

染为主的疾病可以出现尿检与临床不符的现象^[2]。本实验观测到 33 例标本, WBC 试纸模块阴性而镜检阳性的现象, 约占总标本的 4%, 若不借助显微镜镜检, 易造成漏检。此外, 白细胞的影响因素较多, 如女性患者白带增多, 由于阴道分泌物的污染, 在随机选取的女性尿样中阳性结果较高, 冬季盐类结晶析出等原因, 尿液在膀胱中滞留时间过长或尿液标本放置时间过久, 尿中 pH 及其他因素的影响, 导致白细胞破坏, 其特异性酯酶游离于尿中而造成干化学试验阳性, 镜检阴性, 在 620 例标本中, 共检测到 18 例干化学阳性镜检阴性的标本约占总标本的 2%。应嘱患者去除干扰因素后重新测定。白细胞的增多常提示尿路感染和泌尿系统疾病, 对临床的诊断有重要意义。由此实验发现, 两种检测方法有一定的差异, 应把尿沉渣显微镜计数与尿干化学法结合起来, 相互补充, 以免延误患者的诊断。

本次实验干化学法和尿沉渣分析法测定尿中红细胞的阳性率分别为 13.2%、7.1%, 干化学法阳性而镜检阴性的有 21 例, 约占总样本的 4%, 尿沉渣分析(人工镜检)未见红细胞, 找到大量结晶, 尤以草酸钙结晶为主。此外, 由于某些具有过氧化物酶作用的物质^[3], 如肌红蛋白、菌尿, 特别是在泌尿系统感染中, 大多数革兰阴性菌和某些革兰阳性菌可释放过氧化物酶和超氧化物歧化酶^[4], 这些物质和酶在干化学测定红细胞时都能使试剂中的过氧化氢分解出游离氧, 使色源呈色而出现假阳性。其次, 尿液由于其新鲜程度, 以及某些肾病患者的尿中红细胞由于各种原因导致破裂, 血红蛋白逸出造成干化学法阳性、镜检阴性, 尿试纸浸取尿液时间过长均可导致此种现象。在 620 例检测标本中, 红细胞的两种检测方法的对比中, 其差异较大, 某些隐血阳性而镜检红细胞正常的标本中, 镜下见大

量的细菌、结晶等, 约占总标本的 4%。而白细胞的结果恰恰相反: 尿沉渣分析阳性率明显高于干化学法, 由于试纸模块上的白细胞检测原理是基于中性粒细胞浆内的酯酶作用于模块中的吡咯酚酯, 而白细胞中的其他细胞如单核细胞、淋巴细胞等均不与此反应^[1], 故造成一定的漏检, 此外, 由于上皮细胞具有与白细胞相似的酯酶, 能造成假阳性, 所以两种方法各有所长, 应相互结合。由以上种种原因显示应将两种方法结合起来, 综合分析后再出报告, 以保证检查结果的可靠性。

通过这个实验证实两种操作方法各自的优缺点, 干化学法自动化程度高, 省时省力, 出报告快; 尿沉渣分析法比较麻烦, 但较准确。应加强操作的规范化和标准化, 把两种方法相互结合, 综合分析, 才能提高尿液检测的准确性和灵敏度, 为临床提供准确的诊断和治疗依据。

参考文献

- [1] 朱辰, 王鹏飞, 杨琛. 尿干化学法及尿沉渣镜检等手工法对 2005 年浙江省军校招生体检尿液中部分成分的对比分析[J]. 中国疗养医学, 2006, 15(3): 231-233.
- [2] 袁玉德, 张显达, 张文陆. 两种尿沉渣定量检测结果差异原因分析[J]. 中华检验医学杂志, 2005, 28(7): 753-754.
- [3] 丛玉隆, 马俊龙, 邓新兰. 尿液常规分析质量控制及临床应用研究体会[J]. 临床检验杂志, 2001, 19(4): 241-243.
- [4] 徐银萍, 王胜奎. 尿液分析仪与尿沉渣镜检两种方法的比较分析[J]. 现代检验医学杂志, 2006, 21(3): 72-73.

(收稿日期: 2011-03-09)

剖宫产后再次妊娠 100 例分娩方式临床观察

陈学玲(重庆市城口县人民医院 405900)

【摘要】 目的 讨论疤痕子宫再次妊娠的分娩方式, 降低剖宫产率。**方法** 回顾性分析重庆市城口县人民医院 2000~2008 年剖宫产后再次妊娠的 100 例孕产妇的临床资料。**结果** 100 例疤痕子宫中 80 例行剖宫产, 剖宫产率达 80%; 20 例阴道试产, 阴道试产率 20%, 阴道试产成功率 75%。**结论** 疤痕子宫不是剖宫产的绝对指征。对于符合试产条件者, 可严密监护下试产。

【关键词】 疤痕子宫; 再次妊娠; 分娩方式

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2011.14.056 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)14-1768-02

