性生活是十分平常的。从到我们这里进行咨询的“病人”来看,最年长的是一位 89 岁的白人律师,他自称目前他还有早晨的“勃起”即“晨勃”。前不久来自欧洲的一个报告声称,最近一位 85 岁的老妇人不但怀孕了,而且成功地生下了一名女婴,这恐怕也可以进入“吉尼斯”记录了。从以上的例子来看,说明在“真正的老年人”中也存在着性生活

活动。

第二种人,是目前性生活中遇到问题较多的人群,在我们接待的人中他们是大多数。他们由于出生在二战之后,曾经经历过不少艰难:比如美国在二战之后出现的经济萧条阶段、朝鲜战争失败之后的不稳定时期、以及此后的冷战与越战时期。由于政治、经济等环境因素的影响,他们在青年到中年阶段未曾获得应有的性乐趣。而进入老年之后,环境有所改变:生活舒适了,闲暇时间也多了,因此正应验了中国的一句老话:“饱暖思淫欲”,以至于美国总统克林顿发生了“莱温斯基”丑闻。

第三种人,我习惯称他们为“被爱情遗忘了的一代人”,在中国尤为如此。这一代人出生之后,就遭遇“困难时期”——在他们的孩提阶段遇到了三年自然灾害,吃不饱;等到他们进入了青年阶段,又赶上了“十年动乱”,即“文化大革命”时期,用他们自己的话说:“连谈恋爱都不允许;更别说什么性爱,性生活了,扯淡!”在我们接待的人群中,他们占到几乎 60% 以上。

因此,从这一情况来讲,我们的研究是基于对后两种人的调查后而整理成文的。所以,这篇文章也是针对他们的。

首先,我们要强调老年人应该、也有权利享受和谐的、正常的性生活。不要认为这是难于启齿的事情,没有什么可害羞的。这是一个态度问题,也是一个“社会观念”的问题。在当今这个文明世界中,老年人要求享受健康的性生活是好事,大好事!

马利亚,女,65 岁,退休中学教师:

我很爱我的丈夫,我们曾经有过很好的性生活——记得在我们年轻的时候。但是,我们两个人都已经是这把年纪了。我虽然还有性冲动,有时还想做爱。但是,我感到很害羞,我总想自己已经是快当祖母了,还想着性交,真不知羞耻。我不敢表白,结果是他也不感兴趣了。我只能把自己的欲望压制起来,我把它当成自己的肮脏的秘密。结果自己时常苦闷,您知道在几周之内,我便胖了,体重增加了 20 多磅。您看看,我应该如何办?

专家建议:

这是您自己的问题,您应该知道如何处理。说白了是您的心理问题。您感到害羞,不明白您有什么可害羞的。性爱是您的权利,您有欲望想做爱,这是好事!不是什么肮脏的秘密;很多人——比您年纪还大

的人也同样有欲望,也想做爱。但是他们的确做了,您没有,为什么,就是所谓的害羞。这是很多同您一样年纪的女性的通病,没什么可害羞的。您缺乏的是交流,同您丈夫的交流。您为什么不能直接同他讲明呢?告知他您爱他,想他,想要……

缺乏交流,是老年人人性问题的基本原因。至于害羞,这是一个心理问题,关键是态度问题,这也是一个社会问题,由于长期的文化历史原因,很多老年人特别女性老年人认为公开讲明自己的欲望和想要做爱是羞耻的。对于中国人来讲,更为如此。所以专家说性爱是人的基本权利,是人权的一个部分。有欲望,想要做爱是好事。

由于文化等差异,各个民族的人对于性爱的态度是不一样的。我们看到西方人,特别是西方老年人是比较开放一些的。在我们的咨询所里面,白人——英格鲁-萨克逊人就容易开口讲述自己的性问题的;而东方人,特别是中国人似乎就害羞一些。所以关键是态度问题。作为专家我们建议您可以做到以下几点:(1)直爽,坦言不讳。真诚地同您的性伙伴讲明您的欲望,你想要做爱,想要性交和被爱等。让他知道您的欲望,知道您爱他。(2)学会说话,真的,您要学会说话。当您同他谈话时,要坦率,真诚,诚恳,不要恶言恶语,不要刺激他,不要埋怨和批评。(3)寻找适当的时间与地点。比如,当他正在书房里面对电脑工作时候,不要打扰他。等到他逐渐入睡的时候,在卧室时,再和他交流,效果要好得多。

中国有句老话:“将心比心”。您对他真诚,直言不讳,一定会获得他的理解和尊敬的。说到老年人的性与性冲动,要记住这是很正常的,没有什么可害羞的。在我们咨询所,我们所接待过的年纪最长的人,是一位 89 岁的退休律师,他对我们说直到现在他还有早晨阴茎勃起的情况,即“晨勃”。他的老伴已经去世,他现在时常到“脱衣舞场”去解闷^[4]。

凯蒂,女,58 岁:

我到现在还是不好意思告诉我的丈夫自己的要求。比如说我们虽然依然做爱,但我总达不到高潮,也没有兴奋过,我只好自己找个隐蔽所在进行自慰。我如今这么大年纪了,没有对于阴体的刺激,很难达到高潮。但是我实在对他难以启齿,不好讲出来。我知道我们需要彼此讲述我们的性要求和性需要,因为这是我们夫妻关系中最美好的东西,但是我的确很难开口,也很害怕和担心。您看如何改变这种尴尬的状态。

专家建议:

凯蒂,您的问题和担心是可以理解的,也是很多人的共同问题,很高兴您能开诚布公地讲出来。这就是一个进步,您也应该同您的丈夫直接讲述出来。我们认为好的交流会带来好的性和性关系的。下面是几个好的交流诀窍:(1)倾听,不要抵制和干扰。即使您不喜欢您的性伙伴的话的时候,也不要很快就给与否定,或者更甚之的批评。您要倾听几分钟,然后好好想一想,等一会儿您也许会认为他是对的。您学会倾听,耐心去听,您才能知道如何去述说。(2)在两个人讲话时,您要学会注视对方的眼睛,这样您就会体验到相互交流的趣味,您的性伙伴也会理解和关心您的诉说。(3)一般来讲,老年女性当他们感到安全的时候,就可能大胆地陈述她们的性要求。(4)关注您们的伙伴和友谊关系。记住,您们是性伙伴,您必须作出性伙伴的样子:关心、体贴和爱。您需要他的爱,也应该知道他也需要您的爱。所以好的交流是非常重要的。(5)记住,您千万不要做悍妇,没有男人无论其年龄大小喜欢悍妇的您可以设身处地想一下,您是否能够同悍妇做爱或性交的^[5]。

在我们所接待的女性中,也有不少人提出自己“性冷淡”或者缺乏“性兴趣”的问题。

蒂娜,女,65 岁,退休银行职员:

我曾经有过不错的性生活,记得年轻的时候,我和丈夫能够整宿地做爱,我从来没有感到什么不适。但是现在也许是我老了,我发现做爱是很痛苦的事情。我的阴道变干燥了,也没有“阴液”分泌了。我的丈夫说我是“性冷淡”,我自己也感到缺乏“性兴趣”了。更糟的是,我发现我和丈夫的关系也受到了影响。因为我们很少做爱了,他甚至开始和我分床了。

专家建议:

您的问题也是常见的。一般来说更年期妇女或者过了更年期的老年妇女都会有这样的苦恼。当您进入老年之后您的身体会发生很多的变化,您所讲的阴道变干燥了,不再分泌“阴液”了。都是正常的生理现象。过了更年期以后,女性的荷尔蒙和雌性激素也开始减少,一般比中年时期减少大约 50%。荷尔蒙和雌性激素减少,自然会出现阴道干燥和分泌减少的现象。我建议您直接告诉您的丈夫,他会理解的。您还可以按照妇产医生的建议去试试:(1)在晚间睡觉之前,泡一个热水澡,如果条件许可的话,要请您的丈夫共同泡一个鸳鸯浴。您还可以进行自慰,尝试用手指刺激您

