

胎盘早剥的产前诊断和处理

马麟娟

(浙江省桐乡市第一人民医院 桐乡 314500)

关键词: 胎盘早剥; 产前诊断; 处理方法

中图分类号: R 714.56

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2006)01-0050-02

胎盘早剥是妊娠晚期严重并发症, 往往起病急, 进展快, 如处理不及时其母婴死亡率明显高于正常妊娠。如能在产前及时诊断处理, 母婴预后将得到很大改善。由于胎盘早剥的临床表现受胎盘位置、剥离面积大小等影响, 有时缺乏典型的症状和体征, 使诊断难度增加, 而胎儿预后与胎盘早剥的程度、发展速度、早剥区距脐带根部的距离等因素相关。为提高对本病的认识和产前诊断及处理水平, 降低孕产妇及围生儿的病死率。本文就我院 62 例胎盘早剥临床资料进行回顾分析。

1 资料和方法

1.1 一般资料 1996 年 1 月~2002 年 12 月我院妇产科分娩总数 12145 例, 发生胎盘早剥 62 例, 占 0.51%; 孕产妇年龄 19~43 岁, 平均 (25.34±4.5) 岁; 其中初产妇 54 例 (87.1%), 经产妇 8 例 (12.9%); 平均孕周 36 周, 其中 <28 周 2 例, 28~36 周 31 例, 37~40 周 21 例, ≥40 周 8 例。

1.2 诊断及标准 根据病史、症状、体征、B 超、胎心监护及产后检查胎盘有无凝血块及压迹, 做出诊断及分型。轻型: 有间歇性腰腹痛或不规则阴道出血, 或无任何症状和体征, 子宫软, 宫缩有间隙, 胎心音正常, 腹部压痛不明显, 无应激试验 (non-stress test, NST) 正常, 血常规正常, 产后检查胎盘后血肿及胎盘剥离面不超过总面积的 1/3。本组轻型病例 37 例, 产前诊断 11 例 (29.73%)。重型: 有阴道出血, 或伴持续性腹痛, 子宫不放松, 宫底升高, 胎心监护异常或胎死宫内; 病人有休克、DIC 表现, 且胎盘剥离面超过 1/3。本组重型 25 例, 产前诊断 24 例 (96%), 总产前诊断 35 例 (53.84%)。

2 结果

2.1 发病诱因 62 例胎盘早剥中, 妊高症 23 例 (37.1%), 其中轻、中、重各 3 例、8 例、12 例; 胎膜早破 17 例 (27.4%); 外伤 9 例 (14.5%); 脐带因素 7 例 (11.3%); 仰卧位低血压综合症 4 例 (6.5%); 不明原因 2 例 (3.2%)。

2.2 临床表现 62 例中出现阴道出血 30 例 (48.39%), 腹痛 37 例 (59.67%), 子宫张力增高和不协调收缩 21 例 (33.87%), 胎儿窘迫 36 例 (58.06%), 胎心音消失 12 例 (19.35%)。

2.3 分娩方式 剖宫产 54 例, 占 87.1%; 阴道分娩 8 例, 占 12.9%。

2.4 围产结局 不同类型胎盘早剥所造成围产结局关系。详见表 1。

从表 1 可以看出, 重型胎盘早剥在新生儿窒息、新生儿死亡、胎死宫内及产后大出血各方面均较轻型胎盘早剥严重 ($P < 0.05$), 而 2 型产后休克无显著差异 ($P > 0.05$)。

表 1 不同类型胎盘早剥所造成围产结局 例

胎盘早剥	n	窒息	死亡	胎死宫内	大出血	休克
轻型	37	13	1	2	6	1
重型	25	20	5	10	11	4
P 值		<0.01	<0.05	<0.01	<0.05	>0.05

