

# CO<sub>2</sub> 激光联合干扰素治疗尖锐湿疣疗效观察

于桥医,王 昕

(北京华信医院,北京 100016)

**[摘要]** 目的 观察 CO<sub>2</sub> 激光联合干扰素治疗尖锐湿疣的临床疗效、安全性及其对复发率的影响。方法 将 100 例尖锐湿疣患者分为对照组与观察组,对照组 50 例单用 CO<sub>2</sub> 激光治疗,观察组 50 例在对照组基础上加用重组人干扰素 α-2b 凝胶治疗,坚持治疗 8 周,治疗完毕 2 周后作常规检查,随后每月复查,观察 2 组治疗效果及复发情况。结果 观察组痊愈率明显高于对照组( $P < 0.05$ );随访 1 个月、2 个月观察组复发率显著低于对照组( $P$  均  $< 0.05$ ),随访 3 个月 2 组复发率比较差异无统计学意义;观察组伤口结痂时间、伤口愈合时间、HPV 清除时间均明显短于对照组( $P$  均  $< 0.05$ );观察组 2 例病灶区域出现瘙痒、红肿反应,2 例出现低热、头痛、头晕症状,均可耐受,3 d 内自行消退。结论 CO<sub>2</sub> 激光联合干扰素治疗尖锐湿疣疗效好,复发率低,可控制患者疾病的进展,值得推广应用。

**[关键词]** 尖锐湿疣;干扰素;激光;复发

doi:10.3969/j.issn.1008-8849.2015.36.017

**[中图分类号]** R752.53

**[文献标识码]** B

**[文章编号]** 1008-8849(2015)36-4038-03

尖锐湿疣(CA)主要由感染人乳头瘤病毒(HPV)所致,引起肛门、会阴及生殖器表层出现增殖性病变,又可称作生殖器疣,属于传播性疾病的范畴<sup>[1]</sup>。近年来有统计资料显示,CA 的发病率呈明显上升趋势,在部分欧美国家已上升至性传播疾病的首位,我国尚居于次位<sup>[2]</sup>。其常见于中青年性活跃群体,以性接触为主要传播途径,过早性交、性滥交是感染 HPV 的相关危险因素,有研究显示,超过 66.7% 的人群与 CA 患者接触后可感染本病,同时其可通过非性接触传播,如产妇分娩时婴儿经由产道或出生后与母体密切接触均可能被传染<sup>[3]</sup>。当前临床上对 CA 的治疗主要以物理疗法、化学疗法及免疫治疗方案为主,但尚未确立减少 CA 复发率的有效方案,虽采取化学及物理疗法可祛除 CA,但无法消除疣体附近组织感染 HPV 的风险<sup>[4]</sup>。为探讨治疗 CA 并减少其复发率的有效方案,我院对 2012 年 10 月—2014 年 10 月收治的 100 例 CA 患者展开了对照研究,现报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选择我院上述时期收治的 100 例 CA 患者,年龄超过 16 岁;存在皮肤黏膜损害表现,且醋酸实验结果为阳性;为生殖器、肛周及外阴 CA,组织病理证实;患者自愿接受研究,并签署研究同意书。排除合并全身性疾病、心肝肾疾病、感染性皮肤病未愈者,妊娠期者,对干扰素过敏者及有糖皮质激素治疗史者。随机将患者分为 2 组:对照组 50 例,男 24 例,女 26 例;年龄 18~41(28.9±4.5)岁;病程 1~12(5.6±1.2)周;单发 11 例,多发 39 例。观察组 50 例,男 23 例,女 27 例;年龄 17~43(29.7±4.3)岁;病程 1~13(6.1±1.4)周;单发 10 例,多发 40 例。2 组一般资料比较差异无统计学意义( $P$  均  $> 0.05$ ),具有可比性。

**1.2 治疗方法** 对照组仅接受 CO<sub>2</sub> 激光治疗。对患者 CA 疣体处做消毒处理,于病灶基底注入利多卡因作局部麻醉处理,取 CO<sub>2</sub> 激光治疗仪,祛除尖锐湿疣。设定范围为超过疣体 2~3 mm,深度控制在 1~2 mm,术后保持患者病灶区域的