的阴部特别是阴蒂部位。(2)您还可以试一试,使用润滑剂或者好的洗液来润洗自己的阴部或者盥洗您的阴道,特别在性交之前,您可以请求丈夫帮助。(3)您还可以求助于性玩具,比如挑选一个假阴茎或者按摩器,也许会帮助您提高兴趣。

巴巴拉·戴安娜博士指出,从我们专业人士的角度来说,老年女性的阴道干燥现象是很正常的,我自己也会有这样的情况。但是,从医学角度来讲,有的时候,年轻女性也会有阴道干燥的问题。但是如果从性兴奋角度来说,或者说性唤起,老年女性同青年女性应该是一样的。不过,对于老年女性来讲,一般情况下,中年女性从性交前戏到阴道润滑——分泌出阴液,大约需要5分钟左右,阴道润滑分泌阴液的时候,就可以开始性交了。而对于老年女性来讲,这个过程要长一些,大约需要10~15分钟左右。

好的性交前戏,对于女性来讲,无论是多大年纪,都是很愉悦的“性享受”。因此,邀请您的性伙伴进行好的、缓慢的前戏——比如抚摸阴部,刺激阴蒂,乃至轻轻亲吻乳房和耳朵等,都能够使得您兴奋起来,阴道润滑。前面的使用润滑剂的建议,也不失为一种方法,但是要选择好的润滑剂和性玩具如假阴茎等。

同阴道干燥随之而来的是性交时的阴部疼痛的问题,这也是女性常见的。不少年轻的女性患者也对我们抱怨说,当他把阴茎插进我的阴道时,我会感到十分疼痛而苦恼。对于老年女性来讲,年纪大了,阴道口自然会变小和紧缩了,这样性交的时候,阴茎插入时会很疼痛。所以,我们建议要有好的、健康的性交前戏,等到阴道内部获得充分的润滑之后,再进行性交和插入。我们还发现,时常进行好的性交的女性,上述的问题就会少一些。所以犹太女性中有一句谚语:“多性交,多流水,少苦痛,少烦恼。”^[5]

美国的金赛性研究所的调查报告指出,正常的、有规律的、经常性的性交是很好的。一般美国中年妇女在一个星期内有2~3次的性交是正常的。好的性生活使您能够睡的好,休息的好,精神愉悦和快乐,烦恼减少等^[6]。

其实不只是女性,老年男性也存在上述的问题。

陈先生,65岁,退休电脑工程师:

薛姐,您和您的先生是我的老朋友,不怕您笑话,找您求助来了。您知道我的妻子已经和我结婚快20年了,我们两个人可以说是患难夫妻。可是她最近变了,不知道吃了什么药了,劲儿特别大,老是缠着我,

要干。我正好相反,没劲儿。老鲍说我是:二十岁时,有心,有力,但是没人!三十到四十时,有心,有力,也有人了,但没有时间,疲于奔命赚钱养家。到了现在,我是有心,有钱,也有了时间,但是没力气了。它硬不起来了,老婆要干,但它软了呱唧的,我自己也感到没脸见人。我担心有一天,她会离开我,另找他人了。

专家建议:

陈博士,您的毛病也是老年男性的通病,这就是我们医学界所讲的“老年器质性阳痿”。您不要担心,您的太太不会离开您的,我们知道老年女性的脾气:“刀子嘴,豆腐心”。她说要离开您,是吓唬您。也怪您自己,老婆来劲儿,是件好事,说明她还年轻,您应该更关心,体贴她,更加爱她。可以直接建议他减少性交次数或降低性生活的频率。每周一次,如何?您自己也可以试着自慰,看看通过自慰是否会使得“老二儿”变硬勃起。

此外,我们认为您现在的问题也是您长期压抑造成的。中国有句老话:“三十如狼,四十似虎”。而您在如狼似虎的年龄段的时候,疲于奔命挣钱养家,没有时间也没有精力性交,结果是长期性压抑,造成了阳痿。说实话,嫂子很不错,她是中国人,要是美国人,早就和您离了。您更应该好好善待嫂子。您可以试试“伟哥”。叫医生看看是什么原因。不过,现在假冒产品太多了,要到正规的地方购买。您还可以进行体育疗法,比如太极拳、气功等也很管用。

对于老年人来讲,良好的性生活还要建筑在相互关心、体贴上。因此心理界主张“学会宽容”。

热妮娅,女,65岁,退休媒体艺术家:

琼,您好,我是您的老友,今天请您帮助,为我和丈夫罗伯特。如今我们已经抱孙子了。可是,近来我们的关系紧张了。罗伯特是著名摄影师,获得过金像奖的提名;我们过去夫妻关系很不错,性生活也很完美。可是,前不久我发现了罗伯特有外遇,是一位服装设计师,比我年轻很多。罗伯特有个女友也不新鲜,但是我不愿意离婚,也不想让那个“贱货”占上风。可是罗伯特执迷不悟,一心要离婚。就这样闹了好久,我们还是离婚了。我感到很痛苦,也很惋惜,我又好面子,不愿意让别人知道我们离婚了。现在的问题是,三年过去了,罗伯特发现那个“小三”也不老实,更不会过日子,两人老吵架。罗伯特找到我们的儿子和儿媳妇,提出要复婚,要重新回到我的身边。我不知道如何处理?

专家建议:

很好办,您自己决定如何处理。罗伯特是个好人,他陷入第三者的风流艳事也是很寻常的。关键是您自己。如果您觉得自己还爱她,就请他回来——这是一件好事,中国有一句俗话说叫:“破镜重圆”。您要学会宽容,您想想自己做过多少错事,您的父母、老师和罗伯特不是都宽容了?我建议给您们三个月时间,您们自己看看如何。

五个月后,热妮娅和罗伯特夫妇一起来了。热妮娅说谢谢你们,我们今天特地来谢谢你们。我们现在很好,罗伯特接连完成了两部影片的摄影——他也是第一次使用数码摄影设备。我们夫妇的性生活也很好,下个月,我们决定到中国旅游,您说得对“要学会宽容”。后来,我发现罗伯特比我做得更好一些,他处处照顾我,宽容我。

在美国老年人中所存在的性问题,很多程度都属于不会宽容。因此要学会宽容,您允许自己犯错误,就要更加允许别人犯错误。目前,找“小三”——第三者已经是很平常的事情。关键是,如何对待第三者,特别老年丈夫找了个小三之后,您要多加宽容,不必以离婚要挟。

在美国,1960 年的时候,65 岁以上的老年人中,离婚率是较低的,老年男性离婚率是 1.7%,老年女性的离婚率不到 1.5%。而到了 2010 年 3 月,老年人的离婚率大大增长了:老年男性离婚率为 9%,而老年女性的离婚率高达 10.8% 之多。过去 40 年中美国老年人的离婚率增长了 4 倍,因此,老年婚姻也是目前一个大问题。

此外,除了离婚之外,老年人的单身和鳏夫也是很多的,所以美国老年人健康与家庭问题协会提出了“关注夕阳红”的提案。

目前,日本很多女性,包括中青年女性不愿意结婚,坚持独身。在 20~35 岁的女性之中,结婚的比率只有 28%~32%;而 35 岁至 45 岁的女性之中结婚比率也只有 35%~40% 左右;而老年女性(即 60 岁以上的老太太)之中结婚比率也只有 52%。比起 50 年前(即 1960 年的时候),日本人的结婚比率大大下降了。所以日本的首相指出要鼓励日本人增加结婚率,多生孩子^[6]。

小瑛女士,65 岁,退休公司职员:

