

2.2 2 组患者阴道局部体征积分 治疗前, 观察组阴道局部体征积分为 (9.32 ± 1.58) 分, 对照组阴道局部体征积分为 (10.66 ± 2.39) 分; 治疗后, 观察组阴道局部体征积分为 (1.46 ± 2.20) 分, 对照组阴道局部体征积分为 (4.15 ± 2.32) 分。治疗后 2 组患者阴道局部体征积分均有明显改善, 且观察组改善效果更加明显, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

### 3 讨 论

老年性阴道炎又称为萎缩性阴道炎, 是妇科常见临床疾病之一。该病多发于绝经后女性, 主要是由于卵巢功能衰减, 致使雌激素水平下降, 加之病原菌感染引起。据相关统计数据表明, 老年性阴道炎的发病率是 41%, 给老年女性带来极大影响。中医并无“老年性阴道炎”这个疾病, 故根据疾病特点, 将其归属为“阴痒”“带下病”等范畴, 认为其多是由于肝肾亏虚、中气下陷、脾胃虚弱等因素所导致。临床治疗中, 对于脾虚湿热多采用易黄汤治疗, 取其健脾、除湿、止带的效果<sup>[6]</sup>。

远程护理主要包括对服务对象开展健康教育和提供远程护理会诊内容。目前展开远程护理的方式以电话、网络、电子邮件等为主。在实施远程教育前, 需对患者进行常规健康教育, 并保持与患者的联系, 及时解答患者的问题, 以免耽误病情<sup>[7-8]</sup>。有学者报道, 采用远程护理, 可以减少患者的住院时间, 节省护理成本<sup>[9]</sup>, 将远程护理用于代谢综合征患者的护理, 可以明显改善患者的病情<sup>[10]</sup>。老年性阴道炎由于病程相对较长, 因此采用远程护理对患者有重要意义。

本研究结果显示, 观察组治疗总有效率为 92.8%, 对照组治疗总有效率为 71.4%, 观察组患者治疗后阴道局部体征积分优于对照组。远程护理联合易黄止带汤治疗老年性阴道炎的临床效果较为明显, 值得推广。

### 参考文献

[1] 屈强, 钱正英. 湿热型妇科炎症的中医药治疗[J]. 光明中医, 2015, 30(7): 1523-1524.

### • 临床探讨 •

## 中药治疗 CIN I 合并高危型 HPV 感染的疗效\*

许彩芹, 李艳华, 李颖敏, 张 洁, 李红梅, 曲 莉  
(河北省秦皇岛市妇幼保健院妇科 066000)

**摘要:**目的 研究保妇康栓联合中药汤剂对低度宫颈上皮内瘤变(CIN I)合并高危型人乳头状瘤病毒(HPV)感染患者的疗效。方法 选取该院经阴道镜下活检诊断为 CIN I 合并高危型 HPV 感染患者 251 例, 分为保妇康栓联合中药组 130 例, 对照组 121 例。治疗结束后每 6~12 个月监测患者的宫颈液基细胞学(LCT)和高危型 HPV, 必要时行阴道镜下活检明确病理诊断。结果 治疗后第 24 个月随访, 保妇康栓联合中药组病变逆转率高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。不同年龄段比较, 保妇康栓联合中药组的青年组病变逆转率高于中年组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论 保妇康栓联合中药治疗可促进 CIN I 和 HPV 感染病变逆转。

**关键词:**保妇康栓; 中药汤剂; 宫颈上皮内瘤变; 人乳头瘤病毒

**DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.21.034 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)21-3220-03**

导致宫颈癌及癌前病变的主要原因是高危型人乳头状瘤病毒(HPV)持续感染, 而有效降低宫颈癌发病率的关键是清除女性生殖道 HPV, 阻断或逆转宫颈上皮内瘤变(CIN)的进展<sup>[1]</sup>。目前, 常用的药物为保妇康栓, 其具有抑制癌细胞和抗

[2] Agnisarman SO, Chalil MK, Smith K, et al. Lessons learned from the usability assessment of home-based telemedicine systems[J]. Appl Ergon, 2017, 58: 424-434.

[3] 杨慧霞, 王建六, 狄文, 等. 妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016.

