

微创自身疣体包埋术治疗扁平疣的疗效观察

林 泉, 成先桂, 李 强, 韦海雷, 钟永明

作者单位: 530221 南宁, 广西陆军预备役步兵师医院(林 泉, 韦海雷, 钟永明); 530021 南宁, 中国人民解放军第三〇三医院皮肤科(成先桂), 理疗科(李 强)

作者简介: 林 泉(1978-), 男, 研究生学历, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: 皮肤美容与微创外科。E-mail: linquanjg@163.com

【摘要】 目的 观察微创自身疣体包埋术治疗扁平疣的临床疗效。方法 将60例患者随机分为微创术式组和对照组, 每组各30例, 微创术式组通过针管操作, 将患者自身疣体置入前臂屈侧皮下; 对照组通过传统切开法将患者自身疣体埋入前臂屈侧皮下。比较微创术式组与对照组的疼痛程度、临床疗效、包埋术区的远期瘢痕(痕迹)。结果 微创术式组患者疼痛程度轻微, 术区无痕迹遗留, 临床疗效优于对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。结论 微创自身疣体包埋术具有疼痛程度轻、临床疗效佳、医疗成本低、创伤小且术区无痕迹等优点, 值得临床推广应用。

【关键词】 自身疣体包埋术; 微创手术; 针式推进操作; 扁平疣; 疗效

【中图分类号】 R 752.5*2 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-3806(2011)10-0958-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2011.10.18

Clinical significance and therapeutic effect of minimally invasive self-verruca embedding technique in the treatment of verruca plana LIN Quan, CHENG Xian-gui, LI Qiang, et al. The Hospital of Guangxi Army Reserve Infantry Division, Nanning 530221, China

【Abstract】 **Objective** To create a kind of minimally invasive self-verruca embedding technique which can treat verruca plana and study its clinical value. **Methods** Sixty patients with verruca plana were randomly divided into 2 groups. The minimally invasive group (30 patients) received minimally invasive needle operation, in which the patients' self-verruca were embedded under the skin of forearm flexor side, the control group (30 patients) received the traditional method, in which patients' self-verruca were embedded under the skin of forearm flexor side through the traditional method. The pain degree, clinical efficacy, long-term scars in embedding area between two groups were compared. **Results** The clinical effect of the minimally invasive group was better than that of the control group ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). **Conclusion** Minimally invasive self-verruca embedding technique has advantages of mild pain, good efficacy, low cost, less trauma and no signs, etc. So it is worthy to promotion.

【Key words】 Self-verruca embedding technique; Minimally invasive operation; Needle forward operation; Verruca plana; Therapeutic effect

自身疣体包埋术用于治疗扁平疣的机理虽一直未得到充分阐述,但其取得的良好效果已被临床工作者们证实^[1-6]。传统切开包埋法是目前广为应用且被文献报道的唯一术式,有局限性和缺点,其术区易发生切口瘢痕增生、术中疣体颗粒易被渗血挤出等因素而直接影响临床疗效和适用范围。本文对一种通过针式推进操作将患者自身疣体埋入皮下的微创疣体包埋术进行疗效观察,现报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 60例患者均符合扁平疣的诊断标准^[7],男性37例,女性23例,年龄9~47岁,平均

32岁,病程1~31周。所有患者近6个月内未接受抗病毒和免疫调节治疗,无过敏性疾病、自身免疫性疾病、严重系统性疾病、无怀孕和其他感染性疾病。将60例患者随机分为两组,每组30例,微创组男性19例,女性11例,年龄9~46岁,平均31.5岁,病程1~31周;对照组男性18例,女性12例,年龄11~47岁,平均32.5岁,病程1~30岁。两组性别、年龄、病程差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 观察项目 两组分别采用微创术式与传统切开法术式处理,治疗期间不予以任何抗病毒和免疫

调节的药物配合治疗,比较两组的疼痛程度、临床疗效、包埋术区术后 6 个月的痕迹。

1.3 手术方法 两种术式有共同操作步骤:选取生长部位相对隐蔽的疣体,5%冰醋酸确定病变范围,洛合碘消毒两遍,生理盐水清洁处理,2%利多卡因注射液 1 ml 局部浸润麻醉,用眼科剪剪取或手术刀刮取新鲜疣组织,创面压迫止血。修剪疣体表面角质层,用生理盐水冲洗干净,切成米粒大小,用庆大霉素注射液 + 0.2% 甲硝唑注射液 + 生理盐水混合液(按 2 万:50 ml:50 ml 比例)浸泡 15 min 备用。

