

动静脉间,完全游离肾动静脉和输尿管上端。分离肾动脉时注意副肾动脉、异位肾动脉;分离肾静脉时注意辨认生殖静脉(精索内静脉或卵巢静脉)和肾上腺静脉;另外应注意肾动脉和静脉的畸形和分枝,防止误扎。分离肾上极内侧的部分脂肪囊时不完全分开,必要时可以将肾脏固定数针在腰大肌上,且术后嘱患者应绝对卧床 3~5 d,以防止术后肾下垂。肾动、静脉间的淋巴组织最易漏扎,应仔细检查处理;借助腹腔镜的放大作用,使肾蒂周围细小淋巴管清晰可见,有利于结扎彻底。对一些较明显的淋巴管和淋巴组织使用钛夹可以促进淋巴管的复通。本文资料进一步证实,后腹腔镜肾蒂淋巴管结扎术治疗乳糜尿近期疗效肯定,具有创伤小、术中出血少、淋巴管结扎彻底、并发症少、术后住院时间短以及恢复快等优点,是目前治疗乳糜尿较理想的手术方法,值得进一步推广。

参考文献

[1]Poitou C,Kheder-Elfekih R,Djebbar M,et al.Chyluria presenting as milky urine and nephrotic-range proteinuria and milky urine:chyluria

or glomerulopathy?Case report and literature review [J].Nephrol Ther,2009,5(7):642-647
[2]Kim RJ,Joudi FN.Chyluria after partial nephrectomy:case report and review of the literature[J].Scientific World Journal,2009,18(9):1-4
[3]Govil S,Justus A,Lakshminarayanan R,et al.Retroperitoneal lymphatics on CT and MR[J].Abdom Imaging,2007,32(1):53-55
[4]Deso S,Ludwig B,Kabutey NK,et al.Lymphangiography in the diagnosis and localization of various chyle leaks [J].Cardiovasc Intervent Radiol,2012,35(1):117-126
[5]杨聪娟,金讯波.乳糜尿患者的肾脏集合系统表层形态学改变及其意义[J].泌尿外科杂(电子版),2009,1(1):5
[6]Lenggenhager C,Warzinek T,Wü thrich RP,et al.Nonparasitic chyluria treated by laser[J].Urologe A,2007,46(12):1 715-1 717
[7]Dhabalia JV,Nelivigi GG,Suryavanshi M,et al.An unusual complication of silver nitrate therapy for chyluria [J].Indian J Urol,2007,23(2):203-204
[8]Kulkarni AA,Pathak MS,Sirsat RA.Fatal renal and hepatic failure following silver nitrate instillation for treatment of chyluria [J].Nephrol Dial Transplant,2005,20(6):1 276-1 277
[9]Ramana MK,Jayaram RS,Prasad DV,et al.Povidone iodine instillation into the renal pelvis in the management of chyluria:our experience[J].Urol Int,2010,84(3):305-338
[10]Zhang X,Zhu QG,Ma X,et al.Renal pedicle lymphatic disconnection for chyluria via retroperitoneoscopy and open surgery: report of 53 cases with followup[J].J Urol,2005,174(5):1 828-1 831

(收稿日期:2014-07-28)

妊娠期糖尿病孕前体质质量指数与分娩方式和新生儿体质质量的关系分析

李婷

(湖南省安化县人民医院妇产科 安化 413500)

摘要:目的:探讨妊娠期糖尿病孕前体质质量指数与分娩方式和新生儿体质质量的相关性。方法:选取 2012 年 1 月~2013 年 12 月期间在我院产科分娩的 200 例妊娠期糖尿病患者为研究对象,按照体质质量的不同分为体质质量过低组、正常组、超重组和肥胖组共四组,分析四组产妇的分娩方式以及娩出新生儿的体质质量情况。结果:随着产妇体质质量的增加,剖宫产率有逐渐增加的趋势,其中肥胖组的剖宫产率显著高于其他三组, $P<0.05$;其他三组之间的剖宫产率无统计学意义, $P>0.05$ 。随着体质质量的增加,新生儿出生体质质量也有逐渐增加的趋势,其中肥胖组的新生儿体质质量显著高于其他三组, $P<0.05$;其他三组之间无统计学意义, $P>0.05$ 。结论:妊娠期糖尿病患者体质质量过大会增加患者的剖宫产率,要重视孕前检查,控制好体质质量,以改善分娩结局。

