DOI:10.16016/j.1000-5404.1994.02.035

女阴尖锐湿疣27例治疗体会

许 岚 陈竹钦 陈 红* (第三军医大学大坪医院妇产科) 630042

生殖道尖锐湿疣由人乳头状瘤病毒感染引起,属性传播疾病,发病率逐年增多[1]。因其生长快、无特效药物,治疗较困难,被称作第2代性病。已肯定人乳头状瘤病毒感染与某些女性生殖器恶性肿瘤的发生有关[2],我们采用KS光热复合治疗仪治疗了27例女性下生殖道尖锐湿疣,效果良好。

1 临床资料

1992年9月至1993年3月共治疗女性下生殖道尖锐湿疣27例,其中3例合并妊娠。年龄最大52岁,最小20岁,平均39岁。已婚24例,未婚(有性伴)3例。发病1周~5月,尖锐湿疣患者数与同期淋病患者数之比为27:20。

27例患者中20例仅外阴有病灶(分布在阴阜、大小阴唇、肛周、尿道口),7例外阴及阴道均有病灶,6例病灶为单簇,21例为多簇,外观呈菜花状、鸡冠状或毛刺状。皮肤病灶呈灰白色,粘膜病灶呈粉白色。分为小病灶(最大径线≤1cm,22例)和大病灶(最大径线>1cm,5例)。临床医生根据检查结果作初步诊断,同时取病灶组织送病理检查(以后者为准),二者诊断符合率96%。

27例患者中10例合并其它性质的阴道或外阴感染,其中淋菌性1例,滴虫性2例,衣原体性3例,霉菌性2例,阴虱2例,给予相应治疗。

2 治疗方法及结果

2.1 方法

外阴备皮,1%新洁尔灭冲洗治疗区域,碘酒、酒精消毒,1%奴夫卡因局部浸润麻醉,将KS光热复合治疗仪(北京科龙生物医学技术开发公司生产)功率调至2.5~5 W,探头距病灶0.5 cm,照射时间根据病灶部位和大小而定,小病灶和粘膜病灶照至发白即可(数秒),皮肤表面的大病灶需照至略黄(数十秒),范围以达到病灶边缘为宜,照射后病灶无出血。本组患者中21例一次性照射全部病灶,6例因病灶大、多而多次照射,两次照射间隔3~4 d。

2.2 观察和处理

照射后每3 d至1周复查1次,观察项目包括:(1)病灶脱落、愈合情况。治疗后次日病灶开始脱落,形成浅表溃疡,无明显出血及渗出,患者感轻微疼痛,给1%硼酸液湿热敷或1:5000高锰酸钾液坐浴,保持创面清洁;(2)有无新生病灶,有些微小病灶或处于潜伏期的病灶初次治疗时未被发现,以后逐渐增大。本组有8例在初次治疗后出现新病灶,均在复查时发现并及时治疗。

2.3 治愈标准

照射后创面在7~20 d愈合,此后每周复查1次,连续4次无复发、无新生病灶,即为治愈。本组患者凡照射过的病灶均一次治愈,无复发及残留,病灶愈合后无斑痕,27例患者自治疗至完全治愈疗程最短1周,最长2月。

3 讨论

尖锐湿疣的治疗方法主要有药物治疗和物理治疗[2~4],KS光热复合治疗仪发出波长为0.4~2.6 μm的光波,对生物组织产生光热效应和光化效应,使病灶坏死脱落,达到治疗目的。照射后局部创面小、浅、无出血,较短时间即可愈合,痛苦小,患者能接受。有报道用CO_2激光治疗尖锐湿疣时,产生的烟雾中有人乳头瘤病毒DNA,造成治疗区域污染[5],而使用KS仪由于探头不接触病灶,故无组织炭化产生的异味和烟雾。27例患者经1次或多次治疗均痊愈,无后遗症,随访1~7月无复发。

治疗后保持局部清洁干燥,如创面较大,可酌情给抗菌素预防感染。性伴侣也要检查及治疗,治疗期间禁止性生活。

孕期患者尖锐湿疣病变往往发展迅速[3,6],本文3例孕妇病程均较短,外阴及阴道遍布大小不等的病灶。由于盆腔充血,病灶极易出血,加之不断有新生病灶出现,给治疗带来困难。治疗中我们做到动作轻柔、无菌操作,选用合适的抗菌素预防蜂窝织炎的发生[3],2例孕妇治疗初期单用KS仪,在非照射部位出现新生病灶,后来我们给这2例患者用KS仪照射后局部注射或喷洒干扰素,抑制病毒重新复制,有效地控制了新生病灶。3例孕妇分别治疗3~6次,均痊愈,1例终止妊娠,另2例已孕7月,胎儿发育正常。

