

前置胎盘 50 例临床分析

刘琼芬

(云南省怒江州中医医院 673100)

摘要 目的:分析并总结 50 例前置胎盘临床表现、诊断、治疗情况。方法:回顾性分析对收入我院治疗的 1995 年-2004 年期间分娩的 50 例前置胎盘的临床资料。结果:50 例孕妇,45 例行剖宫产终止妊娠,术中采用多种止血方法,处理无效行局部交错缝扎加子宫动脉上行支缝扎止血。结论:50 例中围产儿死亡 6 例,产妇均痊愈出院。

关键词:前置胎盘;诊断;处理

中图分类号:R714.46 **文献标识码:**A

Clinical Analysis of 50 Cases of Placenta Previa

LIU Qiong-fen

(Nüjiangzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Nüjiang 673100, Yun nan, China)

ABSTRACT Objective: To analyse and summarize clinical manifestation, diagnosis and treatment of 50 cases of placenta previa (PP). **Methods:** Clinical data of 50 cases of PP, who were admitted in our hospital during 1995-2004, were retrospectively analysed. **Results:** Among the 50 gravidas, there were 45 undergoing uterine-incision delivery(U-D) for termination of pregnancy; during the operation, many kinds of hemostasis methods were used, when being disposed unsuccessfully, the gravidas were given local overlapping transfixion plus artery uterine ascending ramus suture. **Conclusion:** Among the 50 gravidas, there were 6 dead perinatal infants; all the puerperas were cured and discharged from hospital.

Key words: Placenta previa(PP); Diagnosis; Disposal

前置胎盘是胎盘种植异常而引起的高危妊娠,是妊娠期严重的并发症,也是妊娠晚期出血的主要原因之一,处理不当,危及母婴生命安全。本文对 1995 年 1 月至 2004 年 12 月分娩的 50 例前置胎盘作为回顾性分析。

1 临床资料

1.1 一般资料

1995 年 1 月至 2004 年 12 月分娩总数 1867 例,其中前置胎盘 50 例,发生率 2.7%。年龄及孕产次:孕妇最小 19 岁,最大 39 岁,平均年龄 29 岁,首次妊娠 8 例(16%),经产妇 17 例(34%),其余 25 例(50%)既往有人流史。

孕周:本组为孕 24 周-42 周,其中孕 37 周-42 周 23 例(46%),孕 30 周-36 周 18 例(36%),孕 24 周-29 周 9 例(18%),有 39 例产前检查及 B 超发现,11 例未做产前检查,出现阴道流血才来就诊。

分类:本组完全型前置胎盘 12 例(24%),部分型前置胎盘 15 例(30%),边缘型前置胎盘 23 例(46%)

1.2 临床表现及诊断

50 例孕妇均有产前无痛性反复阴道出血,出血时间最早在孕 24 周,最迟在孕 40 周,出血不等,大约在 80 毫升-2500 毫升之间。发生休克 7 例(14%),其中完全性前置胎盘 5 例(10%),部分型胎盘 2 例(4%),出血次数 3-12 次,其中 4-8 次 36 例(72%),诊断主要根据 B 超检查及结合临床表现,本组 50 例均进行 B 超检查。

最初出血时间与前置类型关系(见表 1)

表 1 前置胎盘类型与出血时间关系

Table 1 The relationship between the types of PP and bleeding time

类型	最初出血时间					
	<24 周		24 周-37 周		>37 周	
	例数	%	例数	%	例数	%
完全型前置胎盘	2	4	7	14	3	6
部分型前置胎盘	5	10	9	18	1	2
边缘型前置胎盘	2	4	13	26	8	16
合计	9	18	29	58	12	24

1.3 治疗方法及结果

1.3.1 保守治疗(期待疗法):13 例因出血量不多,胎龄小于 37 周,给予住院卧床休息、止血、预防感染、对症、支持等治疗。

1.3.2 阴道分娩:5 例以阴道分娩,均未经产妇,入院时宫口开全或近开全,1 例入院时休克,产后出血约为 2500 毫升,血色素公有 3 克/升,经积极抢救后产妇保住性命,其胎儿娩出时已无呼吸、心跳(死产)。1 例因胎儿宫内窘迫行胎头负压吸引助产,新生儿出生后 3 天于颅内出血。其余 3 例母婴治愈出院。

1.3.3 剖宫产:45 例行剖宫产,急诊剖宫产 33 例、择期剖宫产 12 例,术中出血在 1000 毫升至 2500 毫升的为 17 例,出血在 550 毫升至 990 毫升的 11 例,出血在 500 毫升至 540 毫升的 6 例,小于 500 毫升的 11 例。45 例术中取出胎儿后立即于二子宫肌层注射宫缩素 20 单位,18 例因胎盘附着面出血用可吸收线 8 字缝合止血,用温盐水纱布按摩子宫,而达到完全止血。2 例并胎盘少部分植入出血不止,经手术处理无效而行交错缝扎,双侧子宫动脉上行支缝扎等处理止血。

(下转第 147 页)

