

2.2 两组患者不良反应情况 两组患者在治疗间均无不良反应。

3 讨论

母乳是哺育婴儿最好的天然营养品,乳腺炎的发生,特别是进入成脓期,严重影响产妇的健康和婴儿的喂养^[4]。可见,及早处理哺乳期乳腺炎相当重要。哺乳期乳腺炎以初产妇为多见^[4],于产后3~4周发病,起病急,进展快,病情重^[5],是乳腺疾病中的常见疾病^[6]。致病菌多数是金黄色葡萄球菌,少数是链球菌。一般分为三个阶段:乳汁郁滞期、炎症浸润发展期和脓肿形成期。发生的途径:①乳头皲裂皮肤有伤口,细菌可乘机而入;②乳头不清洁,乳汁泌不畅,在乳腺中形成滞留,为直接侵入乳管的细菌提供良好条件;③乳母身体其他部位有炎症,细菌通过血液循环进入乳腺。该病的最明显症状是乳头和乳房的疼痛,局部皮肤红肿、胀痛、硬块,可突然发热39℃以上,并伴有寒战、腋下淋巴结肿大等。其因脉络受阻、气血两虚郁阻,湿热蕴结等致肿块形成,中医称为“乳痈”^[7],强调以清热解毒,托里排出治疗为主。西医与中医治疗哺乳期乳腺炎的目的都是解除炎症、缩短治疗时间,故根据患者的病情选择最佳的联合治疗方法,不仅能提高治疗率,还会明显降低疾病发展至乳腺脓肿的概率。因此,我科采用抗生素联合中药内服及外敷配乳房按摩治疗哺乳期乳腺炎。头孢呋辛钠能有效地杀灭哺乳期乳腺炎的致病菌,让乳腺炎症得到迅速控制,但有研究表明,单一抗炎治疗是达不到理想的治疗效果。此次内服中药方中的栝蒌实散结,乳香活血行气、止痛,没药散血去瘀消肿,穿山甲通络下乳,当归以益气补血扶正,通草清热、通气下乳,甘草调和诸药,实施内服中药对乳腺炎有清热散结消肿止痛作用;外敷药中的黄柏清热燥湿、泻火解毒,锻石膏清热透散收敛,外敷药物能直达病灶;中西医、内外治法相联合,一同将药物功效从经络或血液循环中发挥到全身,进一步加强了散结消肿作用,及时解除了患者的痛苦,有效地阻止乳腺炎发展成脓肿,促进了乳腺炎的治愈;而乳房按摩是预防及治疗产后乳胀的常用方法^[8],通过乳房按摩能使正常乳汁与炎性乳汁同时排

出,减轻乳汁淤积,助炎症散退、水肿消除,起辅助治疗乳腺炎的作用。由于预防乳汁淤积是本病重要的环节,所以在治疗中,我们还指导患者平时养成良好的习惯:定时哺乳,每次将乳汁吸尽,如吸不尽时要挤出或不让婴儿含乳头睡觉,应经常用温开水、肥皂洗净乳头;如有乳头破损要停止哺乳,用吸乳器吸出乳汁,在伤口愈合后再行哺乳;注意婴儿口腔卫生,及时治疗其口腔炎症;饮食上宜食清淡、通乳、清热散结食物,忌油腻、辛辣、热性食物。总之,促进乳汁的顺畅排出应放在首位,这是防止乳腺炎症发病和复发的最有效的措施。通过上述得知,给予抗生素联合中药内服及外敷配合乳房按摩治疗哺乳期乳腺炎,疗效显著,值得临床推广应用。

参考文献:

- [1] 许小青. 瓜蒌牛蒡子汤加减治疗哺乳期乳腺炎 60 例疗效观察[J]. 中外女性健康, 2013, (2X): 133.
- [2] 杜新萍. 艾叶联合高渗盐水治疗哺乳期乳腺炎 60 例临床分析[J]. 吉林医学, 2013, 34(20): 4044.
- [3] 赵芳芹, 王克芳. 哺乳期乳腺炎综合治疗方法的临床研究[J]. 滨州医学院学报, 2013, 36(5): 381.
- [4] 彭烈娅. 100 例哺乳期乳腺炎的临床治疗分析[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2012, 12(33): 1601.
- [5] 韩红勤. 哺乳期乳腺炎 120 例治疗体会[J]. 中外医疗, 2011, 34(31): 54.
- [6] 王志荣. 手法按摩加药物治疗瘀滞期乳腺炎 120 例[J]. 中国医药指南, 2014, 12(3): 95-96.
- [7] 张雅娟, 陈尔英, 张伟清. 自拟中药离子导入治疗急性哺乳期乳腺炎的临床疗效评估[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2014, 21(1): 48.
- [8] 廖琴, 黄韩妹, 黄秀永. 乳房按摩联合中药通乳方治疗乳房肿胀的效果观察[J]. 右江民族医学院学报, 2012, 34(3): 394.

