

宫内膜大面积摩擦,对子宫内膜损伤小,因此出血少;④微管为一次性产品,也杜绝了交叉感染的机会^[8],符合世界卫生组织倡导预防交叉感染的生殖健康理念,这在全球关注 STD/HIV/AIDS 的今天,具有不可替代的优势;⑤微管柔韧,因此,微管可用于一些高危人工流产如哺乳期、多次人工流产史、近期流产史、瘢痕子宫、畸形子宫等,且超导可视人流可以避免盲刮、盲吸而引起的不必要的伤害,也不用进行膀胱充盈准备,整个手术过程一人可以独立完成,对阴道探头的方向进行调节,就可以确保图像和医生手术过程同步,操作时间短,精确度高,在可视下进行宫腔操作,增加了手术安全性,避免了手术并发症。

总之,全程超导可视下微管人工流产术,临床上具有简单、快捷、有效的优点。熟练掌握人工流产的医生均能很快掌握该项技术,不用专门进行特殊培训,寻找孕囊迅速,效果满意,尤其适合高危流产。全程超导可视微管流产疼痛轻微,术中出血少,手术时间短,操作简单,无失败病例,完全流产率 100%,从

而减少了医疗纠纷的

参考文献

- 1 陈妍,陈杨,谭进成. 全程超导可视无痛人流临床应用疗效观察[J]. 临床医学, 2010, 30(5): 78
- 2 袁照. 高危早期宫内妊娠临床流产方法应用综述[J]. 国际医药卫生导报, 2011, 17(10): 1275 - 1278
- 3 王雅莉,刘惠娜,王凯,等. 药物流产与人工流产对子宫内膜厚度及宫腔、宫颈管粘连的影响[J]. 郑州大学学报:医学版, 2008, 43(4): 773
- 4 朱慧玲,程利南. 药物流产后阴道出血的原因分析和治疗现状[J]. 中国计划生育学杂志, 2006, 14(9): 569 - 570
- 5 管利. 微管人流术 185 例临床观察及体会[J]. 淮海医药, 2009, 27(3): 245 - 246
- 6 邹玉玺. 内镜可视无痛人流的临床观察[J]. 中国医药指南, 2010, 8(13): 132 - 133
- 7 孙燕,韩丽辉. 人工流产术镇痛方法的临床应用研究进展[J]. 中国计划生育学杂志, 2006, 14(10): 632 - 633
- 8 叶元芬,苏敏敏. 可视微管微创人工流产临床分析[J]. 实用医学杂志, 2009, 25(7): 1177

(收稿日期:2014-01-22)

(修回日期:2014-02-25)

艾滋病合并淋巴瘤患者的临床分析

谢 蕾 张忠东 喻剑华 时代强 张永乐

摘 要 目的 总结笔者医院收治的 6 例艾滋病合并淋巴瘤患者的临床特点及诊治。**方法** 回顾性分析 6 例艾滋病合并淋巴瘤患者临床表现、病理诊断、免疫水平和治疗及转归等情况。**结果** 6 例患者主要临床表现有间断性发热、淋巴结肿大;病理诊断弥漫大 B 细胞淋巴瘤(diffuse large B-cell lymphoma, DLBCL) 5 例, Burkitt 淋巴瘤 1 例; CD4 细胞计数 $< 200/\mu\text{l}$ 者 4 例, $> 200/\mu\text{l}$ 者 2 例; 5 例行 R-CHOP 化疗 6 次, 后改为 E-CHOP 化疗, 其中 1 例后又改为 GP, CHML 治疗; 1 例患者 CHOP 化疗 2 个周期; 化疗期间均有发生不同程度的感染。6 例均予高效抗反转录病毒治疗(highly active antiretroviral treatment, HAART), 死亡 2 例, 好转 4 例。**结论** 艾滋病合并淋巴瘤的患者临床表现多样, 免疫力低下; HAART 联合化疗可使免疫重建, 改善患者预后。

关键词 艾滋病 淋巴瘤 化疗 HAART 预后

[中图分类号] R733 [文献标识码] A

Clinical Analysis of Patients with Acquired Immune Deficiency Syndrome Related Lymphoma. Xie Lei, Zhang Zhongdong, Yu Jianhua, et al. Hangzhou Xixi Hospital, Zhejiang 310023, China

