

症检测结果分析[J]. 中国优生与遗传杂志, 2008, 169 (4):102, 108.

磷酸脱氢酶的点突变[J]. 中华血液学杂志, 1993, 14(8): 395.

[7] 邓文成, 钱英超. 9 126 例婚前检查人员 G6PD 检测结果分析[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2009, 30(14): 1753.

[8] 杜传书, 王箐, 陈路明, 等. 中国人中所见的六种葡萄糖-6-

(收稿日期: 2012-09-20 修回日期: 2012-12-23)

46 例梅毒血清固定患者临床病因分析

张春艳(湖北省汉川市人民医院皮肤科 431600)

【摘要】 目的 探讨梅毒血清固定的临床病因。**方法** 选取 46 例梅毒血清固定患者, 分析其临床资料, 同时应用流式细胞仪对 24 例患者(观察组)及同期 22 例健康对照者(对照组)外周血 T 细胞亚群及 NK 细胞进行检测。以了解患者免疫功能情况。**结果** 46 例中Ⅰ期梅毒发生血清固定 3 例(6.5%), Ⅱ期梅毒发生血清固定 6 例(13.0%), 潜伏梅毒发生血清固定 37 例(80.4%)。梅毒确诊后初治: 7 例(14.6%)选用口服红霉素、四环素替代疗法, 4 例(8.7%)存在不规则用药情况。与对照组比较, 观察组外周血 T 细胞亚群 CD3⁺、CD4⁺ 细胞无明显变化($P>0.05$), CD8⁺ 细胞显著升高($P<0.01$), NK 细胞及 CD4⁺/CD8⁺ 明显降低($P<0.01$)。**结论** 疾病早期未得到及时、规范治疗, 以及细胞免疫抑制可能是导致梅毒血清固定的重要原因。

【关键词】 梅毒; 血清固定; 临床分析; 病因

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.07.070 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)07-0887-02

梅毒是由梅毒螺旋体引起的慢性传染病, 在发展过程中可侵犯全身各器官, 并产生各种各样的症状与体征, 甚至危及生命^[1]。人类是梅毒的惟一天然宿主, 也是梅毒的惟一传染源^[2]。梅毒血清固定是指梅毒患者经规范抗梅毒治疗后, 非梅毒螺旋体特异性试验(RPR)在一定时期内不阴转, 或血清反应素抗体滴度固定在某个水平不转阴持续 3 个月, 即出现耐血清性。为探讨梅毒血清固定原因, 作者对本院皮肤科收治 46 例梅毒血清固定患者的临床资料进行分析, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2011 年 1 月至 2012 年 7 月本院收治的梅毒血清固定患者 46 例, 其中男 12 例, 女 34 例, 年龄 21~70 岁。入院前均在确诊梅毒后按梅毒治疗方案正规治疗, 在规定时间内梅毒血清不转阴(早期梅毒 1 年, 晚期梅毒 2 年), 且血清滴度无下降趋势(6 个月)。排除 HIV 感染及结缔组织并发症。另选择同期健康对照者 22 例(健康对照组), 男 6 例, 女 16 例, 年龄 22~65 岁。

1.2 方法 分析患者病史资料, 包括一般资料、病期、治疗经过等。同时应用流式细胞仪对其中 46 例(观察组)梅毒血清固定患者及 22 例健康对照组外周血 T 细胞亚群进行检测。所用试剂 CD4-FITCCD8-PE、CD3-PECY5 均购自美国 BD 公司。流式细胞仪型号为 Beckman coulter FC500 MPL。

1.3 统计学处理 采用 SPSS11.0 统计软件, 组间比较采用 t 检验。

2 结果

2.1 血清固定结果 一期梅毒发生血清固定 3 例(6.5%), 二期梅毒发生血清固定 6 例(13.0%), 潜伏梅毒发生血清固定 37 例(80.4%)。

2.2 初治及既往治疗情况 梅毒确诊后初治用药 苄星青霉素者 29 例(63.0%), 选用头孢曲松钠治疗者 10 例(21.7%), 选用口服红霉素、四环素 6 例(13.0%), 小剂量水剂青霉素 1 例(2.0%)。所有患者均有复治病史, 8 例不规则用药者其后均有正规治疗。在复治过程中选用苄星青霉素治疗 30 例, 其中大于 3 个疗程者 13 例。其余为头孢曲松钠及红霉素、四环素。治疗过程中出现青霉素过敏 3 例。

