维普资讯 http://www.cqvip.com

幕上 20ml 以上，幕下 10ml 以上即可引起脑压迫的临床症状[1]。意识障碍进行性加重是颅内血肿形成过程中最有特征性的表现。原发昏迷长短取决于原发性脑损伤的轻重，而中间清醒期的长短主要取决于血肿形成的速度。本组病例中无原发昏迷的有 4 例，CT 显示硬膜外小血肿，经非手术治疗痊愈。另有 1 例 CT 证实为硬膜外血肿（中型），拟采取非手术治疗，但于入院后 50 小时逐渐陷入昏迷，复查 CT 后改用手术治疗清除血肿，术后第二天意识清醒，10 天后痊愈出院。颅内血肿的治疗，大多均应手术清除血肿。我们认为某些血肿类型可非手术治疗，但同时应重视临床观察，现就此加以讨论。

1. 意识状态和临床表现：是主要指标，因为它既能标志脑损伤程度，又能反应病情变化之趋势。神志清楚或意识有好转趋势者，可非手术治疗。意识障碍呈进行性加重者则应手术治疗。

2. 血肿量：王忠诚[2]主张硬膜外血肿在 40ml 以内、脑中线移位小于 15mm、硬膜下血肿在 40ml 以下、脑中线移位不超过 10mm、脑内血肿不足 30ml 者可非手术治疗。本组病例中型血肿 6 例，大型 1 例，其中 4 例中线波有移位（均未超过 10mm），但神志清楚，临床体征不明显，除 1 例改手术外，均采用非手术治疗痊愈，本文认为：中大型颅内血肿，无局灶症状，未合并广泛脑挫伤或脑水肿的，在严密的观察及 CT 扫描追踪下，可行非手术治疗，如有病情变化，则应手术治疗。

3. 颅内压（ICP）：Galbraith 认为颅内血肿选择治疗方法指征，除意识状态外，主要是根据颅内压监护所测得颅内压高低而定。王忠诚[2]认为硬膜下血肿颅内压监护压力在 3.33～4.0kPa（2.5～3.00mmHg）以下，脑内血肿颅内压测定不超过 3.33kPa 者可采取非手术治疗。本组病例有 3 例，入院时采用海鹰 HY282 型智能颅内压监护仪监测 ICP 为 29～31mmHg，但神志清楚，无神经系统体征，采用非手术治疗，并在治疗过程中反复检测 ICP 逐渐恢复正常。因此，我们认为单告 ICP 高低来决定手术与否是不妥的，应综合各项指标全面考虑。但 ICP≥30mmHg 大多应手术为宜。

参 考 文 献

1. 王忠诚，等主编. 神经外科学. 第 1 版. 人民卫生出版社，1974，84.
2. 王忠诚，主编. 神经外科学，湖北科学技术出版社，1998，74.

（收稿：1999-04-26）

310-311 农村 高危妊娠 监护 31

农村高危妊娠的管理与探讨

杨金玉*

R714.2 孕妇

高危妊娠是指在妊娠期有某种并发症或致病因素可能危害孕妇、胎儿与新生儿或导致难产者。常见的高危因素有孕妇本人的基本情况、不良孕产史、妊娠合并症及产科并发症等四个方面。这些因素是影响围产期内胎儿、新生儿、孕妇死亡的主要原因。农村，特别是边远山区少数民族居住的村寨，文化落后，经济发展缓慢，村民的生活环境和条件较差，高危妊娠在孕妇中的比例较高，严重威胁着母婴生命。为进一步提高农村孕妇的保健质量，降低围产期内的发病率和死亡率。现将我县朱家场镇 1993 年元月至 1997 年 12 月的 815 例孕妇中高危妊娠系统管理的情况报告如下。

一、资料与方法

（一）对各村妇幼保健员进行孕期保健业务培训和实际工作中进行具体指导，让其掌握正常妊娠的生理病理变化，能在初次产前中筛选高危和每次复查中发现高危因素。对本村的孕妇进行逐年摸底，准确掌握怀孕数，定期产前检查，发现高危孕妇及时上报，经镇防保组确认后进行高危登记、建卡、挂牌。重点突出，专案管理，定期预约、进行复诊、随访。815 例孕妇，通过筛选所得高危例数见表 1。

* 作者单位：554000 贵州省玉屏侗族自治县妇幼保健所

维普资讯 http://www.cqvip.com

表1 高危孕妇筛选统计表

孕周	胎位不正	流产史	剖宫产史	合并内科疾病	产前出血	接触有毒物质	妊高征	双胎	合计	占孕妇总数(%)
第一次检查周	0	6	5	3	0	9	0	0	23	2.62
20周	0	6	5	7	1	13	2	3	37	4.54
24周	0	6	5	7	1	13	2	3	37	4.54
28周	4	6	5	7	3	13	5	3	87	10.68
32周	51	6	5	6	4	13	9	3	97	11.90
36周	11	6	5	6	4	13	0	3	54	6.63
37周	9	6	5	6	4	13	6	3	52	6.38
38周至临产周	8	6	5	6	4	13	6	3	51	6.26

(二)根据贵州省《高危妊娠范围评分表》中24项，每项10分，对以上筛选出来的高危孕妇进行及时逐项评分，确定高危程度，采取分级治疗。"0"分为正常，≥"10"为高危。分数越高，说明潜在的危险性越大。结果见表2。

二、结果

97例高危孕妇经过系统管理、监护、治疗后，孕38周至临产周，只有51例存在高危因素，其分娩结果见表3。

表2 高危孕妇评分统计表

周	0分	10分	20分	30分
第一次检查周	74	23	0	0
20周	60	36	1	0
24周	60	36	1	0
28周	10	83	4	0
32周	0	86	10	1
36周	43	48	5	1
37周	45	47	5	0
38周至临产周	46	47	4	0

表3 51例高危孕妇分娩结果统计表

顺产		难产		活产		死产		住院		新生儿出生体重			
例数	%	例数	%	例数	%	例数	%	例数	%	>2500g	%	<2500g	%
36	70.6	15	29.4	50	92.5	4	7.5	51	100	47	87.0	7	13.0

注：因3例双胎，新生儿总数为54。

三、讨论

从表1,2中可以看出，在孕20周以前，因妊娠月份较小，存在的高危因素相对较少，占孕妇总数的4.54%，高危分数较低。随孕周增加，动态高危因素逐渐增多，孕32周，占孕妇总数的11.9%，高危分数也随之升高，经过一段时间的系统管理、监护与分级治疗后，动态高危因素得以明显纠正，到孕38周至临产周，高危孕妇只占孕妇总数的6.26%。表3的分娩结果表明：顺产率占高危孕妇中的70.6%，难产率29.4%，活产率占92.5%，死产率占7.5%，住完监护分娩率为100%，新生儿出生体重>5000g占87%。

以上数据表明：加强农村高危妊娠的管理监护是提高农村孕期保健质量、降低围产期内发病率和死亡率的关键。三级保健网形成农村妇幼保健的管理体系，在明确各自职责范围的前提下，互相协作、积极配合，使高危孕妇得到科学系统管理监护与治疗。因此，加强农村三级保健网的建设与管理，是降低围产期发病率和死亡率，提高保健质量，确保母婴安全的重要保证。

(收稿：1999-04-08)