

改良埋线式疣体植入术治疗多发性扁平疣 52 例

段 峰¹, 杨彦军², 王化锋¹, 何 鑫¹, 丁孟霞³

【摘要】 多发性扁平疣常见于青少年暴露部位皮肤, 对其身心健康产生不良影响。目前该病治疗方法虽多, 但治疗效果欠佳。本文选取 52 例多发性扁平疣患者, 采用改良埋线式疣体植入术进行治疗, 观察有效率以及不良反应。结果显示治愈 35 例, 显效 9 例, 总有效率 84.6%, 复发 0 例。该疗法操作方便, 流程简化, 免除开刀拆线, 且疗效肯定, 不良反应少, 值得临床推广应用。

【关键词】 扁平疣; 埋线; 埋疣

【中国图书分类号】 R752.5

扁平疣是一种由人类乳头瘤病毒(human papilloma virus, HPV)感染引起的皮肤病, 好发于颜面、手臂和颈胸等暴露部位。自体疣植入治疗是目前临床常用的治疗方式, 但该疗法操作复杂, 不良反应较多, 给患者造成不良就医体验。因此, 探讨一种操作简单方便、安全有疗的治疗方式尤为重要。笔者采用改良埋线式疣体植入术治疗多发性扁平疣取得较好临床疗效。

1 对象与方法

1.1 对象 选取 2020-03 至 2023-03 我院皮肤科门诊收治的多发性扁平疣患者 52 例, 其中男 28 例, 女 24 例; 年龄 12~45 岁; 病程 3 个月~1 年, 平均 5 个月。经过口服和肌内注射抗病毒药物治疗、激光液氮冷冻治疗、口服中药治疗效果不佳, 治疗时间 ≥ 3 个月。皮疹类型以扁平丘疹为主, 直径大小为 0.3~0.8 cm, 均符合多发性扁平疣临床诊断标准^[1]。纳入标准: (1) 经临床或组织病理检查, 诊断明确, 疣体数目 ≥ 20 个; (2) 入选前 3 个月内未再接受过抗病毒类、维甲酸类、注射免疫增强剂或免疫调节剂等任何治疗, 非瘢痕体质, 无严重心脏病、肝病、肾病、精神疾病史; (3) 面部无化脓感染, 无治疗禁忌证, 皮损发生于手臂、面部或胸颈部; (4) 能按时复诊随访时间 3 个月以上。排除标准: (1) 妊娠及哺乳期妇女; (2) 疣体扁平不易刮者; (3) 免疫功能低下者, 或合并其他自身免疫疾病或变态反应性疾病; (4) 失访或资料不全, 不能判断疗效和安全性者。患者均知

情同意并签署知情同意书, 本研究经本院伦理审查通过。

1.2 治疗方法 完善相关术前检查(传染病四项、血常规、凝血功能、心电图等), 签署术前知情同意书和手术治疗同意书, 告知注意事项及可能出现情况, 取得患者信任配合。(1) 患者平躺于治疗床上, 75%酒精局部常规消毒, 铺巾。取色泽鲜亮、饱满疣体 3~5 个, 尽量选手臂或颈部相对隐蔽部位。左手捏住疣体四周皮肤, 使疣体凸起于皮肤表面, 右手持手术刀尖沿疣体边缘平削至基底(治疗前 30 min 涂抹复方利多卡因乳膏至表面麻醉效果满意), 注意取疣体组织时切面不宜太深, 以 1~3 mm 为宜, 避免损伤真皮深层而留下瘢痕。干纱布压迫止血, 贴创可贴。(2) 将刮取的疣体放置于生理盐水纱布上浸泡 3~5 min, 至松软膨胀为宜, 用 12 号止血钳将疣体反复挤压至直径约 0.5 mm 碎屑状颗粒(图 1A)。取一次性埋线针一支(规格 1.6 mm \times 65 mm; 16#), 拆开检查针柄、针管、针芯是否通顺, 用眼科镊夹取疣体颗粒从针管尖端斜面塞入(图 1B), 并用针芯向针尾反复推送, 将疣体全部塞到针管内, 从针柄尾部装上针芯备用。(3) 选择患者上臂中段的外侧皮肤或其他隐蔽皱褶部位, 常规消毒后局部浸润麻醉。左手捏起皮肤, 右手持已填充疣体颗粒的埋线针针头从捏住皮肤一侧进针, 针头斜面向上和皮肤呈 30°~40°, 深度 0.5~1.0 cm, 右手拇指按压针芯柄从尾部反复向前推进疣体颗粒, 完毕退针, 按压针孔, 妙贴覆盖创口。取疣体部位、植入部位无需换药, 3 d 后自行去掉包扎材料, 定期复查随诊观察皮疹变化情况。

