

参考文献

[1] Sores M, Campagna MC, et al. Usefulness Alpha-flavo-protein in the diagnosis of hepatocellular carcinoma[J]. Anticarcinogens, 2003, 23(2): 1747-1753.
[2] Gupta S, Bent S, Kolwesi J. Test characteristics of fetoprotein detecting hepatocellular carcinoma in patienter hepatitis C[J]. Animalier Med, 2003, 139(1): 46-50.

[3] 谢中志, 陶光川. AFP、CEA、CASO、CA199 联合检测对原发性肝癌的诊断价值[J]. 河南肿瘤学杂志, 2000, 13(4): 270-271.
[4] 赵惠柳, 劳明, 朱波. 血清 AFU 活性测定对原发性肝癌诊断及疗效观察的临床价值[J]. 现代肿瘤医学, 2004, 12(2): 97-98.

(收稿日期: 2013-01-21 修回日期: 2013-05-12)

• 临床研究 •

子宫动脉结扎术在剖宫产术中大出血的临床应用

吴江平, 黄达元[△] (重庆市梁平县妇幼保健院妇产科 405200)

【摘要】 目的 探讨剖宫产术中大出血时应用子宫动脉结扎的临床效果及应用价值。**方法** 回顾性分析梁平县妇幼保健院 2010 年 1 月至 2011 年 12 月住院分娩 80 例产后出血的病例, 经常规治疗不能控制出血时, 运用子宫动脉结扎术的治疗效果。**结果** 73 例抢救成功, 另 7 例在子宫动脉结扎术基础上加 B-Lynch 缝合有效止血, 未发生严重并发症。**结论** 子宫动脉结扎术是治疗剖宫产术中子宫收缩乏力、胎盘因素引起大出血的有效方式。

【关键词】 剖宫产术; 产后出血; 治疗措施; 子宫动脉结扎术

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 19. 043 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2013)19-2581-02

产后出血是产科常见而严重的并发症之一, 是我国产妇死亡的首要原因^[1]。为预防及治疗术中经常规治疗不能控制的大出血, 作者运用双侧子宫动脉上行支结扎术治疗产后大出血 80 例, 取得良好效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院 2010 年 1 月至 2011 年 12 月共施行剖宫产术 1 543 例, 在剖宫产术中选择经常规治疗不能控制大出血患者 80 例, 年龄 18~40 岁, 初产妇 42 例, 经产妇 38 例。其中羊水过多 12 例、双胎 8 例、巨大儿 15 例、前置胎盘 9 例、妊娠高血压疾病 5 例、瘢痕子宫 15 例、社会因素 16 例。

1.2 临床表现 80 例产妇均表现为胎儿胎盘娩出后, 子宫收缩乏力, 宫腔内胎盘剥离面出血, 行按摩子宫、宫缩素、钙剂静推、卡孕栓舌下含服仍大量出血, 予双侧子宫动脉上行支结扎 (由于地处农村地区, 欣母沛未常规使用)。子宫收缩差者, 在子宫动脉结扎术基础上加 B-Lynch 缝合。

1.3 手术方法 将子宫提出腹腔, 向对侧牵拉, 以暴露欲缝扎处, 用大弯圆针、1 号可吸收线在剖宫产子宫横切口下段稍下方, 触摸子宫峡部右侧跳动的子宫动脉内侧 2 cm, 从前向后贯穿缝合, 一般不穿透子宫内层, 然后再从子宫动脉最外侧阔韧带无血管区由后向前穿过结扎, 为确保效果, 可加强缝合 1 次, 不作 8 字缝合^[2]。

1.4 疗效判定标准^[3] (1) 有效, 子宫逐渐收缩, 生命体征平稳, 尿量正常。(2) 无效, 继续出血, 子宫不收缩, 生命体征恶化, 尿量少于 30 mL/h 或无尿。

2 结果

80 例大出血产妇, 73 例效果满意, 成功率达 91.25%。另 7 例子宫收缩差者, 在子宫动脉结扎术基础上加 B-Lynch 缝合有效止血, 避免切除子宫, 保留了生育功能。80 例患者出血量为 500~2 000 mL, 术中、术后输血 5 例, 术后继续缩宫、抗炎、对症治疗。所有患者无产褥期感染, 无晚期产后出血。术后随访 6~10 个月, 子宫复旧好, 恶露正常, 无并发症发生。