[4] 王欣. 易黄止带汤治疗脾虚湿热型阴道炎 52 例[J]. 光明中医, 2017, 32(3): 366-368.

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

[6] 陈旭, 杨国杏. 易黄止带汤联合外洗方治疗脾虚湿热型老年性阴道炎的效果观察[J]. 深圳中西医结合杂志, 2015, 25(15): 55-56.

[7] Alaboudi A, Atkins A, Sharp BA, et al. Barriers and challenges in adopting Saudi telemedicine network: The perceptions of decision makers of healthcare facilities in Saudi Arabia[J]. J Infect Public Health, 2016, 9(6): 725-733.

[8] Bali S, Gupta A, Khan A, et al. Evaluation of telemedicine centres in Madhya Pradesh, Central India[J]. J Telemed Telecare, 2016, 22(3): 183-188.

[9] Grabowski DC, Omalley AJ. Use of telemedicine can reduce hospitalizations of nursing home residents and generate savings for medicare[J]. Health Aff, 2014, 33(2): 244-250.

[10] Lopez-Torres J, Rabanales J, Simarro MJ, et al. Effectiveness of a telemedicine programme for patients with metabolic syndrome[J]. Technol Health Care, 2015, 23(2): 161-169.

(收稿日期: 2017-04-25 修回日期: 2017-07-16)

\* 基金项目: 河北省秦皇岛市科学技术研究与发展计划资助项目(201502A203)。

人体有双向调节作用,能在一定程度上提高人体免疫力<sup>[5]</sup>。本研究拟观察保妇康栓联合中药汤剂用于治疗 CIN I 伴高危 HPV 感染患者的临床效果,进一步比较药物的临床疗效及其在不同年龄阶段的疗效,最终为 CIN I 伴高危 HPV 感染患者的临床治疗提供理论指导。现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2011 年 1 月至 2014 年 12 月本院宫颈门诊诊断高危型 HPV 感染并阴道镜下活检病理诊断为 CIN I 患者 251 例,年龄 25~60 岁,排除妊娠、免疫功能低下等特殊患者。患者知情同意后自愿入组,自愿选择是否药物干预,明确可定期随访并为其建立随访档案。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 患者分组

将 251 例患者随机分为保妇康栓联合中药组和对照组。保妇康栓联合中药组 130 例,平均年龄(34.9±6.1)岁,诊断 CIN I 合并高危型 HPV 感染后采用保妇康栓(每粒 1.74 g,海南碧凯药业有限公司生产)联合中药汤剂治疗。对照组 121 例,平均年龄(35.1±5.9)岁,不采用针对 HPV 及 CIN I 的药物治疗。各组患者的年龄比较差异无统计学意义( $P < 0.05$ )。将保妇康栓联合中药组按年龄分为青年组和中年组。青年组患者 77 例,年龄 25~44 岁;中年组患者 53 例,年龄 45~60 岁。分别观察不同年龄段患者的疗效。

#### 1.2.2 给药方法

保妇康栓联合中药汤剂组:从月经完毕第 3 天开始,阴道上药保妇康栓,每晚 2 粒,每个月连续上药 16 d,连用 3 个月,同时口服中药汤剂(鱼腥草 15 g、黄芪 15 g、白术 10 g、党参 10 g、茯苓 10 g、甘草 10 g、薏苡仁 15 g),温水煎服,1 剂/天,每个月经周期连续服用 16 d,共 3 个周期。对 2 组患者均进行关于宫颈癌发生发展的详细解释,缓解患者的压力;鼓励患者经常体育锻炼,增强其自身免疫力及对抗疾病的信心。

#### 1.2.3 检测方法

(1)宫颈液基细胞学检测(LCT):采用美国 TriPath Imaging 公司提供的 AutoCyte 液基薄层制片机进行检测,由本院病理科资深医师根据 2001 年修订的 TBS 分类法进行诊断。(2)高危型 HPV 检测:采用美国 Digene 公司提供的第 2 代杂交捕获方法(HC-II)检测,其包含 HPV16、18、31、33、35、39、45、51、52、56、58、59 和 66 型。(3)阴道镜与组织病理学检查:对于 LCT 等于或高于未明确意义的非典型鳞状上皮细胞(ASCUS)患者和(或)高危型 HPV 阳性患者行阴道镜检查,并对可疑病灶处进行活检。对转化区 III 型的患者行宫颈管搔刮术或 4 点活检。