清洁与干燥。在激光治疗期间不给予其他药物处理,坚持治疗 8 周。观察组则在 CO<sub>2</sub> 激光治疗的基础上加用重组人干扰素 α-2b 凝胶治疗。CO<sub>2</sub> 激光治疗方案及时间同对照组。激光治疗 3 d 后,使用消毒棉签于患处涂抹重组人干扰素 α-2b 凝胶,涂抹后轻柔按压 2~3 min 以加快药物吸收,4 次/d,连续用药 6 周。

**1.3 观察指标** 随访 3 个月,于治疗 2 周后对患者作常规检查,后每月定期复查,共复查 3 次。观察 2 组疣体部位、外形、面积及数目的变化情况,记录 2 组创口结痂愈合时间、HPV 清除时间、治疗后不同时间段的复发情况及治疗期间不良反应发生情况。

**1.4 疗效判定标准** 痊愈:患者临床症状及体征基本消失,疣体基本消退,肉眼无可视增生性病表现,醋酸白实验结果呈阴性,随访 3 个月内无复发;复发:3 个月内,原受损部位或附近 2 cm 范围内出现新皮损,或醋酸白实验结果呈阳性。

**1.5 统计学方法** 采用 SPSS 19.0 统计学软件处理本次研究数据。计数资料采用构成比(%)表示,行  $\chi^2$  检验;计量资料采用  $\bar{x} \pm s$  表示,行  $t$  检验。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2 组痊愈率及复发率比较** 观察组复发 6 例占 12%,对照组复发 22 例占 44%,观察组痊愈率明显高于对照组( $P < 0.05$ )。随访 1 个月、2 个月观察组复发率均低于对照组( $P$  均  $< 0.05$ );随访 3 个月 2 组复发率比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。见表 1。

表 1 2 组复发情况比较 例(%)

组别	n	随访 1 个月	随访 2 个月	随访 3 个月	合计
观察组	50	3(6)	2(4)	1(2)	6(12)
对照组	50	10(20)	8(16)	4(8)	22(44)
$\chi^2$		4.332 4	4.000 0	1.894 7	12.698 0
P		<0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 2组伤口结痂、愈合及 HPV 清除时间比较 观察组伤口结痂时间、伤口愈合时间、HPV 清除时间均明显短于对照组( $P$ 均 $<0.05$ )。见表2。

表2 2组伤口结痂、愈合及 HPV 清除时间比较( $\bar{x} \pm s, d$ )

组别	$n$	伤口结痂时间	伤口愈合时间	HPV 清除时间
观察组	50	3.56 ± 1.28	7.78 ± 1.33	33.53 ± 12.95
对照组	50	6.28 ± 1.95	10.21 ± 2.09	46.12 ± 14.71
$t$		8.245	6.936	4.542
$P$		$<0.05$	$<0.05$	$<0.05$

2.3 2组不良反应发生情况比较 外用重组人干扰素 $\alpha-2b$ 凝胶后,观察组2例病灶区域出现瘙痒、红肿反应,2例出现低热、头痛、头晕症状,均可耐受,3d内自行消退;对治疗未产生不良影响。

### 3 讨论

当前临床上对 CA 的治疗主要包括化学疗法、物理疗法及药物治疗等方案,虽有其一定的效果,但远期疗效存在一定的局限性,停药后患者复发率高,对其生活质量产生负面影响<sup>[5]</sup>。有研究显示,CA 患者疣体消退后,有超过 60%~65% 的患者可能存在复发表现,且其 3 个月内复发率高达 50%<sup>[6]</sup>。目前也有研究显示,CA 治疗后复发时间集中于治疗 3~6 个月内,且伴随时间的增加与延长,复发的概率亦逐渐变小<sup>[7]</sup>。

