DOI:10.16016/j.1000-5404.1991.02.046



节炎、心受累、肺受累、肝肿大、肾病、Hb↓(<100g/L)、WBC↓(<4.0×10⁹/L)、血白蛋白↓(<35g/L)、脱发等均无关联($P>0.05$)。

### 2.4 雷诺氏现象与临床疾病分型的关系

资料分析表明，雷诺氏现象与肾病型、皮肤关节型和血液病型等临床病型无关联($P>0.05$)。

### 2.5 雷诺氏现象与免疫学指标的关系

资料分析表明，雷诺氏现象与ANA、dsDNA抗体、血清补体($CH_{50}$、$C_3$)、血IgG、IgM、IgA浓度、LBT阳性率及皮肤基底膜带IgG、IgM、$C_3$沉积无关联($P>0.05$)，但与CIC↑($P<0.02$)、皮肤基底膜带IgA沉积($P<0.05$)有关联(见附表)。

附表 雷诺氏现象与免疫学指标的关系

| 免疫学指标 | 雷诺氏现象 | | P值 |
|---|---|---|---|
| | 阳性 | 阴性 | |
| CIC↑ | 50.0(8/16)* | 16.2(6/37) | <0.02 |
| 皮肤IgA沉积 | 26.3(5/19) | 7.4(4/54) | <0.05 |

* 百分数(阳性数/检查数)

## 3 讨 论

SLE的皮损分特异(诊断)性和非特异性，但与疾病有关的皮损两大类，雷诺氏现象属后者，发病率18%～45%，差别之大是否与地区(气候)有关，尚无定论。本组发病率21.6%能否代表重庆地区发病率，尚待积累更多资料。

有报道：雷诺氏现象阳性的SLE病人关节炎、蝶形红斑、光过敏、荨麻疹、心包炎、胸膜炎发生率高，而肾病发生率低，本文资料未显示这些差异。

关于死亡率：Zitnan的有雷诺氏现象组为5.4%，无雷诺氏现象组为14%。Dimant的有雷诺氏现象组为16%，无雷诺氏现象组为30%，他们认为雷诺氏现象可作为SLE预后良好的指征。本文资料显示雷诺氏现象组死亡率不低于无雷诺氏现象组，认为雷诺氏现象不宜作为SLE预后良好的指征。

雷诺氏现象发病机理较复杂，小动脉对冷的遗传过敏，交感神经活动过度，血液粘度、血浆蛋白、血小板聚集和纤维蛋白的改变以及免疫复合物等均可能与发病有关。本文显示雷诺氏现象阳性组血清CIC↑及皮肤基底膜带IgA沉积(代表组织IgA类IC沉积)发生率高，提示在SLE病人中，免疫复合物可能是雷诺氏现象的发病因素之一。

综上所述，我们认为：有雷诺氏现象的SLE病人，其临床表现、疾病活动性、疾病严重程度和预后与对组织无明显差异，雷诺氏现象不宜作为预后良好的指征。

## 参 考 文 献

1. Zitnan D. Raynaud's Phenomenon and Systemic Lupus Erythematosus. Bratisl Lek Listy 1981; 75(5):529
2. 吴先林。狼疮带试验的临床意义(77例红斑狼疮分析)。中华皮肤科杂志 1984; 17(1):11
3. 吴先林。狼疮肾炎几项免疫学指标意义探讨(系性统红斑狼疮100例分析)。临床皮肤科杂志 1988; 17(4):173

(收稿：1989.12.29；修回：1990.12.21)

# 会阴切口粘膜肌层皮肤全层缝合(附282例报告)

刘俊红 周雅蓉(大坪医院 妇产科)

我科自1985年起对282例会阴切口采用粘膜、肌层、皮肤全层贯穿1次缝合法缝合，现报告如下。

## 1 临床资料与方法

### 1.1 临床资料

我们随机作粘膜、肌层、皮肤全层缝合术(以下简称全层法)282例。其中初产妇270例，经产妇12例。直切口17例，右侧切口32例，左侧切口233例。阴道手术产16例。年龄20岁～35岁例。平均24岁；随机取对照组252例，采用传统的分层缝合法缝合(分层缝合)。其中初产妇243例，经产妇9例。直切口24例，右侧切口