Abstract Objective To summarize the clinical features and treatment of 6 patients with acquired immune deficiency syndrome-related lymphoma seen in the Hangzhou Xixi Hospital. **Methods** A total of 6 patients with acquired immune deficiency syndrome-related lymphoma since 2010 were enrolled. Clinical manifestations, pathologic diagnoses, immunity levels, treatments, and outcomes were retrospectively analyzed. **Results** The main clinical manifestations included intermittent fever, lymph node enlargement. Up to 5 patients were pathologically diagnosed with diffuse large B cell lymphoma (DLBCL), and 1 patient was pathologically diagnosed with Burkitt's lymphoma. Up to 4 patients had CD4 cell counts below $200/\mu\text{l}$, and 2 patients had more than $200/\mu\text{l}$. Five patients took R-CHOP six

作者单位: 310023 杭州市西溪医院感染二科(谢蕾、张忠东、喻剑华、时代强), 分子诊断实验室(张永乐)

通讯作者: 张永乐, 电子信箱: da-an-ren@163.com

times, then changed therapy regimen to E-CHOP two times. One then changed therapy regimen to E-CHOP, GP, CHML. One patient took CHOP two times. Six patients took HAART, and two patients died, whereas four patients got improved. Various infections occurred during chemotherapy. **Conclusion** Acquired immune deficiency syndrome-related lymphoma had various clinical manifestations, were immunocompromised. HAART and chemotherapy can help reconstruct immune function, improve patient prognosis.

Key words Acquired immunodeficiency syndrome; Lymphoma; Chemotherapy; HAART; Prognosis

HIV 病毒特异性侵犯机体 $CD4^+$ T 淋巴细胞, $CD4^+$ T 淋巴细胞进行性下降是感染 HIV 后的特征性改变。感染者逐渐出现严重免疫缺陷, 导致各种机会性感染, 艾滋病相关性肿瘤的发生, 包括卡波西肉瘤、非霍奇金淋巴瘤及宫颈癌等^[1]。AIDS 患者在高效抗反转录病毒治疗 (HAART) 前, 患淋巴瘤的风险比 HIV 阴性人群高 60 ~ 200 倍^[2]。HAART 是治疗淋巴瘤 (ARL) 重要组成部分, 不仅减少淋巴瘤的发生率, 而且也改善了淋巴瘤患者的预后。AIDS 合并 ARL 的病例国内报道相对较少。本研究回顾性分析笔者医院从 2010 年 8 月 ~ 2013 年 4 月收治的 6 例 ARL 的临床特点、治疗、生存情况等, 以提高对之认识。

材料与方法

1. 材料: 2010 年 8 月 ~ 2013 年 4 月在笔者医院确诊 ARL 患者 6 例, 均为男性, 年龄 33 ~ 52 岁。所有患者均经当地疾控中心实验室进行 Western blot (WB) 确证试验, 抗 HIV-1 抗体阳性。回顾性分析他们的流行病学资料、临床症状及体征、

辅助检查资料、治疗情况及临床转归等。

2. 实验方法: (1) 病理诊断: 通过取不同部位的病变组织, 由病理科医师进行病理组织学、细胞学及免疫组化检测。按 WHO (2001 年) 的造血和淋巴组织肿瘤分型标准做出诊断, 按照 Ann Arbor 临床分期方案进行临床分期^[3]。(2) 免疫学检测: $CD4^+$ T 淋巴细胞计数: 采集新鲜静脉血于 EDTA-K2 管, 采用流式细胞术, 美国 BD 公司流式细胞仪 FACSCalibur 和试剂, 正常值 196 ~ 1952 个/微升。

结 果

1. 流行病学与临床表现、实验室检查: 6 例 HIV 感染均为同性性行为传播, 浅表淋巴结肿大 6 例, 间断性发热 5 例, 体重下降 4 例。4 例因肿瘤就诊, 筛查 HIV 后确诊 AIDS, 2 例先诊断 HIV 感染或 AIDS 后发现肿瘤, 且诊断淋巴瘤时已经开始 HAART。6 例均在当地疾病预防控制中心进行抗 HIV 抗体的确认试验, 结果均为阳性。4 例患者诊断淋巴瘤时 $CD4^+$ 细胞计数 < 200/微升, 2 例患者 $CD4^+$ 细胞计数 > 200/微升, 详见表 1。

