

女阴尖锐湿疣 32 例分析

哈尔滨铁路中心医院 李广金 陈秀芳 李佳月

外阴尖锐湿疣系人乳头瘤病毒引起的传染性疾病。现已定为性病。该病在西方国家多见。在我国从前罕见,目前也有明显增多趋势,当引起重视。可根据病情不同采取激光、电熨、药物贴敷、手术治疗。

临床资料

一、一般资料:本组 32 例病人为我院 1989 年 3 月至 1990 年 5 月收治的病人。其中门诊治疗 21 例,住院治疗的 11 例。职业分布:工 25 例,干部 4 例,医务人员 2 例,民警 1 例。年龄分布:最小年龄 22 岁,最大年龄 64 岁,平均年龄 30.6 岁,其中 22—40 岁病人 29 例,50 岁以上 3 例。32 例病人中,已婚 30 例,未婚 2 例也有性生活史。全部病例性配偶 1 人。其中 2 例性配偶曾患尖锐湿疣。

二、临床表现:尖锐湿疣患者早期症状为外阴瘙痒,分泌物增多,有臭味,大部分患者发现赘生物就诊。也有因合并症就诊。本组病人外阴瘙痒就诊 10 例,白带多有臭味 4 例,外阴发现赘生物 13 例,合并早妊两例,霉菌性阴道炎 2 例,细菌性阴道炎 1 例。病变初期在外阴皮肤和粘膜交界处,可见散在的数个灰白色或粉红色的突出皮表的粟粒大的丘疹。在两侧小阴唇下端多发。赘生物质地坚实,不充血,似有蒂。如果不及时治疗发展很快,呈菜花样或桑椹状,融合成片,可波及阴阜,大小阴唇,阴道前庭,尿道口,穹窿,肛门周围,大小不一,新旧不一。

三、病理:本组病例除个别典型者外,全部病例均符合诊断标准^[1]。特征为:外阴上皮不同程度增生,棘层肥厚,明显是向表层突出,形成乳头瘤状改变,中表层细胞核周出现空晕,不同程度的淋巴细胞,浆细胞浸润。

四、治疗:目前尚无特效药。根据不同的病情,采取激光、电熨、药物贴敷、手术治疗等。有 21 例病变

范围小,门诊激光治疗一次治愈。住院治疗 11 例,7 例电熨一次治愈。1 例引产后未治出院。有 2 例因病变范围广,病情重,采取手术治疗,切除病变组织、术后残存部分采取电熨、5-Fu 湿敷治疗治愈。其中 1 例术后两个月随访复发、正在门诊治疗。1 例病变面积较大且合并糖尿病尚未治愈。

讨论

目前认为尖锐湿疣是由人乳头状瘤病毒、多瘤病毒、空泡病毒引起的^[2]。以性传播为主要途径的传染性疾病。本组病例集中在生育年龄,32 例中 30 例已婚,未婚两例也有性生活史。但我们遇到无性接触的儿童发病的,故传染方式不止一种。

该病在以前几年偶然见到,但近年来多见,仅在 1989 年 3 月至 1990 年 5 月,一年两个月时间内就收治 32 例,而同期在门诊激光室也有 50 多例该病的男性患者接受治疗,足见发病率之多。

尖锐湿疣是一种可治愈性的良性疾。但晚期巨大女阴尖锐湿疣在治疗上有一定困难。往往需要手术治疗,切除病变组织。但这将对日后性交,生育产生一定的影响。传播途径目前尚未完全清楚,应进一步调查研究。在治疗上尚应寻求新方法,研制有效药物。在有条件的地方与单位应该普查,早期发现病人,早期隔离与治疗,彻底消除传染源以控制本病的蔓延。

参考文献

- [1]陈毅男,外阴尖锐湿疣 165 例临床病理分析,中华妇产科杂志 1989;2.
- [2]蒋殷余,女阴尖锐湿疣 8 例分析,实用妇科与产科杂志 1988;2.

(编校:孙玉梅)

产后心脏病误诊为慢性肾炎 1 例报告

黑龙江商学院卫生所 杨卓军

哈尔滨市第六医院 谷丽君

患者,女,37 岁。分娩后 11 天,出现颜面浮肿,心悸,少尿。全身性浮肿,心悸气短加重,咳血,以慢性肾炎、肾性高血压入院。

查体:KT36℃,P125/分,BP22/14kpa,肝颈静脉回流(阳性)。心尖搏动不明显,心界向左扩大(锁骨中线外 1cm),心前区舒张期奔马律,P₂亢进。肝大,肋下 2cm 质软。贫血 Hb 较低。双下肢高度浮肿。