我来自中国北京,1988 年来到美国留学,至今已经二十年了,现在退休了,满以为可以痛快休养了、享

受了。可以说,我这一辈子,冤哪!没有过过好日子。出生不久,就赶上了三年自然灾害,没吃饱过,记得就是吃红薯长大的。到了十多岁时,又遇到了“文化大革命”,我爸爸挨斗,母亲被送进监狱劳改——没有任何罪过,就是右派分子。我 17 岁上山下乡插队,在东北苦干了三年,回到北京后是社会青年,没有工作。后来在北京某酱菜厂腌了几年的咸菜。那时,搞对象也难,找了个唱戏的。所以,没有共同语言,也就从来没享受过性欢悦,不懂性爱是何物。后来到了美国留学获得博士学位,工作 15 年后退休了。人老珠黄了,但性欲不减,好像是要补回来似的。但是,儿子大了也结婚了,我上面还有个婆婆,这样自己成了三明治一代人,是“老鼠进风箱——两头受气。”说实话,目前连做爱都受气。我有时叫床声音高了一些,被婆婆、儿媳妇听见了,就连讽带刺的。婆婆骂我是“骚货”,儿媳妇说我“太浪了”、“老狐狸精”。结果丈夫也开始埋怨我,让我多孝顺一些。

专家建议:

您已经到了知天命的阶段了。不要埋怨,也不要生气,更不要压抑自己。要学会宽容:宽容婆婆,宽容儿媳妇,宽容丈夫。至于您有强烈的性要求,也不是坏事。下次两个人做爱时候,您叫床不妨轻声一些。不妨和丈夫到外面找一家旅馆,两个人痛痛快快地大干一场。

根据美国老年人学会的报告,在美国老年男性中的性问题要比老年女性多一些。目前,在美国老年人之中,美国女性的比率要高于美国老年男性,大约为 1.5:1。而且美国老年男性年龄平均要长于老年女性,一般老年男性的平均年龄为 72.8 岁,而美国老年女性的平均年龄为 62.5 岁。老年男性的离婚率也高于老年女性。美国老年男性所存在的性问题一般和器质生理有关,比如阳痿等。在我们的调查中,发现美国老年男性普遍存在一些错误观念:(1)如果我不能做爱,不能像年轻的时候那样想硬就硬起来,说干就干,那就说明我有毛病了。(2)如果我不像从前那样主动,就说明她会认为我再不会吸引和爱她了。(3)如果我以为性爱就是做爱、亲吻和抚摸的话,而现在我确做不到了,是否就说明我不行了,不再是男人了。(4)如果我再不能够自然勃起,或者要费一些功夫才能勃起,或者在性交中我持久度下降了,没一会儿就早泄了那会不会使得她离开我去找别人。(5)如果我几天、甚至几周不再想做爱和性交了,那么我就应该到医院

或心理所去检查。(6)如果连伟哥都不能解决我的问题,依然硬不起来的话,我就彻底完蛋了。

专家建议:

这是一些莫名其妙的胡思乱想!建议您自己找舒适的地方睡个觉。您以为您这是浪漫,可是您的确是自找烦恼。

说到浪漫,我们建议老年人——无论男性还是女性,都需要过一个浪漫的晚年,要学会“享受”、“自我享受”(Enjoy Yourself)!我们建议,老两口不妨选择一个好日子,到外面玩一玩。比如圣诞节、除夕夜、大年三十到外面休息一下。先找一个好饭馆吃一顿大餐,然后到电影院看一部好电影如《泰坦尼克号》,然后找一家四星旅店租一间套房。老两口一起泡一个热水澡,舒舒服服地再过一个洞房之夜。你们可以来一个有趣的、浪漫的前戏,然后痛快地做爱,您可以大声地叫床,没有人会埋怨您的。第二天,老两口不妨在公园玩玩,散散心。到了这般年纪,自己应该好好享受一下了。

(上接第 78 页)

本调查结果显示,有 20.2%、19.4%、15.2% 和 14.9% 的中职学生更愿意通过同学朋友交流、父母及年长亲属、卫生专业人士、学校教育来获得青春性健康信息。学生更愿意听取或采纳年龄、知识背景和兴趣爱好相近的同伴朋友的意见和建议。证明在青春性健康教育中,“同伴教育”不失为一种有效的教育形式。有 27.3% 的女生和 20.3% 的男生最愿意通过医疗机构来获得知识和服务;愿意通过社会机构获得知识和服务的男生和女生则较少,分别只有 3.4% 和 1.8%。网上交谈和面对面是学生更愿意的方式,男生分别有 35.4% 和 24.9%,女生分别有 29.8% 和 11.7%。中职学生更希望从有经验和专业知识的人那里获得更加正确可信的信息和服务。因此,医疗专业人士和服务机构应加强对中职学生服务和专业知识的宣传教育。

综上所述,中职学生对青春性健康知识掌握不够系统,态度比较开放,对知识和服务的需求较大。对于中职学生这一特殊群体,教育、卫生等相关部门应结合其年龄、性别、家庭背景和知识水平等特点,开展有针对性的性与生殖健康教育,加强同伴教育、家庭教育、学校教育和社会教育相结合。同时,计生服务机构应提供优质服务,来满足中职学生对性与生殖健康知

(作者按:本文根据作者在 2012 年美国西部地区老年人健康与保健的学术会议的发言整理而成,本文已经被选入大会论文集。中文稿由鲍玉珩博士整理而成。本文中所引述的有关人士的自我陈述,均获得本人的许可引用而不涉及个人隐私问题。此外如果姓名和某些人有所相同,纯属偶然。)

参考文献

- [1] 联合国卫生组织. 2010 年世界人口和健康报告. 瑞典, 2010.
- [2] Manisha Sengupta and others ed. The US Census Bureau, Current Population Report. Washington D. C., 2010.
- [3] Joan Price. Naked at Our Age. Seal Press, 2011. IBID.
- [4] Diana Holtzberg, Deirore Fishel. Still Doing It. Avery Press, New York, 2008.
- [5] Rac Padilla, Free Fall: Late - in - Life Love Affair. Seal Press, New York, USA, 2009.

[收稿日期:2012-05-02]

识和服务的需求,保护中职学生的身心健康,减少学校、家庭的负担,为经济、社会和人口的可持续发展提供保障。

参考文献

- [1] 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): 410-413.
- [2] 中国计划生育协会,帕斯适宜卫生科技组织. 上蔡县高中学生生活技能培训效果评估. 中国青春健康项目效果评估报告. 2006:78.
- [3] 静香芝,齐建华. 某职业技术学院学生生殖健康知识现状. 现代预防医学, 2007, 34(10): 1939-1943.
- [4] 王凤秋,李玉,崔洪弟,等. 高中生性与生殖健康知识、态度、行为调查. 学校心理卫生, 2007, 21(1): 42-45.
- [5] 来小彬,陆虹. 北京市大学生性知识、性观念、性行为的调查研究. 中国性科学, 2002, 11(3): 29.
- [6] 李宁,张河川,和平英,等. 云南 4 所高校大学生性观念和性行为变化分析. 中国学校卫生, 2004, 25(2): 114.
- [7] PEREZ F, DABIS F. HIV prevention in Latin America: reaching youth in Colombia. AIDS Care, 2003, 15(1): 77-87.

[收稿日期:2012-06-04]

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2012.11.029

· 性社会学 ·

高校辅导员对同性恋者的态度调查与分析

陈佳钊 刘劲宇[△]

华南师范大学政治与行政学院, 广州 510631

【摘要】目的:调查高校辅导员对同性恋者的态度,并分析态度差异的原因。**方法:**采用整群抽样的方法,对参与广东省普通高校某期思想政治教育骨干培训班的 56 所高校 194 名辅导员进行调查,以改编后的 ATLG(the Attitudes Toward Lesbians and Gay Men Scale)量表作为工具。**结果:**(1)男性对同性恋者的态度较女性更加严厉,辅导员对男同性恋者的态度比对女同性恋者的态度更加严厉;(2)来自城市的辅导员态度更为宽容,来自乡镇农村的态度更为严厉;(3)独生子女对同性恋者的态度较为严厉;(4)接触过同性恋者的辅导员态度更为宽容。**结论:**高校辅导员对同性恋现象的认知存在误区,增加有关性学知识培训,有利于辅导员对同性恋者学生群体采取公正的态度和做好本职工作。

【关键词】辅导员;同性恋;性少数;性权利

University teachers' attitudes towards homosexual students

CHEN Jiachuan, LIU Jinyu

School of Politics and Administration,

South China Normal University, Guangzhou 510631, China

【Abstract】Objectives: The purpose of the study is to investigate university teachers' attitudes towards homosexual students and to analyze the reasons for different attitudes. **Method:** The method of cluster sampling was adopted and the ATLG Scale (the Attitudes Toward Lesbians and Gay Men Scale) was the main research tool. In this study, we investigated 194 teachers from 56 universities in Guangdong Province who participated in the teacher training workshop organized by the Department of education of Guangdong Province. **Result:** (1) The university teachers' attitudes were severer against gays than against lesbian; (2) Attitudes of university teachers who were from cities were more tolerant to homosexuality than those who were from villages; (3) Attitudes of university teachers who were born of one-child family were severer towards homosexuality; (4) Teachers who have ever contacted with the homosexual students are more tolerant than the teachers who haven't. **Conclusion:** University teachers have wrong conception of homosexuality. Providing university teachers with sex knowledge training will help them to develop a justified and unbiased attitude toward those students who are gays or lesbians.