3 讨论

近年来, 随着国内剖宫产率不断上升, 并发症相应增加, 其中最常见的问题是剖宫产术中大出血^[4]。引起大出血的首要原因是宫缩乏力, 其次为胎盘因素。一旦发生出血, 首先按摩子宫和应用缩宫素, 胎儿娩出后, 不要急于娩出胎盘, 应该宫体肌注射缩宫素 10 U, 静脉滴注缩宫素 10 U, 等待子宫恢复宫缩, 胎盘自然娩出。因肌纤维缩复慢, 急于剥离胎盘后, 肌纤维不能短时间缩复, 增加出血量。若胎盘娩出后宫缩不佳, 按摩子宫, 舌下含服卡孕栓 1 mg 及 10% 葡萄糖酸钙注射液 10 mL 静脉推注。提高钙浓度可以提高子宫肌肉的收缩及对宫缩剂的敏感性。对促宫缩药物的应用顺序, 无特殊要求。胎盘因素引起的出血, 可在后壁或侧壁在宫腔内暴露的部位立即用 2/0 号带针可吸收缝合线行 8 字、三角形、方块形、品字形或排式缝合, 在子宫前壁及无法暴露的部位就将子宫娩出腹腔在子宫表面缝合, 多能起到良好作用, 特别是前置胎盘出血缝可合要尽早应用^[5]。经上述处理后子宫收缩仍差者, 可给予欣母沛 250 μg 宫体注射或直接予子宫动脉上行支结扎术, 绝大部分病例均能有效止血^[6]。子宫动脉上行支结扎止血原理是妊娠子宫血流的 90% 来自子宫动脉, 子宫动脉上行支缝扎后可以使子宫血流明显减少, 流速减缓。同时因子宫肌层缺血刺激子宫收缩而进一步压迫血窦, 使血窦关闭而持续止血。当其侧支循环建立时, 出血部位已形成牢固血栓而止血。有报道单纯缝扎子宫动脉上行支, 止血成功率为 83%^[7]。但部分顽固性出血, 经上述处理、观察子宫呈囊袋状, 立即在双侧子宫动脉上行支结扎基础上加 B-Lynch 缝合止血, 能达到预期效果, 避免了切除子宫及其他远期并发症的发生。作者对因子宫收缩乏力、胎盘剥离面引起大出血的患者进行了子宫动脉上行支结扎, 73 例效果满意, 成功率达 91.25%, 可能与病例选择及药物应用有关。

子宫动脉上行支结扎对剖宫产术中的止血疗效是肯定的, 此手术操作简单, 止血作用明显, 避免了切除子宫, 保留了生育

[△] 通讯作者, E-mail: huangdy0604@126.com。

能力,改善了患者的预后。且住院时间短,不增加患者经济费用,此方法值得基层医院推广应用。

参考文献

[1] 乐杰. 妇产科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2008: 205.
[2] 杜红梅. 剖宫产大出血双侧子宫动脉结扎 25 例的临床分析[J]. 临床医学工程,2009,16(8):81-82.
[3] 郭群兰. B-Lynch 缝合术在剖宫产术中大出血的应用[J]. 实用妇产科杂志,2008,24(2):83-84.
[4] 张翠梅. 剖宫产率上升因素分析[J]. 中国医药指南,

2010,8(6):38-39.
[5] 杨延冬,杨慧霞. 前置胎盘并胎盘植入诊断和处理策略[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2011,27(6):416-420.
[6] 张继红. 双侧子宫动脉结扎手术在剖宫产时子宫大出血治疗中的临床应用分析[J]. 中国妇幼保健,2012,27(23):3677-3678.
[7] 曹泽毅. 中华妇产科[M]. 北京:人民卫生出版社,2004: 8402-8403.

