维普资讯 http://www.cqvip.com

部、阴茎部、耻骨前、大腿内侧有无类似睾丸样肿块存在，以期做到早期诊断妥善治疗。阴囊血肿严重时，触诊困难，可借助B超鉴别诊断。例1漏诊原因就是缺乏对本病的认识，又未能详细查体，于伤后2月发现腹股沟部包块时方得到确诊。

对合并其它严重复合伤的睾丸脱位，两者应同时治疗。浅部睾丸脱位，早期可冷敷患部，促进水肿吸收。伤后3～4天在麻醉下行手术复位，因此时水肿消退，纤维蛋白尚未附着，较易成功。深部睾丸脱位、或手法复位失败者，或疑有睾丸破裂者，应争取尽早手术探查、睾丸复位固定。早期睾丸复位非常重要，若脱位超过3个月手术复位者，常出现患侧睾丸变小。术后定期随访，注意检查睾丸的位置、大小、硬度及常规精液检查等。

（收稿：1993－10－21）

前置胎盘30例手术治疗分析

浙江绍兴市第二医院　陈卓越　秋玉美　董来娣

（浙江绍兴，邮政编码 321000）

前置胎盘是妊娠晚期出血的主要原因，如处理不当，可危及母儿安全，本文根据本院收治之30例前置胎盘的临床分析，对其病因诊断及处理等问题进行探讨。

一、资料分析

本文收集1987年至1990年收住前置胎盘30例，均经产前B超检查及剖宫产术中，阴道产后胎盘检查证实。同期收住产妇3521人，前置胎盘发病率为0.85%，与国内文献报道相近[1]，其中有3例系晚期妊娠雷佛诺尔引产，宫缩时阴道大出血，经B超诊断为中央性前置胎盘2例，边缘性1例。本组年龄：22～25岁6例，26～30岁12例，30岁以上12例。30例前置胎盘以最后1次B超检查为准：中央性10例，部份性6例，低置性14例，各占37.7%、20%、46.6%。

二、与前置胎盘病因有关因素

30例前置胎盘中初产妇10例，无刮宫史仅2例；经产妇20例，无刮宫史1例。30例中有刮宫史27例，占90%，刮宫1次者14例；2次者8例、3次者4例，4次者1例，总计46次，均数1.48，随机抽取同期分娩数130例，作对照组有刮宫史者24例，占16.9%，1次者18例，2次者5例，3次者1例，总计31次，均数0.24，经统计学处理 $P<0.01$，二者有明显着差异。前置胎盘组中，尚有宫体不全纵隔1例，双胎1例，前次妊娠为前置胎盘死胎1例，胎儿重度，轻度畸形各1例，而对照组无上述情况。

三、出血情况

中央性前置胎盘首次出血在28～35周，部分性与低置性首次出血时间无明显差异，平均约35周，出血次数最多达9次，出血除3例中央性前置胎盘剖宫产术中发生大出血休克外，其余为少量至中等量出血，致孕产妇不同程度贫血。

四、处理及其手术情况

除3例晚期妊娠雷佛奴尔引产者外，凡估计胎儿存活力差者，孕妇无出血性休克，无论何种类型，均予期待疗法。包括休息，吸氧，适时输血，及补充铁剂，其中有5例因有明显宫缩而给予硫酸镁及舒喘灵，并予B超及胎心监护定期复查。27例中，期待时间最长58天，平均0.8天，有效提高围产儿存活率。分娩情况：中央性前置胎盘10例包括两例引产死胎均予剖宫产术结束分娩，余20例部分及低置性中有12例为剖宫产术，其中2例合并产科其它因素，8例经阴道分娩。手术产子宫切口尽量避开胎盘附着处而选择宫体或下段纵切口，下段横切口。术中胎盘附着处出血量＞500ml者15例，占68.1%，3例发生休克。对出血多者使用碘仿纱条局部填压5例，术后24小时内阴道取出均有良好效果，对合并胎盘植入者1例，经处理无效，产妇休克而行子宫切除。

