

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, Gölmезoglu 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 复检试剂由北京现代高达

生物技术有限责任公司提供。抗-HIV1/2 初筛阳性者重新抽血复查,阳性血清标本送泰州市疾控中心艾滋病确认实验室做确认试验。

2 结 果

传染科患者 TP 抗体、HBsAg、抗-HCV、抗-HIV 阳性率最高,分别为 8.77%、24.59%、2.67%、0.19%。孕产妇各项指标阳性率最低,但仍有阳性,见表 1。

表 1 三类人群感染性标志物阳性率[n(%)]

组别	n	TP 抗体	HBsAg	抗-HCV	抗-HIV
孕产妇	3 072	54(1.76)	109(3.55)	4(0.13)	1(0.03)
准备输血和手术患者	7 703	236(3.06)	430(5.58)	39(0.51)	4(0.05)
传染科患者	1 049	92(8.77)	258(24.59)	28(2.67)	2(0.19)

3 讨 论

本次调查发现,本市输血患者此 4 项感染性标志物的检测率已接近 100%,本院的手术患者的检测率也可达到此种水平,可是其他医院的检测率则还有相当大的差距。此次统计发现,这类人群的感染性标志物总阳性率已达到 9.20%,与同省相邻城市的调查(10.57%)大致相同^[1]。这说明大约有 9.20% 的患者在入院前就已感染了传染性疾病。由于当前医疗检测水平的限制,如病毒感染“窗口期”的存在、试剂灵敏度的差异等,输血和手术时仍有可能感染某些不能预测、不能防止的传染病。因此,要求输血和手术患者感染性标志物的检测率达到 100%。

调查显示,笔者所在医院孕产妇 HBsAg 阳性率虽只有 3.55%,明显低于我国自然人群 HBsAg 的携带率(9.75%)^[2],但其对于孕产妇和胎儿的危险性仍是不可小视的。有研究表明,HBV 不论在妊娠期、新生儿期还是婴幼儿期都是极其危险的,甚至可能导致产妇产后大出血等严重后果^[3]。本次调查中妊娠梅毒的阳性率为 1.76%,目前认为该病有上升趋势。患梅毒的孕产妇,梅毒螺旋体可通过胎盘感染胎儿。有资料表明,未经治疗的一、二期梅毒,胎儿感染率几乎可达 100%^[4]。孕产妇人群中抗-HCV 和抗-HIV 阳性率虽然不高,但也有存在的风险,因此不可忽视。提早进行此 4 项检测对于孕产妇来说是极其必要的,对于有标志物阳性的孕产妇来说,生理上的巨大变化加上疾病本身的发展和预后可能会让她们产生严重的心理压力。因此在临床工作中应加强对她们的护理干预和健康指导,提高她们的自信心,建立合理的认知,以促进母婴的健康。

无骨折硬膜外血肿的机制及治疗的探讨

唐雄伟,吴 军,贾孝军,龙 飞(重庆市合川区人民医院 401520)

【摘要】 目的 探讨血肿部位无骨折硬膜外血肿的发生机制和治疗经验。**方法** 回顾合川区人民医院神经外科 2003 年 1 月至 2012 年 8 月血肿部位无颅骨骨折的硬膜外血肿患者 36 例,对其机制和治疗进行分析总结。**结果** 其中手术治疗 29 例,保守治疗 7 例;痊愈 33 例,轻残 2 例,死亡 1 例。**结论** 无骨折性硬膜外血肿多见于未成年人(小于 15 岁),意识瞳孔的观察及动态 CT 的监测对其诊治意义重大。

【关键词】 无骨折; 硬膜外血肿; 机制; 治疗

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.07.073 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)07-0890-02

硬膜外血肿是位于颅骨内板与硬脑膜之间的血肿,好发于幕上半球凸面,约占外伤性颅内血肿的 30%左右。多因外伤

本次对传染科患者的调查发现,4 项感染性标志物的阳性率均显著高于其他两类人群,其中 HBsAg 的携带率是普通人群的 2.5 倍,梅毒感染率高达 8.77%,与马平等^[5]调查的相似人群感染率相近(8.29%),显著高于国内部分地区报道的 0.12%~0.46%^[6];HCV 阳性率也远高于李亮等^[7]调查的本省自然人群的阳性率(0.44%)。由此可见,医院存在较多传染源,环境污染十分严重,尤其是传染科病房及门诊诊疗室。有报道称,我国的医务人员血清 HBsAg 阳性率是普通人群的 3~6 倍,其他传染病的感染率也远高于普通人群^[8]。

总之,作者认为此 4 项感染性标志物对于孕产妇、准备输血或手术的患者以及传染科患者的检测率应达到 100%,并切实做到“确保检验结果的准确性、及时地发出报告单、完整地保存检验过程的原始记录”^[9]。这样一方面可以为临床提供及时且有效的诊断依据,对于减少院内感染有着重要的意义;另一方面在必要时可有效应对医疗纠纷,做到举证有据。

参考文献

- [1] 童凤琴,宋超.输血前及术前传染病病原检测结果分析[J].临床和实验医学杂志,2012,11(2):134-135.
- [2] 崔恒春,闫永平,邵中军,等. HBsAg 阳性母亲的婴儿血乙型肝炎病毒标志物的动态变化[J].中华传染病杂志,2009,27(2):118-122.
- [3] 杨忠伟. HBsAg 和 HBV 妇女如何正确对待生育[J].中外健康文摘,2011,8(29):138.
- [4] 游小红.妊娠合并梅毒 103 例的临床分析[J].中外健康文摘,2011,8(11):28-30.
- [5] 马平,陈大灵,袁建明.南通市三类人群梅毒感染状况调查及影响因素分析[J].江苏预防医学,2012,23(2):34-36.
- [6] 陈元锋,唐建华,司桂玲,等.对不同献血人群的梅毒血清学检测比较[J].中国艾滋病性病,2005,11(2):138-139.
- [7] 李亮,刘社兰,朱凤才,等.江苏省病毒性肝炎血清流行病学调查研究[J].江苏预防医学,2005,16(3):21-23.
- [8] 覃正学,蓝玉清,闭雄杰.输血前患者血清感染性指标检测的意义[J].中外健康文摘,2011,8(4):353-354.
- [9] 武建国,王毓三,许斌,等.提高检验质量 杜绝医疗事故“座谈会纪要”[J].临床检验杂志,2003,21(1):57-58.

(收稿日期:2012-09-26 修回日期:2012-11-28)

致颅骨骨折撕破脑膜中动脉或静脉,造成出血、进而形成血肿。不伴有颅骨骨折的硬膜外血肿较为少见。本院从 2003 年 1 月