关键词 尖锐湿疣;生殖器疾病,女性

中图法分类号 R752.53

* 重庆市中区妇幼保健所

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

参考文献

1 贺 晶. 女性生殖道尖锐湿疣的治疗. 国外医学:妇产科分册,1992,19:75

2 Ferenczy A. Comparison of 5-fluorouracil and CO_2 laser for treatment of vaginal condylomata. Obstet Gynecol, 1984, 64:773

3 Matsunaga J, Bergman A, Bhatia NN. Genital condylomata acuminata in pregnancy: effectiveness, safety and pregnancy outcome following cryotherapy. Br J Obstet Gynecol, 1987, 94:168

4 李维清,刘琼喜,蒋忠果 等. CO 激光、干扰素治疗女性下生殖道尖锐湿疣. 中华妇产科杂志,1988,23:228

5 Ferenczy A, Bergeron C, Richart RM. Carbon dioxide laser energy disperses human papillomavirus deoxyribonucleic acid onto treatment fields. Am J Obstet Gynecol, 1990, 163:1371

6 Ferenczy A. Treating genital condylomata during pregnancy with the carbon dioxide laser. Am J Obstet Gynecol, 1984, 148:9

(收稿:1993-05-11;修回:1993-09-16)

内窥镜下乳头括约肌切开术术中配合和术后处理

陈 敏 周永碧 李智华 王救川 (第三军医大学西南医院肝胆中心) 6300338

内窥镜下乳头括约肌切开术(Endoscopic duodenal papilo-sphincterotomy,EST),主要用于治疗胆总管结石和乳头括约肌狭窄[1],此术式具有不需要麻醉、不切开胆管及肠腔、创伤小、并发症少、疗效好等优点,颇受患者欢迎。我院自1987年7月至1992年6月共行EST 64例(72例次),现将术中配合和术后处理介绍如下:

1 临床资料

本组64例中,男28例,女36例,年龄20～73岁,病程36 d至10年,均有1～3次胆道手术史。临床诊断:胆总管探查取石术后胆总管下端残余结石30例;胆囊切除术后胆总管继发性结石21例;单纯乳头括约肌狭窄13例。51例结石中,最大直径2.2 cm、最小直径0.6 cm,一般为1～2枚,最多7枚。64例中,成功60例(93.8%),失败4例。治愈58例(90.6%),好转2例。

2 术中配合

我们用日本Olympus JF－20型十二指肠镜和CLE－10型高频电发生器,电凝指数均用3.5～4.5,采用退刀法。

乳头括约肌切开。术前准备同ERCP[2]。根据ERCP结果证实胆总管下端结石或乳头括约肌狭窄后行EST。配合过程中,与术者密切联系。根据术者的具体要求,将乳头切开线刀沿胆总管长轴插入,露出线刀1/4为最佳深度,沿着顺时钟10～12方向,将术前固定到位的线刀用力均匀、缓慢地拉成弓弦或推成弓背状,采用混合波型电源,每次电切1～2 s,反复多次,逐渐切开乳头括约肌至所需长度。术中配合注意:(1)切忌用力过猛拉断线刀使切割速度过快而发生出血;(2)电流强度不宜过大;(3)电切时间不能超过2 s;(4)注射造影剂时压力不宜过高,防止胰腺炎和胆管炎的发生。

取石篮取石(立即排石法)。根据结石大小、部位、乳头括约肌切开大小,在X线辅助和术者指导下,将结石纳入篮内,然后收紧取石篮,缓慢退至十二指肠,随同纤镜一并退出。此时,应防止将取石篮中的结石拖入胆总管括约肌段嵌顿。因此,切开前应根据结石校正法:结石实际直径(mm)＝X光片测得结石直径(mm)×$\frac{\text{内窥镜直径(已知11 mm)}}{\text{X线片上内窥镜直径(mm)}}$填重校正结石与切口大小。

3 术后处理

乳头括约肌切开后,乳头部切口创面有水肿,黑色坏死组织,造影剂对胰实质也有一定刺激。因此,EST术毕后患者应就地休息10～20 min,并密切观察病人有无心慌、口干、脉搏增快、腹痛、呕血等内出血和急性胰腺炎症状。如无不良反应方可回病房继续观察。

认真仔细地交接班,详细介绍检查情况,严密观察有无内出血、胆管炎、胰腺炎、肠穿孔、结石梗阻等并发症。2～4 h后查血淀粉酶,4 h后无上述症状者即可进冷流汁饮食。

EST术后,伤口有电触焦痂,附近肠壁组织水肿,切口口径有暂时缩小,如立即行T型管冲洗,易使焦痂脱落出血,所以,需T管患者术后3 d开始冲洗。方法:从T型管内滴入生理盐水250 ml加肝素12 500单位、庆大霉素8万单位,滴入速度以病人不感腹胀、腹痛为度。如在3～5 min滴完无反应,即说明结石已排除。本组有18例冲洗一周后经T型管造影,结石已排除而拔管。如照影仍有结石,需继续冲洗1～2周。冲洗T型

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net