表 1 AIDS 合并非霍奇金淋巴瘤 6 例患者的临床情况

病例	年龄 (岁)	感染途径	HBsAg	HCV 抗体	淋巴瘤诊断时 HIV 感染情况	
					HAART 时间 (月)	$CD4^+$ T 淋巴细胞 (个/微升)
1	35	MSM	阴性	阴性	0	24
2	34	MSM	阴性	阴性	0	73
3	50	MSM	阴性	阴性	12	383
4	40	MSM	阴性	阴性	1	117
5	52	MSM	阴性	阴性	0	29
6	33	MSM	阴性	阴性	0	275

HAART. 高效抗反转录病毒治疗; MSM. 男男同性性行为者; 所有病例性别均为男性

2. 病理检查结果及临床分期: 活检颈淋巴结 2 例, 腹股沟淋巴结 1 例, 咽部淋巴结 1 例, 腋部淋巴结 1 例, 骨髓活检 1 例。病理诊断为非霍奇金氏淋巴瘤 (non-Hodgkin lymphoma NHL), B 细胞型。5 例为弥漫性大 B 细胞淋巴瘤, 1 例为 Burkitt 淋巴瘤。临床分期 1 例 I_A, 1 例 I_B, 2 例 II_B, 1 例 III_{BE}, 1 例 IV_{BE}。

3. 治疗与预后: HIV 确诊后采用高效抗反转录病毒治疗 (HAART), 6 例均按肿瘤化疗中心专家会诊制定的方案进行规范化抗肿瘤治疗。5 例接受的方

案为 R-CHOP 方案行全身化疗: 利妥西单抗 (R, 375mg/m², 1 天); 环磷酰胺 (CTX, 400 ~ 600mg/m², 1 天); 表阿霉素 (ADM, 40 ~ 50mg/m², 1 天; 部分患者用表柔比星, 剂量同 ADM); 长春新碱 (VCR, 1.4mg/m², 1 天; 部分长春地辛, 剂量同 VCR); 泼尼松 (PDN, 60mg/d, 5 天)。1 例接受的方案为 CHOP 方案。4 例接受 R-CHOP 6 个疗程, 其中 3 例续用 E-CHOP (依托泊苷, VP16, 60mg/m², 3 天) 方案 2 个疗程; 1 例接受 R-CHOP 方案 6 个疗程后, 因反复发作, 先

后续用 E-CHOP、GP、放疗、CHML,最终因淋巴瘤进展死亡。1 例接受 CHOP 方案 2 个疗程后因机会性感染败血症死亡。4 例接受化疗后生存者随访评估,

2 例取得完全缓解(CR),至今未复发,2 例取得部分缓解(PR),详见表 2。

表 2 AIDS 合并非霍奇金淋巴瘤 6 例患者治疗方案与预后

病例	化疗方案	HAART 方案	预后	随访情况	
				生存期(月)	CD4 ⁺ T 淋巴细胞(个/微升)
1	E-CHOP/R-CHOP/E-CHOP	3TC+NVP+D4T/3TC+EFV+TDF	完全缓解	35 [*]	386
2	R-CHOP/E-CHOP	3TC+NVP+D4T/3TC+EFV+TDF	完全缓解	14 [*]	159
3	R-CHOP/E-CHOP	3TC+NVP+AZT	部分缓解	8	465
4	R-CHOP/E-CHOP	3TC+NVP+D4T	部分缓解	9 [*]	94
5	CHOP	3TC+TDF+EFV	死亡	2	29
6	R-CHOP/E-CHOP/GP/CHML	3TC+EFV+D4T/3TC+EFV+TDF	死亡	38	20

R-CHOP. 利妥昔单抗+环磷酰胺+阿霉素+长春新碱+泼尼松;E. 依托泊苷;GP. 奥沙利铂针+吉西他滨针+泼尼松;CHML. 亲细胞非均质分子脂质注射液;EFV. 依非韦伦;NVP. 奈韦拉平;3TC. 拉米夫定;AZT. 齐多夫定;D4T. 司他夫定;TDF. 替诺福韦;* 患者在最后一次随访时仍存活

4. 并发症及治疗的不良反应:并发肺部感染 2 例,肺结核 1 例,皮肤感染 1 例。化疗期间 6 例均出现骨髓抑制,4 例出现粒细胞缺乏症伴感染,往往混合存在。

