

医师往往临床经验不足,缺乏对引起右下腹痛相关疾病全面系统的认识,忽略对血糖、肝肾功能等检查,误将糖尿病酮症、尿毒症诊断为急性阑尾炎而误诊。而 1 例肾脏周围血肿患者术前肾区叩痛,术前血常规:白细胞 $12.0 \times 10^9/L$,中性粒细胞 72%,尿液常规基本正常,腹部 B 超:肾脏、输尿管未见明显异常。因过分相信辅助检查,主观臆断误诊。(4)对有创的诊断性腹腔穿刺不重视,嫌麻烦而不做。本组病例中部分医师因对诊断性腹腔穿刺认识不足,对急腹症患者未行诊断性腹腔穿刺,而将急性胰腺炎、急性出血坏死性肠炎、肠系膜血管栓塞误诊阑尾炎^[4]。在此,作者建议对无绝对禁忌证的急腹症患者常规做诊断性腹腔穿刺,可明显提高术前急腹症诊断的准确率。

综上所述,对急腹症患者详细询问病史,细致、全面的体格检查及必要的辅助检查是正确诊断的关键和前提,当然临床经验的积累亦相当重要。只要医生以高度的责任心认真地诊疗每例急腹症患者,对急性阑尾炎的误诊率将会降至更低,但是

不可能完全避免,因有些疾病术前很难与阑尾炎鉴别如:肠克罗恩病、回盲部坏疽、回盲部肿瘤、美克尔憩室炎等。

参考文献

- [1] 梁志鹏,高焱明.泌尿系统疾病所致的急腹症错误诊断[J].腹部外科,1999,12(4):154-155.
- [2] 王常玉,顾美皎.妇科急腹症易误诊手术的疾病[J].腹部外科,1999,12(4):156-158.
- [3] 刘海燕.外科误诊 17 例妇产科急腹症的分析[J].腹部外科,1999,12(4):161-162.
- [4] 潘晓峰,毕永林,秦贤举,等.盲肠局部坏疽的诊断和治疗[J].中国普通外科杂志,2011,20(4):402-404.

(收稿日期:2011-07-13)

前置胎盘并发脐带脱垂的抢救与护理

孙明华(湖北省枣阳市兴隆中心卫生院 441218)

【关键词】 前置胎盘; 脐带脱出; 抢救; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.02.080 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)02-0256-01

前置胎盘是产科的急、危重症,其主要症状是妊娠晚期无痛性阴道出血。阴道出血早晚与胎盘位置的关系非常密切^[1]。比如中央性前置胎盘有可能在孕 28 周前就出现阴道出血,若是反复的阴道出血,常会导致母儿贫血,出现早产或产后大出血等并发症。前置胎盘的发病率,据报道国外为 0.5%,国内为 0.24%~1.57%,85%~95%为经产妇,有剖宫产史的是无剖宫产史的 3 倍,多胎妊娠是单胎妊娠的 1 倍。临床上若处理不当,会危及母儿生命安全。

1 临床资料

1.1 一般资料 患者,女,29 岁,经产妇,2008 年 8 月行剖宫产术 1 次,2009 年 10 月行人工流产 1 次,此次妊娠末次月经 2010 年 7 月 26 日,预产期是 2011 年 5 月 3 日,妊娠 7 个月时阴道出血一次,似月经量,给予止血、预防感染治疗后停止,今因无任何诱因突然出现阴道持续性流血伴凝血块,沾湿裤管,故急来本院求治,门诊以“宫内孕,孕 3 产 1 孕 39⁺2 周左枕前位待产,前置胎盘”收入院。

1.2 体格检查 体温 36.4℃,脉搏 88 次/分,呼吸 19 次/分,血压 110/70 mm Hg,心肺(一),下腹部有一长约 13 cm 的陈旧性疤痕。

1.3 产科检查 宫高 36 cm,腹围 92 cm,胎位左枕前位,胎心 142 次/分,头高浮,外阴有血染伴有少量凝血块,出血约 300 mL。

1.4 辅检 彩超示:单活胎头位,胎盘附着于子宫后壁并覆盖子宫颈部。血常规:白细胞计数 $6.5 \times 10^9/L$,粒细胞数 $5.2 \times 10^9/L$,粒细胞比率 80.7%。红细胞计数 $4.06 \times 10^{12}/L$,血红蛋白 95 g/L,血细胞比容 32.7%,血小板计数 $199 \times 10^9/L$,活化部分凝血时间 27.8 s,凝血酶原时间 10.4 s。

1.5 救治

1.5.1 据病史、产检及辅检,考虑胎儿已成熟,不需保守治疗,故给予 10%葡萄糖 500 mL+维生素 C 及碳酸氢钠 250 mL 静脉滴注,备血并积极准备手术。

1.5.2 上尿管时出现脐带脱出约 20 cm,再次向家属告知病

情,讲明胎儿有生命危险,医生将尽最大努力进行抢救,家属了解病情并签字。

1.5.3 在腰硬联合麻醉下行子宫下段剖宫产术,顺利娩出一女活婴,体质量 2 600 g。新生儿娩出时苍白窒息,经吸痰、胸外按压,1 min 后,婴儿发出洪亮的哭声,皮肤也变红润,产妇产宫收缩良好,术中出血约 200 mL。术后给予止血、缩宫,预防感染及支持对症治疗,5 d 后母婴平安出院。

2 护 理

2.1 患者入院后即有专医专护,绝对卧床,不论是检查还是治疗,全程担架护送,以免患者因颠簸而加重病情。

2.2 吸氧持续不间断。

2.3 当脐带脱出后,不能还纳,立即听胎心,并可触及脐带搏动,遂分开产妇双腿,抬高臀部,以免脐带受压及继续脱出。

2.4 进行麻醉时,患者取左侧卧位,以防脐带受压,护士协助将患者右腿支撑开,最大限度地保证胎儿的血供。

3 讨 论

随着剖宫产手术的日臻成熟及产妇对自然分娩的恐惧,疤痕子宫的产妇会越来越多,所以前置胎盘的发病率也可能会随之增加。由于药物流产的泛滥,因药流不彻底会导致子宫内膜炎、子宫内膜营养不良等,再次受孕时会使得子宫蜕膜血管营养不良,使胎盘扩展变薄、变大,从而出现前置胎盘^[2]。受精卵滋养层发育迟缓,与子宫内膜不同步,孕卵游走到子宫下段方着床而也会形成前置胎盘。总之,在前置胎盘的抢救与护理过程中,医护人员要有过硬的业务素质及很强的责任心,处置得当,抢救及时,才能保证母儿生命安全。

参考文献

- [1] 乐杰.妇产科学[M].7 版.北京:人民卫生出版社,2008.
- [2] 高成英,张彩云,白琴,等.紧急剖宫产 88 例分析[J].第四军医大学学报,2006,27(20):1828.

(收稿日期:2011-07-12)