

不同方法治疗肛周巨大尖锐湿疣的疗效分析

裴明祥¹, 朱宝峰², 裴广德³, 杜金锋³ (1. 焦作煤业集团中央医院普外科, 河南焦作 454000; 2. 河南省南阳市方城县中医院皮肤科 473200; 3. 焦作煤业集团中央医院皮肤科, 河南焦作 454000)

【摘要】 目的 通过对 3 种不同方法治疗肛周巨大尖锐湿疣的疗效对比分析, 寻找更为有效的治疗手段。**方法** 将 64 例肛周巨大尖锐湿疣随机分为 A、B、C 组。A 组 22 例采用疣体基底部缝扎手术切除, 局部干扰素注入; B 组 21 例采用微波去除疣体后, 局部干扰素注入; C 组 21 例仅做疣体基底部缝扎手术切除, 局部不作处理。详细记录各组治疗过程、痊愈时间、复发情况、治疗过程中出现的问题等, 最终进行比较分析。**结果** 治疗过程中, B 组出血量明显小于 A 组及 C 组; 3 组间创面愈合时间差异无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗结束时 B 组有效率 (95.24%) 明显优于 A 组 (72.73%) 及 C 组 (42.86%), 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。**结论** 微波联合干扰素治疗肛周巨大尖锐湿疣, 治疗过程出血较少、复发率低、治疗成本低, 值得临床借鉴。

【关键词】 巨大尖锐湿疣; 结扎切除; 微波治疗; 干扰素
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.22.035 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)22-3011-02

Analysis of therapeutic effect of different methods in the treatment of perianal giant condyloma acuminata PEI Ming-xiang¹, ZHU Bao-feng², PEI Guang-de³, DU Jin-feng³ (1. Department of General Surgery, Central Hospital of Jiaozuo Coal Group, Jiaozuo, Henan 454000, China; 2. Department of Dermatology, Fangcheng County TCM Hospital of Nanyang City, Nanyang, Henan 473200, China; 3. Department of Dermatology, Central Hospital of Jiaozuo Coal Group, Jiaozuo, Henan 454000, China)

【Abstract】 Objective To find out a more effective method by clinical comparative study of several different methods in treating perianal giant condyloma acuminata. **Methods** 64 patients with perianal giant condyloma acuminata were randomly divided into 3 groups, A group ($n=22$), B group ($n=21$) and C group ($n=21$). The patients of A group were injected interferon at bases after pointed condyloma has been resected. The patients of B group were treated with interferon on the basis of microwave operation. The patients of C group were treated with wart body resection. During therapy, a detailed record was made of in treatment process, cure time, recurrence and appearing problems. Finally, a comparative analysis was made of on the above results. **Results** The blood loss of B group was much less than that in A and C group. And there was no significant difference ($P>0.05$) in the wound healing time in the three groups. The effective rate of B group (95.24%) was higher than that of A group (72.73%) and C group (42.86%) at the end of treatment, with significant difference ($P<0.05$). **Conclusion** The treatment of microwave curing united interferon is effective, less bleeding, low recurrence rate and decreases the cost of medical treatment. It deserves the clinical reference in perianal giant condyloma acuminata.

【Key words】 giant condyloma acuminata; ligation resection; microwave curing; interferon

巨大尖锐湿疣(CA)首先由 Buschke 和 Lowenstein 在 1925 年描述, 又称为 Buschke-Lowenstein 巨大型尖锐湿疣, 好发于龟头和包皮, 也可见于女性外阴及肛门, 免疫抑制者, 可在肛门发生。此型尖锐湿疣病理学上无恶性证据, 是介于尖锐湿疣和鳞状细胞癌之间的肿瘤, 但多种致癌因素可促其恶变^[1]。本科于 2007~2012 年应用不同方法治疗 CA 64 例, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择焦作煤业集团中央医院皮肤科门诊、肛肠科门诊及南阳方城县中医院皮肤科门诊收治的 64 例患者, 均符合《皮肤病及性病学》关于 CA 的诊断标准, 疣体均围绕肛门周围生长, 每例患者至少有 1 个疣体最大直径不小于 5 cm; 醋酸白试验阳性; 行使治疗前至少 1 月内无使用皮质激素及免疫抑制剂、增强剂史, 无麻醉剂及干扰素过敏史^[2]。其中男 47 例, 女 17 例, 年龄 19~62 岁, 病程 3~16 个月。疣体直径 5~14 cm, 均环绕肛周生长, 外观看不到肛门, 表面呈菜花状并有

黏性分泌物, 质中等, 碰之易出血, 部分病例疣体表面有渗出、糜烂、脓性分泌物及恶臭味。活检病理报告为尖锐湿疣或鳞状上皮乳头状瘤。其中合并生殖系统疣 14 例, 合并妊娠 9 例, 合并淋病 4 例, 承认有不洁性生活史者 32 例。随机分为 A、B、C 组, 各组间性别、年龄、病程比较差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。见表 1。

