

可能已是晚期梅毒有关。在梅毒感染早期未及时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)	双胞胎	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,术后镇痛药的运用,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

认识的逐步提高,妊娠并发症所致剖宫产有所下降,但仍占一定比例,主要因为剖宫产仍是处理各类高危妊娠和异常分娩,挽救孕产妇及围产儿生命的有效手段,其安全性得到社会的广泛认可,但仍有下降的空间。

3.2 降低剖宫产率的措施

3.2.1 面向全社会进行宣传,大力提倡自然分娩,积极开展无痛分娩。对产妇及家属正确引导,使产妇和家属了解自然分娩与剖宫产的利弊,改变少数不正确的观念。研究表明,剖宫产婴儿在智力发育上并不优于顺产儿,而且很可能对婴儿运动发育存在一定潜在的影响^[4]。同时,呼吁人们理解和支持产科医护人员长时间观察产程的辛苦及其所承担的风险压力,减轻产科医生在处理孕妇试产过程的思想压力。

3.2.2 对胎儿窘迫的诊断应结合胎儿、胎盘功能、脐带、羊水、母体情况等综合判断,避免假阳性结果的出现。实际上,胎儿宫内窘迫有些是由于胎头在迅速下降的过程中受到产道的挤压,使迷走神经张力变化或者胎动干扰脐血流等原因致短暂性胎心变化,应先予吸氧、改变体位等处理,待胎心恢复正常后,仍可经阴道试产。

3.2.3 加强产科医生业务水平锻炼,提高产科医生的责任心,加强产时观察,提高产科医生正确处理产程的能力,拓宽阴道助产术的实施机会。提高产科医师处理头位难产的水平,杜绝不经阴道试产就诊断头盆不称,对轻度的头盆不称(相对头盆不称),胎头跨耻征可疑阳性,足月活胎体质量小于 3 000 g,胎心率及产力均正常,应在严密监护下试产。试产过程中若出现宫缩乏力,可用缩宫素静脉滴注加强宫缩^[5]。

3.2.4 加强医患沟通,正确看待医疗纠纷,严格掌握第一剖宫产指征,减少瘢痕子宫的形成。对前次剖宫产指征已不存在,本次妊娠又无新的手术指征出现,此次妊娠距前次手术 2 年以上,前次手术为子宫下段切口且愈合良好病例,有阴道试产条件者,应鼓励其在密切监护下阴道试产。

3.2.5 进一步加强围产期保健工作,筛查、管理高危妊娠,及时发现存在的并发症,并干预。采取孕妇学校、发放宣传资料和每次产前检查中个体化指导等多种形式向孕妇宣传孕期保健知识。在妊娠 32~34 周发现为臀位无脐带绕颈可指导产妇膝胸卧位给予纠正,孕期加强合理营养指导、增强体能锻炼,防止巨大儿的发生,减少并发症的发生。

总之,降低剖宫产率是一个社会问题,需要医患双方及全社会共同关注和努力。进一步完善医疗法规、保障医生的合法权益,加强医患沟通,加强围产期保健宣传工作,提高产科医生业务水平,严格第一剖宫产指征,减少社会因素的剖宫产可以切实降低剖宫产率。

参考文献

- [1] Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gölmözoglu AM, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia; the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08[J]. *Lancet*, 2010, 375(9713): 490-499.
- [2] 沈瑶,林建华,林其德,等.我国部分地区剖宫产率影响因素和指征分析[J]. *实用妇产科杂志*, 2011, 27(3): 183-187.
- [3] 向干荣.阴道助产技术与剖宫产率的关系分析[J]. *中国现代医生*, 2007, 45(20): 47-48.
- [4] 刘达美,赵勇,关蕴良,等.社会因素剖宫产儿体格与智力发育的前瞻性队列研究[J]. *中国妇幼保健*, 2009, 24(22): 3135-3137.
- [5] 乐杰. *妇产科学*[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社, 2010: 190.

(收稿日期:2012-09-25 修回日期:2012-10-12)

3 类人群检测 4 项感染性标志物的意义

陈 志,周松伟(江苏省兴化市人民医院输血科 225700)

【摘要】 目的 调查梅毒(TP)、乙型肝炎病毒(HBV)、丙型肝炎病毒(HCV)、人类免疫缺陷病毒(HIV)在孕产妇、准备输血或手术的患者、传染科患者中的感染情况,以了解这四项感染性标志物针对性检测的意义,提高相应人群的检测率,从而更好地避免和预防院内感染及医疗纠纷的发生。**方法** 对上述三类人群共计 11 824 份血清标本,采用酶联免疫吸附法(ELISA)检测 TP 抗体、乙型肝炎病毒表面抗原(HBsAg)、抗-HCV、抗-HIV1/2。**结果** 孕产妇 HBsAg、TP 抗体、抗-HCV、抗-HIV 阳性率分别为 3.55%、1.76%、0.13%、0.03%,输血前或手术前患者分别为 5.58%、3.06%、0.51%、0.05%,传染科患者分别为 24.59%、8.77%、2.67%、0.19%。**结论** 此 4 项感染性标志物针对上述 3 类人群的检测率应达到 100%。

【关键词】 梅毒; 乙型肝炎病毒; 丙型肝炎病毒; 人类免疫缺陷病毒; 感染性标志物

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.07.072 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)07-0889-02

针对梅毒(TP)抗体、乙型肝炎病毒表面抗原(HBsAg)、抗-丙型肝炎病毒(HCV)、抗-人类免疫缺陷病毒(HIV)1/2 的检测在输血和手术领域的重要性已得到了共识。而在孕妇的产前检查和传染科的诊疗活动中的重视程度还有待提高。为减少医疗纠纷的发生,避免给医患双方造成不可逆的伤害,2011 年 1 月至 2012 年 8 月本院对准备输血和手术的患者、孕产妇、传染科患者进行 TP 抗体、HBsAg、抗-HCV、抗-HIV1/2 的检测,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 标本来源 血液标本采自 2011 年 1 月至 2012 年 8 月在本院接受检查治疗的孕产妇、需输血或手术患者、传染科患者,共计 11 824 例。抽取 3~5 mL 不抗凝静脉血,需输血或手术患者均须在输血前或手术前抽取。

1.2 试剂与方法 TP 抗体、HBsAg、抗-HCV、抗-HIV1/2 均采用酶联免疫吸附法(ELISA)检测,试剂由北京华大吉比爱生物技术有限公司提供。抗-HIV1/2 复试剂由北京现代高达