随着剖宫产率的升高, 剖宫产后再次妊娠的孕妇也随之增加, 疤痕子宫已成为剖宫产的主要原因之一^[1], 剖宫产后再次妊娠的分娩方式的选择更是引起医务工作者及家属的关注^[2]。本文选取本院 2000~2008 年剖宫产后再次妊娠的 100 例孕产妇, 对其分娩方式进行回顾性分析, 旨在讨论剖宫产后再次妊娠的最佳分娩方式。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2000~2008 年剖宫产后再次妊娠 100 例, 年龄 22~40 岁, 前次剖宫产距此次妊娠时间 11 月至 13 年, 间隔大于或等于 2 年 80 例, 间隔小于 2 年 20 例, 孕龄 36~43 周, 20 例有阴道分娩史。

1.2 方法 终止妊娠的方法, 首先了解前次剖宫产史, 有无阴道分娩史及现孕史, 行产检及 B 超检查等, 一般在预产期前 1~2 周住院, 如前次剖宫产为绝对指征, 或前次手术指征又复存在, 此次又有新的手术适应证, 均应再次行剖宫产术, 凡再次

妊娠距前次手术超过 2 年, 术后恢复良好, 前次手术指征并非绝对指征, 此次无新的手术适应证, 或曾经有阴道分娩史, 此次又无新的手术指征, 可行阴道试产。试产过程应严密监护, 不予予米索前列醇、缩宫素等药物, 适当采用助产技术缩短第二产程, 顺产者产后常规探查宫腔, 触摸瘢痕处有无缝口。试产过程中如出现胎儿宫内窘迫、相对头盆不称或先兆子宫破裂者等, 立即终止试产, 改行剖宫产。

2 结果

择期剖宫产组: 80 例行择期剖宫产, 其手术指征为单纯以疤痕子宫 70 例、臀位 4 例、骨盆异常 1 例、重度子痫前期 3 例、羊水过少 1 例、合并心脏病 1 例。上述 80 例病例中包括 20 例间隔小于 2 年者。第 1 次剖宫产腹壁横切口 60 例, 腹壁纵切口 20 例。术中所见: (1) 盆腔粘连 50 例, 严重粘连 15 例, 其中腹壁横切口剖宫产严重粘连 7 例(7/60), 术中因严重粘连损伤膀胱 1 例; (2) 术中出血 10 例(12.5%), 切除子宫 3 例, 其中 1

例出血量超过 4 000 mL(子宫收缩乏力),新生儿死亡 1 例(1.2%),重度新生儿窒息 3 例(3.7%)。

阴道试产组:无试产禁忌证且患者同意试产 20 例。15 例试产成功,占 75%,产程中改行急诊剖宫产 5 例,其中 1 例(1.2%)为先兆子宫破裂,2 例为胎儿窘迫,1 例为相对头盆不称,1 例为孕妇高度紧张要求剖宫产。分娩成功的 20 例中,阴道助产 10 例,占 50%,自然分娩 10 例,占 50%。阴道试产平均新生儿体质量 3 150 g,产后出血 2 例(10%),无新生儿死亡,重度新生儿窒息 1 例(3%)。平均总产程 11 h。

3 讨 论

影响瘢痕愈合的因素:个体体质和首次造成子宫瘢痕的手术质量是影响瘢痕愈合的关键。瘢痕子宫妊娠确有发生子宫破裂的可能,本组试产病例先兆子宫破裂 1 例,术中未见发生子宫破裂。有报道剖宫产后再次妊娠经阴道试产并发子宫破裂的发生率在 0.1%~2.3%。

终止妊娠方式的选择:国际上剖宫产后再次妊娠阴道试产成功率在 56%~83%,国内报道最高的阴道试产成功率为 88%。大量研究表明,剖宫产后再次妊娠,阴道试产是一个可选择的措施,而再次剖宫产并未降低孕产妇和新生儿风险,那种主张“一次剖宫产,永远剖宫产”的观念并非正确。对于剖宫产后再次妊娠的孕妇,在排除阴道分娩禁忌证后应予以试产,但阴道试产首先要尽可能减少子宫破裂等严重并发症发生,产程中严密观察,适当缩短试产时间,为缩短第二产程,可选用胎头吸引或产钳助产,以进一步减少子宫破裂的发生率。

减少再次剖宫产并发症:再次剖宫产手术难度及风险大,故最好由技术熟练的产科医生进行手术,术中小心分离,进腹后不必过分分离,只要有足够让胎儿娩出的切口即可,以免损伤周围脏器及增加术中出血,术中如大出血处理无效,为抢救患者生命,应当机立断尽快行子宫切除术,以免贻误病情^[3]。