【Key words】 University teachers; Homosexuality; Sexual minority; Sexual rights

大学生是未来国家建设的中坚力量,他们的成长和个人权利需要得到重视,对同性恋认知的误区是当今社会无法回避且必须正视的问题之一,而大学生同性恋者群体由于身份的特殊性,他们隐藏在人群中不

易被发现,他们的生存状况需要得到关注。根据《普通高等学校辅导员队伍建设规定》第一章第三条,辅导员是开展大学生思想政治教育的骨干力量,是高校学生日常思想政治教育和管理工作的组织者、实施者和指导者。辅导员对大学生的健康成长起到重要的引导作用。辅导员对同性恋者的态度在一定程度上代表了高校的文化氛围以及教育的导向,因此,了解辅导员对同性恋者群体的态度,有利于了解高校教育工作者

【第一作者简介】陈佳钊(1990-),男,本科在读,主要研究方向为社会学。

[△]**【通讯作者】**刘劲宇(1976-),E-mail:liujinyu@sina.com

的态度,并对进一步开展有关同性恋现象的健康教育、消除偏见具有一定的指导意义。

1 对象与方法

1.1 研究对象

采用整群抽样的方法对参与广东省普通高校某期思想政治教育骨干培训班的 56 所高校 194 名辅导员进行调查,主要人口学指标如表 1 所示。

表 1 194 名辅导员基本情况

指标	人数	%
性别		
男	94	48.45
女	100	51.55
学历		
专科	1	0.52
本科	112	57.73
硕士	81	41.75
原籍		
城市	57	29.38
乡镇	47	24.23
农村	90	46.39
专业性质		
文科	136	70.10
理科	54	27.84
是否独生		
是	64	33.0
否	129	66.5

1.2 研究工具

本研究以美国学者 Gregory M. Herek 设计的 ATLG (the Attitudes Toward Lesbians and Gay Men Scale) 量表作为蓝本,并根据辅导员工作的实际情况,增加自编的题目。量表共有 30 道题,其中 1~10 题为针对女同性恋者态度测量量表(ATL),11~20 题为针对男同性恋者态度测量量表(ATG),21~30 题为对学生同性恋者态度测量量表(ATS)。量表采用李克特 5 分评分法,回答“完全反对”计 1 分、“反对”计 2 分、“中立”计 3 分、“同意”计 4 分、“完全同意”计 5 分。其中条目 2、4、7、11、15、17、20、22、24、27、30 为反向计分条目。

获得的数据采用 Excel 2003 建立数据库,用 SPSS 16.0 进行描述分析、相关分析等。

2 结 果

2.1 量表得分情况

量表采用李克特 5 级评分法计算,其中条目 2、4、7、15、17、20、22、24、27、30 为反向计分条目,首先将得分进行转化(1=5,2=4,3=3,4=2,5=1),再将量表所有条目的得分相加。基于每个条目得分范围为 1~5,总量表得分则介于 30(完全正面的态度)到 150(完全负面的态度),90 分则为态度中立,得分越高表示对同性恋者的态度越严厉。194 名辅导员对同性恋者态度量表得分范围从 31~116 分,全距 85 分。得分情况如表 2、表 3 所示。

表 2 量表得分分布

得分范围	人数	百分比
31~59	27	13.92%
60~87	111	57.21%
88~116	56	28.87%

较多人的态度趋向于中立,占调查对象的 57.21%,对同性恋者的态度更加严厉的 28.87% 多于更加宽容的 13.92%。

表 3 ATL、ATG、ATS、ATLGS 量表得分($\bar{x} \pm s$)

量表	得分情况
ATL	23.40 $\pm$ 6.17
ATG	30.38 $\pm$ 7.60
ATS	25.47 $\pm$ 5.73
ATLGS	79.26 $\pm$ 1.72

2.2 对同性恋者态度的社会人口学差异比较

对性别、城乡差异、是否独生子女、婚姻状况、有无子女、学历、专业性质、是否在职、是否遇到过同性恋者、是否了解同性恋的相关知识及对同性恋者的态度进行 T 检验,结果显示性别、城乡、是否独生子女、有无遇到过同性恋者对同性恋者的态度具有统计学意义上的差异,数据分析结果如表 4、表 5、表 6、表 7 所示。

数据显示,男性对同性恋者的态度更加严厉,女性更加宽容,结果与目前国内大多数研究的结论一致,如田唤、马绍斌、范存欣等对广州某高校大学生对同性恋者的态度研究中认为女生对同性恋者的态度更加宽容^[1]。另外,公众对女同性恋者的态度比对男同性恋者的态度更加宽容。见表 4。

数据显示,原籍来自农村和城镇的辅导员对同性

恋者的态度更加严厉,来自城市的态度相对宽容。见表 5。

数据显示,独生子女对同性恋者的态度较非独生子女更为宽容。见表 6。

数据显示,曾经遇到过同性恋者的辅导员对同性恋者的态度更加宽容,没有遇到过同性恋者的人群对同性恋者的态度更加严厉。见表 7。

表 4 对同性恋者态度·性别差异比较($\bar{x} \pm s$)

	男($n=94$)	女($n=100$)	t	P
ATL	24.37 $\pm$ 6.43	22.49 $\pm$ 5.80	2.142	0.033
ATG	33.07 $\pm$ 7.81	27.85 $\pm$ 6.49	5.081	0.000
ATS	26.98 $\pm$ 5.89	24.06 $\pm$ 5.24	3.653	0.000
ATLGS	84.43 $\pm$ 17.06	74.40 $\pm$ 15.92	4.234	0.000

表 5 对同性恋者态度·城乡差异比较($\bar{x} \pm s$)

	城镇农村	城市	t	P
ATL	24.13 $\pm$ 6.26	22.57 $\pm$ 6.00	1.763	0.079
ATG	31.57 $\pm$ 6.90	29.01 $\pm$ 8.17	2.363	0.019
ATS	26.63 $\pm$ 5.01	24.13 $\pm$ 6.24	3.095	0.002
ATLGS	82.33 $\pm$ 15.57	75.71 $\pm$ 18.34	2.717	0.007

表 6 对同性恋者态度·是否独生子女比较($\bar{x} \pm s$)

	是	否	t	P
ATL	20.77 $\pm$ 5.92	24.70 $\pm$ 5.92	-4.345	0.000
ATG	27.70 $\pm$ 8.19	31.66 $\pm$ 6.97	-3.498	0.001
ATS	23.08 $\pm$ 5.92	26.67 $\pm$ 5.29	-4.270	0.000
ATLGS	71.55 $\pm$ 17.66	83.03 $\pm$ 15.74	-4.582	0.000

表 7 对同性恋者态度·有无遇到过同性恋者比较($\bar{x} \pm s$)

	没有	有	t	P
ATL	24.54 $\pm$ 5.86	22.60 $\pm$ 6.39	1.816	0.072
ATG	31.69 $\pm$ 6.83	28.54 $\pm$ 7.96	2.423	0.017
ATS	27.02 $\pm$ 5.45	23.89 $\pm$ 5.76	3.197	0.002
ATLGS	83.25 $\pm$ 15.81	75.03 $\pm$ 17.64	2.807	0.006