#### 1.2.4 随访

定期电话通知所有患者按时复查随访,每 6 个月 1 次,进行档案登记。复查项目包括 LCT 和高危型 HPV 检测,必要时进行阴道镜检查及宫颈活检。随访中接受宫颈环形电切术(LEEP)或手术者,自手术之日起终止随访,对复查 LCT 和 HPV 结果均为阴性的患者视为好转,终止随访。

### 1.3 转归判断标准

病变转归的判定采用 LCT、HPV 检测与组织病理相结合的方法。将患者的转归结局划分为 3 种情况:逆转、持续和进展。对行病理检查的患者以病理结果作为诊断判断依据;对随访中无需或未行宫颈活检的患者,则以 LCT 和 HPV 结果相结合做出判断。

#### 1.3.1 病理学判断标准

(1)病变逆转:需要病理结果回报为正常、慢性宫颈炎或鳞状上皮化生等,没有 CIN。(2)病变持续:组织病理结果为 CIN I。(3)病变进展:组织病理诊断为 CIN II 及以上者。

#### 1.3.2 LCT 与 HPV 相结合的判断标准

(1)病变逆转:LCT

正常并且 HPV 转阴的患者,终止随访。(2)病变持续:LCT 结果为低度鳞状上皮内病变(LSIL),伴有或不伴有 HPV 阳性,或者低于 LSIL 伴有 HPV 阳性。(3)病变进展:LCT 结果高于 LSIL。

### 1.4 统计学处理

采用 SPSS19.0 统计软件处理数据。计数资料以例数或率表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验。以  $P < 0.05$  表示差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 2 组患者的病变逆转率

治疗后 12 个月,保妇康栓联合中药组病变逆转者 49 例,病变持续者 79 例,病变进展者 2 例,病变逆转率 37.7%;对照组病变逆转者 37 例,病变持续者 90 例,病变进展 3 例,病变逆转率 35.5%,2 组比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后 24 个月,保妇康栓联合中药组病变逆转者 93 例,病变持续者 31 例,病变进展者 6 例,病变逆转率 71.5%;对照组病变逆转者 68 例,病变持续者 45 例,病变进展者 8 例,病变逆转率 56.2%,2 组比较差异有统计学意义( $\chi^2 = 6.412, P < 0.05$ )。

### 2.2 不同年龄段患者疗效

青年组 77 例,治疗后 24 个月病变逆转累计 61 例,病变逆转率 79.2%;中年组 53 例,治疗后 24 个月病变逆转 32 例,逆转率 60.4%,2 组比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

## 3 讨论

宫颈癌是威胁妇女健康的主要恶性肿瘤之一,高危型 HPV 持续感染是导致宫颈癌发生的主要病因。从感染 HPV 到发生宫颈癌是复杂且漫长的过程,需 8~12 年<sup>[6]</sup>。HPV 通过与皮肤黏膜上微小创面的接触进入细胞内,在感染的上皮细胞核内进行复制并转录。病毒颗粒复制后聚集在细胞核内,然后逐渐感染邻近细胞,导致感染 HPV 的细胞逐渐增多<sup>[7]</sup>。人体感染 HPV 后会逐渐产生对抗该病毒的免疫力,当该免疫能力达到一定水平时,就会将 HPV 从人体内清除。在没有治疗干预的情况下,机体可自行清除 90% 以上的 HPV 感染,只有 5%~10% 的患者保持持续性感染,发展为 CIN 及浸润癌<sup>[8]</sup>。

CIN II、CIN III 视为宫颈癌前病变,因其中有 5% 发展为宫颈癌,临床上需要行宫颈锥形切除术,术后定期随访<sup>[9]</sup>。CIN I 不是癌前病变,且 60% 以上的 CIN I 可自然消退,故临床以定期随访为主要处理措施<sup>[10]</sup>。但多数病理诊断为 CIN I 的患者精神紧张,甚至焦虑,希望能通过药物干预抑制病变发展,促使 HPV 清除。

