

参考文献

- [1] 林昌海,李丽仙,冉静,等.脑胶质瘤血液循环肿瘤标志物研究进展[J].重庆医学,2016,45(30):4293-4296.
- [2] 金星一,付超,于伟东,等.神经胶质瘤的生物学研究现状及进展[J].中国实验诊断学,2019,23(1):147-151.
- [3] 白庆岭,胡长伟,彭莹影,等.脑胶质瘤预后影响因素分析[J].临床误诊误治,2018,31(7):91-94.
- [4] 崔焕喜,柳琛.多模态 MRI、神经导航和超声在脑胶质瘤术中的应用[J].中国临床神经外科杂志,2016,21(11):721-723.
- [5] 惠小波,王彦平,李正明,等.超声造影在判断脑胶质瘤术肿瘤残留的临床价值[J].现代医学,2018,46(2):149-152.
- [6] 王佳,胡粟,胡春洪,等.脑胶质瘤 MRI 影像基因组学研究进展[J].磁共振成像,2018,9(10):725-730.
- [7] 张楠,杨本强.脑胶质瘤分级诊断的磁共振研究新进展

- [J].磁共振成像,2017,8(1):67-71.
- [8] 吴云龙,吕经柱.超声引导脑胶质瘤显微手术的应用价值和临床意义[J].中国肿瘤临床与康复,2016,23(11):1334-1336.
- [9] 高军喜,姜磊,杨磊,等.术中超声造影在不同级别胶质瘤手术切除中的应用价值[J].临床超声医学杂志,2015,17(10):658-662.
- [10] 陈正和,陈忠平.胶质瘤治疗的现状与思考[J].广东医学,2017,38(1):1-2.
- [11] 赵明,付旷,郭丽丽,等.定量动态增强 MRI 在脑高级别胶质瘤术前病理分级中的应用研究[J].中国实验诊断学,2016,20(1):42-44.
- [12] 张亚,丁晓,于宁,等.高分级脑胶质瘤术后复发的相关影响因素分析[J].齐鲁医学杂志,2017,32(4):379-381.

(收稿日期:2019-07-31 修回日期:2019-12-08)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.08.034

凉山州某县彝族人群 HIV 与 HBV、HCV、TP 合并感染现状分析

杨琴¹,冯虹²,阿别医合^{3△},尼惹拉且³,李阿甲³,某色阿尖³,董银珍³

四川省绵阳市人民医院:1.检验科;2.信息科,四川绵阳 621000;3.凉山州昭觉县人民医院检验科,四川凉山 616150

摘要:目的 分析四川省凉山州某县彝族人群人类免疫缺陷病毒(HIV)合并乙型肝炎病毒(HBV)、丙型肝炎病毒(HCV)和梅毒螺旋体(TP)感染情况。方法 选取 2018 年到凉山州某县人民医院进行输血前检查的 496 例彝族 HIV 感染者作为研究对象,所有研究对象均经凉山州疾病预防控制中心确认为 HIV 阳性感染者,HBV、HCV 及 TP 均采用酶联免疫吸附试验检测,比较分析不同性别、年龄研究对象 HIV 与 HBV、HCV 和 TP 合并感染情况。结果 496 例彝族 HIV 感染者中男 323 例(65.12%),女 173 例(34.88%);单纯 HIV 阳性 157 例(31.65%),发生 HBV、HCV、TP 合并感染共 7 种类型,合计 339 例(68.35%),其中男 272 例(80.24%),女 67 例(19.76%),男性合并感染比例明显高于女性;HIV、HCV 合并感染 227 例(45.77%),HIV、HBV 合并感染 18 例(3.63%),HIV、TP 合并感染 11 例(2.22%),HIV、HCV、HBV 合并感染 41 例(8.27%),HIV、HCV、TP 合并感染 32 例(6.45%),HIV、HBV、TP 合并感染 3 例(0.60%),HIV、HCV、HBV、TP 合并感染 7 例(1.41%);感染的高峰年龄是 >30~40 岁,且以 HCV 合并感染为主。结论 凉山州某县彝族人群 HIV 合并 HBV、HCV 和 TP 感染比例较高,并且存在多种病毒合并感染形式,建议 HIV 感染者要及时进行 HBV、HCV 和 TP 检测,对疾病的预防、诊断和治疗采取有效措施。