3 讨 论

3.1 传统的性别与生育观念影响人们对同性恋者的态度

国外许多研究结果发现,对同性恋者的态度存在性别差异^[2],社会公众对男同性恋者的态度比对女同

性恋者的态度更严厉,而女性公众对同性恋者的态度较男性公众要宽容^[3],例如张笑笑等人在《大学生对同性恋的归因及态度的调查研究》中发现,在对待同性恋者的情感态度和行为态度上,女大学生比男大学生更积极^[4],我们的研究支持了这一结果。

传统的性别观念认为,男人代表着阳刚、坚强,而女人则是阴柔、妩媚的代表。长久以来,在许多传统文化作品中,有过不少关于男性之间性行为描写的片段,并且将他们看作是肮脏的、丑陋的、不正常的关系,中国大陆《刑法》曾经还设立有“流氓罪”^[5],惩治男男之间的性行为。人们能够接受两个女人手拉手,认为这是正常的友谊,但却看不惯两个男人同进同出,更不容忍他们有任何性方面的接触。这些传统的性别观念直接造成了人们对女同性恋者更为接纳,而对男同性恋者表现出更为严厉的态度。

而受“多子多福”、“不孝有三,无后为大”等传统生育观念影响,有不少家庭选择生育多个孩子,维系“家族香火”。在国家大力推行计划生育政策下仍然超生的家庭,说明传统观念相对浓厚,在家庭这个重要的社会化环境中成长,难免带有家庭传统观念的烙印,而同性之间的结合无法实现生育功能,与传统的性观念有天壤之别,让非独生子女难以接受。

3.2 对同性恋现象的认识影响人们的态度

罗森伯格和霍夫兰德的态度三维模型(如图 1 所示)认为,刺激是一种独立变量,反应(包括情感、认知和行为三方面在内)是一种依从变量,而态度则是一种中介变量。在此之中,人的情感、认知和行为为影响态度,反过来,态度也影响着人的情感、认知和行为^[6]。

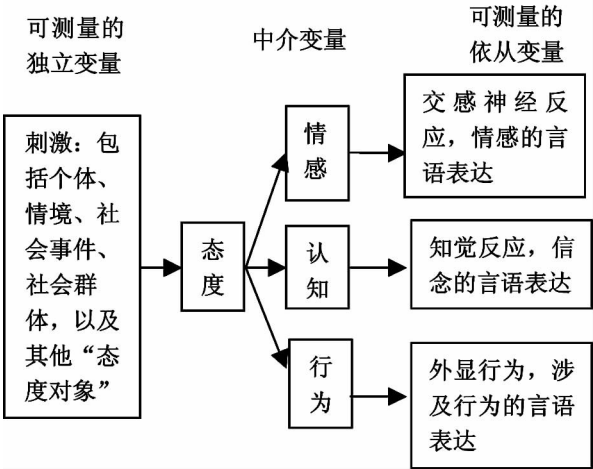


图 1 罗森伯格和霍夫兰德的态度中介作用图示

从数据分析可以看出,现实生活中有接触过同性恋者的人群对同性恋者的态度较为宽容,这与 Sakalli 等的研究结果一致^[7]。而在一项开拓性研究中,社会心理学家戈登·奥尔波特(Gordon Allport, 1985)得出结论认为,在某些情况下,增加对立群体之间的接触能够减少偏见。情感、认知影响了人们对同性恋者的态度。

这一结论对提高公众的认知程度有一定的启发性。首先,同性恋者要勇敢面对自己的性取向,勇敢站出来,让更多人知道同性恋者原来就在我们身边,并非神秘莫测,当更多人知道同性恋者的真相,才能消除原有的刻板印象,否则人们看不到同性恋者的真相,加之社会各界人群的负面认识,公众对同性恋者的刻板印象会越来越深刻,不利于同性恋者群体的健康发展以及权益的争取。其次,网络、电视媒体等要对同性恋现象的科学知识进行宣传,用科学的认知取代愚昧的偏见,让公众更好地了解同性恋者群体的真相。

该研究显示,高校辅导员对同性恋者的认同度仍然不高,部分仍存在一定的偏见。高校辅导员在高校的学生工作中有着举足轻重的作用,他们与学生关系密切,交流甚多,引导着大学生的成长,因此必须重视

高校辅导员的有关同性恋现象的知识缺乏的现实。建议在高校辅导员的岗前培训等针对性地增加关于心理健康教育、性别教育甚或系统的性学知识培训,以便在他们的工作实践中可以运用这些知识做好本职工作。

参考文献

- [1] 田唤,马绍斌,范存欣. 广州某高校大学生对同性恋的认知与态度. 中国学校卫生, 2006, 32(1): P24-26.
- [2] D'Augelli AR. Homophobia in a university community: Views of prospective resident assistants. Journal of College Student Development, 1989, 30(6): 546-552.
- [3] 庾泳. 长沙市男同性恋人群生存状况研究. 中南大学, 2010: 57.
- [4] 张笑笑,杨晓莉,张奇. 大学生对同性恋的归因及态度的调查研究. 教育科学, 2010, 26(2): 71-73.
- [5] 《中华人民共和国刑法》(1979 年),第六章第一百六十条.
- [6] 周晓虹. 现代社会心理学. 上海: 上海人民出版社, 1997.
- [7] SAKALLIN, UGURLU O. The effects of social contact with a lesbian person on the attitude change toward homosexuality in Turkey. Homosex, 2002, 44(1): 111-119.

[收稿日期: 2012-06-12]

(上接第 45 页)

床使用方案。我们回顾性分析了 246 例于我中心 IVF-ET 助孕患者的病历资料,按不同的丙氨瑞林给药方案分为三组,结果显示:三组间丙氨瑞林使用量、Gn 用药时间、Gn 总量、HCG 注射日 E2、LH、P 值、平均获卵数、MII 卵率、2pn 受精率、平均优质胚胎数、临床妊娠率、流产率、宫外孕率均无显著性差异,三组均未出现早发 LH 峰及提前排卵情况,且均未发生重度 OHSS。

本研究结果提示,丙氨瑞林应用于体外受精-胚胎移植促排卵治疗安全有效,三种用药方案的临床效果无统计学差异,但数据提示:A 组丙氨瑞林恒定剂量方案的丙氨瑞林用量高于其他两组,但其临床妊娠率较其他两组有升高趋势。此方案是否更利于 IVF 临床结局还有待加大样本量进一步研究。

参考文献

- [1] Porter RN, Smith W, Crsft IL, et al. Induction of ovulation for in-vitro fertilization using busarelin and gonadotropins. Lancet, 1984(2): 1284-1285.

- [2] Ferrari B, Pezzuto A, Barusi L, et al. Gonadotropin-releasing hormone antagonists increase follicular fluid insulin-like growth factor-I and vascular endothelial growth factor During ovarian stimulation cycles. Gynecol Endocrinol, 2006, 22(6): 289-296.
- [3] 刘群,李洁,于文娟,等. 低剂量 GnRH-a 降调节对黄素化颗粒细胞 StAR 表达影响. 中华妇产科杂志, 2007, 9(42): 631-632.
- [4] Bo-Abbas YY, Martin KA, Liberman RF, et al. Serum and follicular fluid hormone levels during in vitro fertilization after short-or long-course treatment with a gonadotropin-releasing hormone agonist. Fertil Steril, 2001(75): 694-699.
- [5] Janssens RM, Lambalk CB, Vermeiden JP, et al. Dose finding study of triptorelin acetate for prevention of a premature LH surge in IVF: a prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled study. Hum Reprod, 2000(15): 2333-2340.
- [6] 宋红娟,刘嘉茵. 阿拉瑞林和曲普瑞林在促排卵短方案中的应用效果. 徐州医学院学报, 2002, 22(5): 433-434.

