

全身麻醉,常规消毒铺巾,取膀胱截石位,常规置入举宫器,暴露肌瘤位置;脐部上缘或下缘作一切口,建立气腹,置入腹腔镜;另作第二、三、四穿刺孔,放置手术器械;仔细探查腹、盆腔情况后,通过穿刺针注入垂体后叶素于子宫肌肉内,抓钳提取子宫,电凝钩凝开子宫浆膜,分离钳剥离子宫;电凝止血,缝合子宫,剔除的肌瘤用碎溜机粉碎肌瘤分别取出;0.9%氯化钠冲洗盆腔并吸尽,排空腹腔内气体,缝合腹壁切口。

1.3 观察指标 观察两组患者手术时间、术中出血量、肛门排气时间、住院时间以及术后并发症发生情况。

1.4 统计学处理 采用 SPSS22.0 统计学软件,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 *t* 检验,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术期间各临床指标比较 研究组手术时间高于常规组,术中出血量、肛门排气时间、住院时间均低于常规组, $P < 0.05$, 差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组患者手术期间各临床指标比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	肛门排气时间 (h)	住院时间 (d)
常规组	30	76.3± 5.9	226.4± 48.7	32.6± 2.1	4.1± 2.5
研究组	30	90.8± 7.2	123.2± 15.8	23.1± 1.8	2.3± 1.6
<i>t</i>		8.532	11.040	18.813	3.506
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组患者术后并发症发生率比较 研究组术后并发症发生率明显比常规组低 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者术后并发症发生率比较

组别	n	呕吐 (例)	复发 (例)	尿路 感染(例)	肺部 感染(例)	切口及盆腔 感染(例)	总发生 【例(%)】
常规组	30	3	1	1	1	1	7(23.3)
研究组	30	1	0	0	0	0	1(3.3)
χ^2							5.192
<i>P</i>							0.023

3 讨论

子宫肌瘤是妇科常见的良性疾患,主要由平滑肌细胞增生而成,治疗多以手术剔除病变瘤体为主。传统的开腹剔除子宫肌瘤术和腹腔镜剔除子宫肌瘤术是目前临床治疗子宫肌瘤的常用术式^[3]。腹腔镜技术属于新型的微创医疗技术,手术切口小,机体损伤小,不需要全切子宫,减轻对患者生殖健康及生育功能的影响,且术后瘢痕较小,美观度更高^[4]。但腹腔镜下子宫肌瘤剔除术对手术操作人员的技能水平要求更高,规范的操作流程、熟练的操作手法都可在一定程度上影响手术效果,且腹腔镜下难以发现子宫肌间壁内深层的肿瘤,对手术预后影响较大。因此,针对腹腔镜下治疗子宫肌瘤的不足之处,还应在具体的临床治疗中,综合子宫肌瘤数量、部位、大小选择适当的手术操作方法^[5-6]。

本研究结果显示,研究组手术时间高于常规组,术中出血量、肛门排气时间、住院时间以及术后并发症发生率均低于常规组 ($P < 0.05$)。说明腹腔镜下行子宫肌瘤剔除术治疗子宫肌瘤,具有创伤小、术中出血少、并发症少等优点,且可有效缩短肛门排气时间及住院时间,值得临床推广应用。

参考文献

[1]王瑞敏,侯懿.腹腔镜子宫肌瘤剔除术与传统开腹手术治疗子宫肌瘤的临床疗效比较[J].重庆医学,2014,43(7):852-853
 [2]陈旭萍.腹腔镜下与开腹子宫肌瘤剔除术的疗效对比[J].浙江创伤外科,2014,19(3):354-356
 [3]潘彩萍.腹腔镜下子宫肌瘤剔除术的临床疗效及安全性分析[J].中国医药导刊,2013,15(9):1376-1377
 [4]游柳婵,罗笑卿,叶苑华.腹腔镜下子宫肌瘤剔除术与开腹子宫肌瘤剔除术的疗效比较[J].中国当代医药,2012,19(18):44-45
 [5]罗晓华,杨立.开腹手术与腹腔镜下子宫肌瘤剔除术的疗效比较[J].中国医学创新,2012,9(12):99-100
 [6]陈旭花.腹腔镜下与开腹子宫肌瘤剔除术的疗效比较[J].中国初级卫生保健,2012,26(2):51-52