2.3 梅毒血清试验(RPR)初始滴度及血清固定滴度情况 梅毒血清 RPR 阳性初始滴度为 1:2~1:128, 血清固定 RPR 阳性滴度为 1:1~1:32, 血清固定滴度在 1:8 以上 14 例。

2.4 外周血 T 细胞亚群及 NK 细胞检测结果。 与健康对照组比较, 观察组外周血 T 细胞亚群 CD3⁺、CD4⁺ 细胞无明显变化($P>0.05$), CD8⁺ 细胞显著升高($P<0.01$), NK 细胞及 CD4⁺/CD8⁺ 明显降低($P<0.01$), 见表 1。

表 1 外周血 T 细胞亚群及 NK 细胞检测结果($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	CD3 ⁺ (%)	CD4 ⁺ (%)	CD8 ⁺ (%)	NK(%)	CD4 ⁺ /CD8 ⁺
健康对照组	22	66.26±9.14	37.78±8.01	23.03±4.40	20.10±9.01	1.68±0.39
观察组	46	68.44±8.49	36.52±7.59	28.31±6.09	14.91±6.98	1.35±0.42
<i>t</i> 值		0.91	0.59	3.40	2.38	2.97
<i>P</i> 值		0.31	0.56	0.0007	0.02	0.004

3 讨论

近年来我国梅毒的发病率呈明显上升趋势, 已成为一种严重危害社会的传染病。梅毒血清固定的危害性主要包括: 梅毒血清固定患者中约有 35% 可能重新发展成为显性梅毒; 也有

可能向晚期梅毒进一步发展, 造成全身各组织器官损害。因此梅毒血清固定问题应引起社会的足够重视。本组潜伏梅毒血清固定发生率明显高于一、二期, 达 80.5%, 推测可能与潜伏梅毒中大多病期不明, 难以区分早期梅毒或晚期梅毒, 发现时

可能已是晚期梅毒有关。在梅毒感染早期未及时规范治疗也是梅毒血清固定的原因之一。因常规青霉素不能通过血脑屏障,无法彻底杀死脑脊液中梅毒,从而导致体内残存,形成慢性感染,导致血清固定。近年的研究表明,细胞免疫抑制与血清固定密切相关^[3]。观察组 CD8⁺ 细胞明显升高,而 NK 细胞及 CD4⁺/CD8⁺ 较健康对照组明显降低,与刘隽华等的报道大致相同。梅毒血清固定患者 NK 细胞显著降低,使机体清除病原体的能力降低,机体免疫功能抑制,可能是梅毒血清固定的重要原因之一^[4]。

综上所述,梅毒血清固定发生原因是多方面的,早期未得到及时的诊断和治疗,无症状的神经梅毒及细胞免疫失衡和免疫抑制可能是重要原因,加强对潜伏梅毒早期筛查和及早治疗,以及加强对神经梅毒的排查是减少神经梅毒血清固定发生的重要手段,适当应用免疫调节剂可能有助于达到血清治愈的

目的。

参考文献

[1] 沟宗蓉,吕莲华. 两种梅毒血清试验对梅毒诊断及疗效的价值分析[J]. 中外医学研究,2012,1(10):50.
[2] 王莉,王海燕. 抗梅毒螺旋体的主要抗体与 RPR 的关系探讨[J]. 中国医院感染学杂志,2008,18(11):1642-1644.
[3] 凌昕,刘润秋,施辛,等. 梅毒血清固定与神经梅毒患者淋巴细胞亚群的检测[J]. 中国皮肤性病学杂志,2010,24(5):418-420.
[4] 靳培英. 皮肤病药物治疗学[M]. 北京:人民卫生出版社,2009:373-374.

