的危险因素之一。

3.3 尽管本研究结果显示 Hp 感染可能会通过影响脂质代谢诱发 AS 进而增加 CHD 发生的危险,但根除 Hp 治疗是否可以预防和治疗 AS 目前尚不清楚,还需进一步的深入研究。

参考文献

1 Gasbarrini A, Franceschi F, Armuzzi A, et al. Extradigestive manifestations of Helicobacter pylori gastric infection [J]. Gut, 1999, 45 (Suppl):19-12.

2 Ameriso SF, Fridman EA, Leigurde RC, et al. Detection of helicobacter pylori in human carotid atherosclerotic plaques [J]. Stroke, 2001, 32(2):385-391.

3 国际心脏病学会和协会及世界卫生组织临床命名标准化联合专题组. 缺血性心脏病的命名和诊断标准 [J]. 中华心血管病杂志,

1981, 9(1):75.

4 陈新. 幽门螺杆菌与冠状动脉疾病关系的 Meta 分析 [J]. 中国动脉硬化杂志, 2001, 9(2):127-130.

5 Abdelmontabeh I, Danchin N, Ilardo C, et al. C-Reactive protein and coronary artery disease: additional evidence of the implication of an inflammatory process in acute coronary syndromes [J]. Am Heart J, 1999, 137(2):346-351.

6 Laurila A, Bloigu A, Näyhä S, et al. Association of Helicobacter pylori infection with elevated serum lipid [J]. Atherosclerosis, 1999, 142(1):207-210.

7 Lenzi C, Palazzuoli A, Giordano N, et al. H pylori infection and systemic antibodies to CagA and heat shock protein 60 in patients with coronary heart disease [J]. World J Gastroenterol, 2006, 12(48):7815-7820.

[收稿日期 2011-02-14][本文编辑 宋卓孙 蓝斯琪]

博硕论坛·论著

西部非洲妇女妊娠晚期子宫破裂 47 例的临床分析

吴月莲, 黄琳

作者单位: 530021 南宁, 广西壮族自治区人民医院妇产科(吴月莲); 530023 南宁, 广西壮族自治区妇幼保健院妇产科(黄琳)

作者简介: 吴月莲(1970-), 女, 研究生, 医学硕士, 副主任医师, 研究方向: 妇科内分泌疾病诊治。E-mail: malijuli1997.02.28@163.com

【摘要】 目的 探讨西部非洲妇女妊娠晚期子宫破裂发生的原因以及防治措施。方法 回顾分析西部非洲尼日尔马拉迪医院 2008-11~2010-11 收治子宫破裂患者 47 例的临床资料。结果 47 例中产妇死亡 4 例, 治愈 43 例, 病死率为 8.5%。不完全性子宫破裂 5 例, 胎儿存活。完全性子宫破裂 42 例中, 3 例胎盘未剥离, 胎儿存活; 其余 39 例胎儿均死亡, 占 83.0%。4 例剖宫产后 4~30 d 出现膀胱阴道瘘。结论 妊娠子宫破裂如果能早期诊断, 及时手术, 可降低孕妇及胎儿死亡率。熟练处理阴道难产, 合理使用催产素, 能最大限度地预防子宫破裂的发生。

【关键词】 子宫破裂; 死亡率; 预防

【中图分类号】 R 711.74 【文献标识码】 A 【文章编号】 1674-3806(2011)07-0614-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2011.07.09

Clinical analysis of 47 cases of uterine rupture in pregnancy at term in west african area WU Yue-lian, HUANG Lin. Department of Obstetrics and Gynaecology, the People's Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region, Nanning 530021, China

【Abstract】 Objective To study the cause and preventive measures of uterine rupture during the pregnancy. Methods The clinical data of 47 cases of uterine rupture in late pregnancy in Maradi hospital (Niger, west african area) from November 2008 to November 2010 were retrospectively analyzed. Results Forty-three cases were cured completely, another 4 cases were dead. The mortality rate was 8.5%. The fetuses in 5 cases of incomplete uterine rupture were all alive. In 42 cases of complete uterine rupture, the fetuses in 3 cases without placental separation were alive. The others (39 fetuses) all were dead. The mortality rate of fetus was 83.0%. There were 4 cases of vesicovagi-

nal fistulae between 4 and 30 days after cesarean section. **Conclusion** It would lower the fetal or maternal mortality rate if the diagnosis of uterine rupture could be gotten earlier during the pregnancy period, for surgical management being performed in time. It is urgent for the physicians all over the world to lower the caesarean section rate for decreasing the risk of scar rupture in subsequent pregnancies. At the same time, skilled management of difficult vaginal delivery, as well as rational use of oxytocin, could decrease the incidence of uterine rupture.

