

标,缓解患者的临床症状。本次研究结果显示,在采用前列地尔之后,不良反应明显降低,有利于患者预后,从而提高临床治疗效果,应用价值较高,值得在临床上进行推广与应用。

参考文献

- [1] 张胜雷,徐金升,冯雨,等.酸性环境对慢性肾衰竭大鼠血管钙化的影响及其机制[J].中华肾脏病杂志,2015,31(12):924-931.
- [2] 温丽颖,李绍梅,焦素敏,等.肾衰竭非透析患者血清氨基末端脑钠肽前体水平影响因素分析[J].中华肾脏病杂志,2016,32(10):745-752.
- [3] 王小芹.前列地尔联合贝前列素钠序贯治疗慢性肾脏病的临床疗效观察[J].中国保健营养,2017,27(20):113.
- [4] 巴晓红,唐欣.尼可地尔与前列地尔预处理对大鼠心肌缺血再灌注脂质过氧化反应的影响[J].中国老年学杂志,2015,35(22):6350-6351.
- [5] 胡斯明,钱志远,施晓松,等.前列地尔联合肾康注射液治疗老年慢性肾脏病的临床疗效[J].中国老年学杂志,2015,35(22):6533-6535.
- [6] 田勇,王俊宏.前列地尔对老年糖尿病肾病患者氧化应激及免疫功能的影响[J].中国老年学杂志,2015,35(9):2419-2421.
- [7] 张云,李月婷.前列地尔注射液联合阿魏酸哌嗪对老年高血压肾病的疗效及对Cys-C、CRP的影响[J].中国老年学杂志,2017,37(21):5278-5280.
- [8] 桑大华.前列地尔注射液联合注射用阿魏酸钠治疗老年慢性肾小球肾炎患者的疗效[J].中国老年学杂志,2015,35(22):6580-6581.
- [9] 刘海燕,王甲,刘勃,等.前列地尔联合贝那普利对老年高血压肾损害患者血压和肾功能的改善作用[J].中国老年学杂志,2017,37(3):585-586.
- [10] 唐国文,黄宗海,王会清.前列地尔联合百令胶囊对早期糖尿病肾病患者肾功能和血清炎症因子的影响[J].海南医学院学报,2015,21(5):645-647,650.
- [11] 李海霞,刘淑娟.依帕司他联合前列地尔治疗早期糖尿病肾病的肾功能情况及过氧化损伤、炎症损伤评估[J].海南医学院学报,2017,23(5):603-606.

(收稿日期:2019-11-01)

重组人干扰素 α -2b 凝胶在慢性宫颈炎合并高危型人乳头瘤病毒感染治疗中的效果分析

亢 峰

大量临床相关资料显示,慢性宫颈炎的发病率在众多妇科疾病中所占比例相对较高,是危害女性健康的一大“隐形杀手”^[1-2]。而在此之中,还有相当一部分患者伴有病毒性感染,多以人乳头瘤病毒(human papillomavirus,HPV)为主,易进一步加大临床治疗难度。因此,为能够不断优化慢性宫颈炎合并高危型 HPV 患者的临床疗效,本研究就重组人干扰素 α -2b 凝胶在慢性宫颈炎合并高危型 HPV 感染治疗中的效果进行探讨,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

获得医学伦理委员会批准后,选择2016年4月至2018年5月于本院接受诊治的慢性宫颈炎合并高危型 HPV 患者54例纳入研究样本。(1)排除标准:①对本次试验研究用药物过敏者;②存在精神障碍或心理障碍者;③患有严重传染性疾病或重大心血管疾病者;④宫颈癌变及不符合本次研究其他相关标准者。(2)纳入标准:①符合慢性宫颈炎临床相关诊断标准,伴有白带增多、接触性出血等临床症状且宫颈 HPV-DNA 检查结果呈阳性;②经患者及其家属或监护人同意并签订相关协议文件。将患者按就诊号尾数的奇偶数划分为对照组27例和研究组27例。其中,对照组患者年龄20~48

岁,平均(33±5)岁;重度柱状上皮异位11例,中度异位10例,轻度异位6例。研究组患者年龄21~47岁,平均(33±5)岁;重度柱状上皮异位12例,中度异位10例,轻度异位5例。2组患者的一般资料(年龄、柱状上皮异位程度)比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组:采用复方沙棘籽油栓(陕西海天制药有限公司,国药准字 Z19991076),告知患者夜晚就寝前将本品送至阴道穹隆深部^[3],同时嘱咐其月经期停用且用药期间禁止坐浴或性生活;每日1次,每次2.70g,持续用药3个疗程(20d为1疗程^[4])。