总之,再次剖宫产及阴道试产各有优缺点,只有加强对产科医生的教育,提高认识及产科医护人员的业务水平,严格掌握剖宫产指征,疤痕子宫再次妊娠可以阴道试产,注意临产前试产适应证选择,加强产程中监护;强化社会舆论对剖宫产弊大于利的宣传,鼓励产妇自然分娩,才能降低剖宫产率及再次剖宫产率,从而有效降低母婴风险及患者的经济负担。相信通过产科医生和产妇及全社会的努力,疤痕子宫的再次剖宫产率是可以降低的。

参考文献

- [1] 曾亚平. 剖宫产后再次妊娠的分娩方式的处理[J]. 临床和实验医学杂志, 2009, 8(1): 65-66.
- [2] 李茜. 剖宫产后再次妊娠阴道分娩临床实施方法的探讨[J]. 检验医学与临床, 2011, 8(10): 1244-1245.
- [3] 张银芝. 再次剖宫术 260 例临床分析[J]. 检验医学与临床, 2009, 6(18): 1588.

(收稿日期: 2011-03-17)

时间分辨免疫荧光技术检测 3 项血清指标的临床应用

张登灿(湘西自治州人民医院核医学科, 湖南吉首 416000)

【摘要】 目的 探讨时间分辨免疫荧光分析法和放射免疫分析法检测游离三碘甲状腺原氨酸(FT_3)、游离素甲状腺素(FT_4)、促甲状腺激素(TSH)的方法学及临床应用。**方法** 利用 2 种方法分别检测对 260 例甲状腺疾病患者的血清 FT_3 、 FT_4 、TSH 进行检测, 对甲状腺功能亢进、甲状腺功能低下的诊断标准及临床符合率给以统计分析。同时对血清 FT_3 、 FT_4 、TSH 进行精密度、准确度、分析灵敏度、抗干扰情况等方面的分析, 并进行相关性比较。**结果** 2 种方法检测结果差异无统计学意义($P>0.05$)。并且时间分辨免疫荧光法在患者结果可报告范围, 精密度, 灵敏度, 准确度抗干扰试验方面稍优于放射免疫分析法。**结论** 时间分辨免疫荧光法完全能够替代放射免疫分析法, 并且还具有精密度及灵敏度高, 抗干扰能力强, 可报告范围宽等优点。在甲状腺疾病患者中 FT_3 、 FT_4 、TSH 所测结果各有特点, 有助于临床鉴别诊断。

【关键词】 时间分辨免疫荧光分析法; 游离三碘甲状腺原氨酸; 游离素甲状腺素; 促甲状腺激素; 甲状腺疾病

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2011. 14. 057 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)14-1769-03

时间分辨荧光免疫分析法(TRFIA)是用 3 价稀土离子及其螯合剂作为示踪物, 如铕(Eu^{3+})、钐(Sm^{3+})、镱(Yb^{3+})等代替传统的放射性同位素、酶和化学发光物质来标记抗体、抗原、多肽、激素、核酸探针或生物活性细胞, 待反应体系发生后, 用时间分辨荧光仪测定最终产物中的荧光强度, 根据荧光强度和相对荧光强度比值, 求得分析物中的浓度^[1]。放射免疫分析法(RIA)是用放射性核素来标记在抗原、抗体、激素、蛋白质药物等进行检测的医学方法。促甲状腺激素(TSH)是垂体前叶分泌的一种糖蛋白激素, 相对分子质量约 28×10^3 , 由 α 、 β 两个亚单位组成, 是判断甲状腺功能和下丘脑-垂体-甲状腺功能的重要指标之一^[1-2]。血清游离三碘甲状腺氨酸(FT_3)、游离甲状腺素(FT_4)是甲状腺疾病诊断与疗效评定的重要指标^[2]。在国内, 一般采用放射免疫法(RIA)检测, 其优点是敏感可靠, 缺

点为试剂受同位素半衰期的限制, 有效期短, 放射性辐射对人体有伤害, 在试剂的管理和处理上存在诸多的麻烦。甲状腺是人体的一个重要的内分泌腺, 分泌异常激素在多方面引起人体神经系统、循环系统、消化系统等多系统出现异常症状, 甚至可以危及生命。本文对 260 例甲状腺疾病患者进行了血清 FT_3 、 FT_4 、TSH 的 TRFIA 法及 RIA 的测定, 其检测结果分析如下。

1 资料与方法

1.1 检测对象 健康成人(健康对照组)100 例, 年龄 20~50 岁, 经检查无肝病、肾病及甲状腺等疾病。甲状腺功能亢进(甲亢组)110 例, 年龄 14~75 岁, 甲状腺功能减退(甲减组)50 例, 年龄 18~70 岁, 均为来本院就诊的门诊和病房已确诊的患者。

1.2 正常参考值 本组测定 100 例健康者, FT_3 、 FT_4 、TSH 正常参考值($\bar{x} \pm 2s$)范围分别为 1.9~6.3 pmol/L、7.9~20.5