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

30例，左侧切口198例。阴道手术产36例。年龄20岁～33岁，平均24岁。

### 1.2 全层缝合方法

（1）以尖端三棱大三角针（规格1/2圆，9×34）穿7号丝线自切口末端，距切口边缘约1cm处沿皮肤垂直进针，贯穿缝过皮肤、皮下组织、肌层及粘膜，于同侧阴道粘膜顶端出针，再从对侧阴道粘膜顶端进针，贯穿缝过粘膜、肌层、皮下组织及皮肤出针，用同一针线将左右两片切口的皮肤边缘对齐缝合（垂直外翻褥式缝合法），拉紧缝线，打结。针距1cm～1.5cm，共需按上述方法贯穿间断缝合4针～7针。(2)以小圆针穿000铬制羊肠线于处女膜内、外缘各缝1针，对齐处女膜环，恢复外阴解剖原形。进针点和出针点要注意对称、缝线松紧适宜，有撕伤者先缝合撕伤。术后5d拆线。

## 2 结　果

两种不同缝合针法切口愈合情况与并发症见表1及表2。

表1　缝合法与切口愈合级别

| 方法 | 总例数 | 例数（%） | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 甲级 | 乙级 | 丙级 |
| 全层法 | 282 | 279(98.9) | 3(1.1) | 0(0) |
| 分法层 | 252 | 239(94.8) | 11(4.4) | 2(0.8) |
| 合　计 | 534 | 518 | 14 | 2 |

表2　缝合法与并发症

| 方法 | 总例数 | 例数（%） | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 切口水肿 | 裂开 | 血肿 | 尿潴留 |
| 全层法 | 27 | 9(33.3) | 2(7.4) | 1(3.7) | 15(55.6) |
| 分层法 | 62 | 18(29) | 5(8.1) | 9(14.5) | 30(48.4) |
| 合　计 | 89 | 27 | 7 | 10 | 45 |

$P<0.05$，差异不显著

经统计学处理，$0.01<P<0.05$，差异显著。显示全层法切口愈合优于分层法。

## 3 讨　论

会阴切开缝合术为产科常见手术，目前国内多用分层法。但近年来已有人采用皮肤肌层全层缝法[1]，显示了其优越性。本法在此基础上进行了改进，有其自身特点。

（1）Grant[2]认为缝合材料的类型对产妇产后早期和晚期并发症都有重大影响，可吸收性缝线（肠线）有增加产褥期会阴疼痛及性交困难的可能。本法最大限度地减少了肠线使用，因而拆线后切口组织软，无硬结出现。本组全层法产后3个月门诊随访30例，无1例性交困难和会阴疼痛。分层法产后3个月门诊随访30例，6例有不同程度会阴疼痛及性交困难，14例产后3个月仍有未被吸收的肠线自阴道内脱出。

（2）会阴部血管丰富，切口渗血较多。全层法缝合省时，故可减少出血。但缝合前有小动脉出血时，要予以结扎。本组全层法1例血肿，该例为妊高征患者，可能与高血压有关，故妊高征患者慎用。

（3）全层法仅需1根7号丝线就可缝完切口，进针次数少，易掌握。分层法往往因分不清层次，影响切口愈合。本组结果显示，全层法的切口愈合优于分层法（$P<0.05$）。

（4）本组全层法切口裂开2例。1例为术后60h拆线，拆线时切口用甲级愈合，4h后用力大便时切口部分裂开。另1例为原发性血小板减少症患者，拆线时发现切口近端有陈旧性瘀血，拆线后部分裂开，此2例经清创重缝合后切口均为乙级愈合。因此，全层法应于术后5d方可拆线，拆线后勿活动过多，并保持大便通畅。血小板减少症患者慎用。

作者认为，全层法具有切口愈合好、操作简便、省时、产妇痛苦少等优点，宜以推广。

## 参考文献

1. 陆培新　金毓翠。会阴左侧斜切开术皮肤肌肉全层缝合（附210例观察）。蚌埠医学院学报 1983；4（8）：277

2. Grant A. Repair of episiotomies and perineal tears. Br J Obstet Gyn 1986;93(6):617

（收稿：1989.09.12；修回：1990.12.25）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net