维普资讯 http://www.cqvip.com

61-62 帆状胎盘 血管前置破裂 诊断 处理

帆状胎盘血管前置破裂的早期诊断与处理

王 晓*

R714.53.4

帆状胎盘前置血管破裂是一种临床少见，对胎儿危害极大，以产前出血为主要症状的疾病，是引起围产期胎儿死亡的重要原因之一，死亡率极高。但是如果能够早期确诊，积极处理，部分胎儿尚能够抢救成活。我院在去年一年内相差不到2个月的时间里先后发现此类病人2例，其中最初一例因未能作出早期诊断，延误抢救致新生儿死亡，教训深刻，现报道如下。

一、临床资料：例1，女，30岁，孕1产0妊娠39周，阴道流水、流血1小时，1997年7月16日5时30分急诊入院。孕期定期产检，未发现异常情况。入院前1小时无明显诱因地开始阴道流水，随即出现阴道出血，色鲜红，估计出血量70～80ml之间。入院时阴道流水、流血已止。宫高33cm，腹围94cm，LoA，先露固定，宫口开一指。胎心音听诊时快时慢，即刻NST检查，图形呈正弦波，有多次变异减速，考虑胎儿宫内窘迫，脐带受压；低置胎盘，胎盘早剥待排，立即行剖宫产术，羊水清，迅速娩出一男性胎儿，全身苍白，除心跳较强有力外，其它反应均无，阿氏评分2′，考虑重度窒息，立即给予常规心肺复苏抢救，于出生后40分钟逐渐出现浅表呼吸、肌张力也有所改善，但此种情况仅维持了2个小时，最终抢救无效死亡。术中因忙于抢救新生儿，胎盘娩出后只作粗略查看，否认了胎盘前置、早剥、脐带脱垂等常见疾患，待胎儿死亡后，死因可疑，才重新仔细检查胎盘，始发现为帆状胎盘，胎膜破口处见一粗大血管断裂。

例2 女，26岁，孕2产0妊娠40周，不规则腹痛4小时，1997年9月13日8时半入院。入院时检查包括B超、CST均未发现明显异常，嘱严密监测下阴道试产。下午宫缩渐加紧，14时40分自然破膜，接着从阴道流出鲜红色血液，量约70ml，立即听诊胎心，胎心变慢，疑帆状胎盘血管前置破裂，一方面急诊剖宫产，一方面取血检查，找到有核红细胞，在手术取出胎儿的同时，尽量将脐血挤向新生儿侧后再断脐，结果新生儿成活，后转小儿科又输血30ml，随访半年，无异常。术后证实为帆状胎盘血管前置破裂。

二、讨论

帆状胎盘系指脐带附着在胎膜上，脐带血管通过羊膜与绒毛膜之间进入胎盘，当胎盘血管穿过子宫下段或胎膜跨过子宫颈内口时，则成为前置血管。当胎膜破裂时易造成血管破裂出血。前置的血管被胎先露压迫时，可致循环受阻而发生胎儿宫内窘迫。据文献报道，帆状胎盘的发生率为0.24～1.25%，合并血管前置为0.026%，血管前置破裂者占血管前置病例的83.3%，胎儿窘迫率为90%，胎死率为55%。因此帆状胎盘血管前置破裂是一种较罕见的产前出血，此类出血来自胎儿，而胎儿总血量仅250ml左右，且胎儿对失血的耐受性极差，易引起胎儿急性缺血、缺氧而致迅速死亡。一般出血量＞100ml，胎儿均迅速死于宫内，若＜100ml，且处理及时，胎儿多能成活[1]，故对就诊时胎儿尚成活者若能够作出早期诊断，给予正确及时的处理，意义巨大。若在分娩前或分娩中，破膜后立即出现的阴道流血，量不多，却发生急剧的胎心率下降时，应想到本病。如疑为本病，应立即取血检查，如找到有核红细胞或幼红细胞，即可确诊。其它如羊膜镜检查：可发现胎膜上有走行的血管；APT试验，取阴道血1～2ml，离心后取上清鲜红色液，按5∶1加入0.25% NaOH液，如仍为鲜红色，说明血液来自胎儿，如变为棕褐色，说明血液来自母体；血红旦白电泳，如为血红旦白F，为胎儿血等也可协助诊断。但由于上述各项检查比较复杂，不可能普遍应用，并且一旦发生阴道出血，胎儿往往短时间内猝死，时间上也不允许，因此最近有人提出在孕末期常规作B超胎盘定位，如能确定脐带根部与胎盘的关系则更有助于诊断。本病一经确诊，如胎儿成活应迅速终止妊娠。鉴于经阴道分娩有可能加重胎先露对前置血管的压迫，因此当胎儿有成活希望时，除非立即可以阴道分娩，否则以行剖宫产为宜。在结束分娩的同时，除按常规积极抢救新生儿窒息外，还应快速补充血容量，以提高新生儿成活率，降低并发症。最简便易行的方法是，在断脐前尽量将脐血挤向新生儿侧或断脐后抽取胎盘血20～30ml经脐静脉输给新生儿，以后再视婴儿贫血程度酌情输血以纠正贫血。本文例2正是因为得到早期诊断，及时处理，故

