

织;控制桥静脉、矢状窦、横窦及岩窦撕裂出血;控制前颅窝、中颅窝颅底出血;降低了迟发性血肿的发生率和再次手术率。由于标准外伤大骨瓣位置低,术中可咬除颞骨至颅底并充分咬除蝶骨嵴,从颞叶底面减压,清除了对侧裂静脉及大脑凸面静脉的压迫,促进了血液回流,减轻了脑膨出,促进了脑疝的还纳,提高了治愈率。本组 42例中,恢复良好 20例,中残 6例,重残 3例,植物生存 2例,死亡 11例。我们体会,标准外伤性大骨瓣开颅术能充分有效的清除挫裂伤的脑组织和充分的减压,利于提高患者的生存率。

标准外伤大骨瓣开颅术能显著降低重型及特重型患者的病死率,为重型颅脑损伤的临床治疗提供了一种有效的方法<sup>[3]</sup>。但标准外伤大骨瓣开颅术创伤大,操作时间长,术中出血多,对有多重并发症、生命体征不稳定或老年患者应慎重。标准外伤大骨瓣适用于额颞顶广泛性脑挫裂伤的患者,有较好地缓解脑水肿和脑肿胀。但因额颞顶广泛性脑挫裂伤

的患者术后脑水肿和脑肿胀较重,部分患者仍难以度过危险期,故术中仍需根据脑水肿和脑肿胀的情况决定缝合或修补硬脑膜,必要时敞开硬脑膜。我们一律去除颅骨瓣来缓解术后脑水肿和脑肿胀。术后要加强病情的观察和支持治疗,预防并发症和血管痉挛的发生,必要时及早行气管切开,术后脱水剂减量,从术后 10~14天以后开始,廖圣芳等<sup>[4]</sup>也认为脱水剂减量时应根据病情、头颅 CT而定,如果脱水剂量撤得过快过早,易形成脑疝。

#### [参 考 文 献]

- [1] 毛之奇,陆永建,朱世强,等. 双侧额颞脑挫裂伤保守及手术治疗临床对比研究[J]. 中华神经医学杂志, 2006, 5(3): 270-273.
- [2] 王忠诚. 神经外科学[M]. 武汉: 湖北科学技术出版社, 1998: 324-326.
- [3] 吕记峰,周艳宏,王 楠. 标准外伤大骨瓣开颅术治疗额颞顶部广泛脑挫裂伤[J]. 中原医刊, 2006, 33(17): 65.
- [4] 廖圣芳,王汉东,陈汉民,等. 双额叶重度脑挫裂伤 83例诊治经验与教训[J]. 临床军医杂志, 2006, 34(1): 43-45.

[文章编号] 1000-2200(2007)05-0603-02

。 临 床 医 学 。

## 中期妊娠前置胎盘 25例临床分析

叶晓林

[摘要]目的:探讨中期妊娠前置胎盘的临床意义。方法:采用经阴道超声(TVS)对 60例中期妊娠孕妇进行连续观察,对结果进行 $\chi^2$ 检验。结果:前置胎盘组剖宫产、难产、产后出血数均比胎盘位置正常组多( $P < 0.05 \sim P < 0.01$ );中期妊娠前置胎盘与宫腔操作史(包括人工流产、流产清宫、引产)及本次妊娠期阴道出血两组孕妇差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。结论:前置胎盘是引起妊娠晚期出血的主要原因之一,妊娠期阴道出血者应行 TVS检查,了解胎盘位置,并积极对症处理、观察。

[关键词] 胎盘/病理学;前置胎盘;出血;妊娠,中期

[中国图书资料分类法分类号] R 714.56 [文献标识码] A

前置胎盘是由于胎盘附着于子宫下段或覆盖于宫颈内口处,位置低于胎儿先露部,是引起妊娠晚期出血的主要原因之一。近年来由于经阴道超声(TVS)在临床的广泛应用,大大提高了前置胎盘诊断的准确率,同时也发现中期妊娠前置胎盘较多现象。笔者采用 TVS对 60例中期妊娠孕妇进行连续观察,探讨中期妊娠前置胎盘的预后。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2004年 1~12月初诊为孕 13~28周孕妇,进行 TVS检查,28周前每 4周 1次,28周后每 2周 1次,直至分娩,共收集完整病例

60例。

1.2 前置胎盘诊断标准<sup>[1]</sup> (1)完全前置胎盘:子宫颈内口全部为胎盘组织所覆盖;(2)部分性前置胎盘:子宫颈内口部分为胎盘组织所覆盖;(3)边缘性前置胎盘:胎盘附着于子宫下段,边缘达宫颈内口,但未超过内口;(4)低置胎盘:胎盘下缘达子宫下段,边缘距宫颈内口 7 cm以内。确诊方法以终止妊娠最后一次 TVS检查结果为准,并经剖宫产或阴道分娩后胎盘检查证实。