(收稿日期:2012-09-25 修回日期:2012-12-19)

1 815 例剖宫产指征及临床分析

马之淑(重庆市忠县妇幼保健院 404300)

【摘要】 目的 总结剖宫产指征的运用变化情况,寻找降低剖宫产率的措施。**方法** 对 2009 年 1 月至 2011 年 12 月的 1 815 例剖宫产病例资料进行回顾性分析。**结果** 剖宫产率为 54.33%,明显高于世界卫生组织提出的目标。剖宫产指征居前 5 位依次为社会因素、胎儿宫内窘迫、头盆不称、瘢痕子宫、中重度子痫前期。**结论** 严格掌握第一剖宫产指征,加强孕期保健和宣传工作,提倡自然分娩,减少社会因素的剖宫产,可降低剖宫产率。

【关键词】 剖宫产; 指征; 剖宫产率
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.07.071 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)07-0888-02

世界卫生组织对亚洲的母儿健康调查显示,我国的剖宫产率高达 46.2%,其中无指征的剖宫产占 11.7%,成为世界之最;不仅带来了手术并发症的增加,而且也导致医疗保健资源的过度浪费^[1]。如何降低剖宫产率和避免不必要的剖宫产术给母婴带来的长期影响成为中国产科学目前迫切需要解决的问题^[2]。作者通过对本院 2009~2011 年剖宫产指征运用情况进行回顾性分析,针对剖宫产率增高的相关因素进行探讨,提出降低剖宫产率的措施。

1 资料与方法

- 1.1 一般资料** 选择本院产科 2009 年 1 月至 2011 年 12 月住院分娩产妇总数 3 341 例,其中剖宫产 1 815 例,阴道分娩 1 526 例。
- 1.2 方法** 对上述病例剖宫产率、各种剖宫产指征构成比进行回顾性分析,进一步分析影响这些变化的因素。

2 结果

以社会因素、胎儿窘迫、瘢痕子宫为剖宫产手术指征的有明显上升;以头盆不称、中重度子痫前期为手术指征的有所下降,但仍占一定比例;其他无明显变化。见表 1。

表 1 1 815 例剖宫产指征构成

剖宫产指征	n(%)	剖宫产指征	n(%)
社会因素	845(46.56)	臀位	52(2.89)
胎儿窘迫	304(16.75)	妊娠期肝内胆汁淤积症	31(1.71)
头盆不称	210(11.57)	双胎	16(0.88)
瘢痕子宫	183(10.08)	妊娠并发症	13(0.72)
中重度子痫前期	72(3.97)	前置胎盘、早剥	8(0.44)
羊水过少	56(3.09)	其他	25(1.38)

3 讨论

3.1 剖宫产率居高不下的原因

3.1.1 社会因素 一方面由于剖宫产技术的提高,术后镇痛的运用,导致部分孕妇不再害怕手术,过度相信剖宫产的安全性而忽略了术后并发症;有的对脐带绕颈不理解,害怕对胎儿有不良影响,B 超提示脐带绕颈则要求手术;有的怕胎儿经过产道受挤压缺氧而影响智力;有的担心产后阴道松弛而影响性生活;还有少数相信迷信择良辰吉日剖宫产。另一方面,面对医患关系的日益紧张,产科医生担心劝其试产,分娩过程中万一发生意外,会受到家属的指责埋怨,甚至引发纠纷,迫于压力放宽了指征。

3.1.2 胎儿窘迫 由于胎心监护、脐血流图等监护手段的广泛运用,一方面对胎儿窘迫可做出早期诊断,但另一方面假阳性率较高,有的仅凭一时胎心变化、胎动变化、胎心监护、NST 评分异常或单纯的羊水轻中度污染而做出诊断,而导致诊断过度。而术后很多未找出胎儿窘迫的任何原因,术前、术后诊断符合率低。

3.1.3 头盆不称 由于人均生活水平的提高,孕妇对合理饮食缺乏了解,过度增加营养,导致胎儿体质量增加明显。一方面对相对头盆不称的诊断也不够严谨,未经阴道充分试产而诊断。还有资料分析剖宫产率逐年急剧上升与阴道助产术的快速下降有关^[3]。对产程稍有延长的产妇,未进一步处理即行剖宫产。

3.1.4 瘢痕子宫 瘢痕子宫的产妇虽不是头胎,但绝大多数无阴道分娩史。因瘢痕组织弹性差,过度强调子宫破裂问题,绝大多数产妇选择了再次剖宫产,使瘢痕子宫成为经产妇剖宫产的最重要原因。

3.1.5 中重度子痫前期 随着保健工作的加强,对高危妊娠