表 1 各组临床资料比较

组别	n	性别(n)		年龄 ($\bar{x}\pm s$, 岁)	病程 ($\bar{x}\pm s$, 个月)
		男	女		
A 组	22	16	6	41.32 $\pm$ 5.30	4.25 $\pm$ 5.30
B 组	21	16	5	40.53 $\pm$ 6.60	4.34 $\pm$ 5.50
C 组	21	15	6	41.21 $\pm$ 5.10	4.14 $\pm$ 5.10

1.2 治疗方法 各组患者在治疗前均以 5% 冰醋酸做醋酸白

试验,尽量显示亚临床皮损。A 组患者采用左侧卧位,常规消毒,腰麻或局部麻醉,在疣体基底部以 7 号缝线贯穿缝扎,剪除结扎线上部残余疣体,如疣体基底过大者,将疣体分段缝扎后剪除。其余散在小疣体用高频电离子烧灼。用 α -2b 干扰素 100 万 U,加 2%利多卡因 2~3 mL 稀释后均匀注入疣体基底或皮下,隔日 1 次,共 9 次。局部外涂 1%莫匹罗星软膏,术后酌情使用止痛药如布洛芬缓释胶囊。B 组麻醉前部分程序同 A,麻妥后以微波治疗仪设定功率 30 w,时间 3 s,以杆状辐射探头尖端多点刺入疣体基底部,同时踩下脚踏开关至疣体基底部呈灰白色,且由软变硬时,则热辐射凝固完成,即可抽出探头。没达此效果可重复,基底部治疗完成后再次自疣体表面用相同的方法层层向下至疣体全部凝固脱落,以平捏将凝固脱落组织逐层去除,最后可对残存的基底部反复凝固多次。以与 A 组相同的方法完成之后的治疗(注药及外用药物等)。C 组手术方法与 A 组相同,手术后不做注射干扰素处理,外用 1%莫匹罗星软膏,疼痛较重者给予布洛芬缓释胶囊。所有患者术后均每隔 1 天局部换药 1 次。

1.3 观察方法 每组患者治疗中记录出血量,记录创面愈合时间,每半个月观察 1 次有无新出疣,记录期间复发次数。如有复发,每组均以既定方案重复治疗 1 次或多次,观察 3 个月。

1.4 疗效判定 痊愈为经治疗后创面皮肤愈合良好或瘢痕形成,3 个月内无新出疣体;有效为经治疗后皮肤愈合良好或瘢痕形成,在 3 个月观察期内复发 3 次以内,经相同的方法治疗后,在观察期满时无疣体存在;显效为经治疗后皮肤愈合良好或瘢痕形成,在 3 个月观察期内复发 3~6 次,但经相同的方法治疗,在观察期满时无疣体存在;无效为经治疗后皮肤愈合良好或瘢痕形成,在 3 个月观察期内复发 6 次以上,经相同的方法治疗后,在观察期满时仍有疣体存在。各组有效率=(痊愈病例+显效病例+有效病例)/各组总例数 $\times$ 100%。

1.5 统计学处理 采用 SPSS13.0 统计软件进行处理。计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用 *F* 检验,计数资料采用 χ^2 检验。以 *P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 治疗结果

2.1.1 术中出血量比较 A 组平均出血量(244.12 $\pm$ 5.21)mL;B 组(39.22 $\pm$ 4.12)mL;C 组(241.13 $\pm$ 6.24)mL。B 组出血量明显低于 A 组和 C 组(*F* 值分别为 142.599、123.741,*P*<0.05),而 A 组与 C 组差异无统计学意义(*F*=1.709,*P*>0.05)。

2.1.2 术后创面愈合时间比较 A 组平均创面愈合时间(9.14 $\pm$ 2.25)d;B 组(10.15 $\pm$ 2.13)d;C 组(9.24 $\pm$ 2.21)d,3 组创面愈合时间差异无统计学意义(*P*>0.05)。

2.1.3 3 组间临床疗效比较 见表 2。

表 2 3 组间临床疗效比较[n(%)]

组别	<i>n</i>	痊愈	显效	有效	无效	总有效情况
A 组	22	7(31.82)	5(22.73)	4(18.18)	6(27.27)	16(72.73)
B 组	21	12(57.14)	6(28.57)	2(9.52)	1(4.76)	20(95.24)
C 组	21	3(14.29)	2(9.52)	4(19.05)	12(57.14)	9(42.86)