收稿日期: 2014-05-05

联合检测孕妇血浆 D—二聚体和纤维蛋白(原)降解产物含量的临床价值

黄荣幸

(广西百色市人民医院, 右江民族医学院附属西南医院检验科, 广西 百色 533000)

E-mail: rxhuang2008@126.com)

摘要: 目的 观察孕妇血浆 D—二聚体(D. D)和纤维蛋白(原)降解产物(FDP)的含量变化, 为预测和诊断弥漫性血管内凝血(DIC)提供实验依据。方法 采用免疫发色底物法检测对照组和孕妇组的 D. D 和 FDP 的含量, 并对晚期孕妇进行 DIC 追踪研究。结果 孕妇各组 D. D 和 FDP 的含量明显高于对照组 ($P < 0.01$), 其中早孕组与晚孕组 D. D 和 FDP 的含量比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 而中孕组与晚孕组 D. D 和 FDP 的含量比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 晚期孕妇中共 5 例发生 DIC。结论 同时检测孕妇血浆 D. D 和 FDP, 有助于 DIC 的预测和早期诊断。

关键词: D—二聚体; 纤维蛋白(原)降解产物; 弥漫性血管内凝血; 孕妇

中图分类号: R714.2 **文献标识码:** A **文章编号:** 1001-5817(2014)03-0403-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.03.044

纤维蛋白原和纤维蛋白被降解, 所产生的各种碎片、二聚体、多聚体及复合物统称为纤维蛋白(原)降解产物(FDP)^[1]。D—二聚体(D. D)是交联纤维蛋白特异性降解产物之一。弥漫

性血管内凝血(DIC)是在许多致病因素的作用下, 凝血及纤溶系统被激活, 导致全身微血栓形成, 凝血因子大量消耗并继发纤溶亢进的一种临床综合征^[2]。D. D 和 FDP 反映人体内凝血

—纤溶系统活化状况,与多种疾病密切相关。尤其对干预和诊断 DIC 是较新、较好的实验室指标^[3]。本文通过检测并比较孕妇和非孕妇的 D、D 和 FDP,联合利用两个指标对孕妇发生 DIC 进行预测和诊断,以降低孕产妇的死亡率。

1 资料和方法

1.1 一般资料 ①对照组:2013年1月~2013年8月在我院门诊体检正常和眼科、耳鼻喉科及泌尿外科的非术后非孕妇 476 例,其中男 264 例,女 212 例,年龄 15~59 岁,平均 37.9 岁;②孕妇组:随机选取同期在我院门诊和产科的孕妇 1 068 例,年龄 21~35 岁,平均 30.1 岁,按妇产科学孕期分类标准:早孕 256 例,中孕 140 例,晚孕 672 例。按内科学 DIC 诊断标准:其中追踪的 645 例晚期孕妇中有 3 例发生 DIC。

1.2 方法 采用免疫发色底物法,美国 ACL TOP700 全自动血凝分析仪,检测试剂、标准品和质控物均是进口配套产品。标本用专用的一次性凝血试验采血管进行采集,3 000 r/min 离心 10 min 后上机检测。

1.3 统计学方法 运用 SPSS 13.0 统计软件处理数据,各组计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,多组间比较采用方差分析,两两比较用 q 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 各组的 D、D 和 FDP 含量比较 随机的各孕妇组与对照组比较,两项指标差异均有统计学意义($P < 0.01$),见表 1;妊娠各组之间的比较,早孕组与晚孕组差异有显著性($P < 0.01$),中孕组与晚孕组差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 2。

表 1 各组 D、D 和 FDP 含量的比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	D、D(ng/ml)	FDP(μ g/ml)
孕妇组			
早孕	256	583.4 \pm 172.0	4.05 \pm 2.84
中孕	140	1090.5 \pm 478.6	5.81 \pm 3.35
晚孕	672	1563.9 \pm 1268.3	6.20 \pm 4.78
对照组	476	313.3 \pm 123.8	2.45 \pm 1.84
<i>F</i>		222.00	104.86
<i>P</i>		<0.001 ^a	<0.001 ^b