大部分研究观点认为,导致 CA 复发的因素相对复杂,包括 HPV 病毒的特异性、遗传因素、细胞免疫功能等因素<sup>[8]</sup>。HPV 感染是 CA 的主要病因,在患者疣体病变区域可通过检测到 HPV DNA,其具备高度组织特异性与宿主性,通常感染患者皮肤黏膜鳞状上皮细胞。在宿主细胞内经过复制、释放颗粒而成为 HPV 传播源,同时其可整合融入宿主细胞 DNA 内,同步复制,使得子代细胞处于潜伏感染状态,且在 HPV 病毒复制过程中,宿主细胞亦处于不断转化与增殖过程中,患者免疫系统均可能受到 HPV 病毒不同程度的限制<sup>[9]</sup>。也有研究者认为,部分感染 HPV18 及 HPV16 亚型的 CA 患者病程迁徙,且复发率高<sup>[10]</sup>。国内外也有研究者通过研究 CA 与人白蛋白抗原相关性研究证实,其存在共同相关抗原决定簇,因而得出某种特定人群对 HPV 病毒存在遗传易感性的结论<sup>[11]</sup>。

潜伏感染不仅是 HPV 存储宿主的原因,同时是作为传染源的依据,且亚临床感染与潜伏感染的再活动均为 CA 复发的相关原因。目前国外已有学者证实,在性活动频繁的成人群体中有约 1% 的患者患有 CA,其中亚临床感染占 15%<sup>[12]</sup>,因而提出在临床治疗时可通过适当扩大治疗范围来降低 CA 的复发率。当前也有大量学者认为 CA 的产生、进展、消退及复发均与患者免疫功能存在相当的关联<sup>[13]</sup>,人体对湿疣的特异性免疫渠道为细胞免疫,而大部分 CA 患者均存在细胞免疫受限症状,在感染 HPV 后,可引发体液产生免疫应答,促使特异性抗体产生,但其速度相对较慢,持续时间较短,因此认为仅可将 HPV 特异性抗体作为衡量 CA 疾病活动性的相关

标记。

当前大部分学者将 CO<sub>2</sub> 激光治疗仅用于 CA 的治疗中,且可用于不同部位的疣体治疗,治疗仪所产生的高温可杀灭人乳头瘤病毒,并清除疣体组织<sup>[14]</sup>。也有研究显示,采用 CO<sub>2</sub> 激光治疗 CA 首次治愈率可达 95%,同时在清除疣体的同时,凝固疣体基底小血管及末梢神经,起到止痛与止血的作用<sup>[15]</sup>。且其操作准确性高,患者创面愈合速度快。但也有统计资料显示,单纯采用 CO<sub>2</sub> 激光治疗,患者复发率较高,为 10%~75%<sup>[16]</sup>。本组单一应用 CO<sub>2</sub> 治疗仪组复发率为 44%,与报道一致。究其复发原因,主要与治疗不彻底、HPV 潜伏感染、HPV 病毒颗粒播种等因素相关。

干扰素富含糖蛋白与多种蛋白质,有其广谱抗病毒作用,同时可调节机体免疫功能,提高患者机体的免疫抵抗力。其主要通过与靶细胞膜上的受体进行结合,激活细胞内抗病毒蛋白基因反应,并合成抗病毒蛋白,进而起到有效的抗病毒作用,调节患者免疫功能,并提高杀伤细胞的活性,强化巨噬细胞的吞噬作用,诱导自身内源性干扰素形成,发挥抗 HPV 病毒作用<sup>[17]</sup>。也有研究表明,局部外用干扰素对控制 HPV 病毒的复制与增殖作用更为明显,可阻止病毒复制,优化治疗效果,降低复发率<sup>[18]</sup>。本研究观察组患者临床治疗有效率高达 88%,复发率仅为 12%,且患者创面结痂、愈合时间及 HPV 清除时间均明显短于单用 CO<sub>2</sub> 激光治疗的对照组,与早期研究结果一致。

综上所述,对 CA 患者病变区域采用 CO<sub>2</sub> 激光联合重组人干扰素 $\alpha-2b$ 凝胶外用方案,可弥补单纯激光治疗仪的不足,在促进愈合的同时,可降低亚临床感染与潜伏感染发生率,进而降低术后复发率,优化临床治疗效果。总之,采用 CO<sub>2</sub> 激光联合干扰素方案治疗 CA 可达到标本兼治的效果,能提高疗效,降低复发率,控制患者疾病的进展,值得推广。