(收稿日期:2013-01-24 修回日期:2013-04-13)

• 临床研究 •

导致 2 型糖尿病发生低血糖的相关因素分析

吴江涛(江苏省南通大学附属医院分院内分泌科 226001)

【摘要】 目的 探讨影响 2 型糖尿病(T2DM)患者发生低血糖的相关因素及对策。**方法** 选择 2007 年 1 月至 2012 年 12 月 60 例低血糖入院或住院治疗期间发生低血糖的 T2DM 患者作为研究对象(观察组),按照 1:1 比例选择同期住院的无低血糖患者作为对照组,比较两组年龄、性别、T2DM 诊断情况、患者 T2DM 知识认知程度、病程、血肌酐、降糖药物构成方面上等的差异。**结果** 观察组平均年龄(62.11±14.40)岁、新近诊断 T2DM 占 23.33%、T2DM 知识认知差 43.33%、胰岛素及磺脲类比例 81.67%、血肌酐水平(122.02±13.32)mmol/L,明显高于对照组($P<0.05$),是影响 T2DM 发生低血糖的因素,两组性别构成、病程长短比较差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** T2DM 患者发生低血糖与多种因素有关,应采用相应的对策减少 T2DM 低血糖的发生。

【关键词】 2 型糖尿病; 低血糖; 因素; 预防
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.19.044 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)19-2582-02

糖尿病已成为世界上继肿瘤、心脑血管疾病之后,第 3 位严重危害人类健康的疾病,低血糖发病率也随之增加^[1]。本文回顾性分析本院 2 型糖尿病(T2DM)的临床资料,探讨引起 T2DM 患者发生低血糖的危险因素及预防对策,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2007 年 1 月至 2012 年 12 月本院 60 例低血糖入院或住院治疗期间发生低血糖的 T2DM 患者作为研究对象(观察组);其中男 29 例,女 31 例;年龄 49~83 岁,平均(62.11±14.40)岁;糖尿病病程最短 0.5 个月,最长 29 年,平均(11.17±4.78)年。发生低血糖时血糖水平最低 0.2 mmol/L,最高 3.9 mmol/L,平均(2.56±0.34) mmol/L。按照 1:1 比例选择同期住院的无低血糖患者作为对照组,

1.2 方法 比较两组患者年龄、性别、T2DM 诊断情况、患者 T2DM 知识认知程度、病程、血肌酐、降糖药物构成方面等的差异。

1.3 统计学处理 SPSS11.0 统计软件处理,计数资料应用百分率表示,采用 χ^2 检验,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

观察组平均年龄(62.11±14.40)岁、新近诊断 T2DM 占 23.33%、T2DM 知识认知差 43.33%、胰岛素及磺脲类比例 81.67%、血肌酐水平(122.02±13.32)mmol/L 均高于对照组($P<0.05$),是影响 T2DM 发生低血糖的因素,两组性别构成、病程长短比较差异无统计学意义($P>0.05$),见表 1。

表 1 影响 T2DM 发生低血糖有关因素比较

组别	<i>n</i>	年龄 ($\bar{x}\pm s$,岁)	性别 (男/女)	新近诊断 T2DM [<i>n</i> (%)]	T2DM 知识认知差 [<i>n</i> (%)]	胰岛素及磺脲类 [<i>n</i> (%)]	病程 ($\bar{x}\pm s$,年)	血肌酐 ($\bar{x}\pm s$,mmol/L)
观察组	60	62.11±14.40	29/31	14(23.33)	26(43.33)	49(81.67)	11.17±4.78	122.02±13.32
对照组	60	55.40±15.12	28/32	5(8.33)	11(18.33)	33(55.00)	10.98±4.65	98.28±9.56
统计值		$t=4.22$	$\chi^2=0.19$	$\chi^2=10.32$	$\chi^2=14.30$	$\chi^2=13.93$	$t=0.31$	$t=4.34$
<i>P</i>		<0.05	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨 论

糖尿病患者在使用胰岛素和口服降血糖药物治疗过程中,常常会发生低血糖,甚至低血糖昏迷,低血糖的发生发展与多种因素相关^[2]。通过本组资料观察发现,T2DM 低血糖影响因素复杂,包括患者年龄大、新近诊断 T2DM、T2DM 知识认知

差、胰岛素及磺脲类比例、血肌酐水平高。

观察组平均年龄[(62.11±13.40)岁]高于对照组,说明老年患者容易发生低血糖,老年 T2DM 患者常伴有肾功能不全,造成降糖药物的积蓄而发生药物性低血糖症;老年 T2DM 患者合并多种慢性并发症,多病同治,其中部分药物可导致胰岛