维普资讯 http://www.cqvip.com

宫产术后的子宫反复出血处理原则是抗休克，加强宫缩和控制感染。出血少者可密切观察，出血多者，怀疑有胎盘、胎膜残留时可行刮宫术，术时务求轻柔，以免子宫穿孔，也可试用纱布填塞，但不宜过紧，以防切口裂开或影响宫缩。若保守治疗无效，应适时开腹探查，可行子宫动脉或髂内动脉结扎术或边缘坏死组织切除后再次缝合。如子宫切口裂开较大或出血感染较重以子宫切除术为宜。

五、讨论：目前剖宫产已基本上代替了困难的阴道助产术，并成为患有诸多妊娠合并症的孕妇之主要分娩途径。但剖宫产术中及术后出血是较常见而严重的并发症。迅速大量的失血可引起失血性休克，若得不到及时纠正可发生急性肾功能衰竭、播散性血管内凝血。若失血过多，休克时间过长可引起脑垂体的缺血坏死，并可能发生垂体前叶功能低下的严重后遗症——席汉氏综合征。故手术过程中应时刻注意失血量及病人一般情况，及时纠正血容量并正确处理子宫收缩乏力，胎盘粘连或植入，合理选择切口和合理缝合不容忽视。剖宫产虽然是一种较安全的手术，但除可增加出血和感染率外，有时可因严重出血不止而需切除子宫，甚至个别危及生命；也有术中发生意外损伤和麻醉意外；术后出现盆腹腔粘连，子宫内膜异位症，子宫裂开和破裂等后期并发症。故临床应重视剖宫产问题，严格掌握手术指征，加强责任心，提高手术技能。

（收稿：1999-04-08）

309-310 急性 外伤性 颅内血肿 治疗 30

急性外伤性颅内血肿非手术治疗15例分析

R651.150.5

刘 亮*

我院自1998年元月至1999年共收外伤性颅内血肿50例，其中15例采用非手术治疗，疗效满意。现报道如下。

一、临床资料

1. 一般资料：本组15例病人男性13例，女性2例，年龄最小6月，最大79岁，平均30.2岁。全组病人均经头部CT确诊。

2. 临床表现：本组病人均有明显外伤史。伤后有原发昏迷者11例，无原发昏迷者4例，其中原发昏迷时间在30分钟以内者8例，昏迷时间在30分钟～12小时者3例，头痛14例，呕吐10例，对侧肢体瘫痪2例，合并颅骨骨折者4例，一侧瞳孔散大者1例，出现Babinski征阳性者3例。

3. 头部CT表现：(1)血肿类型：急性硬膜外血肿10例，急性硬膜下血肿2例，硬膜下伴脑内血肿1例，脑内血肿2例。其中伴有脑挫裂伤者7例。(2)血肿量：小型血肿(<20ml)8例，中型血肿(20ml～40ml)6例，大型血肿(>40ml)1例，(3)占位效应：有中线结构偏移及一侧脑室不同程度受压者7例。

4. 治疗方法与结果：本组病人均采用渗透性脱水剂及糖皮质激素，对减轻脑水肿，增加脑灌注量及改善脑循环有良好作用。本组选用20%甘露醇125ml加地塞米松10mg静滴2～4次/日，儿童酌减，疗程1～2周。治疗期间绝对卧床密切观察神态、瞳孔、血压、脉搏、呼吸及各项神经系统检查，中后期辅以中草药活血化淤治疗。均在患者饮食基本恢复，无恶心呕吐症状后应用。现代药理证实：川芎、赤芍、红花、丹参等药物有改善微循环，增加血流量，抑制血小板凝集，促进纤维蛋白溶解的作用，于是我们常应用上述药物组成的"活血消肿汤"改善脑部缺氧和微循环障碍，减少渗出，促进血肿吸收。药物组成：当归、赤芍、桃仁、泽兰各12g，丹参、川牛膝、车前子(包)各15g，红花、苏木、泽泻各10g，生甘草5g。方法：上方加水800ml浓煎至30ml，分次温服，一日一剂，其中服药10剂者10例，15剂者4例，服药后均复查头部CT，有效率100%。

本组小型血肿8例，无1例中转手术。治愈7例，死亡1例，系79岁患者，双额硬膜下血肿伴双额大量积气，死于肺部感染，中型血肿6例，其中1例中转手术治疗。本组共死亡1例，死亡率6.7%，余均符合标准治愈：症状消失或好转，复查CT证实血肿吸收。

二、讨论

颅内出血是颅脑损伤的一种常见继发病变。一般

* 作者单位：410600 湖南省宁乡县人民医院神经外科

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