讨 论

艾滋病相关淋巴瘤是 AIDS 患者常见机会性肿瘤,受累部位变化较大。研究表明,95% AIDS 相关淋巴瘤为 B 细胞来源,其中大多数为高度恶性淋巴瘤,主要为 Burkitt 淋巴瘤(BL),约占 60%。其余 1/3 为中度恶性淋巴瘤,主要为弥漫性大 B 细胞淋巴瘤(DLBCL),低度恶性淋巴瘤较少见^[4,5]。本组病例均是 B 细胞来源的 NHL,5 例为 DLBCL,1 例为 BL,考虑与样本量小有关。

ARL 主要发生于较晚期的 AIDS 患者,其外周血 CD4⁺T 淋巴细胞数常低于 100/μl,因此淋巴瘤的发生主要与患者细胞免疫功能缺陷程度严重和持续时间有关^[6]。刘小冬等^[7]报道 10 例艾滋病合并淋巴瘤患者其中 7 例外周血 CD4⁺T 淋巴细胞计数<200/μl,本组资料 6 例中 4 例患者 CD4⁺T 淋巴细胞计数<200/μl,比率与文献^[7]一致,同样证实了这一观点。

艾滋病相关淋巴瘤临床表现多种多样,大部分在发病时有发热,这与无 HIV 感染的同类型淋巴瘤的临床表现不同,本组资料中 5 例患者出现了发热,6 例患者淋巴结受累,2 例结外受累。ARL 较常见的结外病灶是胃肠道、肝脏、肺,本组资料中 2 例侵犯肝、肺。

在没有 HAART 治疗时期,影响患者生存的最主要因素是其免疫状态,原则上应和大细胞性 B 细胞

淋巴瘤一样治疗,即用 6~8 个周期 CHOP 方案。但为避免化疗药物的不良反应,总是采用小剂量化疗,2 年生存率约为 10%^[8]。迄今尚无最合理的治疗方案用来治疗艾滋病相关淋巴瘤,通常依据 CD4⁺T 淋巴细胞计数和 HIV 病毒载量的情况来决定,因为抗癌药物会加剧免疫损害和感染。化疗期间是停用还是同步使用 HAART 尚无定论,多数学者认为 HAART 与化疗同时进行安全有效^[9]。本组资料 6 例患者在 HAART 治疗同时均予标准剂量化疗,治疗效果较好,其中 2 例先 HAART 后化疗,4 例 HAART 和化疗几乎同时进行。结果 2 例完全缓解,2 例部分缓解,2 例死于复发或感染。利妥西单抗在 HIV 感染者的应用还有争议,对 CD4⁺T 淋巴细胞计数较高的患者,利大于弊^[10]。本组有 5 例患者联合利妥西单抗治疗,效果较好,4 例获得完全或部分缓解,2 例患者生存期已超过 32 个月。本组 5 例患者 HAART 联合足量化疗后 CD4⁺T 淋巴细胞水平明显升高。故 ARL 患者可以在 HAART 基础上化疗,为了提高 CR 率可采用足量化疗,同时加强支持治疗,刘保池等^[11]也采用了化疗联合抗病毒治疗对 10 例艾滋病相关淋巴瘤治疗取得了较好的疗效。

化疗期间患者的免疫功能进一步损害,导致多种机会性感染的发生,影响患者预后,本资料中 2 例死于淋巴瘤进展及继发感染。及时的抗感染及对症支持治疗是保证化疗顺利进行的关键因素。

总之,艾滋病合并淋巴瘤是艾滋病患者较常见的恶性肿瘤,发生于艾滋病较晚期,以 B 细胞来源的 NHL 为主,其临床表现复杂多样,一般多脏器侵犯,患者就诊时往往已是中晚期,治疗难度大。本组患者