作者简介: 段 峰, 硕士, 副主任医师。

作者单位: 450000 郑州, 武警河南总队医院: 1. 皮肤科, 2. 医学工程科, 3. 护理部

通讯作者: 丁孟霞, E-mail: 139194319@163.com

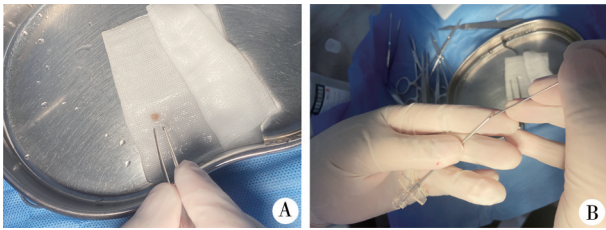


图 1 改良埋线式疣体植入术治疗多发性扁平疣

A. 刮取疣体挤压成颗粒盐水浸泡备用; B. 将疣体颗粒装进埋线针管内。

1.3 疗效判断评估标准 疗效判断评估标准^[2-4]: 治疗前后均采集照片并观察记录皮损情况, 包括皮损数量、颜色、减少数目。疗程结束后 3 个月采用复诊或电话随访, 判断复发情况, 以原皮损处出现新疣体判为复发。复发率以患者末次治疗后随访 3 个月时皮损复发者比全组患者数计算。

1.4 结果 治疗结束后 3 个月观察疗效, 52 例患者中治愈 35 例, 占 67.3%; 显效 9 例, 占 17.3%; 好转 5 例, 占 9.6%; 无效 3 例, 占 5.8%。总有效率为 84.6%, 复发 0 例。皮损消退时间最快者术后 2 周, 最长者术后 3 个月, 均未出现伤口感染情况。不良反应: 2 例患者在治疗后 14 d 内出现皮肤瘙痒难受, 用抗过敏药物后缓解。

2 讨 论

多发性扁平疣临床上表现为体表多发淡褐色扁平丘疹, 表面光滑发亮、质硬、界限清楚。皮疹累及面部患者, 易产生自卑、焦虑等不良心理。目前治疗该病方法主要有激光、液氮冷冻、电灼、外用调节免疫药物及清热解毒中药治疗等。但当皮损数目较多时, 上述方法虽能有效治疗, 但易遗留色素沉着及瘢痕^[5], 患者常难以接受。因此研究探讨一种安全有效、副作用较小的治疗方案, 一直是临床研究热点。现有研究发现多发性扁平疣的发生、发展、预后与机体免疫功能有一定关系, 因此如何有效清除体表病毒和提高人体免疫功能是治愈本病的关键^[6]。自体疣植入疗法是将自身疣体病毒颗粒作为特异性抗原放于真皮或皮下脂肪层, 从而刺激机体免疫应答产生特异性抗体, 通过 T 细胞介导免疫反应使 CD8⁺ 亚群发挥细胞毒性作用, 致使其它部位病毒疣体细胞水肿、变性坏死、脱落和消退。这种免疫反应虽然产生较慢, 一般在术后 2~12 周出现, 但维持时间可达半年或更长^[7]。