关键词:彝族; 人类免疫缺陷病毒; 乙型肝炎病毒; 丙型肝炎病毒; 梅毒螺旋体; 合并感染

中图分类号:R115

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2020)08-1124-04

人类免疫缺陷病毒(HIV)与乙型肝炎病毒(HBV)、丙型肝炎病毒(HCV)和梅毒螺旋体(TP)存在相似的传播途径(如性传播、血液传播、母婴传播等)和易感人群^[1-4],HIV 与 HBV、HCV 和 TP 合并感染导致了严重后果和公共威胁,人们对其重视程度越来越高。四川省凉山州是 HIV 感染的重灾区,近年来,随着静脉吸毒人员的增加和人们性观念的不断开放,HIV 合并感染的发生率越来越高。为了解凉山州某县彝族人群 HIV 合并感染情况,本研究对 2018

年 496 例彝族人群 HIV 合并感染情况进行回顾性分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年在凉山州某县人民医院进行输血前检查的 496 例彝族 HIV 感染者作为研究对象(已排除重复检测)进行回顾性分析,其中男 323 例(65.12%),女 173 例(34.88%);年龄 2~68 岁,中位年龄 34 岁。

1.2 仪器与试剂 检测仪器:mindray MW-12A 洗

△ 通信作者,E-mail:409997847@qq.com.

板机、mindray MR-96A 酶标仪; HIV 检测试剂由北京万泰生物药业股份有限公司提供, HBV、HCV 和 TP 检测试剂均由上海科华生物工程股份有限公司提供。

1.3 研究方法 采集 496 例研究对象(均为某县彝族人群)静脉血 3 mL, 放置 15 min 后, 以 4 000 r/min 离心 10 min 分离血清, 采用酶联免疫吸附试验(ELISA)对 HIV、HBV、HCV 及 TP 进行检测, 严格按照试剂说明书操作。HIV 初筛有反应者均经凉山州疾病预防控制中心(CDC)确认为 HIV 感染。

1.4 统计学处理 采用 SPSS22.0 统计软件进行数据分析处理, 检验水准 $\alpha=0.05$ 。计数资料以例数或百分率表示, 组间比较采用 χ^2 检验; 等级资料和计量资料(非正态)比较采用秩和检验, 感染类型的一致性分析采用 Kappa 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 男、女性各年龄段 HIV 感染情况比较 见表 1。男性感染比例明显高于女性, 差异有统计学意义($P<0.05$); 感染高峰年龄为 $>30\sim40$ 岁, 不同年龄者 HIV 感染率差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 1 496 例彝族不同性别、年龄 HIV 感染者感染情况比较[n(%)]

性别	n	≤20 岁	>20~30 岁	>30~40 岁	>40~50 岁	>50 岁
男	323	19(5.88)	39(12.07)	167(51.70)	78(24.15)	20(6.20)
女	173	14(8.09)	43(24.86)	64(36.99)	36(20.81)	16(9.25)

2.2 HIV 合并 HBV、HCV 和 TP 感染情况分析

2.2.1 HIV 合并感染类型分析 见表 2。496 例彝族 HIV 感染者中单独 HIV 感染 157 例(31.65%), 合并感染 HBV、HCV 和 TP 共 7 种类型, 合计 339 例(68.35%), 其中 HIV、HCV 合并感染 227 例(45.77%), HIV、HBV 合并感染 18 例(3.63%),

HIV、TP 合并感染 11 例(2.22%), HIV、HCV、HBV 合并感染 41 例(8.27%), HIV、HCV、TP 合并感染 32 例(6.45%), HIV、HBV、TP 合并感染 3 例(0.60%), HIV、HCV、HBV、TP 合并感染 7 例(1.41%)。经 Kappa 一致性检验分析, HIV 感染者中, HCV 与 HBV、HCV 与 TP、TP 与 HBV 合并均无一致性。

2.2.2 合并感染患者性别与年龄分析 见表 3。调查发现, 496 例 HIV 感染者中合并 HCV 感染 307 例(61.90%), 明显高于合并 HBV 感染者 69 例(13.91%)和合并 TP 感染者 53 例(10.69%), 差异均有统计学意义($\chi^2=55.14, 54.28, P<0.05$), HBV 与 TP 感染率差异无统计学意义($\chi^2=0.008, P>0.05$)。339 例 HIV 合并 HBV、HCV 和 TP 感染者中, 男 272 例(80.24%), 女 67 例(19.76%), 男性合并感染比例明显高于女性, 差异有统计学意义($P<0.05$), 且合并感染类型更多。男性合并 HCV、HBV 感染的比例均高于女性, 差异均有统计学意义($P<0.05$); 男女合并 TP 感染比例差异无统计学意义($P=0.344$)。合并感染的高发年龄段是 $>30\sim40$ 岁。

表 2 496 例彝族 HIV 感染类型比较[n(%)]