五、围产儿情况

27例中晚期流产1例，自然及医源性早产12例，占44.4%，早产儿死亡2例，足月产儿死亡1例，围产儿死亡率11.5%，与国内文献报道相近[2]。

维普资讯 http://www.cqvip.com

讨 论

1. 从本组资料看，宫腔操作史与前置胎盘发病率密切相关，而双胎，胎儿畸形，子宫畸形也为有关因素。所以加强婚前检查，产后妇女的避孕指导工作，可降低此病的发病率。

2. 大月份引产者应常规术前 B 超检查，注意询问孕期出血情况，以便及早诊断，处理。

3. 前置胎盘处理：对胎儿未成熟者，以母体安全为主尽可能行积极期待疗法，对有明显自发宫缩者，除用宫缩抑制剂外，可试用促胎肺成熟药及静脉营养药。以提高早产儿存活率，若期待中危及母体生命，即及时终止妊娠。至于分娩方式，中央性前置胎盘无论胎儿是否存活应以剖宫产术结束分娩，其他类型应视出血程度，产次，胎儿情况等，而选择分娩方式。对术中下段出血的问题，应常规用宫缩剂，或碘仿纱条局部填压，对止血有效，对植入性胎盘，出血凶猛经处理无效应切除子宫。

4. 前置胎盘对母婴危害较大，本组发生孕妇出血性休克 3 例，产时产后大出血发生率 50%，围产儿死亡率 11.5%，早产率 48.1%。所以继续探讨其病因，积极预防，及早诊断并正确处理是十分重要的任务。

参考文献

1. 湖南省围产调查协作组．湖南省前置胎盘，胎盘早剥流行病学调查，实用妇产科杂志 1992；8（3）：129.
2. 李杰凌，等。前置胎盘 415 例临床分析，实用妇产科杂志 1992；8（3）：142.

（收稿：1993—10—14）

声带外展与小儿硬质气管镜检查术的改进

河北省儿童医院耳鼻喉科 苏金柱
河北省沧州市中心医院 赵明海
（河北石家庄，邮政编码 050031）

按照以往的理论，人们在行硬质气管镜检查术时，气管镜前端置入喉其镜唇斜面与声门裂纵轴平行。我们从 1985 年以来，在无麻下或全麻下用传统型或新型冷光源国产或进口硬质气管镜进行检查时，镜唇斜面向后与声门裂纵轴垂直，未见声带损伤，现将 1990 年 10 月至 1993 年 10 月的 50 例报告如下。

临床资料

一、一般资料：50 例均为气管、支气管异物而行硬质气管镜检查术。年龄最小的 11 月，最大 14 岁，平均 2.5 岁。病程最短的 6 小时，最长的 90 天，平均 12.8 天。本组病例中有 38 例术前有发热症状，4 例呼吸衰竭，1 例有缺氧性脑病，胸片上一侧阻塞性肺炎或肺不张 8 例，气胸，皮下气肿、纵隔气肿 3 例。

二、手术方法：无麻醉或全麻，垂头仰卧位，在直接喉镜下，根据小儿的年龄和发育情况选择适当大小的 stor 硬质小儿气管镜，镜唇斜面向下（向杓间区）和声门裂纵轴垂直，50 例共插入声门 66 次，最多一次手术插入 4 次，6 例由于窒息同时喉痉挛声门关闭状态而强行插入，术后常规给氟美松和抗生素，除 2 例总气管异物术前即有轻度声音嘶哑，但术后无加重且 2 天后完全恢复外，其作术后均无声音嘶哑。

讨 论

我们从成人的喉裂开术和垂直半喉切除术中观察到，当患者吸气时声带外展在喉腔内者不到声带隆起，喉腔的粘膜是平滑的，和尸体上见到的声带完全不同。在尸体上声带突出到喉腔内，甚至声门关闭状态，多数声带处于尸位即"中间位"，所以以往气管镜检查以此为理论基础，理论上通述直接喉镜把声门全部暴露而设计的插入气管镜的方法；镜唇向左侧当看到左侧声带、声门开放时插入气管镜。事实上活体上的声带位置和尸体上的声带情况差别很大，再者无论无麻醉还是全麻，有相当多的患者在直接喉镜下声门暴露只有 1/2 或 1/3，用传统的方法很难插入，甚至滑入食管，使病人的抢救造成失败，理论上镜唇和声门平行不