关键词:妊娠期糖尿病;体质质量指数;分娩方式;新生儿体质质量

中图分类号:R714.256

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.12.035

近年来,随着人们物质生活水平的提高,妊娠期糖尿病的发病率有逐渐增加的趋势。研究显示,肥胖是妊娠期糖尿病的高危因素之一^[1],体质质量增加过多不仅会增加巨大儿的发生危险,而且也会增加患者其他并发症的发生率,对患者的危害更加严重。因此,妊娠期糖尿病患者的围产期体质质量对妊娠结局的影响正越来越受到临床上的重视。现回顾性分析 2012 年 1 月~2013 年 12 月我院产科分娩的 200 例妊娠期糖尿病产妇的临床资料。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 200 例妊娠期糖尿病患者,纳入标准:经产前门诊常规检查及在孕 24~38 周经葡萄糖耐量试验(OGTT)确诊;均符合妊娠期糖尿

病的诊断标准;均为单胎妊娠,孕前无糖尿病病史、无代谢性疾病、无肝肾功能异常。排除高血压、糖尿病等慢性疾病病史及家族史,排除明显头盆不称、瘢痕子宫、胎位异常、胎儿胎盘功能严重低下以及有严重的宫内感染者。所有妊娠期糖尿病患者一旦确诊即开始采用药物控制血糖、控制饮食、适量增加运动并定期监测血糖情况。年龄 25~35 岁,平均(28.8±3.2)岁;孕周 27~38 周,平均孕周(34.4±2.3)周;初产妇 178 例,经产妇 22 例。

1.2 方法

1.2.1 妊娠期糖尿病的诊断方法 孕妇妊娠 24~28 周时进行糖筛查试验,做 75 g 口服葡萄糖耐量试验,诊断标准:空腹及餐后 1 h、2 h 的血糖值分

表 2 四组患者体质量与新生儿体质量比较 例(%)

组别	n	<2.5 kg	2.5~4.0 kg	>4.0 kg
体质量过低组	29	3 (10.3)	25 (86.2)	1 (3.4)
正常组	117	3 (2.6)	109 (93.2)	5 (4.3)
超重组	19	1 (5.3)	17 (89.5)	1 (5.3)
肥胖组	35	1 (2.9)	28 (80.00)	6 (17.1)*

注:肥胖组与其他各组相比,*P<0.05。

3 讨论

妊娠期糖尿病是妊娠期较为常见的合并症,是一种以胰岛素分泌不足、糖代谢紊乱为主的疾病,严重影响患者的妊娠结局。我国妊娠期糖尿病的发生率占妊娠的 1%~5%,并且有逐渐升高的趋势。孕前体质量是妊娠期糖尿病的独立高危因素^[3],孕期过高的体质量会影响产妇的妊娠结局。肥胖是导致产后出血的危险因素,这主要与肥胖的产妇容易产生头围不称、产程延长、巨大儿使子宫肌纤维过度伸展等因素有关^[4]。胎儿宫内的生长发育完全依赖于母体的营养供给,若孕妇的体质量过高、自身储备过快则可能会增加巨大儿的发生率,增加分娩时的风险^[5]。本研究结果显示,随着患者体质量的增加,剖宫产率和新生儿的体质量均有逐渐增加的趋势,其中肥胖组的剖宫产率显著高于其他三组,P<0.05。这也证明了妊娠期糖尿病患者的体质量过大可直接影响分娩方式和新生儿体质量。新生儿体质量过重也是其青春期肥胖的独立高危因素。因此,为了改善妊娠期糖尿病患者的妊娠结局,必须有效控制患者的围产期体质量,加强围产期保健。在不影响胎儿发育的前提下,良好地控制血糖,维持孕妇体质量指数稳定合理增长。综上所述,妊娠期糖尿病患者体质量过大会增加患者的剖宫产率,要重视孕前检查,控制好体质量,以改善分娩结局。