[收稿日期: 2012-09-04]

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2012.11.030

· 性美学 ·

中医性美学概述(续二)

潘晓明

北京大学医学部性学研究中心, 北京 100191

3.2 辨证施治、治法方药与中医性美学

3.2.1 病因 辨证施治是整体观念的具体实践。

中医的病因观是天人合一、内外合一的。有自然“六气”为过的“六淫”和人体正常情志为过的“七情”,另有不内外因及六气变戾的“瘟疫”。早在《内经》就明确阐述:“黄帝问于岐伯曰:夫百病之始生也,皆生于风雨寒暑,清湿喜怒。喜怒不节则伤脏,风雨则伤上,清湿则伤下。”

3.2.2 病机 中医病机的特点亦是从天人合一、

人体是一个有机的统一来研究的,它在变化的“机”而不是固定的“理”,处处体现着辩证法的光芒和大圆之美。正如“黄帝曰:阴阳者,天地之道也,万物之纲纪,变化之父母,生杀之本始,神明之府也。治病必求于本。”“故积阳为天,积阴为地。阴静阳躁,阳生阴长,阳杀阴藏。阳化气,阴成形。寒极生热,热极生寒。气生浊,热气生清。清气在下,则生飧泄;浊气在上,则生膜胀。此阴阳反作,病之逆从也……阴胜则阳病,阳胜则阴病。阳胜则热,阴胜则寒。重寒则热,重热则寒。寒伤形,热伤气;气伤痛,形伤肿。故先痛而后肿者,气伤形也;先肿而后痛者,形伤气也。风胜则动,热胜则肿,燥胜则干,胜则浮,湿胜则濡泻。”“愿闻病机何如?岐伯曰:诸风掉眩,皆属于肝。诸寒收引,皆属于肾。诸气膹郁,属于肺。诸湿肿满,皆属于脾。诸热瘁瘵,皆属于火。诸痛痒疮,属于心。诸厥固泄,皆属于下。诸痿喘呕,皆属于上。诸禁鼓栗,如丧神守,皆属于火。诸痉项强,皆属于湿。诸逆冲上,皆属于火。诸腹胀大,皆属于热。诸躁狂越,皆属于火。诸暴强直,皆属于风。诸病有声,鼓之如鼓,皆属于热。诸病附酸惊

骇,皆属于火。诸转反戾,水液浑浊,皆属于热。诸病水液,澄澈清冷,皆属于寒。诸呕吐酸,暴注下迫,皆属于热。故《大要》曰:谨守病机,各司其属,有者求之,无者求之,盛者责之,虚者责之,必先五胜,疏其血气,令其调达,而致和平,此之谓也。”发病:“岐伯曰:亢则害,承乃制,制则生化,外列盛衰,害则败乱,生化大病。”心身相应:“是知阴盛则梦涉大水恐惧;阳盛则梦大火燔灼;阴阳俱盛则梦相杀毁伤;上盛则梦飞,下盛则梦堕;甚饱则梦予;甚饥则梦取;肝气盛则梦怒;肺气盛则梦哭;短虫多则梦聚众;长虫多则梦相击毁伤。是故持脉有道,虚静为保。”虚实:“岐伯对曰:邪气盛则实,精气夺则虚。”生死:人的生老病死亦是和谐平衡的丧失,是生命核心神失去,也是个体大圆一个循环的终结。为医应从此意、此美去尽心尽意。“人犯五神易位,即神光不圆也,非但尸鬼,即一切邪犯者,皆是神失守位故也。此谓得守者生,失守着死,得神者昌,失神者亡。”

3.2.3 治法 中医的治法是审因求证辨证所立的具体治疗方法。它鲜明地宣示着以人为本,因人因时、因地制宜的个性化诊疗的古老又现代的科学先进的诊疗观和方法,是全方位体现医学美的集中和具体体现。在具象的治法之上,还有原则的治疗大法:即治病必求于本;急则治其标,缓则治其本;治法制宜;虚则补之,实则泻之;寒者热之,热者寒之;正者反治,反者正治;天人合一。具体如因地治宜:“岐伯对曰:地势使然也。故东方之域,天地之所始生也,鱼盐之地,海滨傍水,其民食鱼而嗜咸,皆安其处,美其食。西方者,金玉之域,沙石之处,天地之所收引也。北方者,天地所闭藏之域也。其地高陵居,风寒冰冽。南方者,天地之所长养,阳之所盛处也。中央者,其地平以湿,天地所以生万物也众。”五脏治法:“岐伯曰:肝主春,足厥

【作者简介】潘晓明(1959-),男,研究员、中医博士,主要研究方向为中医性学。

阴、少阳主治,其日甲乙;肝苦急,急食甘以缓之。心主夏,手少阴、太阳主治,其日丙丁;心苦缓,急食酸以收之。脾主长夏,足太阴、阳明主治,其日戊己;脾苦湿,急食苦以燥之。肺主秋,手太阴、阳明主治,其日庚辛;肺苦气上逆,急食苦以泄之。肾主冬,足少阴、太阳主治,其日壬癸,肾苦燥,急食辛以润之,开腠理,致津液,通气也。”“帝曰:善。郁之甚者治之奈何?岐伯曰:木郁达之,火郁发之,土郁夺之,金郁泄之,水郁折之,然调其气,过者折之,以其畏也,所谓泻之。”六淫治法:“岐伯曰:诸气在泉,风淫于内,治以辛凉,佐以苦,以甘缓之,以辛散之。热淫于内,治以咸寒,佐以甘苦,以酸收之,以苦发之。湿淫于内,治以苦热,,佐以酸淡,以苦燥之,以淡泄之。火淫于内,治以咸冷,佐以苦辛,以酸收之,以苦发之。燥淫于内,治以苦温,佐以甘辛,以苦下之。寒淫于内,治以苦热,佐以苦辛,以咸泻之,以辛润之,以苦坚之。”德化:“帝曰:善。其德化政令之动静损益皆何如?岐伯曰:夫德化政令灾变,不能相加也。胜复盛衰,不能相多也。往来小大,不能相过也。用之升降,不能相无也。各从其动而复之耳。帝曰:其病生何如?岐伯曰:德化者气之祥,政令者气之章,变易者复之纪,灾眚者伤之始,气相胜者和,不相胜者病,重感于邪则甚也。帝曰:善。所谓精光之论,大圣之业,宣明大道,通于无穷,究于无极也。余闻之,善言天者,必应于时,善言古者,必验于今,善言气者,必彰于物,善言应者,同天地之化,善言化言变者,通神明之理。”

3.2.4 方药 中医的药材选自自然,取自天然。医食同源、药食同源;其方剂历代集精要而存,可为汗牛充栋。具体的理法方药鼻祖为医圣张仲景,他所著述的《伤寒杂病论》是为医法及方药的经典。细细玩味,妙理总是无穷无尽。李时珍的《本草纲目》继神农本草之志,续九州方圆之药,美仑美焕,是一部动植物与自然的药学百科全书。现谨掬呈仲景之“肾气丸”组方来体味享受其博大的理念,精深的医理,和谐的美感。方中以地黄、山药、山萸肉、泽泻、茯苓、牡丹皮以滋肾中之水,以附子、桂枝壮肾中之阳。其药物配伍具有两大特点:一是“阴中求阳”,二是“少火生气”。中医认为,肾为水火之脏,含肾阴肾阳,阴阳互根。所以,凡肾虚之症,必有阴阳两虚的病理变化,但其临床表现有偏阳虚或阴虚的不同。金匱肾气丸是为肾阴阳两虚、肾阳虚偏重者而设。肾阳虚者得之,可收“阴中求