* 作者单位：312000 浙江绍兴第二医院妇产科

维普资讯 http://www.cqvip.com

抢救成活。

由于帆状胎盘血管前置破裂出血极罕见，临床表现又与前置胎盘、胎盘早剥、阴道见红等较相似，在未充分检查下，极易误诊。本文例1因胎儿危急，术前未能给予充分的检查明确诊断、术后又未能仔细检查胎盘，及时诊断出胎儿宫迫的原因，致使新生儿未能及时补充血容量，失血性休克时间过长，延误抢救致死亡，教训深刻，值得深思。

（收稿：1998－08－10）

喉癌术后留置鼻饲管的失败原因与防治对策

潘 莺*

喉癌病人术后的鼻饲管通畅与否，对病人伤口愈合，机体康复有重要作用。我科开展喉癌手术32例，术后第二、三天发生鼻饲管滑出、堵塞5例。本文对鼻饲管在术后滑出堵塞的原因进行分析总结如下。

一、失败原因 1. 鼻饲管选择不当：有橡胶管和硅胶管之分。硅胶管轻而软，易打折，另外鼻饲管太细，也易打折或被食物堵塞。2. 插入长度掌握不当：插入太短，只到贲门口。鼻饲时操作稍不慎，鼻饲管极易滑出。插入太深，食物可直接进入十二指肠，可导致医源性倾倒综合症。鼻饲管亦可盘在胃中打折。3. 食物颗粒太粗：注入的食物颗粒太粗，易堵塞前端的小孔。或方法不当，注入食物后未及时用温开水冲洗而致管腔堵塞。4. 固定不牢：胶布粘性不好，或固定方法不当，病人在更换体位或鼻饲时，也易滑出。5. 剧烈咳嗽：喉癌病人术后都行气管切开，吸痰时，插管过深，刺激气管或气管内分泌物过多引起剧烈咳嗽，导致膈肌收缩。同时出现呕吐反射动作，使胃内压力上升而导致鼻饲管脱出。

二、防治对策 1. 选择合适的鼻饲管：应选择较粗的橡胶管，可在胃管的前段，再剪几个小孔或将原有的小孔剪大，使食物易通过不被堵塞。2. 掌握插入深度：成人一般插入长度50～55厘米。3. 鼻饲管的固定：固定一定要牢固，用胶布交叉固定在鼻梁部。胶布最好选用粘性好的布胶布。冬天可加热，增加胶布粘度。经常检查，发现松动，及时固定。4. 注意食物的性状：注入的食物必须呈流水状，不带有粗颗粒。饲毕：用温开水30～50毫升冲洗胃管，外口用无菌纱布包裹，并用止血钳夹固定于患者衣服上。5. 避免剧烈咳嗽：保持呼吸道通畅，及时吸痰。掌握正确有效的吸痰方法。吸痰管不宜插入过深，深度以不能顺利下插为止。动作应轻柔，采用边退边旋转的方法。配用雾化吸入，每日二次，以化痰止咳，避免剧烈咳嗽。

（收稿：1998－06－02）

* 作者单位：310004 杭州市解放军475医院

甲亢病人的围手术期处理

楚振民* 金锡尊**

甲状腺机能亢进症（甲亢）的外科治疗虽属常见手术，但引起医疗纠纷或疗效不好的仍不少见。今就有关问题谈些看法。

一、术前准备：甲亢的诊断比较容易，如果一经确诊，一定要做好门诊的术前准备工作，卢戈氏碘液是一项基本的术前准备治疗，切不可放任病人自服，必须说明服碘的必要性和危险性。入院后观察病人的基础代谢是否下降，一般可以三项指征综合观察。①病人的精神情绪安定，临床症状改善，体重增加。②观察病人的三测表，每日体温、脉搏、呼吸（每日至少测定两次）

* 作者单位：155700 黑龙江省铁河果红旗岭农场职工医院
** 佳木斯医学院附属第一医院