

100 例前置胎盘临床分析

雷秀清(江苏省溧阳市人民医院妇产科 213300)

【摘要】 目的 对前置胎盘特点进行分析以及探讨在临床处理措施的应用。**方法** 将 2006 年 1 月至 2012 年 10 月溧阳市人民医院产科收治的 100 例前置胎盘孕妇作为此次研究的对象,其中普通性前置胎盘孕妇 65 例(65%),凶险性前置胎盘孕妇 35 例(35%)。**结果** 凶险性前置胎盘孕妇分娩时平均出血量为(2 834.63±355.78) mL,明显大于普通性前置胎盘孕妇的出血量(736.45±145.66) mL,并且并发胎盘植入情况也高于普通性前置胎盘,凶险性前置胎盘子宫切除 11 例,切除率是 31.43%(11/35),普通型前置胎盘子宫切除 2 例,切除率是 3.08%(2/65)。**结论** 凶险性前置胎盘胎盘植入发生率、子宫切除率明显高于普通性前置胎盘,并且分娩时平均出血量高于普通性前置胎盘,因此临床上要对凶险性前置胎盘予以足够重视,避免发生危险。

【关键词】 普通性前置胎盘; 凶险性前置胎盘; 临床分析
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.23.049 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)23-3183-02

前置胎盘是指在孕妇孕 28 周之后,胎盘位置处于子宫下段,甚至有部分孕妇胎盘下缘到达宫颈内口,位置明显低于胎先露。前置胎盘是孕妇妊娠期间严重并发症之一,特别是凶险性前置胎盘能引起阴道大量出血,对孕妇和胎儿造成极大威胁^[1]。目前可以通过剖宫产降低前置胎盘病死率。研究发现凶险性前置胎盘在前置胎盘中所占比例逐年上升,且容易并发胎盘植入,从而进一步增加大出血的可能,严重时危及产妇和胎儿生命。本文对本院收治的 100 例前置胎盘孕妇处理经过进行总结,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本次前置胎盘报告研究对象是 2006 年 1 月至 2012 年 10 月本院产科收治 100 例前置胎盘孕妇,其中普通性前置胎盘 65 例(65%),凶险性前置胎盘 35 例(35%)。100 例前置胎盘孕妇中初产妇为 61 例(61%),经产妇是 39 例(39%);年龄 19~45 岁,平均(31.33±4.69)岁;平均孕次是(2.77±0.35)次;累及流产 31 次;有剖宫史孕妇 22 例;另有 13 例孕妇有妊娠期高血压。所有孕妇入院后经 B 超检查确诊为前置胎盘,无药物过敏史及家族遗传史等。

1.2 方法 100 例前置胎盘孕妇入院后遵医嘱卧床休息,杜绝一切体力活动,并给予病情严重孕妇低流量吸氧,密切观察孕妇血压、胎心率以及是否出现阴道流血。可静脉滴注硫酸镁抑制子宫收缩防止流产,注意预防感染,贫血产妇需及时输血治疗。对于出血量大且无法控制的孕妇要及早行剖宫产终止妊娠以抢救母胎生命。

1.3 统计学方法 采用 SPSS 17.0 统计学软件处理。计量资料用 *t* 检验,计数资料采用 χ^2 检验。*P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 普通性前置胎盘 产妇出血量为 244~2 380 mL,平均(736.45±145.66) mL;凶险性前置胎盘产妇术中出血量为 360~4 650 mL,平均(2 834.63±355.78) mL,差异有统计学意义(*P*<0.05)。

2.2 对所有孕妇终止妊娠后,统计两种类型前置胎盘产妇术中出血情况、胎盘植入发生率及子宫切除情况见表 1。由表 1 可见,两种类型前置胎盘产妇出血情况、子宫切除情况与胎盘植入情况差异均有统计学意义(*P*<0.05)。

表 1 两种类型前置胎盘产妇手术情况对比[n(%)]

组别	<i>n</i>	出血量小于 600 mL	出血量 600~1 200 mL	出血量超过 1 200 mL	胎盘植入情况	子宫切除情况
普通性	65	36(55.38)	19(29.23)	10(15.39)	3(4.62)	2(3.08)
凶险性	35	4(11.43)	18(51.42)	13(37.15)	8(22.86)	11(31.43)

3 讨论

凶险性前置胎盘是指产妇在初次妊娠剖宫产后再次妊娠时孕妇发生胎盘植入的情况,据统计发生率高达 40%,并且病死率较高^[2]。由于凶险性前置胎盘具有很高的危险性,因此此类孕妇一定要定期进行产前检查,有疑问及时和医生沟通,一旦经 B 超确诊为凶险性前置胎盘需立即住院治疗,暂停一切活动,卧床休息,密切观察血压和胎心率等体征,防止出现危险^[3-5]。用硫酸镁等抑制子宫收缩,最大限度延长妊娠时间,促进胎儿在体内发育成熟^[6]。目前凶险性前置胎盘发生机制还不清楚,有关专家认为可能是胎盘绒毛组织以及蜕膜组织间失去平衡关系,临床上认为孕妇流产史、剖宫史、孕次以及孕妇年龄会增加凶险性前置胎盘的发生,特别是有些剖宫产经产妇由于是上次妊娠时对子宫损伤较大,子宫切口愈合不佳导致下次妊娠时胎盘容易侵入子宫肌层,形成胎盘植入^[7]。凶险性前置