3 讨论

3.1 胎盘早剥的诊断

3.1.1 临床表现对胎盘早剥诊断的意义 本文资料胎盘早剥的发生率及临床表现的发生率与文献报道^[1]基本一致, 但发病率的高低与产前有无症状及产后是否仔细检查胎盘有关。其相关发病因素依次为妊高症 (37.1%)、胎膜早破 (27.4%)、外伤 (14.5%)。胎盘早剥由于其剥离面积大小、出血量及剥离位置的不同而导致临床表现多样化, 有时缺乏典型的症状和体征, 尤其是早期轻型胎盘早剥的症状和体征不典型, 而误诊为前置胎盘、先兆子宫破裂、先兆早产等。本组漏诊率为 46.16%, 其中轻型胎盘早剥漏诊率高达 70.27%。胎盘早剥漏诊率可能与诱因不明确、症状不典型、产时宫缩过频过强、早剥面积小、出血不多、胎盘附着于子宫后壁等因素有关^[2]。前壁胎盘早剥和大面积胎盘早剥一般症状体征明显易诊断。本文产前未能诊断的 27 例中, 26 例剥离面积 <1/3, 其中 21 例为后壁胎盘, 缺乏典型的临床表现, 此种情况最易被忽略。故当症状不典型时, 出现无原因的胎心音变化, 同时伴有临产先兆, 子宫张力高, 阴道持续少量出血, 应高度警惕疑诊为胎盘早剥, 进一步行 B 超、胎心监护等检查, 密切注意病情变化。

3.1.2 超声检查对胎盘早剥诊断的意义 据报道胎盘早剥的超声检出率可高达 84.4%^[3]。由此决定了超声在诊断胎盘早剥的过程中将起到重要作用。本文资料 B 超检查 57 例, 明确诊断 33 例 (57.89%), 较文献低。检出 33 例中重型胎盘早剥 23 例, 小面积剥离 10 例, 且均为前壁胎盘。经典的胎盘早剥的超声诊断要点为胎盘增厚、绒毛膜板向羊膜腔隆起、胎盘后血肿等。但胎盘早剥因剥离程度及剥离时间长短的差异具有不同的声像表现, 且常与胎盘后的静脉丛、血管扩张等相混淆^[4]。彩色多普勒血流显像则提供了血流动力学方面的信息, 更能够准确反映出胎盘在生理及病理状态下的血流信号特征, 给胎盘早剥带来了诊断的重要信息, 是胎盘早剥的主要辅助检查手段。但应强调, 阴性的超声检查结果不能排除胎盘早剥的可能, 因为特别是在孕末期一些胎盘早剥的声像表现也可以是正常, 且如果胎盘早剥的出血全部经宫颈管流出, 那么超声检查将不能发现胎盘后血肿而表现为阴性。本组超声检查的 57 例中, 22 例未发现胎盘的异常。因此, 在诊断胎盘早剥时不能一味依赖超声结果, 而应综合考虑临床

急性胆囊炎腹腔镜胆囊切除术适应证及时机选择

蔡氏 徐小平 叶文达
(浙江武警总队医院 嘉兴 314000)

关键词:急性胆囊炎;腹腔镜;胆囊切除术;适应证;手术时机

中图分类号:R 657.4¹

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2006)01-0051-02

腹腔镜胆囊切除术(Laparoscopic cholecystectomy, LC)在我国已经历了 10 年的发展,手术技术日趋成熟,因其创伤小、痛苦少、恢复快、住院时间短等优点已得到广泛认可并迅速推广应用。但对急性胆囊炎的 LC 治疗仍存在争议^[1]。我院在 1999 年 4 月~2005 年 8 月,共有 271 例急性胆囊炎行 LC 术。通过回顾对急性胆囊炎 LC 术的适应证及手术时机的选择并加以探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 271 例,男性 83 例,女性 188 例;年龄 18~79 岁;病程 1 个月~20 年;术前均有胆囊急性炎症表现,B 超证实胆囊炎伴胆囊结石;其中 54 例结石嵌顿于胆囊颈部。入院后 19 例急诊行 LC 术;11 例查血淀粉酶增高,经 2 周抗炎、抑制胰酶分泌治疗,复查血、尿淀粉酶正常,B 超及 MRCP 证实胆管无扩张、结石后行 LC 术;其余 241 例均在短期应用抗生素、解痉等治疗下行 LC 术,其中在 72h 内手术 205 例,超过 72h 手术 36 例。

表现,分析病史,做出正确判断。

3.1.3 胎心监护对胎盘早剥诊断的意义 轻型胎盘早剥,胎心监护常无异常表现,而当早剥范围在 1/3 以上时,无论发生在产前或产时均可导致胎儿严重的急性缺氧,从而胎心监护可表现为基线率的明显升高或降低、变异缺乏,同时轻微的应力可出现各种程度不同的减速。胎盘早剥所致宫腔内静止压力升高,伴有不协调的高张宫缩,可发生延长减速、晚期减速等。本组重型胎盘早剥 25 例中,除 10 例胎死宫内外,余 15 例均出现单项或多项异常的胎心监护。但轻型早剥 37 例,仅 13 例出现单项异常或偶见的减速。故即使胎心监护正常,也不能排除胎盘早剥的诊断,但当胎心监护异常并存在胎盘早剥诱因时应警惕早剥的存在。

