

变化的内源性标志物^[4]。本研究 BUN、Cr 正常者的阳性率为 29.3%，说明尽管有些原发性高血压患者肾功能(BUN、Cr)、尿蛋白检测正常，但此时已有部分患者发生了早期肾损伤。

综上所述，原发性高血压患者肾功能(BUN、Cr)、尿蛋白检测正常者并不能排除早期肾损伤的存在^[5]，CysC 检测可作为原发性高血压患者早期肾损伤的敏感指标，这对于及早发现早期肾损伤、阻止高血压肾病的发生和发展具有重要意义。

参考文献

[1] 陈灏珠. 内科学[M]. 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 1996: 224.

[2] 苏定冯, 缪朝玉. 高血压的治疗: 老话题、新概念[J]. 高血压杂志, 2001, 9(1): 4-8.
[3] 中国高血压防治指南起草委员会. 中国高血压防治指南[J]. 高血压杂志, 2000, 8(1): 94-112.
[4] 黄君富. 血清胱抑素 C 测定的临床意义及方法学进展[J]. 国外医学: 临床生物化学与检验学分册, 1999, 20(1): 8-9.
[5] 秦俊法, 李增禧. 微量元素与高血压——I. 高血压患者的元素含量异常[J]. 广东微量元素科学, 2003, 10(7): 9-28.

(收稿日期: 2012-05-16)

再次剖宫产时原子宫切口愈合的 98 例临床分析

孙凤玲, 丁会莲, 赵玉莲(宁夏回族自治区平罗县人民医院妇产科 753400)

【摘要】 目的 分析再次剖宫产时, 原子宫切口愈合情况, 探讨影响其愈合的相关因素。方法 本文对 2009~2010 年 98 例再次剖宫产者, 术中所见及前次手术资料进行临床分析。结果 子宫切口愈合不良的发生率为 28.2%, 与术后间隔时间、术后感染率、子宫切口位置高低、腹腔粘连程度有关, 而与剖宫产时机、孕妇的年龄、职业、孕产史、体质量、孕周、胎儿的大小无关。结论 剖宫产后再次妊娠的时间至少应距前次妊娠间隔 3 年, 前次剖宫产术后发病及子宫切口情况不详者, 再次足月妊娠最好不选择阴道试产, 以防子宫破裂发生, 确保母婴安全。

【关键词】 子宫切口; 再次剖宫产; 术后感染率

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2012.23.052 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)23-3004-02

随着剖宫产率的不断增加, 瘢痕子宫再次妊娠日益增多, 再次足月妊娠如何正确选择分娩方式, 成为人们关注的问题。剖宫产后子宫切口愈合情况对分娩方式的选择起着决定性作用, 影响子宫切口愈合的因素亦成为剖宫产后再次足月妊娠阴道试产的高危因素。本文对 98 例再次剖宫产者中所见及前次手术资料进行临床分析, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2009~2010 年本院共收治剖宫产后再次妊娠 109 例, 其中再次剖宫产 98 例, 其余 11 例为阴道分娩, 无子宫破裂患者。再次剖宫产者 98 例中, 年龄 21~44 岁, 平均(31.64±0.67)岁, 孕周小于 37 周者 8 例, 37~42 周者 89 例, 大于 42 周者 1 例, 新生儿窒息 3 例, 产后出血 9 例, 剖宫产指征为瘢痕子宫 32 例, 产科指征 66 例。

1.2 方法 再次剖宫产术观察前次剖宫产术式, 子宫切口愈合情况, 子宫切口位置, 腹腔粘连情况, 并回顾前次剖宫产患者基本资料。

1.3 判定标准 子宫切口愈合良好为子宫切口处瘢痕与子宫肌层均匀一致; 子宫切口愈合不良为子宫切口处较正常子宫肌层变薄或瘢痕变硬。腹腔粘连程度分为无粘连, 轻度粘连(子宫原切口处与周围有粘连带形成), 中度粘连(大网膜粘连于切口)和重度粘连(切口与腹膜或肠管等广泛粘连)。

1.4 统计学处理 采用 SPSS11.0 统计学软件进行 χ^2 检验。

2 结果

2.1 术中所见情况与子宫切口愈合的关系 术中见 98 例再次剖宫产者, 前次术式均为子宫下段横切剖宫产, 子宫切口愈合不良者 29 例, 切口愈合不良发生率为 29.6%。