1.3 统计学方法 采用 $\chi^2$ 检验。

### 2 结果

2.1 发生率及其转归 60例观察对象中,初诊时发现前置胎盘 25例,发生率 41.67%,其中完全性前置胎盘 11例(44%),部分性前置胎盘 3例

[收稿日期] 2006-06-29

[作者单位] 安徽省安庆市第一人民医院 妇产科, 246000

[作者简介] 叶晓林(1967-),女,主治医师。

(12%), 边缘性前置胎盘 4 例 (16%), 低置胎盘 7 例 (28%)。

在 11 例完全性前置胎盘中, 1 例为孕 25 周流产, 流产时为完全性前置胎盘; 1 例孕 34 周时因大出血剖宫产, 证实为完全性前置胎盘, 其余 9 例在孕 25~34 周内胎盘逐渐移到正常位置。边缘性前置胎盘 4 例中, 1 例孕足月剖宫产证实为边缘性前置胎盘, 余 3 例于孕 30 周、28 周、29 周胎盘移到正常位置。部分性前置胎盘和低置胎盘均在 24~34 周内胎盘移到正常位置, 因而初诊为前置胎盘 25 例中, 有 3 例经 B 超随访至终止妊娠并且经临床证实仍为前置胎盘, 其中 1 例为晚期流产, 1 例早产, 1 例足月妊娠。而初诊胎盘位置正常 35 例中, 未曾有一例前置胎盘。

2.2 对妊娠结果的影响 前置胎盘组剖宫产、难产、产后出血数均比胎盘位置正常组(对照组)多 ( $P < 0.05 \sim P < 0.01$ ) (见表 1)。两组胎儿体重无明显不同, 但 2 例前置胎盘胎儿体重分别为 2 050 g 及 2 900 g。前置胎盘组 1 例因反复阴道流血于 25 周自然流产, 而正常组无一例流产及围生儿死亡。

表 1 两组妊娠结果比较 (1)

分组	n	剖宫产	难产	产后出血
前置胎盘组	25	12	13	7
对照组	35	5	6	1
合计	60	17	19	8
$\chi^2$	—	8.16	8.19	5.96
P	—	<0.01	<0.01	<0.05

2.3 中期妊娠前置胎盘与宫腔操作史(包括人工流产、流产清宫术、引产术)及本次妊娠期阴道出血关系 两组孕妇差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ) (见表 2)。

表 2 两组与宫腔操作史、妊娠期阴道出血比较 (1)

分组	n	有宫腔操作史	妊娠期阴道出血
前置胎盘组	25	19	11
对照组	35	18	8
合计	60	37	19
$\chi^2$	—	3.72	3.01
P	—	>0.05	>0.05

### 3 讨论

20 世纪 70 年代, 国外就有学者研究中期妊娠前置胎盘, 并发现中期妊娠前置胎盘发生率较高, 本

组为 41.67%, 与文献报道的 20%~70% 相吻合<sup>[2]</sup>, 而到妊娠终止时发生率则明显降低, 仅为 0.5%<sup>[2]</sup>。这是因为妊娠中期胎盘占据子宫壁一半面积, 因此胎盘贴近或覆盖宫颈内口机会较多, 妊娠晚期胎盘占据宫壁面积减少到 1/3 或 1/4, 子宫下段形成及伸展增加了宫颈内口与胎盘边缘之间的距离, 故原在子宫下段的胎盘可随宫体上移而改变正常位置<sup>[3]</sup>。李维芝等<sup>[4]</sup>报道 56 例中期妊娠前置胎盘, 10 例诊断为低置胎盘, 胎盘转为正常位置的转归率 90%; 14 例边缘胎盘, 正常转归率 65%; 8 例部分性前置胎盘, 正常转归率 13%, 18 例完全性前置胎盘, 正常转归率 11%。本组中期妊娠前置胎盘 91.67% (22/24) 在晚期妊娠时转为正常位置, 胎盘转为正常位置大多数发生在孕 28 周以前, 因此孕 28 周以后的 TVS 检查诊断前置胎盘比较可靠。

通过中期妊娠前置胎盘组与正常组相比, 发现前置胎盘组的难产率及产后出血均较正常组增高, 剖宫产指征主要为胎儿宫内窘迫、胎位异常, 说明孕中期前置胎盘易造成胎儿宫内窘迫、胎先露异常; 前置胎盘组产后出血率明显高于正常组, 病因主要是胎盘因素(前置胎盘 3 例, 胎盘粘连 2 例, 子宫收缩不良 1 例, 软产道撕伤 1 例), 而正常对照组 1 例产后出血系因软产道损伤引起。故中期妊娠前置胎盘应视为高危因素。

本文中中期妊娠前置胎盘组妊娠过程中出血占 44%, 初次出血发生在孕 12~26 周, 其中 1 例孕 12 周起反复出血, 至孕 25 周流产, 证实为完全性前置胎盘; 中期妊娠胎盘正常组, 孕期有出血史占 22.8%, 明显低于异常组。因此妊娠期阴道出血者应行 TVS 检查, 了解胎盘位置, 并积极对症处理、观察<sup>[5]</sup>。由于中期妊娠前置胎盘发生率高 (41.67%), 其临床意义不同于晚期妊娠前置胎盘, 而胎盘移行又客观存在, 为了利于二者区别, 笔者认为中孕时前置胎盘称为胎盘低置较为合适。

#### [ 参 考 文 献 ]

- [1] 张英, 毛静平, 吴再华. 前置胎盘的病因诊断及处理探讨 [J]. 中国医师杂志, 2002, 4(9): 181-183
- [2] 周永昌, 郭万学主编. 超声医学 [M]. 第 3 版. 北京: 科学技术文献出版社, 1998: 1231.
- [3] 王淑珍主编. 实用妇产科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1987: 238
- [4] 李维芝, 杨太珠. 超声连续观察前置胎盘位置的变化 [J]. 中华妇产科杂志, 1990, 25(6): 335-336
- [5] 王雪燕, 刘菊莲, 冯丽娟. 经阴道超声在前置胎盘诊断中的研究进展 [J]. 国外医学. 妇幼保健分册, 2004, 15(5): 281-283