

属间生化反应又很接近^[3]。文献[4]详细论述了沙门菌属与枸橼酸菌属的抗原交互关系。Battes 等(1969)在一次初步的研究中测定了送检的枸橼酸杆菌菌株的 O 抗原与下列沙门菌属的 O 抗原(1、6、7、9、10、11、15、20、27、30、35、37、47b、50、51、55 及 64)之间有交互反应。王晶等^[1]鉴定 7 株枸橼酸杆菌菌株与沙门氏菌属 O4、O5、O7、O9、O11 有交互反应。与鞭毛抗原 Hm、Hc、Hw 有交互反应。此次检出的弗劳地枸橼酸杆菌未与 O₂、O4、O7、O8、O9、O11 等出现凝集,因此接下应运用 A-F 群中其他“O”分群血清进行鉴定。但一般微生物室没有较齐全的整套“O”分群血清。

在日常的检验工作中,由于沙门菌属与枸橼酸杆菌属的部分抗原相同,在血清凝集时容易发生交叉凝集,引起混淆^[5-6]。在这种情况下,应加以多种生化试验进行鉴别,尤其应以尿素、乳糖、氰化钾、ONPG 等生化试验为主,防止造成检验结果的差错。另外,枸橼酸菌属的尿素、乳糖迟缓发酵的比例很大,所以在区别这两属细菌时,生化反应除氨基酸脱羧酶外还要观察 24 h 以上为宜。

参考文献

[1] 王晶,关学民,周凤岩,等. 枸橼酸菌属与沙门氏菌属的抗

原交互反应及枸橼酸菌属的生化鉴别要点[J]. 中国卫生检验杂志,2000,10(1):120-121.

[2] 吕芝平,彭小峻. 一株与沙门菌属有共同抗原的杨氏枸橼酸杆菌的检出与分析[J]. 中国卫生检验杂志,2005,15(10):1264.

[3] 耿红琴,郭志芳,李振宇,等. 弗劳地枸橼酸杆菌感染药敏试验结果分析[J]. 中原医刊,2001,28(5):53-54.

[4] 爱德华 P. R.,爱文. 肠杆菌科的鉴定[M]. 3 版. 上海:上海科学技术出版社,1978.

[5] 周旭,吴晓菊,娄美秀,等. 两株与沙门 B 群及 F 群诊断血清交叉凝集的弗劳地枸橼酸杆菌[J]. 中国卫生检验杂志,2001,11(2):207.

[6] 陈德云,梁玉萍,李笑琼. 六株与沙门菌属具有相同抗原的弗劳地枸橼酸杆菌的实验研究[J]. 中国卫生检验杂志,2010,20(2):3314-3315.

(收稿日期:2012-06-15)

血清胱抑素 C 检测对原发性高血压患者早期肾损伤的临床意义

王国平(扬州市中医院检验科,江苏 225009)

【摘要】 目的 探讨高血压患者在常规肾功能检测正常时血清胱抑素 C(CysC)含量的变化的情况。**方法** 用免疫透射比浊法检测 119 例高血压患者(其血尿素氮及血清肌酐均正常)、60 例健康体检者的 CysC 的含量。**结果** 高血压组血清 CysC 水平比健康对照组明显升高。**结论** CysC 可作为高血压患者特别是常规肾功能检查正常的早期高血压患者肾损伤的灵敏指标。

【关键词】 血清胱抑素 C; 高血压; 肾损伤

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.23.051 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)23-3003-02

原发性高血压是常见的心血管疾病,我国有近 2 亿患者,据流行病学调查,其患病率呈上升趋势,且患病年龄逐步提前^[1]。原发性高血压是引起肾功能衰竭的重要危险因素。因此早期诊断原发性高血压所致的肾损伤,对防止或延缓终末期肾病,降低原发性高血压病死率具有重要意义^[2]。作者检测了原发性高血压患者血清胱抑素 C(CysC)水平,旨在探讨 CysC 对判断原发性高血压患者早期肾损伤的临床意义。

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取 2010 年 3~11 月本院门诊、住院的高血压患者 119 例,其中男 65 例,女 54 例,年龄 45~75 岁,均符合 1999 年中国高血压防治指南中高血压的诊断标准^[3],同时每个患者血清尿素氮(BUN)、肌酐(Cr)及尿蛋白在不同时间检查至少 3 次正常。健康对照组为本院同期体检中心的体检者,各项指标均正常,共 60 例,其中男 35 例,女 25 例,年龄 43~76 岁。

1.2 仪器和试剂 AU2700 全自动生化分析仪,CysC 由宁波美康生物科技有限公司提供,BUN 和 Cr 由上海科华生物公司提供。

1.3 实验方法 空腹静脉采血 3 mL 及留取中段晨尿 5 mL 送检。在 AU2700 全自动生化仪上检测 CysC、BUN、Cr,参数按试剂说明书设置,尿蛋白在优利特 100 型尿生化分析仪上检

测。按试剂说明书设定的参考范围:血 CysC 0.55~1.05 mg/L,BUN 2.75~8.4 mmol/L,Cr 55~115 μmol/L,结果超出上限为阳性。

1.4 统计学处理 结果以 $\bar{x} \pm s$ 表示,差异比较用 *t* 检验和 χ^2 检验,以 *P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

119 例原发性高血压患者中,CysC 阳性率为 34.5%,其中 BUN、Cr 正常者的阳性率为 29.3%,两组比较差异有统计学意义(*P* < 0.01)。高血压和健康对照组血 CysC、BUN、Cr 水平见表 1。

表 1 两组 CysC、BUN、Cr 水平($\bar{x} \pm s$)				
组别	<i>n</i>	CysC(mg/L)	BUN(mmol/L)	Cr(μmol/L)
高血压组	119	1.19 ± 0.15 ^a	5.68 ± 1.79	88.90 ± 5.80
健康对照组	60	0.90 ± 0.05	4.75 ± 1.53	75.30 ± 6.90

注:与健康对照组比较,^a*P* < 0.01。

3 讨论

CysC 是一种低相对分子质量蛋白质,机体内所有有核细胞都能稳定分泌,由于其几乎全部由肾小球滤过,被肾小管重吸收和降解,从而使 CysC 成为一种理想的反映肾小球滤过率

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1.5cm(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(3468.93±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24h以后的10d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