(收稿日期: 2017-10-17)

糖化血红蛋白对妊娠期糖尿病早期筛查的临床意义

冯海燕

(河南省温县人民医院检验科 温县 454850)

摘要:目的:探讨糖化血红蛋白检测早期筛查妊娠期糖尿病的临床价值。方法:对我院近年 70 例 GDM 患者与同期 120 例正常妊娠妇女的 FPG、2h PBG、HbA1c 检测结果进行对比分析。结果:GDM 患者的 FPG、2h PBG 及 HbA1c 指标均显著高于正常妊娠妇女 ($P < 0.05$)。结论:糖化血红蛋白可作为妊娠期糖尿病筛查和诊断的有效指标,在保证 GDM 筛查及诊断结果准确可靠性的同时,又缩短了医患双方检查时间、减少双方操作流程,有效节约医疗资源。

关键词:妊娠期糖尿病;糖化血红蛋白;葡萄糖耐量试验;空腹血糖测定;

中图分类号:R714.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.11.071

妊娠期糖尿病(GDM)是指妊娠期妇女出现的糖代谢异常,多数于产后恢复正常,初期无典型症状,且空腹血糖有时可能显示正常。GDM 是妊娠期妇女

常见的一种合并症,发生率为 1%~15%,该病对母婴影响与病情及血糖控制水平有密切关联,易并发巨大儿、早产、妊娠高血压等,重者可导致流产、孕妇静

脉血栓栓塞及产后出血等,严重威胁母婴安全^[1]。研究显示,及时发现并尽早采取积极有效的干预能改善不良妊娠结局。目前妊娠期糖尿病筛查多采用空腹血糖测定(FPG)、50 g 葡萄糖负荷实验(GCT)和 75 g 口服葡萄糖耐量试验(OGTT),但各有利弊,如空腹血糖测定和 GCT 受外界影响较大,易出现漏诊;而 OGTT 需要多次采血,操作繁琐,耗时较多等^[2]。因此,如何准确高效的筛查妊娠期糖尿病仍是临床研究的重点与热点。本文对我院收治的 70 例 GDM 患者 HbA1c 进行分析与对比研究。现作如下分析:

1 资料与方法

1.1 研究对象 选择 2014 年 8 月~2017 年 5 月我院 70 例 GDM 患者作为研究对象,所选患者均符合 GDM 诊断标准,且均排除妊娠高血压、高血脂症等其他疾病。70 例 GDM 患者为观察组,年龄 23~36 岁,平均年龄(27.9±4.8)岁;孕次 1~3 次,平均(1.5±0.6)次;产次 1~2 次,平均(0.8±0.3)次;孕周 24~28 周,平均(25.8±2.2)周。并以同期正常妊娠妇女 120 例作为对照组,年龄 22~38 岁,平均年龄(27.2±4.4)岁;孕次 1~4 次,平均(1.5±0.8)次;产次 1~3 次,平均(0.8±0.5)次;孕周 24~29 周,平均(26.1±2.3)周。两组在年龄、孕次、孕周及产次等一般资料上无明显差异,无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 检测方法 两组孕妇均于孕 24~28 周检测 FPG、餐后 2 h 血糖(2 h PBG)和糖化血红蛋白(HbA1c)进行妊娠糖尿病筛查。FPG 与 2 h PBG 使用全自动生化分析仪以葡萄糖氧化酶法测定,使用糖化血红蛋白分析仪以高效液相色谱分析法检测 HbA1c。以空腹血糖值 ≥ 5.1 mmol/L,或 1 h 血糖值 ≥ 10.0 mmol/L、2 h 血糖值 ≥ 8.5 mmol/L 中任何一项超标即诊断为 GDM;以 HbA1c $\geq 6.0\%$ 为阳性。

1.3 统计学方法 数据采用 SPSS18.0 软件统计进行分析,计数资料以%表示,用 χ^2 检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,用 t 检验, $P<0.05$ 示差异有统计学意义。

2 结果

观察组 FPG、2 h PBG 及 HbA1c 指标均显著高于正常妊娠妇女,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组 FPG、2 h PBG 及 HbA1c 检测结果比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	FPG(mmol/L)	2 h PBG(mmol/L)	HbA1c(%)
观察组	70	7.67±0.73*	10.80±0.87*	6.04±1.16*
对照组	120	4.68±0.42	6.24±0.56	5.27±0.98