2.2 腹腔粘连程度与子宫切口愈合不良关系 从表 1 可见, 腹腔无粘连和轻度粘连共 51 例, 子宫切口愈合不良 8 例, 占 15.7%; 中、重度粘连 47 例, 子宫切口愈合不良 22 例, 占 46.8%。中、重度粘连者子宫愈合不良明显高于无粘连和轻度

粘连者, 两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.3 子宫切口位置 子宫切口位置在膀胱反折腹膜下 1.5 cm (正常位置)者 73 例, 占再次剖宫产的 76.5%(73/98), 其中子宫切口愈合不良者 8 例, 占 10.9%(8/73), 低于或高于此位置(位置异常)者 25 例, 其中子宫切口愈合不良者 17 例, 占 68.0%(17/25), 子宫切口位置异常者子宫切口愈合不良发生率明显高于切口位置正常者, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 腹腔粘连与子宫切口愈合情况[n(%)]

粘连程度	n	子宫切口愈合良好	子宫切口愈合不良
无粘连	19	19(100.0)	0(0.0)
轻度粘连	32	24(75.0)	8(25.0)
中度粘连	21	16(76.2)	5(23.8)
重度粘连	26	9(34.6)	17(65.4)

2.4 前次剖宫产病例资料

2.4.1 一般资料 术时孕妇年龄为(29.31±0.52)岁, 体质量为(74.60±1.21) kg, 孕周(38.85±0.28)周, 新生儿体质量为(3 468.93±86.50) g, 与子宫切口愈合情况比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。

2.4.2 术后间隔时间 手术间隔时间指前次剖宫产距此次剖宫产时间从表 2 可见, 术后间隔时间 3~5 年与大于 5 年者比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。术后间隔时间小于 3 年者 16 例, 子宫切口愈合不良 9 例, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.4.3 剖宫产术后感染率 术后感染指剖宫产 24 h 以后的 10 d 内, 每天测体温 4 次, 有 2 次 38℃。98 例再次剖宫产者中 22 例有发热症状, 其中腹部伤口感染 2 例, 泌尿系统感染 3 例, 上呼吸道感染 3 例, 宫腔感染 2 例, 其余病例仅有体温升高, 术后感染率为 22.4%, 76 例无感染。二者子宫切口愈合不良分别为 16、14 例, 分别占 72.7%、18.4%, 发生术后感染者

子宫切口愈合不良发生率明显高于无感染者, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 2 术后间隔时间与子宫切口愈合情况 [$n(\%)$]

间隔时间	<i>n</i>	子宫切口愈合良好	子宫切口愈合不良
<3 年	16	7(43.7)	9(56.2)
3~5 年	25	20(84.0)	6(24.0)
>5 年	57	43(75.4)	5(26.3)

3 讨 论

3.1 子宫下段横切口愈合不良的发生率 通过试产或再次剖宫产评价子宫下段横切口愈合情况, 其敏感度和特异性分别为 86.7% 和 98%^[1]。对有剖宫产史的孕妇, 应用阴道超声测量子宫下段厚薄, 以子宫下段大于等于 2 mm 为切口愈合良好, 小于 2 mm 为切口愈合不良。本研究 98 例再次剖宫产者, 子宫切口愈合不良者 30 例, 切口愈合不良发生率为 30.6%, 研究结果接近这一结论。

3.2 术后间隔的时间与子宫切口愈合的关系 由于平滑肌细胞的再生能力很弱, 因此子宫切口的愈合主要依靠结缔组织增生连接, 形成瘢痕修复, 同时也有少量平滑肌细胞再生并参与修复过程。目前, 尚无人类子宫切口愈合过程的系统观察资料。Dicle 等利用核磁共振(MRI)观察人类剖宫产术后子宫切口愈合时, 发现子宫切口瘢痕的成熟从术后 3 个月开始至术后 6 个月完成, 瘢痕机化可能需要更长时间^[2]。本研究 98 例再次剖宫产者, 术后间隔时间小于 3 年, 子宫切口愈合不良发生率明显高于术后间隔时间大于或等于 3 年者。因此, 临床上要求瘢痕子宫的妇女再次妊娠至少距间隔 3 年, 以防子宫破裂发生。

3.3 剖宫产术后感染与子宫切口愈合不良密切相关 术后感染原因有胎膜早破、滞产、产前出血、多次阴道检查、肛门检查、手术时间长等^[3]。据报道, 剖宫产术后病率为 13%~59%, 术后感染率为 10%~20%, 本文 98 例产妇中, 术后感染率为 22.4%, 术后采取必要的措施防止感染, 可减少子宫切口愈合不良的发生。