参考文献

[1]刘晶.孕产前体质量指数及孕期体质量指数增幅与分娩方式和新生儿体质量的关系[J].实用医技杂志,2012,19(8):857-859
[2]谢幸,苟文丽.妇产科学[M].第 8 版.北京:人民出版社,2013.125
[3]陈元元,陈丹青.妊娠期糖尿病孕妇体重指数变化与围产结局的关系[J].中国实用妇科与产科杂志,2010,26(2):119-121
[4]邵冰心,肖美群.妊娠期糖尿病孕前期体质量指数与分娩方式和新生儿体重的关系[J].实用医学杂志,2012,28(11):1 852-1 853
[5]侯桂玉,梁美燕.妊娠期糖尿病身体质量指数与妊娠结局关系探讨[J].医学信息(上旬刊),2010,23(4):971-972

(收稿日期:2014-07-09)

用,在临床上取得了较好疗效,同时避免了其宿醉效应及头晕等副作用,减少了阿普唑仑剂量渐加大等情况,值得临床上推广应用。

参考文献

[1]王维治.神经病学[M].北京:人民卫生出版社,2004.241-247
[2]周仲瑛.中医内科学[M].第 2 版.北京:中国中医药出版社,2007.146-152
[3]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.26

(收稿日期:2014-07-14)

别是 5.1 mmol/L、10.0 mmol/L、8.5 mmol/L, 任何一点血糖值达到上述标准即可诊断^[2]。

1.2.2 体质量测定 所有对象均在孕 12 周前建立围产保健卡,定期产前检查至分娩前,计算体质量指数(Body Mass Index,BMI),BMI 计算方法:详细询问患者孕前体质量并测量身高,BMI=体质量/身高(kg/m²)。第一次体检体质量为孕前体质量。

1.2.3 分组 根据 BMI 对所有患者进行分组,BMI<18.5 为体质量过低组,18.5≤BMI<23 为正常组,23≤BMI<25 为超重组,BMI≥25 为肥胖组。其中体质量过低组 29 例,正常组 117 例,超重组 19 例,肥胖组 35 例。回顾性分析发现以上四组患者的年龄、职业、孕产次、孕周均无统计学意义(P>0.05),具有可比性。统计以上四组患者的分娩方式以及娩出新生儿的体质量,并对患者的体质量与分娩方式和新生儿体质量的关系进行分析。

1.3 统计学处理 资料的录入和分析采用 SPSS17.0 软件进行,用($\bar{X} \pm S$)表示计量资料,用频数表示计数资料,统计方法采用 t 检验、卡方检验,P<0.05 示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者分娩方式比较 随着患者体质量的增加,剖宫产率有逐渐增加的趋势,其中肥胖组的剖宫产率显著高于其他三组,P<0.05;其他三组之间的剖宫产率无统计学意义,P>0.05。在每一组患者中,剖宫产率均显著高于顺产率,P<0.05。见表 1。

表 1 四组患者体质量与分娩方式的关系分析 例(%)

组别	n	顺产	剖宫产
体质量过低组	29	12 (41.4)	17 (58.6)*
正常组	117	43 (36.8)	74 (63.2)*
超重组	19	6 (31.6)	13 (68.4)*
肥胖组	35	4 (11.4)	31 (88.6)**

注:每组中顺产率与剖宫产率相比,*P<0.05;肥胖组与其他各组相比,**P<0.05。

2.2 两组患者新生儿体质量比较 随着患者体质量的增加,新生儿出生体质量也有逐渐增加的趋势。肥胖组的新生儿体质量显著高于其他三组,P<0.05。其他三组之间无统计学意义,P>0.05。见表 2。

(上接第 38 页)学认为失眠常见于心理生理性失眠,持续存在难以产生睡意的环境和缺乏睡眠相关行为的联想是导致失眠的因素。交泰丸由黄连、肉桂二味组成,一寒一热,一阴一阳。黄连苦寒入心,清降心火以下交肾水;肉桂辛热入肾,温升肾水以上济心火。合调阴阳,能使心肾水火阴阳二气相交,有利于充养心神。心神宁,则易眠。阿普唑仑为苯二氮革类药物,有镇静催眠及抗焦虑等作用。两药合