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

FPG 与 OGTT 已广泛用于临床 GDM 的筛查与诊断,但均存在一定不足,如要求受检者禁食、需多次采血、结果仅反映检测时血糖含量等,可重复性差、结果值受外界影响因素较多。2010 年美国糖尿病学会(ADA)将 HbA1c 作为糖尿病的诊断标准之一,且认为 HbA1c 在 5.7%~6.4%为糖尿病的患病高危标志^[3-4]。但有争议认为 HbA1c 是反应体内过去 3 个月左右的平均血糖水平,不宜用于 GDM 的筛查或诊断^[5]。

糖化血红蛋白是血红蛋白与血糖相互作用的产物,HbA1c 与血糖浓度呈正相关性,两者之间检测值是平行关系,即血液中血糖浓度越高,糖化血红蛋白就越高,两者相关系数为 0.80(即 6%的 HbA1c 约为 7.5 mmol/L 血糖)^[6]。本次研究结果中 70 例 GDM 患者的 FPG、2 h PBG、HbA1c 值均显著高于正常妊娠妇女,说明 HbA1c 能准确客观地反映体内血糖平均情况,作为 GDM 筛查指标是可行的。同时,HbA1c 的合成是一个缓慢、连续、不可逆的非酶促反应,可持续存在约 120 d(红细胞寿命),检测值能反映检测前 2~3 个月的平均血糖水平,而不受血糖短时间急性波动或应用胰岛素的影响,因此即使血糖值出现短暂性上升而 HbA1c 并不会随即波动。另外,HbA1c 具有相对稳定、不可逆及不易分解等特点,受检标本于室温下放置 3~14 d 检测结果依然准确^[7]。HbA1c 检测与 FPG、OGTT 方式相比,不需受检者禁食及多次采血,缩短了患者检查时间、提升了依从性,又减少了技师重复操作过程及后期流程,更能有效节约医疗资源。

糖化血红蛋白检查可作为妊娠糖尿病筛查和诊断的有效指标,是一种实用的 GDM 早期筛查方法,且其检测结果准确、稳定及可重复性强。糖化血红蛋白检测相比 FPG 或 OGTT 试验具有操作简单快捷、先决条件低、适用性强等优点,在保证 GDM 筛查及诊断结果准确可靠性的同时,又缩短了医患双方检查时间、减少双方操作流程,有效节约医疗资源。

参考文献

- [1]黄茉瑛,董瑶佳,郭卉.测定妊娠期糖尿病患者糖化血红蛋白的临床意义[J].实验与检验医学,2017,35(2):251-252
- [2]王雪艳,莫忻霖,蓝秋萍.糖化血红蛋白联合糖耐量检测在妊娠期糖尿病诊断中的价值研究[J].转化医学电子杂志,2017,4(8):53-54,57
- [3]王丽娟,纪立农.国际专家委员会关于糖化血红蛋白检测在糖尿病诊断中的作用的报告[J].中国糖尿病杂志,2009,17(8):563-568
- [4]吴捷,邹大进.2010 年美国糖尿病学会指南推行用糖化血红蛋白筛查和诊断糖尿病的背景[J].中华糖尿病杂志,2010,2(3):226-228
- [5]王泓,王霞,崔亚利.妊娠期妇女 HbA1c 水平测定及其在妊娠期糖

尿病的早期筛查及诊断应用[J].重庆医学,2016,45(13):1770-1772
[6]余凤花,罗宋,陈妙岚,等.早孕期糖化血红蛋白检测在妊娠期糖尿病诊断中的应用[J].中国实验诊断学,2015,19(6):921-923

[7]吴红丽,孙健,孙冀兵,等.孕早期糖化血红蛋白水平检查在诊断妊娠期糖尿病中的效果评价[J].中国实验诊断学,2017,21(3):455-458
(收稿日期:2017-09-23)

产前超声在胎儿占位性病变诊断中的价值探讨

王威

(河南省开封市妇幼保健院超声科 开封 475002)