[Key words] Uterine rupture; Mortality; Prevention

妊娠晚期子宫破裂是产科严重的并发症,多起病急,病情重。非洲医疗条件差,妇女儿童保健水平低,大多数妇女妊娠期未接受产前检查,而且多在家分娩。2008~2010年笔者在西部非洲尼日尔工作期间共收治子宫破裂47例,占同期分娩人数的1.18%,远远高于我国子宫破裂0.14%~0.55%的发生率^[1]。现分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2008-11~2010-11,在尼日尔马拉迪省医院收治妊娠子宫破裂47例,占同期住院分娩2 872例的1.64%。本组最小年龄17岁,最大年龄46岁,平均年龄28.56岁。初产妇7例,经产妇40例。本组子宫破裂发生在孕36~40周39例,40~42周8例,其中以38~40周最多,占70%。子宫破裂发生在妊娠期3例,占6.4%;发生在分娩期44例,占93.6%。从子宫破裂到送入院<3d者43例,占91.5%;子宫破裂后>3d才送入院者4例,占8.5%。

1.2 方法 采用回顾性分析的方法,对47例妊娠子宫破裂者的子宫破裂原因、临床情况、处理方法、手术情况、并发症及预后进行统计分析。

2 结果

2.1 47例子官破裂的主要原因构成 子宫破裂的原因多种多样,其中以头盆不称居首位,其他依次为瘢痕子宫、忽略性横位等,其排位及构成比见表1。

表1 47例子官破裂主要原因构成

原因	例数	构成比(%)
头盆不称	12	25.5
瘢痕子宫	11	23.4
忽略性横位	8	17.0
催产素使用不当	6	12.8
臀牵引术出头困难	5	10.6
面先露或额位	3	6.3
复合先露	2	4.3
合计	47	100.0

2.2 47例子官破裂的临床症状和体征 由于子宫

破裂的原因、破裂的解剖部位不同,其临床症状及体征各不相同,按发生率排序见表2。

表2 47例子官破裂的临床症状和体征

临床症状和体征	例数	百分比(%)
子宫外形消失	42	89.4
腹痛	39	83.0
腹部明显触及胎儿肢体	38	80.9
胎心消失	37	78.7
腹部压痛	36	76.6
阴道流血	32	68.1
血压下降	30	63.8
血尿	29	61.7
贫血貌	22	46.8
烦躁不安	11	23.4

2.3 子宫破裂的处理 本组47例中,均行手术治疗。其中子宫次全切除术14例,子宫全切3例,子宫修补术30例;同时行膀胱修补术4例。住院天数最长14d,最短7d,平均10d。

2.4 手术所见 按子宫破裂程度可分为完全性破裂和不完全性破裂。完全性子宫破裂指宫腔与腹腔相通,露出或未露出胎体,常危及母儿生命,多见于瘢痕子宫。不完全性子宫破裂,指破裂口仅有浆膜下肌层分离,出血不明显,胎儿多存活。本组完全性子宫破裂42例,不完全性子宫破裂5例。破裂的部位为子宫下段破裂27例,子宫体破裂20例;前壁裂29例,侧壁裂12例,后壁裂6例;合并阴道穹窿裂4例,合并膀胱裂5例。裂口长度3~12cm。术中发现宫腹腔积血及血块超过1 000ml者28例,大多为子宫侧壁完全破裂,或宫体、下段破裂延伸及阔韧带者,出血主要来源于损伤的子宫动脉。

2.5 预后及并发症 本组47例,治愈43例,产妇死亡4例(8.5%)。2例为术后持续无尿,术后4~16h死亡,考虑为失血性休克所致的急性肾衰;1例死于术后大出血;1例死于术后严重的宫腹腔感染,抗生素治疗无效。不完全性子宫破裂有5例胎儿存活;完全性子宫破裂的病例中,3例胎盘未剥离,胎儿存活。其余39例胎儿均死亡,占82.9%。有4

例做完剖宫产后 4~30 d 出现膀胱阴道瘘。

3 讨论

3.1 子宫破裂的原因 概括本组 47 例非洲妇女妊娠晚期子宫破裂主要病因有下列几个方面:

3.1.1 头盆不称 非洲大部分妇女骨盆类似男性骨盆,骨盆出口狭窄。因为经济欠发达,产妇不做任何产前检查,经常在家分娩,出现问题才到当地医院;而当地的医护人员缺乏专业培训,不能进行正确的产程观察和相应处理,子宫破裂大出血,血压下降后才送往省医院。所以大部分子宫破裂是完全性子宫破裂,而且症状体征都非常典型,如表 2 所见。由于产程延长,胎儿头部长时间压迫软产道于耻骨联合上,造成软产道局部长时间的缺血缺氧,容易导致术后尿瘘形成。本组中 4 例术后尿瘘形成均发生于因头盆不称产程延长引起的子宫破裂者。故临床医师对胎儿大小、头盆关系应充分估计,如出口横径与后矢状径之和 >15 cm 可以试产, <13 cm 应以剖宫产为宜。产程中密切动态观察,可避免因产程延长引起的子宫破裂,特别是可以避免盲目使用催产素激发强宫缩引起的子宫破裂。术后最好保留尿管 7 d,以减少尿瘘的发生。这十多年来,经过对医护人员多方面的培训,子宫破裂的发生率已经比 2000 年以前下降。

3.1.2 瘢痕子宫 非洲国家无计划生育要求,在尼日尔,平均每个妇女一生生育 7.1 个孩子。这几年来在尼日尔剖宫产的手术费和药品全是免费,而正常分娩病人要出一定的费用,这无意中的误导使得剖宫产的指征明显放宽。经产妇行多次剖宫产术的病例常见,而且术后不到 1 年甚至不到半年就开始妊娠;孕期也未经任何产前检查。所以瘢痕子宫的孕妇在妊娠晚期和分娩期子宫破裂的发生率增加。瘢痕子宫破裂与两次剖宫产间隔时间、术式、缝合技术、术后是否感染有关。剖宫产后要详细告诉产妇,术后 2 年才能再次妊娠。临床医生要掌握再次剖宫产的指征和时机。必要时可结合 B 超检查,如胎盘成熟,胎儿存活,瘢痕子宫间隔不足 2 年就妊娠者,在孕 37 周之后及早再次剖宫产,不应等到临产时再实施手术;如前次手术超过 2 年,检查无明显头盆不称,无产道梗阻因素存在,可以考虑阴道试产,在产程中密切动态观察,做好手术准备,一旦出现异常立即以剖宫产结束分娩。

3.1.3 忽略性横位 横位产约占足月妊娠分娩总数的 0.25%^[2],主要由于骨盆狭窄、子宫畸形、羊水过多等原因引起的。本组 8 例横位在分娩过程未经

过任何检查和处理,发生子宫破裂而实施剖宫产手术。忽略性横位足月妊娠胎儿存活的情况,应以急诊剖宫产结束分娩为宜。如果胎儿死亡,在排除先兆子宫破裂或子宫破裂之后,如胎儿不太大、宫口开全、宫壁松弛,可以在麻醉下试行内倒转术。如果在此过程中,因羊水太少,倒转困难,仍然考虑剖宫产。如产前发现横位,足月妊娠后应尽早剖宫产。

3.1.4 催产素使用不当 本组 6 例因滥用催产素,或者在催产素使用过程缺乏严密观察,致使子宫破裂的发生。故应用催产素应从小剂量开始,剂量递增不宜过快。给药过程严密观察宫缩情况、产程进展以及头盆情况,及早发现产程中的异常情况,适时剖宫产。

3.1.5 臀牵引术出头困难 由于缺乏产前检查,加上产程观察不严密,滥用催产素等的影响下,增加了臀牵引术因后出头困难而引发的子宫破裂的机会。本组 5 例均为在县级医院因产程延长,和(或)合并贫血、血压不稳定等而转送到马拉迪医院。入院后经检查发现胎儿已死亡,在输液备血的情况下穿颅术娩出胎头,术后检查宫腔发现子宫已破裂,急诊剖腹探查术。这 5 个病例中有 4 例为胎儿脑积水畸形,1 例为巨大胎儿。分娩之前 B 超检查相当重要,可以了解胎儿情况以便决定分娩方式;如为胎儿畸形,可在胎肩娩出后立即做穿颅术,缩小胎头,尽快结束分娩,避免产程延长引起子宫破裂的发生。