感染类型	男	女	合计
HIV	51(10.28)	106(21.37)	157(31.65)
HIV+HCV	191(38.51)	36(7.26)	227(45.77)
HIV+HCV+HBV	38(7.66)	3(0.60)	41(8.27)
HIV+HCV+TP	23(4.64)	9(1.82)	32(6.45)
HIV+HBV	11(2.22)	7(1.41)	18(3.63)
HIV+TP	3(0.60)	8(1.62)	11(2.22)
HIV+HCV+HBV+TP	4(0.81)	3(0.60)	7(1.41)
HIV+HBV+TP	2(0.40)	1(0.20)	3(0.60)
合计	323(65.12)	173(34.88)	496(100.00)

表 3 339 例彝族 HIV 和 HBV、HCV、TP 合并感染情况比较[n(%)]

年龄(岁)	HBV、HCV、TP、 HIV 合并感染		HBV、HIV 合并感染		HCV、HIV 合并感染		TP、HIV 合并感染	
	男	女	男	女	男	女	男	女
≤20	8(2.35)	2(0.58)	5(1.48)	1(0.29)	3(0.88)	1(0.29)	0(0.00)	0(0.00)
>20~30	34(10.03)	16(4.72)	7(2.06)	7(2.06)	32(9.44)	5(1.48)	1(0.29)	6(1.77)
>30~40	145(42.77)	31(9.14)	28(8.26)	5(1.48)	135(39.82)	30(8.85)	18(5.31)	9(2.65)
>40~50	68(20.06)	13(3.83)	11(3.24)	0(0.00)	72(21.24)	11(3.24)	10(2.95)	5(1.48)
>50	17(5.01)	5(1.47)	4(1.18)	1(0.29)	14(4.13)	4(1.17)	3(0.88)	1(0.29)
合计	272(80.24)	67(19.76)	55(16.22)	14(4.13)	256(75.52)	51(15.04)	32(9.44)	21(6.19)
χ^2	106.5		6.251		133.023		0.896	
P	<0.001		0.012		<0.001		0.344	

3 讨 论

近年来,我国 HIV 新发感染人数不断增加,部分地区获得性免疫缺陷综合征(AIDS)疫情蔓延形势十分严峻,且 HIV 合并感染占比有上升趋势。由于不同病毒间的生物学影响,使感染者临床表现复杂,从而使合并感染的临床治疗变得更加困难。不同地区 HIV、HBV、HCV、TP 合并感染有一定差异性,开展本地区感染情况的调查有利于了解该人群的感染特点,为其预防控制提供依据。

本研究调查分析了凉山州某县彝族人群 HIV 感染情况,年龄 2~68 岁,中位年龄 34 岁。该地区 HIV 感染者大多数有静脉吸毒史,多为青壮年男性,且性行为活跃,增加了感染概率。本研究结果显示,感染的高峰年龄为 >30~40 岁,且男性比例(65.12%)明显高于女性(34.88%)。

随着高效抗反转录病毒治疗(HAART)的应用,HIV 感染者的病死率和机会感染等合并症已明显减少,AIDS 患者的生存率得到明显提高,合并感染肝炎病毒引起的慢性肝病已成为 HIV 感染者死亡的主要因素之一^[5]。我国是病毒性肝炎发病率较高的国家,HBV、HCV 感染人群居世界前列,且目前我国 HIV 感染已进入快速增长期,因为拥有共同的传播途径,HIV、HBV、HCV 合并感染也迅速增加^[6]。因此,加强这方面的研究对于防治 HIV、HBV、HCV 合并感染的流行有重要意义。

据文献报道,由于注射毒品是吸毒人群中 HIV 与 HCV 共同的有效传播途径,凉山彝族地区 HIV 感染者以彝族居多,且大多数有静脉吸毒史,因此它们的流行存在相关性^[7-9]。HIV/AIDS 患者中 HCV 感染率可达 25%,并且随着感染途径的不同而变化,在静脉注射毒品的 HIV 感染者中有 70%~90% 合并 HCV 感染^[10]。本研究结果显示,该县彝族人群 HIV、HCV 合并感染率为 61.90%,与文献^[10]报道水平相似。

HIV/AIDS 的进展与不同病原体合并感染有一定关联,HIV、HCV 合并感染后,HIV 可能通过直接或间接作用于 HCV,使 HCV 复制增加并使 HIV 感染者 CD4⁺T 细胞快速下降,加速 HIV 疾病的进展。同时,肝脏活动性病变更增多,肝硬化发生率增加,肝功能衰竭的发生率比单纯 HCV 感染者高 21 倍^[11]。