B 组治疗明显优于 A 组及 C 组,差异有统计学意义(χ^2 值分别为 3.995、13.480,*P*<0.05)。而 A 组与 C 组相比,A 组优

于 C 组,差异有统计学意义($\chi^2=3.939$,*P*<0.05)。

3 讨 论

尖锐湿疣是人类乳头瘤病毒(HPV)感染所致,是最常见的性传播疾病之一,潜伏期 3~8 个月,平均 3 个月。该病全球传播,在我国呈逐年增多的趋势。有学者认为,肛门直肠及肛周 CA 是高度进展性肿瘤,具有复发和恶变的特性,但无远处转移的特性,复发率高^[1]。

手术切除和 CO₂ 激光汽化是治疗肛周尖锐湿疣的常用方法,但 CA 由于疣体基底较大,外科手术直接切除创面较大,往往需要植皮或带蒂皮瓣转移。多次反复切除易形成切口瘢痕挛缩,造成局部狭窄。直接手术切除出血量较多,且不能有效地清除亚临床病变及局部的病毒。CO₂ 激光治疗报告汽化物内会有病毒 DNA,提示激光汽化物有传播病毒 HPV 的危险性。在确定选择以手术方式去除疣体时,如何减少术中出血量及如何解决较大疣体手术切除后的皮肤缺损问题显得尤为重要。汤依晨等^[2]曾用疣体蒂部切除法治疗 CA 52 例取得了很好的效果,达到减少出血的目的。作者尝试了用类似的方法-疣体基底部结扎切除(C 组方法)治疗一部分患者也取得了同样的效果,且在逐一缝扎切除的过程中避免了较大的皮肤缺损。在观察局部加用 α -2b 干扰素注射(A、B 组方法)的疗效时发现,复发次数明显减少,其原因可能是干扰素的抗病毒、抗病毒复制及免疫调节作用以及其抑制了亚临床型 CA 的发展,局部注射该药后药物直接渗透到病灶,抑制病毒 DNA 复制提高淋巴细胞功能,增强 NK 细胞的溶细胞作用,提高抗病毒能力和自身免疫力,有效防止 CA 复发^[3]。近年来此方法已被较多地用于治疗 CA^[4-6]。本次观察中,用此方法治疗组(B 组)平均出血量(39.22 $\pm$ 4.12)mL,明显低于其他两组。另外,由于微波在疣体基底部作用同时,辐射会波及疣体周围一定范围而使得在疣体周围可能存在的亚临床症状得以治疗^[7-13]。从本次观察来看,应用疣体基底部缝扎、手术切除的方法治疗过程中出血量相对会少,而单纯手术切除治疗难以控制复发,在设定的观察时段内治愈率较低;局部加用 α -2b 干扰素注射能降低复发,提高治愈率;用微波联合局部干扰素注射,不但治疗时出血量少,且复发率低,虽然一些患者创面愈合较慢,但整体比较,与其他 2 组差异无统计学意义。

综上所述,应用微波加局部注射干扰素的方法治疗肛周 CA 出血较少、复发率低、简单易行、治疗成本不高,弥补了其他方法的部分不足,值得临床借鉴。

参考文献

[1] 王光超. 皮肤病及性病学[M]. 北京: 科学出版社, 2002: 361-366.
[2] 汤依晨, 陈晓罡, 赵琼芳, 等. 疣体蒂部切除法治疗巨大尖锐湿疣 52 例[J]. 临床皮肤科杂志, 2010, 39(4): 258.
[3] 王学军, 李敏. 综合治疗巨大尖锐湿疣的临床观察[J]. 中国性科学, 2007, 16(9): 25-27.
[4] 梁刘萍, 江丽芬, 于娜沙, 等. 手术联合微波治疗男性巨大尖锐湿疣 11 例[J]. 中华皮肤科杂志, 2005, 38(5): 296.
[5] 裴广德, 贾百泉. 微波联合其他方法治疗尖锐湿疣疗效观察[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2006, 22(1): 77-78.
[6] 郭文丽, 李克寒, 秦二英. 微波联合干扰(下转第 3015 页)

糖项目,以构建一个模式,为其他项目的比对分析奠定基础。

NCCLS EP15-A、EP6-A、EP9-A2 文件作为性能验证的指导性文件,近年来被实验室广泛应用^[4-7]。而在进行比对实验前,先要保证比对系统具有良好的精密度,这样检测结果才具有可比的前提。同时为比对系统选择合适浓度的标本,需要检测比对仪器测定的线性范围。因试剂厂家已明确给出性能参数,故实验室只需要进行验证^[8]。目前 EP15-A 提供了用户验证精密度方案,此方案只需 5 d,每天每个浓度重复测定 4 次,而 EP5-A2 方案则需 20 d^[9]。考虑到标本保存的不稳定性可能对实验的影响以及成本问题,所以选用 EP15-A 方案。