3.2 子宫破裂的处理原则 子宫破裂处理方法有修补子宫、子宫次全切除术、子宫全切除术等。如为年轻女性且裂口边缘整齐、破裂时间 <24 h 且无明显裂口或者官腹腔感染、尤其是子宫下段的不完全破裂,宜行子宫修补术。在本组处理中,子宫动脉是否受到损伤不是决定是否切除子宫的考虑因素;因为子宫有丰富的侧支循环代偿及交通支。对 17 例合并一侧子宫动脉断裂的子宫进行修补术,术后随访,其中有 6 例完整随访 1 年,月经正常,未发现明显并发症。这与贾存德等^[3]的处理方法略有不同。如裂口边缘不规则且合并膀胱破裂、破裂时间过长、合并官腹腔感染等宜以子宫全切或次全切为上策。在多次剖宫产基础上的子宫破裂,尤其是曾有子宫破裂修补术史的病例,因创缘往往是瘢痕结构,质硬,如行修补术,因血运不佳伤口愈合不良,容易造成子宫腹腔瘘,以子宫次全切除术为佳。如裂伤严重,尤其是裂伤延及宫颈,出血量多或渗血不止者,为了保证产妇的安全,应行子宫全切除术。

参考文献

1 王淑贞.实用妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,1995:431.
 2 李荷莲.胎位异常[A].乐杰.妇产科学[M].第6版.北京:人民

卫生出版社,2004:208-223.
 3 贾存德,周芝珍,刘新春.非洲妇女妊娠晚期子宫破裂142例临床分析[J].临床误诊误治,2008,21(2):58.
 [收稿日期 2011-04-14][本文编辑 黄晓红 韦颖]

博硕论坛 · 论著

序贯机械通气治疗重症肺炎合并呼吸衰竭 35 例的疗效分析

朱云峰, 唐忠平, 林 凤, 王河焱

作者单位: 530011 广西,南宁市妇幼保健院麻醉科(朱云峰); 550003 贵州,贵阳市第一人民医院重症医学科(唐忠平,林 凤,王河焱)

作者简介: 朱云峰(1976-),男,麻醉学硕士,主治医师,研究方向:机械通气和呼吸衰竭。E-mail:tufei2002@sohu.com

【摘要】 目的 探讨序贯机械通气治疗重症肺炎合并呼吸衰竭的方法及疗效,并对在肺部感染控制窗到来时联合运用自主呼吸试验决定序贯机械通气切换点的可行性做初步探讨。**方法** 采用回顾性对照研究,对接受序贯机械通气治疗的35例(治疗组)与同期接受传统机械通气治疗26例(对照组)重症肺炎患者疗效进行对比分析。记录两组患者出现肺部感染控制窗的时间、有创通气时间、总机械通气时间、ICU住院天数、住院死亡例数、再次插管例数等指标,并进行统计学分析比较。**结果** 治疗组有创通气时间明显短于对照组,总机械通气时间也明显短于对照组,再次插管率低于对照组,ICU住院时间短于对照组(P 均 <0.05);住院病死率差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** (1)序贯机械通气治疗重症肺炎合并呼吸衰竭相比较传统机械通气治疗耐受性好,能明显缩短有创机械通气时间、总机械通气时间和ICU住院时间,降低再次插管率;(2)尚没有足够的证据表明序贯机械通气治疗重症肺炎合并呼吸衰竭能降低住院病死率;(3)以肺部感染控制窗联合自主呼吸试验为切换点行序贯机械通气是可行有效的。

【关键词】 重症肺炎; 呼吸衰竭; 肺部感染控制窗; 自主呼吸试验; 序贯机械通气

【中图分类号】 R 563.8 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-3806(2011)07-0617-05

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2011.07.10

Analysis of therapeutic effect of sequential mechanical ventilation in the treatment of 35 severe pneumonia patients with severe respiratory failure ZHU Yun-feng, TANG Zhong-ping, LIN Feng, et al. Department of Anesthesiology, Women and Children Hospital of Nanning, Guangxi 530011, China

【Abstract】 Objective To investigate the effect of sequential mechanical ventilation in severe pneumonia patients with severe respiratory failure and the feasibility of the pulmonary-infection-control window (PIC) combined with spontaneous breathing trial (SBT). **Methods** Some severe pneumonia patients with severe respiratory failure were analyzed retrospectively. These patients were divided into treated group (35 cases) and control group (26 cases). The time of invasive and mechanical ventilation, days in ICU and condition of reintubation and nosocomial death were studied. **Results** Compared with the control group, the time of invasive and mechanical ventilation, the condition of reintubation and days in ICU of treated group was decreased significantly. There was no significant difference in the total mortality between the two groups. **Conclusion** (1)The sequential mechanical ventilation was better than the conventional mechanical ventilation, because it can decrease the time of invasive and mechanical ventilation, the condition of reintubation and days in ICU; (2)There is no enough evidence that the sequential mechanical ventilation can decrease the total mortality; (3) The sequential mechanical ventilation in severe pneumonia patients with