国内研究显示,HIV 感染者的 HBV 阳性率为 3.80%~13.56%^[6],本文调查人群合并 HBV 感染率为 13.91%,略高于报道水平,可能与地域、年龄、民族、调查时间和感染途径等多种因素有关。HIV、HBV 合并感染后,HBV 感染可加速 HIV 感染者的病程和增加 HIV 感染者死亡;HIV 感染可影响 HBV 感染的自然史,二者合并感染导致 HIV 疾病进展加快和 AIDS 生存率下降。调查人群的 HIV/HBV 感染率远远低于 HCV 的合并感染率,这可能与乙肝疫

苗的使用有关。

本次调查发现,该县彝族人群 HIV、HBV、HCV 合并感染率较高(8.27%),略高于报道水平(2.20%~8.41%)^[6],男性合并感染比例明显高于女性,且合并感染类型更多,这与彝族男性青年喜欢饮酒,乙醇加重了肝脏组织的损伤密切相关。在 HIV 感染早期,HCV 可抑制 HBV 的复制,感染后期,HBV 复制占优势。HBV/HCV 两种嗜肝性病毒共同对肝脏的作用使肝组织损伤逐渐趋于慢性化和重症化,是 HIV 感染者肝硬化发生率上升的必然结果^[12]。为了控制疾病的进程,应积极采取措施防止 HIV、HBV、HCV 的传播。对抗-HBs 阴性的 HIV 感染者应及时注射乙肝疫苗预防 HBV 感染,对 HIV、HBV、HCV 合并感染者应适时进行 HAART,有助于提高淋巴细胞数量,减少 HBV、HCV 慢性感染的发生率。

TP 与 HIV 存在共同的传播途径,由于 TP 感染所造成的皮肤及黏膜损害,可以使梅毒患者感染 HIV 的概率增加 2~5 倍^[13];1 期梅毒患者常伴有局部溃疡,明显加强带有 CD4⁺受体信息的目标细胞,所以其对 HIV 感染的易感性会增加 2~10 倍^[14]。当 TP 与 HIV 发生合并感染时,各期梅毒的体征均可出现,疾病发展进程较单独 TP 感染时变快,神经性梅毒发病风险增高^[15]。凉山地区 HIV 和 TP 合并感染率达 10.69%,与相关报道的 11.8% 接近^[16]。因此,加强彝族人口卫生知识宣传和高危行为的干预尤为重要。

HIV 感染越来越受到人们的重视,它不仅是一种疾病,更是一个社会问题,需要全社会的关注和努力。凉山州 HIV 感染的彝族人群具有较高的 HBV、HCV、TP 合并感染率,是影响该地区人群健康的主要问题,要科学防治 HIV 的感染及传播,就必须重视合并感染。对 HIV 感染者常规筛查 HBV、HCV、TP,做到早发现、早诊断、早治疗,有助于提高 HIV 感染者的预后及生活质量。

参考文献

- [1] INOUE T, TANAKA Y. Hepatitis B virus and its sexually transmitted infection-an update [J]. Microbial Cell, 2016, 3(9): 420-437.
- [2] ZHANG F J, ZHU H, WU Y S, et al. HIV, hepatitis B virus, and hepatitis C virus co-infection in patients in the China National Free Antiretroviral Treatment Program, 2010-12: a retrospective observational cohort study [J]. Lancet Infectious Diseases, 2014, 14(11): 1065-1072.
- [3] KOURTIS A P, BULTERYS M, HU D J, et al. HIV-HBV coinfection: a global challenge [J]. N Engl J Med, 2012, 366(19): 1749-1752.
- [4] WANG H, LI Y. Immunological and virological responses to cART in HIV/HBV co-infected patients from a multi-center cohort [J]. AIDS, 2012, 26(14): 1755-1763.
- [5] 兰青, 韦嘉, 范晶华, 等. 云南部分地区 HIV/AIDS 合并

HBV 感染的流行现状[J]. 昆明医科大学学报, 2015, 36(5):161-163.

[6] 王敏, 范学工, 徐丹. 长沙地区 HIV/AIDS 合并 HBV/HCV 感染的调查分析[J]. 中国感染控制杂志, 2008, 7(3):194-196.

[7] 吕松琴, 李惠萍, 余文林. HIV 感染者不同人群合并 HCV 感染情况调查与分析[J]. 首都医药, 2007, 14(10):28.

[8] 陈栋, 陈俐丽, 钊慧芬, 等. 温州地区艾滋病感染者和病人合并感染乙肝、丙肝、梅毒等疾病的研究[J]. 中国卫生检验杂志, 2012, 22(3):587-590.