在 HAART 基础上给予足量化疗,疗效较好,但是远期疗效有待进一步观察。随着患者增多,临床医师需要更关注其临床表现和治疗规范。

参考文献

- 1 龚红霞,刘杰,林洪生. 艾滋病相关性肿瘤研究进展[J]. 中国中药杂志,2013,38(15):2537-2539
- 2 Biggar RJ, Rosenberg PS, Cote T. Kaposi's sarcoma and non-Hodgkin's lymphoma following the diagnosis of AIDS. Multistate AIDS/Cancer Match Study Group[J]. Int J Cancer, 1996, 68:754-758
- 3 Jaffe ES. Pathology and genetics: tumours of haematopoietic and lymphoid tissues[M]. Lyon: IARC Press, 2001
- 4 Knowles DM. Etiology and pathogenesis of AIDS-related non-Hodgkin's lymphoma [J]. Hematol Oncol Clin North Am, 2003, 17(3): 785-820
- 5 Oriol A, Ribere JM, Bergua J, et al. High does chemotherapy and immunotherapy in adult Burkitt lymphoma: comparison of results in human immunodeficiency virus infected and non infected patients [J]. Cancer, 2008, 113(1): 117-125
- 6 Ambinder RF, Bhatia K, Martinez-Maza O, et al. Cancer Biomarkers in HIV patients[J]. Curr Opin HIV AIDS, 2010, 5(6): 531-537
- 7 刘小东,李春梅,肖江等. 艾滋病合并非霍奇金淋巴瘤化疗的临床观察级护理[J]. 中国艾滋病性病, 2013, 19(7): 485-487
- 8 Gates AE, Kaplan LD. Biology and management of AIDS-associated non-Hodgkin's lymphoma [J]. Hematol Oncol Clin North Am, 2003, 17(3): 821-841
- 9 Ribera JM, Oriol A, Morgades M, et al. Safety and efficacy of cyclophosphamide, adriamycin, vincristine, prednisone and rituximab in patients with human immunodeficiency virus-associated diffuse large B-cell lymphoma: results of a phase II trial[J]. Br J Haematol, 2008, 140(4): 411-419
- 10 Spina M, Tirelli U. Rituximab for HIV-associated lymphoma: weighing the benefits and risks[J]. Curr Opin Oncol, 2005, 17: 462-465
- 11 刘保池,王盟,冯艳玲,等. 艾滋病相关淋巴瘤 10 例治疗体会[J]. 中华全科医学, 2011, 9(6): 841-842

(收稿日期:2013-12-30)

(修回日期:2014-01-02)

男性脑卒中患者复发的风险因素分析

孙晓萍 谭东森 龚艳梅 刘 艳

摘要 目的 调查男性脑卒中患者复发的相关风险,为有效二级预防及针对性共患病控制提供临床参考。**方法** 通过查阅已有病例及定期会诊或随访,采用 χ^2 检验和 t 检验统计分析所有男性脑卒中患者出院后1年的复发情况调查,患者被分类为复发组和未复发组。**结果** 225例男性脑卒中患者(平均年龄 68.31 ± 24.04 岁)中,总复发率为11.56%(26/225,平均年龄 74.83 ± 21.54 岁),明显高于男性对照组的0.24%(11/4651,平均年龄 69.56 ± 19.32 岁)。脑卒中的复发率随年龄和BMI的增长而增加($P < 0.001$)。**Logistic**回归模型多因素分析中,老年、身高、BMI、糖尿病、高血压、血脂异常、冠心病和心房颤动等对脑卒中复发率有显著影响($P < 0.001$)。**结论** 在开展一定的二级预防措施下,男性脑卒中患者仍有较高的复发风险。大力开展二级预防及严格控制相关并发症对于预防男性脑卒中复发有重要意义。

关键词 男性脑卒中 风险因素 相关性 调查研究

[中图分类号] R743

[文献标识码] A

Factors Analysis of Recurrent Risk in Male Stroke Patients. Sun Xiaoping, Tan Dongsen, Gong Yanmei, et al. Department of Neurology, Ningbo City 7th Hospital, Zhejiang 315202, China

Abstract Objective To analyze the related recurrent risk in male stroke patients, which could provide clinical references for effective secondary prevention and target control of comorbidities. **Methods** The recurrent rate of all male stroke patients within 1-year survey was analyzed by selecting all medical records of patients, periodic consultation or follow-up, using χ^2 test and t -test to statistically analyze. All patients were classified as recurrence group and non-recurrence group. **Results** In the included 225 cases of male stroke patients (mean age of 68.31 ± 24.04 years), total recurrent rate of stroke was 11.56% (26/225, 74.83 ± 21.54 years), which was significantly higher than 0.24% (11/4651, 69.56 ± 19.32 years). The recurrent rate of stroke increased as age or BMI raising ($P < 0.001$). In logistic regression multivariate analysis, the recurrent rate of male stroke patients with multi-factors (such as old, height,

作者单位:315202 浙江省宁波市第七医院神经内科(孙晓萍、谭东森、龚艳梅);315200 浙江省宁波市镇海区龙赛医院(刘艳)

通讯作者:孙晓萍,电子信箱:ls_tiger@citiz.net