3.4 子宫切口的位置与子宫切口愈合的关系 由于子宫下段切口膀胱反射腹膜覆盖, 使盆腔脏器粘连和盆腔感染的发生

率均低。实行子宫下段切口时, 需要充分暴露子宫下段, 且子宫下段要有一定长度和宽度^[4]。本文 98 例产妇中, 子宫切口位置异常者 25 例, 其中子宫切口愈合不良者 17 例, 占 68.0%, 切口愈合不良明显高于切口位置正常者。提示产科医生在选择子宫下段横切口时, 位置要恰当。子宫下段切口不宜过低, 因过低处为宫颈组织, 平滑肌少, 结缔组织多, 愈合能力差, 且切口过低靠近阴道, 易感染, 且下段较窄容易撕裂, 不利愈合^[5]。子宫下段切口过高, 位于子宫体部与下段交界处, 切口上下缘肌层厚薄不均, 缝合时对合不良, 易愈合不良。

3.5 腹腔粘连与子宫切口愈合的关系 手术后发生粘连的主要原因是组织缺血及缝线造成的异物反应。本文 98 例产妇中, 腹腔粘连 79 例, 粘连率 80.6%, 中、重度粘连 47 例中, 子宫切口愈合不良 22 例, 占 46.8%, 提示中、重度粘连对子宫切口愈合有影响。

总之本研究, 剖宫产后再次妊娠的时间至少应间距 3 年; 同时提醒剖宫产后再次妊娠选择分娩方式应慎重, 前次剖宫产有术后病率及子宫切口愈合不良者, 最好不选择阴道试产, 以防子宫破裂发生, 确保母婴安全。

参考文献

- [1] 杨祖菁. 剖宫产后再次妊娠并发子宫破裂的早期诊断[J]. 实用妇产科杂志, 2004, 20(5): 261-262.
- [2] 滕银成, 林其德. 剖宫产的手术分类及其切口愈合[J]. 实用妇产科杂志, 2004, 20(5): 259-260.
- [3] 应豪, 段涛. 剖宫产后再次妊娠的流行病学调查[J]. 实用妇产科杂志, 2004, 20(5): 260-261.
- [4] 张笑容. 剖宫产后再次妊娠阴道分娩 116 例临床分析[J]. 中国医师杂志, 2010, 12(1): 98-100.
- [5] 黄咏. 剖宫产后子宫疤痕处妊娠的诊治[J]. 按摩与康复医学, 2012, 3(14): 56-57.

(收稿日期: 2012-06-29)

1 079 份阴道分泌物检查结果分析

靳 倩¹, 张有忠¹, 艾艳红¹, 严 威² (1. 湖北中医药大学附属襄阳市中医医院检验科 441000; 2. 湖北省襄阳市第一人民医院检验科 441000)

【摘要】 目的 调查在湖北省襄阳市中医医院妇科门诊就诊妇女阴道分泌物感染及混合感染的情况。**方法** 对 1 079 份分泌物标本分别用唾液酸酶法和常规检测法进行分析。**结果** 1 079 份受检标本中, 真菌感染率为 18.42%, 滴虫感染率为 4.25%, 均比细菌性阴道炎(BV)的发病率低(23.17%), 线索细胞为 13.72%。**结论** 应加强 BV 感染的临床诊断, 采用方便、快捷、准确的方法对 BV 进行诊断。

【关键词】 阴道分泌物; 线索细胞; 阴道清洁度; 混合感染

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2012.23.053 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)23-3005-02

阴道分泌物检查是女性健康检查的常规项目之一, 可用于阴道炎、妇科感染及宫颈疾病的诊断。其中细菌性阴道炎(BV)感染多见, 是由阴道加德纳菌和一些厌氧菌的混合感染所致, 其感染率在 15%~50%, 是育龄妇女最常见的下生殖道感染性疾病, 且易复发^[1]。约 50% 的患者无自觉症状引起盆腔炎、异位妊娠、免疫性不孕、习惯性流产、产后宫内感染等并发症^[2]。因此, BV 检测应当引起广大医生和患者的重视, 并

作为妇科检查的首选项目之一。本文主要是对 2011 年 1~5 月妇科门诊患者的阴道分泌物检测结果进行分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料 到湖北省襄阳市中医医院就诊的患者 1 079 例, 年龄 20~58 岁, 均由专科医生用无菌棉拭子取患者阴道侧壁分泌物, 同时取阴道分泌物做生理盐水涂片, 立即送检。

1.2 方法