[9] 杜晓菲, 张永宏, 马丽, 等. 人类免疫缺陷病毒和丙型肝炎病毒重叠感染者的临床及免疫特征[J]. 中华肝脏病杂志, 2008, 16(5):345-348.

[10] 陈超, 游晶, 杨微波, 等. HIV/AIDS 合并乙型肝炎病毒和(或)丙型肝炎病毒感染的研究进展[J]. 中国全科医学, 2012, 15(9):955-958.

[11] 王安绪, 贾文玲, 魏顺远, 等. HIV 感染者重叠 HCV、HBV 及梅毒感染状况调查与分析[J]. 河南预防医学杂志, 2008, 19(4):260-266.

[12] 骆嘉拉, 桂希恩, 庄柯. 艾滋病患者中 HCV、HBV 及 HGV 的感染状况[J]. 世界华人消化杂志, 2003, 11(11):1835-1837.

[13] 巩伟兵, 张芳, 赵志亮, 等. 一例出国朝觐人员 HIV、梅毒与乙型肝炎合并感染分析[J]. 口岸卫生控制, 2018, 22(6):53-54.

[14] 孙洪清, 肖宏, 沈芳, 等. 重视艾滋病合并梅毒感染疾病[J]. 医学研究杂志, 2014, 43(5):1-3.

[15] OSINDE M, KAKAIRE O, KAYE D K. Sexually transmitted infections in HIV-infected patients in Kabale Hospital, Uganda[J]. J Infect Dev Ctries, 2012, 6(3):276-282.

[16] 吕金娥, 白志瑶, 雷志辉, 等. HIV 合并 TP/HCV/HBV 感染者结果分析[J]. 实用检验医师杂志, 2017, 9(2):93-95.

(收稿日期:2019-08-21 修回日期:2019-12-09)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.08.035

心理护理干预在微雕点阵激光美容手术中的应用及对患者心理波动的影响

郭建萍, 廖月明, 袁晓燕

陕西省汉中市中心医院医疗美容整形外科, 陕西汉中 723000

摘要:目的 探讨心理护理干预在美容整形中的护理效果及对心理波动的影响。方法 选取 2014 年 8 月至 2018 年 9 月该院收治的美容整形患者 400 例作为研究对象, 随机分为对照组和研究组, 每组各 200 例。对照组采用常规护理, 研究组采用心理护理。结果 研究组患者疼痛程度低于对照组, 满意度高于对照组, 抑郁自评量表和焦虑自评量表评分均低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 对美容整形患者进行心理护理, 可改善其心理波动及不良心理, 临床应进一步推广应用。

关键词:心理护理干预; 微雕点阵激光美容手术; 护理效果; 心理波动

中图分类号:R471

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2020)08-1127-04

当前人们的生活质量不断提升, 人们开始对自己的缺点、外貌、体型也关注起来, 促使整形美容的人群不断增多, 希望通过手术方法来达到审美需求或解决身心上的问题。大部分通过整形美容变美的人群均存在不同程度的心理问题, 会对手术效果的满意程度和就医的动机产生影响^[1]。虽然大部分局部麻醉整形美容人群无需住院, 可在很大程度上降低人们的痛苦, 但同时也存在某些方面的难题, 主要体现在与医护交流的时间短、不了解手术治疗过程中可能造成的机体伤害, 加之患者对医学方面知识的欠缺, 从而使患者进入手术室后极易出现紧张、焦虑等严重负面情绪。本研究对在本院美容整形患者护理中加强了心理护理干预, 取得了满意效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 8 月至 2018 年 9 月本院收治的面部美容整形患者 400 例作为研究对象, 随

机分为对照组和研究组。对照组 200 例, 其中男 40 例, 女 160 例, 年龄 24~39 岁, 平均(31.5±4.7)岁; 观察组 200 例, 其中男 50 例, 女 150 例, 年龄 18~46 岁, 平均(32.2±4.2)岁。两组患者性别、年龄等一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。本研究经本院伦理委员会审核批准。

1.2 纳入和排除标准

1.2.1 纳入标准 (1)患者临床资料完整;(2)患者对本研究内容知情, 并且签署知情同意书。

1.2.2 排除标准 (1)合并严重血液系统疾病者;(2)合并严重精神障碍者;(3)合并严重脑部、心脏、肾脏及肝脏方面疾病者;(4)妊娠期、哺乳期妇女;(5)眼部合并外伤史者;(6)合并明显瘢痕体质者。

1.3 方法 两组患者均应用激光美容, 先对患者瘢痕表面进行麻醉, 麻醉 1 h 后进行清洁, 使用重庆京渝公司生产的 SPLB200 型脉冲激光美容治疗机磨削患