

表 2 4 种时期放置宫型宫内节育器不良反应
发生情况[n(%)]

时期	调查数	月经异常	白带增多	腰腹痛	合计
经后	421	131(31. 1)	111(26. 4)	128(30. 4)	368(87. 4)
哺乳期	443	145(32. 3)	122(27. 5)	104(23. 5)	371(83. 7)
人流后	136	49(36. 0)	41(30. 1)	11(8. 1)	101(74. 3)
引产后	46	19(41. 3)	17(37. 0)	7(15. 2)	43(93. 4)
合计	1 046	342(32. 7)	290(27. 8)	250(23. 9)	883(84. 3)

通过 4 个时期对应项比较,月经异常($P<0. 05$)、腰腹痛($P<0. 01$)及总发生率($P<0. 05$)差异有统计学意义,白带增多($P>0. 05$)差异无统计学意义。

3 讨 论

关于在不同时期放置宫内节育器对避孕效果的影响,目前认识尚未完全统一。虽然国家在节育技术“六五”攻关成果中已明确了 6 种时期放置宫内节育器的可行性,但不少人认为在哺乳期闭经期间放置宫内节育器,由于哺乳期闭经期间子宫发生生理性萎缩,宫腔变狭小,可增加节育器对子宫的刺激,加上哺乳刺激均可造成子宫陈缩将宫内节育器逼出,增加脱器率,停止哺乳后,随着子宫的恢复,所放置的节育器又相对过小而导致带器孕,均可造成节育失败,影响节育效果,人流后,特别是引产后放置宫内节育器,由于宫口开张松弛,加之术后流血及恶露排除,很可能造成宫内节育器随之排除。而人流、引产后宫腔较大,在选择宫内节育器时均倾向于大号。随着术后子宫的恢复,相对较大的宫内节育器又刺激子宫,导致子宫陈缩将节育器排出,从而增加宫内节育器脱落率,降低节育效果。但从本资料统计结果分析率,通过组间比较,无论是脱落率、带器受孕率及节育有效率差异均无统计学意义。由此说明哺乳期,人流后和引产后放置宫内节育器,对节育效果没有影响^[1-2]。

凝血检测分析

吴秀玲(云南省江川县人民医院 652600)

【关键词】 凝血; 纤溶; 实验室技术和方法
DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2010. 24. 087
中图分类号:R554 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2010)24-2814-02

在临床医学中,无论是出血性疾病[如凝血因子的先天或获得性缺陷、弥漫性血管内凝血(DIC)等]或血栓性疾病(如心肌梗死、脑卒中、深静脉血栓)以及各种原发或继发性纤溶的诊断疗效观察,都离不开凝血检查监控,本室凝血检查常规有 4 项测定,现将具体情况介绍如下。

1 资料与方法

1.1 检测对象 门诊和住院患者。

1.2 标本 受检者静脉血 2 mL,枸橼酸钠抗凝,3 000 r/min 离心约 15 min,即可。

1.3 检测方法及检测仪器 本法为凝固法,仪器为日本系森美康生产的全自动凝血分析仪 CA-500 系列,试剂为德国生产。

严格地讲,宫内节育器不良反应也是影响节育效果的因素之一。因为不良反应可影响对象对节育措施的接受程度。如果放置节育器后不良反应多,持续时间长,症状明显,影响受术者工作和生活,就不得不取出而终止使用。这种“因症取出”虽然未纳入宫内节育器失败统计,但事实上与器脱落异曲同工,宣告了节育失败。从本资料不良反应组间比较率,除白带增多外,月经异常、腰腹痛差异均有统计学意义。其中,哺乳期,人流后和引产后放置宫内节育器腰腹痛发生率均低于经后放置;而月经异常发生率哺乳期、人流后、引产后均高于经后放置^[3]。特别是引产后放置,月经异常发生率高于经后放置 10 个百分点以上,必须引起重视。从引产后放置宫内节育器发生的 19 例月经异常分析,不规则阴道流血达 11 例,占月经异常的 57. 9%。究其原因可能是胎盘胎膜残留所致。残留胎盘、胎膜组织在宫内发生变性坏死,脱落时暴露基底部血管引起反复出血。加上节育器作为异物存在于宫腔内,影响内腹修复过程,更加重了症状、延长了时间,从而造成了不规则阴道流血的发生。因此,对引产后即时安放宫内节育器应持审慎态度。建议引产后放置宫内节育器宜在 1 个月后进行,便于子宫复旧。术前必须排除生殖道感染,术时宜常规清宫,放置过程要严格无菌操作,以减少阴道不规则出血的发生。