自体疣植入术治疗多发性扁平疣已有较多报道^[4-8], 传统治疗方法多是选取疣体经挤压处理后

备用, 局麻后在肩部用手术刀切开皮肤至真皮或者皮下, 用眼科止血钳夹取疣体填塞入切口处。由于该操作破坏真皮浅层血管, 渗血会将植入的部分疣体冲出, 需要反复操作才能全部埋植到皮下, 后续缝合加压过程中也会致少量疣体颗粒被挤出, 造成疣体植入量少而影响治疗效果。患者术后则需要口服抗菌药抗感染, 1 周后回医院拆线^[9], 少数患者切口处瘢痕增生。本文对于疣体植入治疗方法进行了精改进良, 取得较好临床疗效。改良操作方法是疣体刮取处理后放置到埋线针管内, 采用针刺埋线式推进植入, 伤口针尖大小, 无渗血, 疣体不会被挤压出来, 易将疣体全部植入, 埋植深度、疣体数量可控, 无需口服抗菌药, 无需缝合及拆线, 无瘢痕遗留。手术操作简化, 时间短, 一般 3~5 min 可完成, 全程痛苦小, 患者易于接受, 随治随走。本研究疗效确切, 总有效率约 85%, 0 例复发; 不良反应少, 仅 2 例患者皮肤瘙痒; 安全性高, 无一例伤口感染; 恢复快, 术后 3 d 即可正常生活。改良埋线式疣体植入术的几点体会: (1) 术前认真评估病情结合皮肤镜以及皮肤 CT 以明确诊断, 术中尽量选用隐蔽部位个体大、籽粒饱满、新鲜的疣体, 刮取疣体时要平取, 避免过深形成凹陷疤痕; (2) 将新鲜疣体取下后放置到浸泡生理盐水纱布内 3~5 min 至发白膨胀, 用止血钳反复挤压形成碎屑状颗粒, 更利于疣体放置后被免疫细胞识别, 刺激机体产生特异性免疫应答; (3) 埋植部位尽量在真皮中下层或皮下, 防止疣体颗粒被挤压出来而影响治疗效果, 同时较深的部位也能更快诱发机体产生免疫反应。

综上所述, 改良埋线式疣体植入术治疗多发性扁平疣, 操作简单, 效果确切, 并发症少, 患者易于接受, 值得临床推广应用。限于本研究病例有限, 对于免疫力低下以及免疫功能紊乱的患者, 本方法是否适用需要在临床中进一步研究探索。

【参考文献】

- [1] 赵 辨. 中国临床皮肤病学[M]. 南京: 江苏科学技术出版社. 2011: 0413-0417.
- [2] 刘新伟, 徐良才, 尹大朴. 改进型自体疣皮下包埋联合中医中药治疗扁平疣的疗效观察[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2016, 4(22): 165-168.
- [3] 邹德明. 改良扁平疣种植术联合阿达帕林凝胶外用治疗扁平疣疗效观察[J]. 中国美容医学, 2011, 20(12): 1939-1940.
- [4] 王来荣, 孙兰英, 窦小军. 自体疣植入术治疗扁平疣的疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志. 2010, 19(36):

4737-4738.

- [5] 李淑. 改良疣体包埋手术治疗面部扁平疣[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(A2): 65-66.
- [6] 曾文军, 邓珍良, 王柳均, 等. 自体疣埋植治疗扁平疣及其对机体 IL-2、 γ -IFN 的影响[J]. 中国实用医药, 2017, 12(32): 25-27.
- [7] 刘雪梅, 张鹏. 祛疣汤辅助胸腺肽联合液氮冷冻治疗扁平疣的疗效及对 T 淋巴细胞亚群和 IL-4、INF- γ 水平的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(3):

290-292

- [8] 田艳芬, 张婷, 黄立坤. 扁平疣包埋简易术 60 例临床观察[J]. 中国药物与临床, 2018, 18(9): 1594-1595.
- [9] 陈俊杰, 黄玉成, 李天举, 等. 耳穴刺络放血联合改良疣体包埋术治疗扁平疣疗效观察[J]. 中国中西医结合皮肤性病杂志, 2017, 16(5): 417-418.