1.2.2 研究组:采用重组人干扰素 α -2b 凝胶(兆科药业合肥有限公司,国药准字 S20020079),用法用量以及各方面注意事项与对照组患者相同,同时注意规律饮食、确保睡眠充足。

1.3 疗效评估标准与观察指标

由参与本次研究的临床观察小组全程跟踪2组患者的治疗情况,同时严格遵照医学相关规定观察记录其治疗后的血清炎症因子水平以及 HPV-DNA 转阴情况,并以此为依据结合临床相关标准客观评估其临床疗效,显效:患者宫颈柱状上皮异位病变面积减少达80%以上且 HPV-DNA 检查结果呈阴性;好转:患者宫颈柱状上皮异位病变面积减少50%以上且临床症状有所缓解;无效:患者异位病变面积与临床症状无任何变化且 HPV-DNA 检查结果呈阳性^[5]。

DOI: 10.19522/j.cnki.1671-5098.2020.05.039

作者单位:454100 焦作煤业(集团)有限责任公司中央医院医院感染管理科

1.4 统计学处理

采用 SPSS 20.0 统计学软件进行分析, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 用 t 检验, 计数资料用例数和百分比 (%) 表示, 行 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 2 组患者的临床疗效比较

2 组患者接受治疗后的临床总有效率分别为 78% (对照组) 和 93% (研究组), 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 2 组患者的临床疗效比较

组别	例数	显效		好转		无效		总有效	
		例数	%	例数	%	例数	%	例数	%
对照组	27	10	37	11	41	6	22	21	78
研究组	27	20	74	5	19	2	7	25	93
χ^2 值		7.50		3.20		4.42		4.42	
P 值		<0.05		>0.05		<0.05		<0.05	

2.2 血清炎症因子水平

实施不同治疗方案后, 研究组在白介素 (IL)-1、IL-2

等血清炎症因子水平均优于对照组, 且差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 2 组患者的血清炎症因子水平对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	IL-1	IL-2	IL-6	肿瘤坏死因子
对照组	27	0.66±0.11	0.64±0.12	0.55±0.13	0.56±0.14
研究组	27	0.44±0.10 ¹⁾	0.43±0.11 ¹⁾	0.42±0.12 ¹⁾	0.42±0.13 ¹⁾

1) 与对照组比较 $P < 0.05$ 。

2.3 HPV-DNA 转阴情况

2 组治疗后 HPV-DNA 转阴率比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。对照组患者治疗后的 HPV-DNA 转阴率为 67% (18/27), 研究组为 89% (24/27)。

3 讨 论

研究发现, 在众多慢性宫颈炎患者中大约有 35.00% 左右的患者伴有以高危型 HPV (环状双链结构的 DNA 病毒^[6]) 为主的感染现象, 且多以 18~29 岁的生殖期女性为主要发病群体。目前, 临床已发现 130 多种 HPV 类型, 其中约有 35 种左右涉及生殖道感染, 并且多数与感染所引发的妇科肿瘤疾病密切相关。郑顺杰等^[7]的研究发现, 当患者感染 HPV, 机体会产生一定程度的刺激性, 并同时产生相应的抗体, 若患者免疫系统的功能较为完善, 则其机体可能自行清除 HPV, 但若患者免疫力与抵抗力较为低下, 则极有可能发生持续性感染。另有部分临床研究发现, 当慢性宫颈炎患者出现高危型 HPV 感染时, 若得不到及时和有效的治疗措施, 则极有可能随着时间的推移导致病情不断恶化, 延伸为宫颈上皮内瘤变或者宫颈癌, 对患者身体健康与生活质量带来严重不利影响。由此可见, 在该类患者的整个治疗过程中, 如何抑制高危型 HPV 感染至关重要。部分临床相关专家指出, 作为临床用以治疗慢性宫颈炎合并高危型 HPV 患者的常规性药物, 复方沙棘籽油栓虽然结合了抗生素与雌激素^[8]的双重作用, 能够对患者阴道内的致病菌产生一定的抑制与消除作用, 但难以从真正意义上改善其血清炎症因子水平, 且 HPV-DNA 转阴速度较慢。而重组人干扰素 α -2b 凝胶以细胞分泌的一类具有

广谱抗病毒、抗细胞增殖及免疫调节等多种生物活性的蛋白质^[9]为主要成分, 不仅能够有效抗病毒、抗感染, 强化患者阴道的免疫功能, 并且还能够通过充分发挥增强巨噬细胞的吞噬作用以及对病毒细胞的天然杀伤力达到良好的肿瘤增殖抑制作用, 进一步降低慢性宫颈炎合并高危型 HPV 患者产生宫颈癌变的风险性, 加快其健康恢复速度。