1.3.1 微创自身疣体包埋术 针式推进操作工具由 9 号注射器针头和针芯组成,针芯采用针灸针 0.6 mm 型毫针剪去尖端、磨平,长度与针管尖端斜面相匹配,其外径能与 9 号注射器针管内径相吻合。如刮(剪)出疣体颗粒过大,将其剪成直径约为 0.3 mm 条状。取无菌 9 号注射器针头 1 枚,眼科镊夹取疣体颗粒从针管尖端塞入,约填入半针管,接口端置入针芯半截。转入前臂屈侧术区,消毒、铺洞巾,术者左手拇指与食指捏住皮肤提起,右手持已填充疣体颗粒的针头从捏住皮肤一侧 45°角进针,深度约 0.5~1 cm,左手松开,轻拨动针头尾部,如活动度合适即证明针头深度处于皮下,推进疣体颗粒,边固定针芯边退针,术毕。

1.3.2 传统切开法自身疣体包埋术 患者左侧上臂三角肌部位(或前臂屈侧)消毒、铺洞巾、局麻,沿皮纹切开皮肤 0.15~0.7 cm,深至皮下脂肪层,再用蚊式钳沿切口深入皮下作钝性分离形成一腔隙,然后将备用的疣体颗粒包埋于其中,缝合切口 1~2 针并包扎,术毕。术后 6~7 d 拆线。

1.4 疗效判定 结合参考文献[6]进行判断。(1)疼痛:观察时间点为术后 1 h,患者根据伤口的疼痛程度自行确定,分明显及不明显两种情况。(2)疗效:观察时间点为术后 6 个月,皮疹全部消退为痊愈;皮疹部分消退为有效;皮疹无明显变化或增多为无效。(3)术区痕迹:观察时间点为术后 6 个月,分有瘢痕(痕迹)及无瘢痕两种情况。

1.5 统计学方法 应用 SPSS13.0 统计软件包进行统计学处理,计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,两样本均数比较采用 *t* 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术疼痛程度比较 微创组疼痛明显 2 例(6.67%),不明显 28 例(93.33%);对照组疼痛

明显 21 例(70.00%),不明显 9 例(30.00%);两组差异有统计学意义($\chi^2 = 25.45, P < 0.01$)。

2.2 两组临床疗效比较 微创组的疗效优于对照组($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较(n)

组别	例数	痊愈	有效	无效
微创组	30	28	2	0
对照组	30	20	8	2

注: $Z_c = 58.00, P = 0.000$

2.3 两组术区瘢痕(痕迹)比较 微创组有瘢痕 0 例(0.00%),无瘢痕 30 例(100.00%);对照组有瘢痕 30 例(100.00%),其中瘢痕明显 1 例,无瘢痕 0 例(0.00%),两组比较差异有统计学意义($\chi^2 = 60.00, P < 0.01$)。

3 讨论

3.1 扁平疣是一种常见的病毒性损容疾病,好发于青少年,致病原因是人类乳头状瘤病毒(HPV)的感染,其发病跟患者的细胞免疫关系密切。病变常在面颈部等暴露部位,影响外观给患者造成较大心理压力。治疗扁平疣的方法较多,但目前尚无特效的治疗药物。自身疣体包埋术是一种能促其自愈的方法,也是治疗病毒疣较为特效的方法之一。其原理类似于预防种植,最初是有的学者根据观察病毒疣患者外伤致疣体埋植入皮下后全身病毒疣自行消退的现象而悟出的治疗方法^[8]。自身疣体包埋术被用于临床治疗扁平疣、尖锐湿疣等病毒疣取得良好疗效已获较多肯定^[1-6,9,10]。

3.2 传统切开法自身疣体包埋术所采取的手术步骤大致为采集自身疣体清洁消毒备用,取三角肌部或前臂屈侧皮肤局麻后切开,将疣体包埋于皮下,再缝合。在操作过程中我们发现,如设计切口在 1 cm 以内同时要求深至皮下脂肪层,可能会出现以下情况:一是切口渗血不易将疣体颗粒埋入皮下,渗血视野不清,擦血易将疣体从皮下带出;二是皮肤缝合时拉拢张力引起的挤压,很容易将已置入切口皮下的疣体颗粒挤出;三是皮肤的切开缝合会造成局部瘢痕增生,尤其是对瘢痕体质的患者更是一种难以磨灭的伤害;四如包埋术区设计在前臂屈侧,切口带来的痕迹明显,影响外观。因此,在自身疣体包埋术得到肯定的同时,探讨一种能解决上述矛盾的治疗术式有较大的临床意义。