美国糖尿病协会(ADA)糖尿病最新的诊断标准:空腹血糖(FPG)大于或者等于 7.00 mmol/L;或口服葡萄糖耐量(OGTT)2 h 血糖大于或等于 11.10 mmol/L;或随机血糖大于或等于 11.10 mmol/L。参照此标准,笔者在进行精密度、线性范围评价及随后比对分析的 Bc 时均选择 Glu 浓度为 7.00 mmol/L 和 11.00 mmol/L 2 个医学决定水平的标本用来检测,以期更加贴近临床工作的需要。

在精密度和线性范围评价过程中,作为比对系统的日立 7600 的 s within、s total 及线性范围均达到厂家声明的检测性能,综合分析日立 7600 实验结果数据可靠,可作为比对系统进行进一步的比对实验。

本实验在评价两种检测系统可对性的过程中,并未检测到离群值。结果表明,罗氏 c311 的 Glu 结果较日立 7600 结果均有所偏低,说明存在一定的负偏倚,但两系统相关性很好(图 2)。进一步的回归分析表明,Glu 浓度在 2.80、7.00、11.10 mmol/L 3 个医学决定水平处 Bc 的 95%可信区间均小于 1/3 CLIA'88 的总误差。可以认为,罗氏 c311 就 Glu 检测项目而言,与日立 7600 具有较好的一致性。此项研究为本实验室全面开展检测项目仪器间的比对分析工作奠定了基础。

参考文献

- [1] National Committee for Clinical Laboratory Standards. User Demonstration of Performance for Precision and Accuracy; Approved Guideline EP15-A[S]. Wayne, PA:
- (上接第 3012 页)
- 素在尖锐湿疣治疗中的应用[J]. 中国误诊学杂志,2010,10(21):5128-5129.
- [7] 王昕海,李孟军,辛国明,等. 外科手术治疗肛周巨大尖锐湿疣 46 例临床体会 [J]. 上海医学,2007,30(8):622-623.
- [8] 钱革,吴剑波,禹卉千,等. 手术治疗 21 例巨大尖锐湿疣疗效观察[J]. 中国麻风皮肤病杂志,2009,25(8):636-637.
- [9] 唐云志,彭学标,李军,等. 剪除疣体加疣体根部注射聚肌胞治疗尖锐湿疣[J]. 实用医学杂志,2007,23(24):3970.
- [10] 郝延光. 中西药联合治愈 4 例巨大型尖锐湿疣[J]. 中国

NCCLS,2001.

- [2] National Committee for Clinical Laboratory Standards. Evaluation of the linearity of quantitative measurement procedures; a statistical approach; approved guideline EP6-A[S]. Wayne, PA: NCCLS, 2003.
- [3] National Committee for Clinical Laboratory Standards. Method comparison and bias estimation using patient samples; approved guideline EP9-A2[S]. 2nd ed. Wayne, PA: NCCLS, 2002.
- [4] De Koninck AS, De Decker K, Van Bocxlaer J, et al. Analytical performance evaluation of four cartridge-type blood gas analyzers[J]. Clin Chem Lab Med, 2012, 50(6): 1083-1091.
- [5] He M, Zhang J. Evaluation of four commercial biuret reagent kits of serum total protein by the American Association for Clinical Chemistry reference measurement procedure[J]. Clin Chem Lab Med, 2011, 49(6): 989-992.
- [6] Soldin SJ, Hardy RW, Wians FH, et al. Performance evaluation of the new ADVIA Centaur system cyclosporine assay (single-step extraction) [J]. Clin Chim Acta, 2010, 411(11/12): 806-811.
- [7] Jia KK, Zhang J. Evaluation of five routine glucose methods on an Olympus AU5400 analyzer using the CDC hexokinase reference method[J]. Clin Chem Lab Med, 2010, 48(3): 361-364.
- [8] 毕波,吕元. 定量检测方法学性能验证的系统设计[J]. 中华检验医学杂志, 2007, 30(2): 143-145.
- [9] National Committee for Clinical Laboratory Standards. Evaluation of precision performance of quantitative measurement methods; approved guideline EP5-a2[S]. 2nd ed. Wayne, PA: NCCLS, 2004.

(收稿日期:2013-04-09 修回日期:2013-06-12)

麻风皮肤病杂志,2008,24(8): 669.

- [11] 姜功平,余昌华,唐文莉. 手术后外用 5%咪喹莫特治疗巨大尖锐湿疣的疗效观察[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2008,22(4):225.
- [12] 张建平,万牛,周宗立,等. 液氮冷冻联合 5-氨基酮戊酸光动力疗法治疗巨大尖锐湿疣疗效分析[J]. 中国皮肤性病学杂志,2012,26(1):44-45.
- [13] 王波. 巨大尖锐湿疣 203 例临床分析[J]. 山西医药杂志, 2010,39(10):963-964.

(收稿日期:2013-05-14 修回日期:2013-07-15)