(收稿日期:2006-02-16 接受日期:2006-03-27)

d)计算能量,采用葡萄糖和脂肪乳剂共同提供能量。糖:脂肪=1~2:1。再配以电解质、维生素,每6~8g葡萄糖加胰岛素1单位。②输液途径:主要采用周围静脉留置针输液为主,应选择较粗的静脉,避开关节活动处,穿刺口每两天用碘复消毒并更换敷料,无异常每4~5d更换注射部位,若出现疼痛或局部发红立即予以更换。配置过程中应严格执行无菌操作。保持24h内匀速输入,保持管道通畅,无扭曲。注意配伍禁忌。

2.6 促进胃动力恢复护理

应用胃肠道动力药,如胃复安20mg,肌注,q6h,连用7d~10d;吗丁啉10~20mg,口服,q6h。大环内酯类抗生素的应用:主要是红霉素及其衍生物,能促进胃排空,无刺激胃分泌作用。方法为红霉素3~6mg/kg,溶于5%葡萄糖100ml中,5ml/min静脉点滴,每天2次,连用5天。应用过程中密切观察其副作用。鼓励病人早期离床活动。每日3次腹部顺时针方向按摩,每次15~30min。

2.7 病室内环境要求

病室内温度一般保持在17~18℃,相对湿度保持在50%左右。避免过冷或过热刺激,减少探视者及物品过多导致病室杂乱拥挤,空气不流通导致呕吐,让病人处于一种轻松愉快安静的治疗环境中^[2]。

2.8 松弛疗法

慢节律呼吸是病人缓解情绪的一种方法,同时音乐和歌

声能提高病人的身体健康,转移注意力,可指导病人看幽默杂志,在病房内播放轻音乐,减轻病人的焦虑感,达到放松的目的。

2.9 中医协助疗法

采用针刺刺激或用0.5%普鲁卡因封闭双侧足三里以利于胃肠道功能的恢复^[3]。

3 总结

通过以上治疗,16例病人的胃瘫症状消失,此时病人的心理状态不稳定,有暴饮暴食的,有不敢进食的,必须及时做饮食指导,以防病情反复。腹部非胃手术后的胃瘫综合征的发生直接影响手术治疗效果,增加患者和家属精神上的痛苦和经济上的负担。因此,术后早期预防,有效的胃肠减压,加强营养,合理用药,严密监测胃肠减压引流量等,对于患者早日康复至关重要。

参考文献

- [1] 黄元儒.胃大部切除术后功能性排空障碍的诊治[J].临床医学,1998,18(1):15-16
- [2] 汪瑛,邢育珍.非胃手术后胃瘫原因分析及其护理[J].护理学杂志,2004(19):28-30
- [3] 杨维良,严朝岐,张东伟.腹腔非胃手术后的胃瘫综合征22例临床分析

(上接第145页)

2 结果

2.1 治疗结果

50例中37周~42周分娩34例,37周以下分娩16例,新生儿体重≥2500克40例,<2500克5例,死胎5例,新生儿死亡1例,均未称体重;无1例子宫切除,剖宫产45例(90%),顺产5例(10%),产妇全部痊愈出院。

2.2 并发症

胎位异常14例(28%),其中横位9例,臀位5例。妊娠高血压综合征3例(6%)。50例孕妇都有不同程度失血性贫血。

3 讨论

前置胎盘对孕妇及围产儿的危害性严重,对于前置胎盘妊娠已达37周以上者,本组认为最好适时果断终止妊娠。而胎儿不足37周者,初孕妇胎儿情况好,若出血量少,母婴情况良好,在保证母婴安全前提下,行保守治疗(期待疗法),等待胎儿进一步发育,提高新生儿存活率。本组13例孕妇行保守治疗法占26%,效果满意,其中1例入院时孕26周,属完全型前置胎盘,经积极治疗达37周。分娩方式选择,本组认为采取剖宫产为主,可迅速结束分娩,迅速止血,在直视下处理出

血,减少出血量,也可迅速取出胎儿,减少新生儿并发症的发生,本组剖宫产45例,剖宫产率达90%。术中出血处理,胎儿娩出后迅速于子宫肌层注射宫缩素20单位,并静脉滴注宫缩素10单位,用鼠齿钳钳夹子宫胎盘血窦后立即娩出胎盘,迅速用温盐水纱布按摩子宫;对胎盘附着面部位局部出血采用可吸收线8字缝合,2例并发胎盘少部分植入出血不止,经上述处理无效行双侧子宫动脉上行支缝扎等处理止血,注意动作要轻柔,用力过大容易把子宫下段脆弱组织撕裂,引起更重出血。采取上述方法,本组病例宫缩好,没有因宫缩欠佳而需行子宫切除。在术前应作好输血准备,有休克者同时积极抢救休克,术中选择子宫下段切口时应尽量避免胎盘附着面,以减少出血。

参考文献

- [1] 乐杰主编.妇产科学[M].第4版.北京:人民卫生出版社,1997.12.1
- [2] 张丽君.前置胎盘60例临床分析[J].现代妇产科进展,1995.4.7.8
- [3] 李顺英.前置胎盘123例临床分析[J].中国实用妇科与产科杂志,1999,15(6):318