本研究中, 2 组慢性宫颈炎合并高危型 HPV 患者在临床疗效、HPV-DNA 转阴率差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 与上述结论一致, 提示重组人干扰素 α -2b 凝胶可改善慢性宫颈炎合并高危型 HPV 患者的临床疗效。

参 考 文 献

- [1] 司玉红. 重组人干扰素 α -2b 凝胶与保妇康栓联合辅助微波治疗宫颈炎患者的疗效及对创面愈合的影响[J]. 中国地方病防治杂志, 2017, 32(11): 1317.
- [2] 胡莉琴, 赖晓莉, 李梅, 等. 重组人干扰素 α -2b 凝胶对慢性宫颈炎合并 HPV 感染患者炎症因子及免疫功能的影响[J]. 中国地方病防治杂志, 2016, 31(9): 1068.
- [3] 郑顺杰, 胡旻, 邵明君, 等. LEEP 联合重组人干扰素对进展期宫颈癌 HPV 感染患者 SCCAg 与 CYFRA21-1 水平的影响[J]. 中华医院感染学杂志, 2018, 28(24): 3812-3815.
- [4] 张晶, 扈容英, 赵倩颖, 等. 派特灵与微波联合重组人干扰素 α -2b 乳膏治疗不同亚型 HPV 感染尖锐湿疣的临床疗效观察[J]. 中国艾滋病性病, 2017, 23(11): 1054-1067.
- [5] 朱丽娟, 周树林, 江希萍. 重组人干扰素 α 2b 联合洁悠神对宫颈持续 HPV 感染患者端粒酶与 HPV16/18 E6 蛋白表达的影响[J]. 中国现代医学杂志, 2017, 27(25): 23-27.

- [6] 郝云涛, 郑小影, 赵淑敏, 等. 重组人干扰素 $\alpha 2b$ 阴道泡腾胶囊结合射频消融术治疗宫颈糜烂合并 HPV 亚临床感染的临床观察[J]. 中国药房, 2017, 28(23): 3223-3226.
- [7] 田圆圆, 张群英. 重组人干扰素 $\alpha-2\beta$ 治疗后 HR HPV DNA 负荷量、HPV16-E7 蛋白和 VEGF-C 表达水平对宫颈鳞癌的预测价值研究[J]. 中国现代应用药学, 2018, 35(6): 891-894.
- [8] 董丽花, 徐永萍, 范明华. 磷甲酸钠联合重组人干扰素 $\alpha 2b$ 治疗宫颈 HPV 持续感染的疗效观察[J]. 中国药房, 2017, 28(2): 233-236.

(收稿日期: 2019-10-26)

急性梗阻性肾功能衰竭合并脱水 10 例的诊治体会

马志远 李金乾

急性梗阻性肾功能衰竭患者常合并水钠潴留、高钾血症、酸碱平衡紊乱,解除梗阻后需根据病情适量补充水、电解质,纠正水电解质及酸碱平衡紊乱^[1,2]。临床上有一些急性梗阻性肾功能衰竭的患者因饮食差、呕吐、腹泻、不当使用利尿剂等原因合并脱水。本研究回顾性分析 2015 年 1 月至 2019 年 3 月我院泌尿外科收治的 10 例急性梗阻性肾功能衰竭合并脱水患者的临床资料,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料:本组 10 例患者,男性 7 例,女性 3 例,年龄 33~82 岁,平均(57±9)岁。其中 2 例为急性尿潴留致肾功能衰竭,因饮食差、当地基层医疗机构处置不当使用呋塞米合并脱水;2 例为一侧肾重度积水肾功能差,另一侧输尿管结石急性梗阻,6 例为双侧输尿管结石急性梗阻,因肾绞痛频繁呕吐、饮食差、腹泻、合并泌尿系感染、发热等原因致肾功能衰竭合并脱水。1 例有双下肢水肿(尿潴留压迫下肢静脉所致),其余 9 例无水肿;4 例为等渗性失水,6 例为高渗性失水;4 例血钾正常,6 例高钾血症;2 例为代谢性酸中毒并代谢性碱中毒并呼吸性碱中毒,5 例为代谢性酸中毒并呼吸性碱中毒,3 例为代谢性酸中毒并代谢性碱中毒。实验室检查:血肌酐 227~943 $\mu\text{mol/L}$, 平均(504±130) mmol/L ; 血尿素氮 8.92~57.61 mmol/L , 平均(22±15) mmol/L ; 血 Na^+ 139.2~154.6 mmol/L , 平均(147±3) mmol/L ; 血 K^+ 4.35~6.28 mmol/L , 平均(5.3±0.7) mmol/L ; 二氧化碳结合力 11.3~16.2 mmol/L , 平均(14.4±2.1) mmol/L ; 血 pH 7.18~7.39, 平均(7.26±0.10)。