### [参 考 文 献]

- [1] 刘元林,李安信. CO<sub>2</sub> 激光联合局部外用重组人干扰素 $\alpha-2b$ 凝胶治疗尖锐湿疣疗效研究[J]. 传染病信息,2012,25(1):17-18
- [2] 常欣,代志彬,张国锋,等. CO<sub>2</sub> 激光联合 $\alpha-2b$ 干扰素外阴部皮下或黏膜下注射治疗尖锐湿疣 43 例[J]. 中国药业,2014,23(9):63-65
- [3] 高慧莉,郭幼军. 重组人干扰素 $\alpha-2b$ 凝胶联合 CO<sub>2</sub> 激光治疗女性尖锐湿疣的临床观察[J]. 中国医院用药评价与分析,2014,5(12):1081-1082;1083
- [4] 曹鸿玮,王瑞,杨俊亚,等. 激光治疗尖锐湿疣术后咪喹莫特乳膏应用的效果[J]. 郑州大学学报:医学版,2014,25(3):443-444
- [5] 常欣,代志彬. 新疗法治疗宫颈尖锐湿疣临床研究[J]. 河北医药,2014,10(9):1310-1313
- [6] 常欣,代志彬.  $\alpha-2b$ 干扰素外阴处黏膜下或皮下注射治疗尖锐湿疣的体会[J]. 现代中西医结合杂志,2013,22(18):2006-2007
- [7] 陈皓,吴华. 重组人干扰素 $\alpha2b$ 阴道泡腾胶囊联合激光治疗尖锐湿疣 65 例临床分析[J]. 实用妇产科杂志,2012,28(3):224-225
- [8] 贾华魁. 激光联合卡介苗素和干扰素治疗 86 例尖锐湿疣综合

# 氮卓斯汀喷雾剂合用玉屏风散对变应性鼻炎患者血清 IgE、外周嗜酸粒细胞水平的影响

陈姝瑾,王卫红,刘冰,赵小燕  
(重庆市荣昌县人民医院,重庆 402460)

**[摘要]** 目的 观察氮卓斯汀喷雾剂联合玉屏风散治疗变应性鼻炎的临床效果及对血清 IgE、外周嗜酸性粒细胞水平(EOS)的影响。方法 将126例变应性鼻炎患者随机分为观察组与对照组,对照组给予氮卓斯汀喷雾剂治疗,观察组在此基础上联合玉屏风散治疗,对比观察2组临床疗效及治疗前后 IgE、EOS 变化。结果 观察组治疗后显效率与总有效率均明显高于对照组( $P$ 均 $<0.05$ ),治疗后各项症状积分及血清 IgE、外周 EOS 水平均明显低于对照组( $P$ 均 $<0.05$ )。结论 氮卓斯汀喷雾剂联合玉屏风散治疗变应性鼻炎能够更为有效地改善各项临床症状,降低血清 IgE 与外周 EOS 水平,缓解炎症反应,明显提高治疗效果,值得临床推广应用。

**[关键词]** 变应性鼻炎;玉屏风散;氮卓斯汀;血清 IgE;外周嗜酸性粒细胞水平

doi:10.3969/j.issn.1008-8849.2015.36.018

**[中图分类号]** R765.21 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1008-8849(2015)36-4040-03

变应性鼻炎(AR)是临床常见慢性变应性疾病,也称为过敏性鼻炎,是发生在鼻黏膜上的炎症反应性疾病,其患病率在20%左右,且随着现代生活环境的改变,其患病率仍呈升高趋势<sup>[1]</sup>。虽然该病病程较缓慢,对机体损害较小,也不会威胁生命,但对患者日常生活质量乃至工作均会产生严重的影响,且治疗效果不稳定、容易复发,常会出现迁延不愈,给患者带来极大的痛苦<sup>[2]</sup>。以往临床上主要使用抗组胺类药物与类固醇类药物,氮卓斯汀是可显著缓解临床症状的组胺类药物,且喷雾剂可以使药物直接作用于鼻黏膜,充分而快速的发挥药效,短时间内即可有效缓解症状,短期效果极佳,但长期疗效仍不稳定,治疗后容易复发。2011年5月—2014年6月笔者观察了氮卓斯汀联合玉屏风散治疗变应性鼻炎的临床疗效,现将结果报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选取上述时期本院收治的变应性鼻炎患者126例,患者临床症状中鼻痒、鼻塞、流涕、喷嚏中至少出现3种,病程超过1年,且发作时间每日可累计超过0.5h;鼻腔镜