摘要:目的:探讨产前超声在胎儿占位性病变诊断中的应用价值。方法:选取 589 例高危胎儿占位性病变孕产妇作为研究对象,均分别进行常规超声和三维超声检查,并进行跟踪随访,将随访结果作为金标准,评估产前常规超声和三维超声在胎儿占位性病变诊断中的应用价值。结果:589 例受试者中共有 14 例发生胎儿占位性病变,胎儿占位性病变的发生率为 2.38%;胸腔、腹腔、颅内、颜面、胎儿附属物、肢体和骶尾部发生占位性病变者的构成比分别为 14.29%、28.57%、14.29%、7.14%、14.29%、14.29%和 7.14%;三维超声的灵敏度、特异度、准确度和约登指数均明显高于常规超声检查。结论:胎儿占位性病变的发生风险较高,建议定期进行常规超声和三维超声检查,其中常规超声是基础,但三维超声的诊断价值更高。

关键词:胎儿占位性病变;常规超声;三维超声;诊断价值

中图分类号:R445.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.11.072

胎儿占位性病变是先天性发育畸形中最为常见的类型,同时也是导致死胎和围生期死亡的重要原因。关于产前超声在胎儿占位性病变诊断中的应用价值的临床研究较多^[1-2],但是,对常规超声与三维超声在胎儿占位性病变诊断中的应用对比研究较少。因此,本研究特采用回顾性分析的方法对比了产前常规超声和三维超声在胎儿占位性病变中的诊断价值。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 589 例高危胎儿占位性病变孕产妇作为研究对象,均分别进行常规超声和三维超声检查,并进行跟踪随访,589 例受试者年龄 20~42 岁,平均年龄(29.6± 5.1)岁。

1.2 排除标准 双胎或者多胎妊娠者;未接受跟踪随访者;随访期间非意外原因死亡者;存在严重的精神障碍或者沟通障碍者;难以配合完成检查者。

1.3 方法

1.3.1 检查方法 所有受试者均接受常规超声检查,即采用彩色多普勒超声诊断仪(荷兰飞利浦公司 IU22 型)对受试者进行检查,选用 C5-1 探头,腹部探头频率为 3.5 MHz,腹部容积探头频率为 3.0~6.5 MHz。首先,嘱受检者选取侧卧或者仰卧位,具体体位根据个人情况而定。在进行超声检查的过程中受试者须根据需要及时配合临床医师调整体位,此外,医师还需要对探头的角度和方向进行及时调整才能保证获得最理想的观察视角。首先对常规胎儿检查数据进行测量,了解胎儿在子宫中的大致生长发育情况。然后对胸腔、腹腔及其他可能发生胎儿占位性病变的部位进行细致扫查,了解占位性病变的发生情况及类型。同时所有患者均进行三维超声扫描,

并且对占位性病变的发生情况进行详细观察和记录。

1.3.2 跟踪随访 对所有孕产妇经过超声诊断后均进行跟踪随访,明确占位性病变的实际发生情况,必要时,在征得孕产妇夫妻双方同意后,尽早进行引产处理,处理后对胎儿尸体进行解剖,记录占位性病变的发生情况;若未明确诊断者,则继续跟踪随访,观察胎儿的发育情况,统计引产和分娩结果,对所有胎儿最终证实的占位性病变发生情况进行详细准确的记录。

1.4 观察指标 将随访结果作为金标准,对比常规超声与三维超声在胎儿占位性病变检查中的灵敏度、特异度、准确度和约登指数。将随访结果显示胎儿占位性病变阳性且超声检查也显示阳性者记录为真阳性;将随访结果显示胎儿占位性病变阳性,但超声检查显示阴性者记为假阳性;将随访结果显示胎儿占位性病变阴性且超声检查显示阴性者记为真阴性;将随访结果显示胎儿占位性病变阴性,但超声检查显示阳性者记为假阴性。灵敏度为真阳性在随访结果阳性者中的构成比;特异度为真阴性在随访结果阴性者中的构成比;准确度为超声检查与随访结果相符者在总受试者中的构成比。约登指数=灵敏度+特异度-1^[3]。

2 结果

2.1 胎儿占位性病变随访结果 本组 589 例受试者中经过跟踪随访显示共有 14 例发生胎儿占位性病变,胎儿占位性病变的发生率为 2.38%,其中胸腔、腹腔、颅内、颜面、胎儿附属物、肢体和骶尾部发生占位性病变者分别有 2 例、4 例、2 例、1 例、2 例、2 例及 1 例,构成比分别为 14.29%、28.57%、14.29%、