1.2 处理:2 例急性尿潴留患者给予留置导尿,并给予补液、补充电解质、抗感染等治疗纠正水电解质及酸碱平衡紊乱。2 例双侧输尿管结石急性梗阻患者因血肌酐及血钾很高急诊行血液透析并给予补液、补充电解质、抗感染等治疗^[3,4],初步纠正高钾血症、血肌酐下降后急诊行输尿管双 J 管置入术^[5,6],术后继续给予补液、补充电解质、抗感染等治疗。其余 6 例输尿管结石急性梗阻患者(2 例为一侧肾重度积水肾功能差,另一侧输尿管结石急性梗阻,4 例为双侧输尿管结石急性梗阻)给予纠正水电解质及酸碱平衡紊乱的同时急诊行输尿管双 J 管置入术,术后继续给予补液、补充电解质、抗感染等治疗。

2 结果

2 例急性尿潴留患者留置导尿后进入多尿期,2 例双侧输尿管结石急性梗阻行血液透析患者急诊手术留置双侧输尿管内双 J 管后解除梗阻进入多尿期;6 例输尿管结石急性梗阻患者急诊手术留置输尿管内双 J 管后解除梗阻进入多尿期。10 例患者多尿期 8~15 d, 平均(12.6±2.2) d, 多尿期尿量 900~5 200 mL/d , 平均(3 250±1 510) mL/d 。其中多尿期前 3 d 尿量 900~2 500 mL/d , 平均(1 930±380) mL/d 。多尿期入水量(静脉补液+经口摄入)2 900~5 400 mL/d , 平均(3 600±450) mL/d 。其中多尿期前 3 d 入水量(静脉补液+经口摄入)3 000~4 600 mL/d , 平均(3 720±320) mL/d 。解除梗阻 2 周后复查肾功能、电解质:血肌酐 55~206 $\mu\text{mol/L}$, 平均(120±37) mmol/L ; 血尿素氮 3.10~11.48 mmol/L , 平均(7.5±2.9) mmol/L ; 血 Na^+ 133.4~145.8 mmol/L , 平均(140.3±2.8) mmol/L ; 血 K^+ 3.10~5.22 mmol/L , 平均(4.35±0.58) mmol/L 。

3 讨论

急性梗阻性肾功能衰竭是临床上一种常见病,可由泌尿系结石、急性尿潴留、医源性损伤输尿管、盆腔肿瘤压迫输尿管、妊娠时子宫压迫输尿管等引起。尿路梗阻后尿液不能引流,体内代谢废物不能排出,导致内环境紊乱,出现氮质血症、水电解质及酸碱平衡紊乱。梗阻可导致肾盂内压及肾小管、肾小球囊内压增高,血管受压导致肾组织缺血、缺氧,时间长梗阻则可造成肾功能不可逆性损伤^[7]。治疗上应立即查清梗阻的原因并予解除,缩短梗阻时间对于肾功能的保留和恢复至关重要^[8]。

但临床上也时常遇到一些急性梗阻性肾功能衰竭的患者因进食差、呕吐、发热、腹泻等原因致水钠潴留不明显甚至脱水的患者。这类患者因不表现为水肿,不易被临床诊断为肾功能衰竭,从而造成对患者病情重视程度不够。不合并脱水的急性梗阻性肾功能衰竭患者最常出现的酸碱平衡紊乱为代谢性酸中毒或代谢性酸中毒合并呼吸性碱中毒,而合并脱水的急性梗阻性肾功能衰竭患者因进食差、呕吐、腹泻、发热等原因,更容易出现混合型酸碱平衡紊乱,如代谢性酸中毒并代谢性碱中毒,甚至是代谢性酸中毒并代谢性碱中毒并呼吸性碱中毒^[9]。不合并脱水的急性梗阻性肾功能衰竭患者最常出现的水电解质紊乱为低钠血症、高钾血症,而合并脱水的急性梗阻性肾功能衰竭患者则由于呕吐、腹泻以及梗阻的时间、程度等

DOI: 10.19522/j.cnki.1671-5098.2020.05.040

作者单位:473000 河南省南阳市第二人民医院泌尿外科

通信作者:李金乾, Email:1027929391@qq.com