检查显示鼻黏膜充血水肿或呈苍白色,发作期检查鼻腔分泌物可检出嗜酸性粒细胞阳性,可确诊<sup>[3]</sup>;患者意识、认知正常能够配合治疗,入院前1个月内未使用激素、抗组胺类药物或实施脱敏治疗;入组前均充分了解相关内容,自愿参与并签署知情同意书,符合医学伦理学要求。排除明显鼻中隔扭曲或慢性鼻窦炎、其他类型鼻炎患者,合并有特异性皮炎、支气管哮喘等相关疾病患者,相关药物过敏患者,从事驾驶车辆、高空作业等注意力需要高度集中职业者,伴有肝肾等脏器或造血、内分泌等系统较严重疾病患者,因个人因素无法坚持完成治疗方案患者等,以及妊娠、哺乳期妇女。随机分为2组:对照组63例,男33例,女30例;年龄22~49(34.18±6.82)岁;病程1~14(6.16±4.39)年。观察组63例,男35例,女28例;年龄21~52(35.36±7.19)岁;病程1~13(5.92±4.07)年。2组基本情况比较差异无统计学意义( $P$ 均 $>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 治疗方法** 对照组给予氮卓斯汀喷雾剂治疗,早晚喷雾,每个鼻孔喷1次。观察组在对照组治疗基础上给予玉屏

疗效研究[J]. 现代预防医学,2012,39(11):2874-2875;2878

[9] 黄永青. 二氧化碳激光联合5%咪喹莫特乳膏、干扰素治疗尖锐湿疣的疗效观察[J]. 海南医学,2012,23(3):42-43

[10] 方远芳. 胸腺五肽与干扰素治疗尖锐湿疣65例临床分析[J]. 广西医学,2014,12(9):1323-1324

[11] 马静,温炬,郑荣昌,等. 低剂量阿维A对尖锐湿疣复发患者血清细胞因子水平的影响[J]. 广东医学,2013,34(11):1768-1770

[12] 杨光河,程春林,刘佳,等. 卡介苗多糖核酸与干扰素治疗尖锐湿疣的复发率比较[J]. 中华皮肤科杂志,2013,46(5):366-367

[13] 杨旺旺. 钬激光电灼加干扰素皮下注射联合治疗尿道内尖锐湿疣[J]. 实用医学杂志,2012,28(10):1735

[14] 周艳,罗阿利,韩丹,等. 中药外治预防尖锐湿疣复发的临床观察[J]. 西北药学杂志,2014,12(4):408-410

[15] 王京,徐娟. 光动力治疗宫颈湿疣合并宫颈上皮内瘤变一例[J]. 中华皮肤科杂志,2013,46(5):365-366

[16] 王希晶,王谦可,梁凤仪,等. ALA-PDT联合CO<sub>2</sub>激光治疗尖锐湿疣疗效观察及治疗前后外周血TNF-α和IL-6变化[J]. 中国皮肤性病学杂志,2012,26(3):233-234;237

[17] 王娟,张际,杨玉亭,等. 5-氨基酮戊酸光动力疗法联合CO<sub>2</sub>激光治疗尖锐湿疣疗效的系统评价[J]. 激光杂志,2012,33(2):59-61

[18] 李晓川,朱兰,顾宇,等. CO<sub>2</sub>激光初治外阴尖锐湿疣的评价与单次疗效预测[J]. 中华医学杂志,2012,92(25):1759-1762

[收稿日期] 2015-03-26