注:a表示,可认为各组 D、D 总体均数不相等或不全相等;b表示,可认为各组 FDP 总体均数不相等或不全相等

表 2 各组间 D、D 和 FDP 含量的两两比较

组间比较	D、D(ng/ml)		FDP(μ g/ml)	
	<i>q</i>	<i>P</i>	<i>q</i>	<i>P</i>
早孕与中孕	7.979	<0.01	6.481	<0.01
早孕与晚孕	22.079	<0.01	11.331	<0.01
早孕与对照	5.764	<0.01	7.991	<0.01
中孕与晚孕	8.428	<0.01	1.625	>0.05
中孕与对照	13.369	<0.01	13.528	<0.01
晚孕与对照	34.525	<0.01	24.023	<0.01

2.2 观察妊娠各组的 D、D 和 FDP 含量变化 发现 D、D 和 FDP 含量随着妊娠时间的延长而逐渐升高,其中 3 例发生 DIC 的晚期孕妇的 D、D 和 FDP 含量分别高于 8 000 ng/ml 和 7.0

μ g/ml。

3 讨论

D、D 是交联纤维蛋白经纤溶酶水解所产生的特异性降解产物,其含量的升高表明存在继发性纤溶亢进;FDP 反映血液循环中纤维蛋白和纤维蛋白原,在纤溶酶作用下所产生的多种碎片的含量,其含量的升高表明机体纤溶活性亢进。从本文各孕妇组的 D、D 和 FDP 含量与对照组比较,可以看出其含量明显升高。这是由于孕妇的血液处于一种高凝状态,从而刺激纤溶系统代偿性增高,以保持凝血系统—纤溶系统的动态平衡。故我们必须用实验室的一些指标来监测这个动态平衡,以早期发现、排除和诊断大出血或 DIC。

血小板(PLT)的数量和功能测定,凝血酶原时间(PT)、活化部分凝血活酶时间(APTT)、纤维蛋白原(FIB)和凝血酶时间(TT)是实验室出凝血性疾病的常规检验项目,但其对 DIC 诊断特异性不高,出现异常也较晚。而 D、D 是继发性纤溶亢进的分子标志物,较 PLT、PT、APTT、FIB 和 TT 等异常出现早。D、D 在心脑血管性疾病、血栓性疾病和手术后等方面的临床意义已得到肯定^[4-6],但联合检测孕妇血浆 D、D 和 FDP 含量的临床意义报道不多。本文中,妊娠各组的 D、D 和 FDP 含量与对照组比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。妊娠各组之间的比较,早孕组与晚孕组差异有统计学意义($P < 0.01$),中孕组与晚孕组差异无统计学意义($P > 0.05$),同时观察到妊娠各组的 D、D 和 FDP 含量随着妊娠时间的延长而逐渐升高。动态观察的 672 例晚期孕妇中,有 3 例发生 DIC,同时其 D、D 和 FDP 含量均分别高于 8 000 ng/ml 和 7.0 μ g/ml,而且其 PT、APTT 和 TT 还在正常范围内,只有 FIB 略增高。因此,动态观察 D、D 和 FDP 的含量变化比检测 PT、APTT、FIB 和 TT 对预测和诊断孕产妇发生 DIC 的临床价值更高。

结合以上分析认为,联合检测孕产妇血浆 D、D 和 FDP 含量,能更有效地预测并早期发现 DIC。在排除原发基础病、内科疾病和肿瘤等外,应结合孕产妇的临床表现和其他辅助检查结果,还需密切观察凝血功能、D、D 和 FDP 含量等,尤其 D、D > 8 000 ng/ml, FDP > 7.0 μ g/ml 时,要高度警惕 DIC 的发生,必要时可适当行干预治疗,避免 DIC 发生,降低孕产妇的发病率和死亡率。

参考文献:

- [1] 许文荣,王建中. 临床血液学与检验[M]. 北京:人民卫生出版社,2010:360.
- [2] 陆再英,钟南山. 内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2010:661.
- [3] 张云平,辛晓敏,毕莉,等. D-二聚体检测在 DIC 诊断及治疗中的应用[J]. 哈尔滨医科大学学报,2008,42(2):179-180.
- [4] 马丽萍,林珂,林萍,等. 冠心病患者血浆纤维蛋白原、D-二聚体(D-D)水平检测[J]. 心脑血管病防治,2010,10(3):197-198.
- [5] 蒋明义,夏小明. 血浆 D-二聚体测定在肺栓塞中的意义[J]. 实验与检验医学,2010,28(4):351-352.
- [6] 陈珊,洪国舜. 手术前后血浆 D-二聚体检测对肺栓塞诊断的意义[J]. 福建医药杂志,2011,33(3):84-85.

收稿日期:2013-10-25;修回日期:2013-05-13