参考文献

[1] 乐杰. 妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:259.
[2] 刘国荣,姜丽华,赵国玉. 宫内节育器(IUD)放置时间的研究[J]. 中国现代实用医学杂志,2007,6(4):64-65.
[3] 王秀娣. 不同时期放置宫内节育器的临床效果及副反应初步观察[J]. 中国计划生育学杂志, 1996, 25(4):207-209.

(收稿日期:2010-06-22)

2 结 果

2.1 PT(凝血酶原时间)测定 凝血酶原时间测定,是检查外源系统诸因子及相关抑制物的重要筛选试验,也是心脏瓣膜置换术后患者长期口服抗凝药物(如华法令、warfain)监测的较为理想的方法。

所谓抗凝疗法是一种阻止血凝,防止血栓栓塞疾病的有效处理方法。常用的口服抗凝药物其抗凝机理通过抑制肝脏合成维生素 K 依赖性凝血因子Ⅱ、Ⅶ、Ⅸ、X 使其含量减少而延缓血凝以达到抗凝目的。用药过程需进行 PT 监测以防出血。通过临床实践,人们总结出各种情况下口服抗凝药物治疗的最佳抗凝强度所对应的 INR 范围,见表 1。

2.2 APTT(活化部分凝血酶原时间)测定 APTT 测定主要用于过筛内源途径和共同途径的凝血因子缺陷及作为肝素抗凝治疗的主要监测指标。凡参与血浆凝血活酶生成的任何时候有缺陷时,APTT 均可延长,尤其是Ⅷ、Ⅸ、Ⅺ因子含量减少所致的各类血友病时多见延长。同时也用于Ⅷ、Ⅸ、Ⅺ、Ⅻ。PK 以及纤维蛋白原等因子的抑制物测定。

表 1 各种情况下服用抗凝药最佳抗凝强度及所对应的 INR 范围

临床情况	INR 范围	INR 靶值
①术前 2 周或术中口服抗凝药	1.5~3.0	2.25
②原发或继发静脉血栓的预防	2.0~3.0	2.5
③活动性静脉血栓(肺梗塞、多发性静脉血栓的预防)	2.0~4.0	3.0
④动脉血栓栓塞的预防(心脏换瓣手术后 PT、缩短见于 DIC 早期血液呈高凝状态)	3.0~4.5	3.5

2.3 TT(凝血酶时间)测定 TT 延长见于患者循环中 AT-Ⅲ(抗凝血酶Ⅲ)活性明显增高活血中有肝素以及类肝素抗凝物质存在时。DIC 纤溶亢近期、因纤维蛋白原减少及 FDPC 纤维蛋白原降解产物的增加也可导致 TT 延长、其他原因导致低纤维蛋白原血症及纤维蛋白原分子结构异常时,亦可导致 TT 延长。TT 亦可用于粗略监控肝素抗凝治疗患者血浆中的肝素用量。

2.4 Fib(纤维蛋白原)测定 纤维蛋白原是在肝脏中合成的大分子球蛋白,它与血浆凝固有关。增加常见于脑血栓、脑梗死、心肌梗死等。减少常见于先天性低(无)纤维蛋白原血症、骨髓疾患、慢性肝炎、肝硬化、纤溶性紫斑病、弥漫性血管内溶血。

3 讨 论

3.1 PT 延长可见于Ⅰ、Ⅱ、Ⅴ、Ⅶ、Ⅹ因子缺陷及血中抗凝物质增多时。凝血因子缺陷又分为先天性和后天获得性两种,前者见于先天性缺乏,如先天性Ⅰ、Ⅱ、Ⅴ、Ⅶ因子缺乏已有报道。而后天获得者更多见,如(1)广泛而严重的肝脏实质性损伤、急性重症肝炎及肝硬化等、主要由于凝血酶原等有关凝血因子生成障碍所致;(2)维生素 K 缺乏,Ⅱ、Ⅶ、Ⅹ等因子的合成物需维生素 K,当维生素 K 不足时,生成减少而致 PT 延长。亦可