3.3 微创自身疣体包埋术能解决上述问题,而且便捷、成本低廉,或将成为皮肤外科用以治疗皮肤病毒

疣的最佳方法之一。针式推进操作是我们研究改良传统切开法自身疣体包埋术的途径,与切开法相比,针式推进操作即微创自身疣体包埋术有更多的优点:(1)微创,只在术区针式穿刺,术中疼痛小,术后不遗留痕迹。(2)手术前后术区皮肤是闭合的,无拆线步骤也无感染或愈合不良的风险,更无瘢痕。(3)术区操作不需要手术包,只消耗一枚无菌注射器针头,其针芯可以高温消毒后重复使用,成本低廉。(4)穿刺术较易掌握,操作便捷。(5)术区无渗血、渗液,疣体标本被挤出等现象,置入成功率高,疗效稳定。

3.4 在实施微创自身疣体包埋术操作时必须注意几个问题:(1)疣体标本必须严格无菌处理。(2)疣体不可过少或清洗时要注意保留含疣病毒的表层使得抗原性不减弱或消失。(3)要注意穿刺深度(即包埋深度),通过放松绷紧的皮肤后触摸皮内针感可以判断针尖所在的层次,确认是皮下浅筋膜层方可埋植疣体。如包埋过深,则难以激活主动免疫达到疗效^[10]。(4)埋植部位除选择上臂三角肌外,也可选择其他部位,但操作时要小心,避开血管丰富区。(5)如术后皮肤红肿可视情况抗感染治疗,如成脓肿可穿刺或切开处理。

3.5 本组研究结果表明,传统手术切开包埋组患者的痊愈率为 76.67%,与文献报道^[1,2,6]大致相符;而微创组所取得的痊愈率为 93.33%,疗效优于对照组($P < 0.05$)。对于痊愈率仍未达理想的 100%,究其原因,笔者认为跟个人体质有一定相关。有学者

认为联合抗病毒药物及免疫调节剂治疗、改变不良情绪、适量运动对治疗本病有积极作用。微创组患者术中几乎无痛及术后术区无痕迹,与对照组的同性指标比较差异均有统计学意义($P < 0.01$),值得肯定。

微创自身疣体包埋术有便捷、成本低廉、易操作和疼痛轻微等优点,值得临床推广应用。

参考文献

- 1 刘晓静. 自体疣包埋术治疗扁平疣的疗效观察[J]. 泰山医学院学报, 2010, 31(2): 142-143.
 - 2 魏国祥. 自体疣包埋术治疗扁平疣 26 例[J]. 皮肤病与性病, 2007, 29(3): 50.
 - 3 于华平, 王 李. 疣体包埋术治疗顽固性扁平疣 33 例[J]. 西南军医, 2006, 8(6): 137.
 - 4 赵海峰, 裴贤淑, 肖淑英. 包埋治疗扁平疣 55 例[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2005, 26(10): 1171.
 - 5 贾彦如, 王会民, 陈惠荣, 等. 自体疣包埋手术治疗扁平疣 60 例[J]. 中国临床医生, 1999, 27(12): 28.
 - 6 陈明春, 张军民, 陈宜芳, 等. 自身疣体包埋术治疗皮肤疣的临床效果[J]. 现代诊断与治疗, 1999, 10(4): 206-207.
 - 7 赵 辨. 临床皮肤病学[M]. 第 3 版. 南京: 江苏科学技术出版社, 2001: 537.
 - 8 张凤翔, 喻德军, 丁克祥, 等. 现代医学美容[M]. 北京: 新时代出版社, 1993: 434-435.
 - 9 张国基, 钟瑞平, 蔡 莉. CO₂ 激光联合包埋术治疗尖锐湿疣[J]. 实用心脑血管病杂志, 2010, 18(6): 751-752.
 - 10 宋学东. 疣体包埋联合电灼治疗尖锐湿疣 135 例疗效观察[J]. 中国医学文摘(皮肤科学), 2008, 25(6): 345-346.
- [收稿日期 2011-07-11][本文编辑 刘京虹 蓝斯琪]

学术交流

利凡诺联合米非司酮在中晚期妊娠引产中的应用

卢丽华, 叶 晶, 雷倩倩

作者单位: 332300 江西, 武宁县人民医院妇产科

作者简介: 卢丽华(1981-), 女, 大学本科, 医学学士, 主治医师, 研究方向: 妇产科疾病诊治。E-mail: hf13879281388@163.com

[摘要] 目的 探讨利凡诺联合米非司酮在中晚期妊娠引产中的效果。方法 观察组(50 例)应用羊膜腔内注射利凡诺同时口服米非司酮;对照组(50 例)单用利凡诺羊膜腔内注射。结果 两组在引产时间、总产程、清宫率、宫颈撕裂及出血量等方面差异均有统计学意义($P < 0.01$)。结论 利凡诺和米非司酮联合应用于中晚期妊娠引产时具有引产成功率高、安全性高、并发症少等优点,是一种理想的中晚期妊娠引产方法,值得临床推广应用。

[关键词] 利凡诺; 米非司酮; 中晚期妊娠; 引产