本院常用的药物为保妇康栓,其中含有莪术油,具有消炎止痛、活血化瘀和去腐生肌等功效,能提高吞噬细胞的吞噬能力,增加末梢血管中的白细胞数,从而增强机体免疫反应<sup>[11]</sup>。文献报道称,保妇康栓对于游离型病毒感染有抑制作用,且对整合在宿主细胞染色体上的病毒基因片段也有抑制作用<sup>[12]</sup>。有学者在体外试验中发现,保妇康栓能够抑制 HPV E6、E7 蛋白在细胞中的表达,从而抑制细胞周期及其增殖,最终起到抗癌作用。

中医学认为,CIN I 是外感湿热淫毒之邪,内袭胞宫,导致机体正气不足,阻碍气血运行,气滞血瘀,湿毒瘀阻,损伤任带,湿热毒邪瘀结于胞宫子门而成湿毒型带下病<sup>[13]</sup>。故组方用药应利湿解毒、化瘀散结、扶正祛邪。中药汤剂的主要成分为黄芪、白术、党参、茯苓、鱼腥草、甘草、薏苡仁。其中,黄芪有补气固表、利尿托毒、敛疮生肌等功效,可增强免疫功能,抗菌,抑制病毒。党参具有补中益气、生津养血、健脾镇静等功效<sup>[14]</sup>。2 种药物相辅,祛邪外出,益气补血,扶助正气。药理研究显示,

党参和黄芪表现出明显的抗肿瘤活性,通过刺激体内免疫细胞,提高人体抗肿瘤作用<sup>[15]</sup>。鱼腥草有清热解毒、消痈排脓、利尿通淋等功效,具有抗病毒、抗菌及提高机体免疫力的作用。茯苓有解毒除湿、散寒除湿等作用。文献报道称,部分活血化瘀中药可促进肿瘤的良性血管增生,抑制恶性血管增生,进而起到抗肿瘤作用。诸药配伍,有利湿解毒、扶正祛邪、化痰散结等作用。本研究中,保妇康栓联合中药组用于治疗 CIN I 伴高危型 HPV 感染患者 24 个月后,病变逆转率高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),提示保妇康栓联合中药汤剂对 CIN I 伴高危型 HPV 感染有疗效,可用于临床。但是,本研究结果不能排除用药后患者心理上认为自己获得医治,精神放松,生活上积极配合,强身健体,自身免疫力获得提高,导致病变逆转。故关于精神心理对治疗的影响有待进一步研究。

本研究还对不同年龄组患者的疗效进行了分析,青年组病变逆转率高于中年组,其原因可能是青年组患者在其开始性生活的第 1 个 10 年,宫颈 HPV 感染率虽高,但患者机体免疫力较好,对药物的敏感度高,主要与患者机体状态有关。

参考文献

[1] 周司君,岑尧,张翠英,等. HPV 检测在宫颈癌及癌前病变中诊断及随访的意义[J]. 内蒙古医学杂志,2013,45(12):1464-1467.  
 [2] 颜林志,涂权梅,徐肖文,等. LEEP 术联合保妇康栓治疗 CIN 合并高危型 HPV 持续感染的临床疗效分析[J]. 中国微生态学杂志,2012,24(11):1037-1039.  
 [3] 刘桂兰,赵铭宇,王芳芳,等. 芪苓方治疗宫颈上皮内瘤样病变的临床观察[J]. 中国中医药科技,2015,22(2):188-190.  
 [4] 万庆芝,郭纪芬,张晓盈. 慢性宫颈炎合并人乳头瘤病毒感染中医药治疗[J]. 吉林中医药,2013,33(6):645-646.