见于阻塞性黄疸影响维生素 K 的吸收及肠道菌群紊乱而影响维生素 K 的生成时;(3)见于急性 DIC 消耗性低凝期;(4)服用香豆类口服抗凝药物而导致 PT 延长,故可用 PC 对抗凝治疗进行监控。

3.2 APTT 用于肝素治疗的监控,近年来强调与患者未用肝素前的基础值比较,即(用肝素后的 APTT 值/用肝素前的 APTT 值),以二者比值维持在(1.5~2.5):1 之间为度。

3.3 TT 的参考值 14~16 s,应用肝素后延长,一般需控制在参考值 4 倍内(56~64 s)。

3.4 近年来,已有大量文献报道,血浆纤维蛋白原水平的变化不仅与凝血障碍,出血性疾病、弥漫性血管内凝血(DIC)、应激(因为 Fib 也是一种急性期蛋白)有关,而且与冠心病、心肌梗死等有关,因而临床上倍受重视。肾病综合征患者初期血黏度明显增加^[1],因为 Fib 是肾病综合症早期在内皮细胞受损通透性增高时随低密度脂蛋白一起浸入的^[2],由于 Fib 相对分子质量大,不能从尿中排出而造成血中 Fib 蓄积,出现高凝状态,易导致血栓形成。

由上可见,止血与血栓这个边缘学科令人瞩目的进展,使其实验在临床工作中具有重大的实用价值,这些检测结果主要用于:(1)出血性疾病后的诊断。(2)易栓前状态的分析。(3)DIC 的实验诊断。(4)药物治疗的监测及手术前检查。由于血栓形成是动态的,血栓形成时的凝血与抗凝血之间相互调节,同一试验指标在同一患者的不同病程其结果是不同的,比如 DIC 早期 PT 缩短、Fib 含量增高、溶栓实验(3P)阳性,而至病程后 PT 延长、Fib 减少、3P 阴性。因此,合理选择试验项目,正确分析实验结果是非常重要的。同时上述指标的监测对其病情的分析,出血、血栓形成的临床诊断有重要价值。

参考文献

[1] 马培志,邵凤民. 蚯蚓提取物对原发性肾病综合征患者凝血系统的影响[J]. 中国中西医结合肾病杂志,2002. 3 (9):528-529.
[2] 芦慧霞,陈菊,张晓良. 血液透析患者抗凝血酶检测的临床意义[J]. 临床检验杂志,2001. 20(5):297-298.

(收稿日期:2010-08-03)

HBV 感染的血清学标志的临床意义及其与 PCR 的关系

熊 娟(湖北省汉川市人民医院检验科 431600)

【关键词】 乙型肝炎; 病毒; DNA; 血清学标志; 聚合酶链反应

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.24.088

中图分类号:R446.62

文献标志码:B

文章编号:1672-9455(2010)24-2815-02

病毒性乙型肝炎(简称乙肝)是目前较为常见的严重危害人类健康的传染病,发病以青壮年为主,其传播途径广泛,传染性极强,一般病程较长,易迁延,易复发,乙肝病毒表面抗原(HBsAg)携带者是潜在的发病者及传染源^[1]。在我国感染乙型肝炎病毒(HBV)人群基因型中存在 B 型和 C 型之分,感染

HBV 后不同 HBV 型与宿主作用的结果就有不同^[2],因此 HBV 血清标志物表达结果就会出现多种状况。针对现在大部分人群对 HBV 感染的血清学标志的临床意义及其与 HBV DNA 的聚合酶链反应(PCR)定量检测的关系还不清楚,一旦检查出感染上乙肝就会不知所措,本文特将常见乙肝标志物 5