(2024-02-26 收稿 2024-08-14 修回)

(责任编辑 于超奇)

肝吸虫无症状感染 1 例

章保新¹, 简明¹, 田斌², 龚家辉¹, 袁桔华¹, 张祖萍³

【摘要】 华支睾吸虫俗称肝吸虫, 可在人肝内胆管寄生。目前, 肝吸虫病是我国常见的一种食源性寄生虫病。感染较轻者常无明显症状, 容易被忽视。某医学院学生在寄生虫学实验课自身粪检时, 偶然发现肝吸虫卵, 未诉不适。腹部彩超检查示: 肝内胆管壁增厚、胆囊泥沙样结石。予吡喹酮和消炎利胆片治疗, 数月后查胆囊未见泥沙样结石、粪检未见肝吸虫卵。本病例提醒人们应养成良好的饮食习惯, 防止肝吸虫感染。

【关键词】 生鱼片; 华支睾吸虫; 囊蚴

【中国图书分类号】 R532.23

华支睾吸虫俗称肝吸虫, 是寄生在人体肝内胆管的一种寄生虫。肝吸虫病主要分布于东亚和东南亚地区, 其中约 85% 的病例发生在中国^[1]。肝吸虫病是目前我国最严重的食源性寄生虫病, 我国已有 27 个省(市、自治区)有本病发生与流行, 以广东、广西及东北各省多见, 其中广东感染率最高, 可达 16.4%^[1,2]。肝吸虫病临床症状多样化, 无明显特异性。本文报道 1 例无症状感染肝吸虫病例, 以提高人们的防范意识。

1 病例报告

1.1 一般资料 患者, 女, 21 岁, 某医学院学生。2023 年 12 月, 在医学寄生虫学实验课进行粪便检查时, 镜检发现肝吸虫虫卵。自述无任何症状, 曾于 2023 年 10 月与朋友一起, 在某日料理店进餐, 进食了生鱼片, 无其他生食或半生食淡水鱼、虾史。

1.2 就诊经过 2023-12-18, 患者到湘雅三医院感染病科就诊。(1) 免疫学检查: 酶联免疫吸附试

验(ELISA), 肝吸虫抗体呈弱阳性;(2) 血常规: 血红蛋白 131 g/L, 白细胞 $5.58 \times 10^9/L$, 单核细胞绝对值 $0.25 \times 10^9/L$, 单核细胞百分比 4.6%, 嗜酸性粒细胞绝对值 $0.25 \times 10^9/L$, 嗜酸性粒细胞百分比 4.4%; (3) 肝功能: 谷丙转氨酶 15 U/L, 谷草转氨酶 19 U/L, γ -谷氨酰转肽酶 14 U/L, 碱性磷酸酶 52 U/L, 总胆红素 $12.8 \mu\text{mol/L}$, 总蛋白 77.2 g/L, 白蛋白 52.8 g/L; (4) 腹部彩超检查: 右肝低回声结节, 病理性质待定, 考虑局灶性结节性增生? 超声造影: 肝内胆管壁增厚并周围组织回声增强; 胆囊多发泥沙样结石, 胆囊炎; 脾、胰、门脉系统未见明显异常(图 1)。患者未进一步进行超声造影检查。综合诊断肝吸虫病, 需给予吡喹酮驱虫治疗。由于湘雅三医院药房无吡喹酮, 患者到长沙市疾控中心申请吡喹酮。疾控中心要求进行粪检查虫卵(采用改良加藤氏厚涂片法^[3]), 粪检找到肝吸虫卵(图 2), 每克粪虫卵数(eggs per gram, EPG)为 62, 遂给予吡喹酮治疗。

1.3 治疗及预后 吡喹酮 900 mg 口服, 3 次/d, 连服 3 d 进行驱虫治疗; 给予消炎利胆片对症治疗。2024-04-25 到湘雅三医院进行复查, 粪便镜检多次均未发现到肝吸虫虫卵; 腹部彩超检查, 胆囊内未见泥沙样结石。

作者简介: 章保新, 博士, 副主任医师。

作者单位: 1. 410006 长沙, 武警湖南总队医院卫生防疫科; 2. 410004, 长沙市疾控中心检验科; 3. 410013 长沙, 中南大学湘雅基础医学院病原生物学教研室

通讯作者: 张祖萍, E-mail: zhangzp74@126.com