3.2 胎盘早剥的处理 胎盘早剥应在保证孕妇安全的前提下,兼顾胎儿的成活率,而终止妊娠的时机及分娩方式的选择是本症治疗的关键。(1)小于 34 周,活胎,剥离面小,未临产,可促胎肺成熟,严密监测。(2)轻型胎盘早剥,已临产,估计短时间内可迅速分娩者,可在严密监测母儿安危指标的情况下试行阴道分娩,但必须先行破膜,使羊水缓慢流出,并用腹带包裹腹部,缩小子宫容积,压迫胎盘,使之停止继续剥离。产程中发现异常,应及时改行剖宫产结束分娩。(3)重型胎盘早剥一旦确诊,必须立即终止妊娠。有报道认为,胎盘早剥发病后 6h 内应结束分娩^[5]。足月、近足月,估计胎儿成活者,发病急或病情重,未临产或估计短时间内不能经阴道分娩者,应立即采取剖宫产,保证孕妇安全,提高围产儿成活

1.2 手术方法 全部病例均采用气管插管全身麻醉、腹壁四套管法完成手术。术中探查,胆囊表面充血、水肿,与大网膜及胃、十二指肠有粘连,174 例有结石嵌顿(其中胆囊颈部结石嵌顿 154 例,胆囊管内结石嵌顿 20 例)。于常规 LC 穿刺点放置套管,在腹腔镜监视下依次放置其他套管,胆囊与周围粘连者,沿胆囊壁分离粘连,胆囊张力高时在胆囊底部切开胆囊壁减压,在胆囊颈部分离出胆囊管,于胆囊结石下方上钛夹,胆囊切除方法同一般 LC 手术方法相同。

1.3 手术情况 3 例术中发现胆囊与胃窦部、十二指肠粘连致密,中转剖腹,12 例 Calot 三角解剖关系不清而中转剖腹,其他病例均顺利实施 LC 手术。247 例手术术后放置腹腔引流管,术后 24~48h 拔除。术后 5~14d 均痊愈出院。

2 讨论

2.1 手术适应证探讨 LC 的发展,经历了由严格选择手术适应证到逐步扩大手术适应证范围,循序渐进,技术上逐渐成熟的过程。陈训如把 LC 手术适应证发展分 3 个阶段^[2]:第

率;对于孕周小,估计不能成活或已发生胎死宫内,短时间内不能阴道分娩,但孕妇病情危重,为抢救孕妇也应剖宫产;而对于妊娠足月、近足月,宫口开大,阴道流血不多,胎心异常者,估计短时间内可经阴道分娩者,应尽量缩短产程,必要时阴道助产。

本文剖宫产术中发现 6 例子宫胎盘卒中,在取出胎儿后,子宫肌壁内注射宫缩剂,配以按摩子宫和热盐水垫湿敷子宫,5 例子宫收缩转佳,1 例用 0 号可吸收线 8 字缝合卒中部位的浆肌层而止血,无 1 例切除子宫。

胎盘早剥病情危重,如何降低胎盘早剥的发生率,降低母婴死亡率,关键在于重视产前检查,加强孕期保健,积极治疗妊娠并发症;加强产时监护,提高产科技术,及时发现胎盘早剥的症状,及时处理。

参考文献

- [1]乐杰.妇产科学[M].第 5 版.北京:人民卫生出版社,2001.139
- [2]范玲,黄醒华.胎盘早剥漏诊原因分析[J].中华围产医学杂志,1999,2(2):88
- [3]许如秀,王宝珍,刘兰香,等.胎盘早剥超声诊断价值的探讨[J].医学影像杂志,2001,13(10):399~401
- [4]Berman MC. Diagnostic medical sonography a guide to clinical practices [M].Obsterics and Gynecology, Edition 1, Pennsylvania. JB Lippincott Company, 1991.317~319
- [5]黄洁敏,骆一凡.产后出血的治疗[J].中华妇产科杂志,2000,35(6):378

(收稿日期: 2005-04-19)