阳之效”,肾阴阳两虚者得之,则有阴阳并补之功。肾气丸中用六味地黄丸滋补肝肾之阴,用附子、桂枝壮肾中之阳,用阴中求阳之法,以达到温补肾阳之目的,“阳得阴助而生化无穷”。方中温补肾阳的附子、桂枝与滋补肝肾之阴的六味地黄丸用量之比为:附子、桂枝用量不足全方的1/8,从而体现了“少火生气”的中医理论,也说明本方意在徐生肾气,而不为速壮肾阳。充分体现了先贤阴阳互根互生的大圆之美。中药之功能和名称之美则俯拾可得,如女贞子、益母草、锁阳、仙灵脾、金银花、藏红花等。关于药物与性美学的联系,有一味药“蛇”是奥义无穷的。蛇在中(含印度)西文化的启始中都有特殊的位置,特别是与生命、性爱、医学关系密切。在原始时代,蛇是至高无上的一种象征。生殖崇拜是原始人类最普遍的一种信仰。性崇拜通常有三种:男根崇拜、女阴崇拜、性行为崇拜。原始人的性崇拜一般都有趣地与“蛇”这个有灵性的动物相连。如从汉字上我们就可以推出蛇的这种生殖的特性,蛇又写作“虵”,古代的女神写作“虵”,它们共同的“也”字偏旁在《说文解字》中训释为“女阴”。女性的生殖现象在古代既神秘又可怕,并由此生出诸多禁忌及生殖崇拜。崇拜是内向至善至美的敬畏。《本草纲目·鳞部·诸蛇》中说:“蛇以龟鳖为雌,又与鲤鱼通气,入水交石斑鱼,入山与孔雀匹……”其可怕的性交能力最终成为生殖崇拜的最恰当的象征。李时珍释“蛇”：“蛇在神为玄武”，玄武是一种龟蛇同体，龟蛇都有长生不死之含义。一是阴阳同体，二是生死同源。而这，也正是原始生命观的核心所在。

3.2.5 针灸 针灸是自《黄帝内经》就系统阐述的中医学最为独特诊疗方法。它以中医基本理论,特别是脏腑经络为基础,以阴阳五行、五运六气为指导,以最为典型的针刺的调节疗法用以保健养生、祛疾治病,可谓大圆之美医学的完美呈献。这种大美的具体表现在“九针论”：“岐伯曰:九针者,天地之大数也,始于一而终于九。故曰:一以法天,二以法地,三以法人,四以法时,五以法音,六以法律,七以法星,八以法风,九以法野。”

3.3 医德术技、才艺志趣与中医性美学

3.3.1 医德 医德是为医的第一品质,是由医者具体体现救死扶伤,呵护生命崇高美德和医学大美的第一表现,也是中医性美学的实施主体,医者在此领域施展真善美才华的基础。“医者仁术”,这是古今中外

不变的共识,也是其真善美的核心所者,更是医者不变的身符。唐·孙思邈《大医精诚》,被誉为是“东方的希波克拉底誓言”。《大医精诚》一文出自其所著之《备急千金药方》第一卷,论述了有关医德的两个问题:第一是精,亦即要求医者要有精湛的医术,认为医道是“至精至微之事”,习医之人必须“博极医源,精勤不倦”;第二是诚,亦即要求医者要有高尚的品德修养,以“见彼苦恼,若己有之”感同身受的心,策发“大慈恻隐之心”,进而发愿立誓“普救含灵之苦”,且不得“自逞俊快,邀射名誉”、“恃己所长,经略财物”。究其思想和医技脉络,可谓医、道、释、儒大一统文化的人性、医性真善美的展示。

3.3.2 术技 术技即具体的科学技术。为医之道,除了有高尚的品德外,还必须有科学的思想、方法、技术,必须熟练掌握并不断学习补充更新医学和相关学科的知识,以履行治病救人的天职,正如《大医精诚》所述之“故学者必须博极医源,精勤不倦,”以宏扬医学之壮美、精美、慈美和义美、仁美。“医道同源”,古代医家,特别隋唐及之后的医家与道教有紧密的联系。他们在追求“活人济世”的同时,亦受太极之圆和“长生不老”之天意,以自然界之不变、不灭之“金石”做为材料,最早运用化学方法“炼丹”。不管其最后作用何为,这种为“技”之思、之行、之探索令人敬佩,更何况这种思、行、究都是在阴阳五行太极理论指导下进行的。如京房《易传》有言:“乾坤者阴阳之根本,坎离者阴阳之性命。”炼丹术中则再一次强调坎离象征一切事物的两端,象征魂与魄、性与命,象征铅与汞,青与白、雄与雌……阴阳相饮食,交感道自然,这便是炼金(丹)术哲学的核心。“水火匡郭图”用龙虎相吸、雌雄交媾象征金丹形成的根本在于阴阳配合之理。同样为“道”即道教,除金丹之外还有房中术和符篆派,它们共同演绎着方、行、礼。房中术汗牛充栋,各种学说技法不一而论,可参见有关章节和世传典籍。这里只略对符篆派做简单讨论。符篆派属民间道教,以符水咒语治病,祈福攘灾为活动。一是取类比象,信息沟通。篆通常由三种字形相合而成:一是云气缭绕之笔画,象征天意、至高无上之意志和神明;二是河图洛书之符号,象征秩序、结合与数术,象征理性与非理性的统一与融合;三是汉印章之篆字,象征人的力量与世间一切具象。另外加上咒语,如“洞府诸仙急急降”等等,一个符便画成,一笔一画均有讲究,并非鬼画符,其中人

的意志无所不在。符一:文曲星符。上面三个黑点表示天,像云朵相联。连线白圈如河图洛书,示星宿,相传文曲星有“六”,圆圈即为六个。其下图纹表示从天而降,并有冠之状,表示头脑聪明,最后曲线纹,示“文曲”。符二:相思符。上边弓字表人体,口形:示意嘴想说话,中间表示一男一女想接吻,“千山”表示相隔遥远,“八文”即有背礼仪,“八”为“别”,为“背”;“文”指文明礼仪。远隔千山万水之男女,还想在一起说话,亲热,好像着了魔、闹了鬼一样,所以最下是个鬼字。符三:春心符。日为白昼,月为夜,三日三月,示日日夜夜,尸为人仰之形,元为头为首、为根本,神指神气、精指爱欲,精指精力。此符像心神着魔,日夜煎熬,春心荡漾。《抱朴子》认为“符出于老君,皆天文也。老君能通于神明,符皆神明所授。”二是符中有“道”与“法”。道教以书符念咒为作法之手段,称为“符法”、“道法”,强调内炼金丹,外用符法。三是符篆与中医学。一方面他们在人的精神上一味地造势,人以压力或放松,让你的注意力在病灶上集中或转移,古代医字写作“𠄎”,医源于巫,大概不会错。将“道教”和“道家”分置于不同章节,主要是因为“道家”思想属形而上的哲学文化范畴,“道教”术技属形而下的科学技术范畴。医学从古到今都是过去和现时科学理论、方法、技术的集大成。无论何种医学都有义务为此而贡献,更有义务为此而充实和发展自己,只有这样才能与时俱进,才能实现大美。

3.3.3 才艺志趣 中医学和历代中医士才,都有着深厚的中国文化功底和艺术才华。从《黄帝内经》、《神农本草》、《伤寒杂病论》到《千金方》、《诸病源候论》、《温病条辨》,无不显示着思想的雄略、文笔的流畅、文采的飞扬、文情的细腻、文路的娟丽、文意的精深。中医著作特别是经典和知名医家的文笔精丽华美是不言而喻的,其中的共同美体现在一是气略宏大,如“医道虽繁,一言以蔽之,曰阴阳而已。”;二是书文精炼,如“阴平阳秘,精神乃治。”;三是概念对偶,如“正胜邪退”、“罐邪盛正衰”;四是取象比类,如“心者,君主之官也,神明出焉。”;五是论述精当,如“西方者,金玉之域,沙石之处,天地之所收引也。”。诗赋歌诀也是中医美的一种体现。大量的药、方都以歌赋的优美上口的方式存在和学习记忆。就连最基本的诊断方法也汇编成赋,如“十问歌”。另外许多医家还将日常于

民的医药及养生知识用诗赋来表达。现掬孙思邈之《养生铭》共享：“怒胜偏伤气，思多太损神。神疲心易役，气弱病相侵。忽被悲欢极，当令饮食均。再三防夜醉，第一戒神瞋。亥寝鸣云鼓，寅兴漱玉津。妖邪难犯已，转气自传身。若要无诸病，常当节五辛。安神宜惊乐，惜气保和纯。寿夭休论命，修行在各人。若能遵此理，平地可朝真。”另外琴、棋、书、画亦为医家，特别是历代中医学家所推崇、所习好、所精艺，也为现代医者树立了创造美和欣赏美的榜样。