诊断及治疗:慢性肾炎。急性发作,充血性心衰

(左心衰为主)氮质血症。给予青霉素肌注,强心利尿治疗十七天后,心率恢复 80 次/分以下,血压正常(没用降压药)。精神状态好转,支持疗法一周后,痊愈出院。诊断:产后心脏病。

讨论

产后心脏病,近几年国内以农村妇女多见。武汉曾报道 40 例,八院时诊为产后心脏病仅 11 例。本病虽不属多发,但在门诊误诊率较高,故应引以为注意。

894 例产妇会阴保护的临床体会

黑龙江省商业职工医院妇产科 张滨 李洪兰 张旭

我院从 1989 年—1991 年共接产 894 例,现将会阴保护方法及体会报告如下:

临床资料

894 例产妇分类:正常会阴 717 例占 80%。剖宫产 74 例占 8.3%,会阴 I° 侧切 65 例占 7.3%。会阴侧切,胎头吸引术 20 例占 2.2%,臀牵引术 8 例,其它 10 例。

保护方法

产妇宫口开全并有规律宫缩时,应让产妇立即仰卧于产床上,垫好臀枕、高低适度,两腿屈曲分开,用 1:1000 新洁尔灭消毒外阴。接班人员按无菌操作常规洗手,穿无菌衣,铺无菌巾,助产士站在病人的右侧,用消毒纱布做好会阴保护垫,准备接生,当儿头拨露时会阴体联合力较紧时,开始保护会阴,助产士右肘支持在产床上,大拇指与其它四指分开,利用手掌大角肌顶住会阴体部,当宫缩时应向上方托压,以左手拇指和食指将阴唇往下推,使阴唇不至绷得过紧,左手掌部轻压儿头枕部,帮助儿头尽量向下俯屈,缓缓下降,保护胎头以枕下前凶径经过骨盆出口,宫缩间歇时放松,但助产士右手必需保持原位不要移开,以免宫缩时产妇突然用力而来不及保护,待胎头着冠时,左手不在用力阻挡胎头,可扶持额部协助胎头仰伸。此时如果宫缩很强让产妇张口呼吸,不加腹压,而在宫缩间歇时让产妇吸气用腹压,使胎头缓缓仰伸,当胎头娩出后右手仍要保护会阴,先用左手从胎儿鼻根部向下颌挤压,将口鼻内的羊水及粘液排出,以免引起新生儿窒息或吸入性肺炎,然后协

助胎头外转、枕部向背部一侧轻轻下压额部,并牵引儿颈体前肩娩出于耻骨下方,再反手上托胎头颈部,使后肩从阴道慢慢娩出,肩部娩出是也要保护会阴,双肩娩出后躯干及下肢随即娩出,右手方可分开,双手将婴儿娩出产道。

胎头着冠时,接生人员帮助胎头俯屈,使胎头最小径慢慢通过骨盆出口,也就是在子宫收缩间歇期,胎头缓慢地通过阴道口是预防会阴裂伤的关键。

讨 论

1. 产妇助产士很好地配合是最关键的,特别是初产妇,在分娩前向她们说明分娩的过程。进入二产程时指导产妇进气,增加腹压,协助宫缩,缩短第二产程时间。

2. 在胎头拨露时,如初产妇会阴较紧,可在严密消毒下用手指帮助扩张会阴,但不可次数太多,否则增加感染机会或造成会阴水肿。

3. 保护会阴不要过早,在儿头着冠时要根据产妇情况和儿头娩出要适当用力,保护巾不要过早压住会阴处,以免造成局部循环障碍而致水肿。如儿头过大时,颅骨过硬会阴伸张力差而至会阴体部极度伸张变薄而难免破裂时,不要勉强保护,以免造成会阴及阴道深部组织裂伤,应立即做会阴切开。

4. 如第二产程过长,胎儿在宫内窘迫,这时就不能只求保护会阴,应迅速结束分娩,减轻胎儿娩出时的窒息程度。

(编辑:李树亮 校对:孙玉梅)

本病发病时有微热,多有舒张期奔马律,心率快,ST—T 改变(以 T 波改变为主)。但 T 波改变与临床症状不成比例。X 线表现,心脏向两侧扩大。血压高,以舒张压为主,脉压差小,随着病程进展,血压不增高,后期血压可下降,不用降压药既可恢复,尿化验有改变,P_r 尿随着病情不加重,后期可恢复。发病时间多在妊娠末三个月和产后六周。本病大多数认为妊娠、分娩诱因。此期负担过重有关。也有认为与营养不良、遗传、种族、病毒感染、药物、自家免疫、

高血压、先兆子痫有关。

本病如能早期诊断及时治疗,一般可以完全恢复。但国外报道预后不良,死亡率较高。

参考文献 略

(编辑:张秋滨 校对:孙玉梅)