[5] 殷洁,曹佩霞. HPV 感染相关宫颈病变的中西医治疗研究[J]. 长春中医药大学学报,2012,28(1):144-146.  
 [6] 智艳芳,李肖甫,李雁青. HPV DNA 检测诊断宫颈癌前病变的意义[J]. 当代医学,2012,18(26):13-15.  
 [7] 王华,蔡红兵,郭广林. 高危型 HPV 负荷量和 p16INK4A 蛋白监测评估宫颈锥切术治疗 CIN[J]. 肿瘤学杂志,2012,18(9):700-703.  
 [8] 李岩,崔竹梅,娄艳辉. 高危型 HPV DNA 检测在宫颈上皮内瘤变及宫颈早期鳞癌锥切术后随访中的应用及意义[J]. 现代妇产科进展,2012,21(8):600-603.  
 [9] 杜蓉,陈志芳,韩英,等. 人乳头瘤病毒分型检测在不同年龄 CIN II ~ III 患者 LEEP 治疗后随访的临床研究[J]. 实用妇产科杂志,2012,28(3):226-227.  
 [10] 李园园,王英红,郭晓青,等. 高危型 HPV 阳性宫颈病变患者治疗后随访的相关研究[J]. 中国妇幼保健,2013,28(14):2194-2198.  
 [11] 赏亚君. 复方莪术油栓联合伊曲康唑治疗念珠菌性阴道炎 33 例[J]. 中国药业,2012,22(20):95-96.  
 [12] 姜兰,李娟,王钰. 保妇康栓治疗宫颈 HPV 感染的疗效观察[J]. 中国医学创新,2012,9(1):43-44.  
 [13] 陈丽. 中西医结合治疗宫颈炎合并持续性高危型人乳头瘤病毒感染的临床观察[J]. 中国中西医结合急救杂志,2012,19(3):184-185.  
 [14] 万德馨,康小琴. 宫颈环形电切术辅助中药汤剂治疗高危型 HPV 感染护理观察[J]. 辽宁中医药大学学报,2014,16(9):206-207.  
 [15] 吴秋玲. 对活血化瘀法治疗肿瘤及抗肿瘤转移的思考[J]. 时珍国医国药,2013,24(2):438-439.

(收稿日期:2017-04-01 修回日期:2017-06-08)

• 临床探讨 •

血浆胱抑素 C、同型半胱氨酸水平与大动脉粥样硬化型脑梗死的相关性\*

高 华<sup>1</sup>,陈 枫<sup>2</sup>,王玉玲<sup>3△</sup>

(1. 新疆医科大学第五附属医院神经内科,乌鲁木齐 830011;2. 新疆维吾尔自治区石河子市人民医院神经内科 832000;3. 新疆医科大学第一附属医院综合内科,乌鲁木齐 830054)

**摘要:**目的 研究血浆胱抑素 C(Cys-C)、同型半胱氨酸(Hcy)与大动脉粥样硬化型脑梗死(LAA)的相关性。方法 选取新疆医科大学第五附属医院 86 例 LAA 患者为 LAA 组,80 例非脑血管病患者为对照组,分析 2 组中血浆 Hcy 和 Cys-C 水平。根据美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分,将 LAA 组分为轻度、中度、重度,采用 Spearman 分析 Hcy、Cys-C 水平与不同病情严重程度的相关性。结果 LAA 组血浆 Cys-C 水平( $0.94 \pm 0.55$ )mg/L 明显高于对照组( $0.82 \pm 0.21$ )mg/L,差异有统计学意义( $t = 9.088, P < 0.05$ );LAA 组 Hcy 为( $17.06 \pm 2.20$ ) $\mu$ mol/L,对照组为( $16.56 \pm 3.08$ ) $\mu$ mol/L,差异无统计学意义( $t = 2.032, P > 0.05$ );LAA 组患者血浆 Hcy 水平与 NIHSS 评分无相关性( $r = -0.101, P > 0.05$ ),Cys-C 水平与 NIHSS 评分呈正相关( $r = 0.437, P < 0.05$ ),且与中度病情严重程度的相关系数略高( $r = 0.309$ )。结论 LAA 中血浆 Cys-C 水平与脑梗死的病情严重程度呈正相关,对脑梗死的病情判断有临床意义。

**关键词:**大动脉粥样硬化型脑梗死; 胱抑素 C; 同型半胱氨酸; 美国国立卫生研究院卒中量表

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.21.035 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)21-3222-03

脑梗死是一种常见的神经系统疾病,其中以缺血性脑卒中(脑梗死)为主。动脉粥样硬化的形成是其发病主要原因。国

\* 基金项目:新疆医科大学科研创新基金资助项目(XYDCX2015110)。

△ 通信作者,E-mail:clwyl@yeah.net。