4 中医性美学的发展趋势

如果说中医学属于一级学科，中医性学为二级学科，那从中医性美学则是一个综合的三级学科。它不仅要解决中医性学中所要涉及的美学问题，更要涉及各科与性直接和间接的相关问题。“食色，性也。”传统的生命观与现代的生命内涵（获取能量，新陈代谢“食”；繁衍后代，种族延续“色”）是如此的相一致。弗洛伊德精神分析的思想和方法从某种层面揭示了人的原始和现始的原驱力——“性”，而这种“性”的最高表现形式和审判形式是美。而在马斯洛的五层次需要（生理需要－安全需要－爱和归属的需要－尊重的需要－自我实现的需要）之上，在自我实现中还有两种更为高级的需要，这就是认知的需要和审美的需要。就此可以明确昭示性、性爱、美、审美在中医性学及至整个中医学、医学中的存在和作用。可以说只要涉及人，就一定关乎性、关乎美。当医学经过几千年之后的更高级回归成为一个地地道道的最为广泛的综合学科的时候，当医学是社会、心理、生物甚至环境四位一体的时候，当个性化、人性化医疗成为趋向的时候，当医疗的重心前移为预防和保健的时候，性与美的存在和需要将是必然的。不过性美学一定不会是独立的，她将也应该是浸润在医学的各个学科之中相辅相成的发展。

参考文献

[1] 《中国性科学百科全书》编辑委员会，中国大百科全书

出版社科技编辑部. 中国性科学百科全书. 北京：中国大百科全书出版社，1998.

- [2] 孙庆民，赵志毅，高学贵主编. 青春期教育百科辞典. 济南：山东科学技术出版社，1994.
- [3] 徐天民，潘晓明，等主编. 中国性科学发展蓝皮书. 北京：北京大学医学出版社，2010.
- [4] 陈志椿，侯富儒. 中国传统审美文化. 杭州：浙江大学出版社，2009.
- [5] 王骥. 易经注译. 北京：中国社会科学出版社，1990.
- [6] 任法融. 道德经释义. 西安：三秦出版社，1993.
- [7] 赵建伟. 周易今注今译. 北京：商务印书馆，2005.
- [8] 朱熹，吕祖谦. 近思录. 郑州：中州古籍出版社，2004.
- [9] 朱熹. 朱子全书. 上海：上海古籍出版社，2002.
- [10] 丁福保. 佛学大辞典. 北京：文物出版社，1984.
- [11] 中国道教协会，苏州道教协会. 道教大辞典. 北京：华夏出版社，1994.
- [12] 冯友兰. 中国哲学简史. 北京：新世界出版社，2004.
- [13] 李泽厚. 中国古代近代现代思想史论. 北京：北京商务印书馆，2009.
- [14] 佚名著，正坤编. 黄帝内经. 北京：中国文史出版社，2003.
- [15] 李彪. 中国传统性治疗学. 海口：三环出版社，1991.
- [16] 宋书功. 中国古代房室养生集要. 北京：中国医药科技出版社，1991.
- [17] 曲黎敏. 中医与传统文化. 北京：人民卫生出版社，2005.
- [18] 金芷君，张建中主编. 中医文化掇萃. 上海：上海中医药大学出版社，2010.
- [19] 张法. 美学导论. 北京：中国人民大学出版社，2004.
- [20] 周宪. 美学是什么. 北京：北京大学出版社，2002.
- [21] 王付编著. 伤寒杂病论释疑解惑. 北京：人民军医出版社，2009.
- [22] 明·李时珍原著. 柳长华，柳璇校注. 本草纲目. 北京：中国医药科技出版社，2011.
- [23] 唐·孙思邈著. 焦振廉，胡玲，张琳叶，等校注. 备急千金要方. 北京：中国医药科技出版社，2011.
- [24] 马斯洛，等. 人的潜能和价值. 北京：华夏出版社，1987.
- [25] 马斯洛. 存在心理学探索. 昆明：云南人民出版社，1987.

[收稿日期：2012-05-14]

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2012.11.031

· 大众性学 ·

迷人的性爱后戏乐章

甄宏丽

北京五洲妇儿医院, 北京 100022

越来越多的人重视性生活质量了,越来越多的女性敢于享受性福了。但是人们往往把焦点集中于前戏、性唤起、性高潮上面,而忽略了后戏在性生活的重要性。这体现了人们相对狭隘的性爱观。性生活不是简单的从没有性功能障碍-可以发生-顺利发生-有性唤起-充分性唤起-有高潮-同时高潮-女性多重高潮的过程。这样的认识依然只是停留在性技巧和性生理层面,性生活不是目的,而是手段,是增进伴侣亲密度的杀手锏。很多病人的主诉是“我有高潮,但是我还是不想和他做爱”。原因很简单,他们不相爱,不亲密,不互相需要。我相信,处在激情期的情侣不缺乏亲密感和相互的吸引力,但是为什么我们抵抗不住时间的杀伤力,眼看着性的激情从指尖无情流过而你却不知所措呢?看看上面的流程图,你就不难发现,怎么没有提及“后戏”呢?

后戏确实被很多人忽视,甚至有人根本不知道还有后戏的必要。“做爱完了以后,特别是做爱时间长了,完事以后我就特别累,特想睡觉,哪有精神后戏啊,这合理吗?”这是很多人的困惑,男人女人都有这种困惑。诚然,性爱是缓解疲劳和压力的良药,高质量的性爱过后一定非常放松,接下来的睡眠顺理成章,我们没有必要强迫自己后戏。但是从来没有规定说做爱多长时间以内要做后戏啊!当我们从美梦中醒来,看着和自己刚刚共浴爱河的伴侣睡在身边,这个时候正好是后戏的时刻。

回忆刚刚的(或者是昨夜的)性爱过程,不需要多么有文采的辞藻,从你口中说出来的每一个字此时此刻都浸满了爱意,用你自己的话,叙述出你的感受,越真实越感人(伴侣能接受的范围内的粗话也行),伴侣都会感觉是甜言蜜语,会被深深打动的,而且记忆深

刻。如果两个人相互拥抱着说这些,甜蜜的感觉油然而生。即使你不说,听着他说,也是一种享受,如果两人能互动最好。如果伴侣对性生活沟通交流有障碍,这个阶段是最好的破冰时刻。因为你身心放松,情绪平稳,内心安全,这时人们最有勇气真实的表达自己,也最有耐心去倾听他人。依托着有效的沟通,性的满足感越来越浓,伴侣间的依恋和亲密感想不加深都难啊!跟着感觉,如果你们“性”致盎然,再来一次性爱的可能性很大哟。如果要赶时间上班,那就要注意后戏的尺度,留着这种感觉,下班后你还担心他不想回家吗?

如果是一次感觉不好的性爱,结束后两人的放松感较差,这时候太多的言语显得画蛇添足。适当的肢体语言就是后戏的主角了,比如轻轻的贴着他的身体,或者搂着他的胳膊躺着,比较适用。这样给人宽容、尊重、不离不弃的感觉,是鼓励伴侣的最好方式。

后戏是性爱内涵无限延展的阶段,没有前戏时的性兴奋,没有高潮中的疯狂,它是性与情结合的最显著的部分。做完爱马上消失的人,一定不爱你!做完爱不知道缠绵的人多半比较理性,感性的东西体会的比较浅。如果说性生活和谐是生活质量提升的重要内容的话,后戏则是伴侣感情加深的非常重要的环节。你会从中体会到和他在一起的需要与被需要、真实的存着、难舍难分的依恋和爱的激情。能处理好后戏的伴侣,一定会让激情永驻的,只是程度上的变化而已。虽然不能让你们一直保持在最高水平的激情状态,但是这个程度一定能满足你当时的需要,让你的性生活满足感饱满的。

[收稿日期:2012-06-27]

【作者简介】甄宏丽(1973-),女,女性性治疗专家,心理学博士,主要从事性治疗与青少年性健康教育工作。