胎盘尤其是并发胎盘植入时其危险性远远大于普通性前置胎盘,往往会引起大量出血而不得不终止妊娠,有时抢救不及时会导致母胎生命危险。

本研究结果显示,普通性前置胎盘产妇出血量为 244~2 380 mL,平均(736.45±145.66) mL;凶险性前置胎盘产妇术中出血量为 360~4 650 mL,平均(2 834.63±355.78) mL,差异有统计学意义(*P*<0.05)。普通性前置胎盘植入发生率为 4.62%,子宫切除率 3.08%,远远低于凶险性的 22.86% 和 31.43%。为了将凶险性前置胎盘的风险降到最低,在终止妊娠前一定要做好充分准备,完善检查,评估胎盘植入程度,对于无阴道出血但是经 B 超检查发现是前置胎盘时要考虑到有可能是胎盘植入,并与产妇及家属及时沟通交流告知手术风险^[8-9]。另外要备好血源,防止术中大出血发生,对于出血量大而不能控制时要果断切除子宫以挽救产妇生命。

综上所述,对于前置胎盘产妇尤其是凶险性前置胎盘产妇一定要密切监测孕妇及胎儿各项生命体征,尽量延长妊娠期,降低术中风险,多与产妇沟通交流,让产妇对前置胎盘有全面系统的了解。

参考文献

[1] 毛圆圆,陈友国,舒铭铭,等. 198 例前置胎盘的临床分析[J/CD]. 中华临床医师杂志:电子版,2010,4(7):1096-1098.

[2] 龚莹莹,侍庆. 71 例前置胎盘的临床分析[J]. 上海交通大学学报:医学版,2006,26(2):196-198.

[3] 高泳涛,苏绮枫,骆月娥,等. 78 例中央性前置胎盘的临床分析[J]. 上海医学,2004,27(3):159-162.

[4] 许咏乐,杨伟文. 138 例前置胎盘的临床分析[J]. 苏州大

学学报:医学版,2006,26(6):1077-1079.

[5] 武利文. 前置胎盘的临床分析[J]. 求医问药:学术版,2012,10(4):34.

[6] 艾蓉. 52 例前置胎盘的临床分析及护理体会[J]. 中国医学创新,2010,7(1):130-131.

[7] 陈洪. 24 例前置胎盘的临床分析[J]. 医学信息,2012,25(3):500-501.

[8] 黄美春,岑丹洁. 浅析 98 例前置胎盘的临床分析[J]. 当代医学,2010,16(31):80.

[9] 韦爱英. 13 例瘢痕子宫并发前置胎盘的临床分析[J]. 中国实用医药,2012,7(10):125-126.

(收稿日期:2013-05-21 修回日期:2013-07-03)

• 临床研究 •

糖尿病患者与健康人群血脂水平差异性探究

沈 燕(江苏省常熟市医学检验所 215500)

【摘要】 目的 了解糖尿病患者与健康人群血脂水平差异,并为糖尿病的临床诊治提供数据参考。**方法** 选取常熟市第二人民医院内分泌科 2011 年 1 月至 2012 年 11 月收治的 89 例 2 型糖尿病患者,设为研究组;选取同期来常熟市第二人民医院接受健康体检的 101 例健康人群,设为对照组。利用全自动生化分析仪检测两组血脂水平,包括载脂蛋白 A1(ApoA1)、ApoB、总胆固醇(TC)、三酰甘油(TG)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)和低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)。**结果** 研究组 ApoA1 和 HDL-C 均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);研究组 ApoB、TC、TG 及 LDL-C 水平高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 糖尿病患者血脂水平明显高于健康人群,在控制血糖的同时,还需重视血脂调节,并加强血脂水平的监测。

【关键词】 糖尿病; 血脂水平; 健康人群; 诊断价值
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.23.050 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)23-3184-02

近年来,我国糖尿病患者发病率呈逐年攀升趋势,大多数糖尿病患者由于体内血脂水平出现异常代谢,常伴有肥胖的临床表现^[1-3]。肥胖会引起脂质大量蓄积于脂肪组织中,进而导致脂肪、肌肉及肝细胞中的胰岛素受体数量减少,同时还会降低胰岛素受体与胰岛素之间的亲和力,导致体内血糖利用率减弱,最终引发高血糖状态^[4-5]。因此,了解糖尿病患者的血脂水平,并采取科学、有效的干预手段,无疑可改善患者的血糖水平。故作者设计本次调研,旨在探究糖尿病患者与健康人群之间血脂水平的差异,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取常熟市第二人民医院内分泌科 2011 年 1 月至 2012 年 11 月收治的 89 例 2 型糖尿病患者,设为研究组,其中男 49 例,女 40 例,年龄 38~63 岁,平均 (53.7 ± 1.6) 岁。患者于入院当天均接受口服葡萄糖耐量试验、血胰岛素试验、餐后 2 h 血糖和空腹血糖检查,确诊为 2 型糖尿病,诊断标准符合第 7 版《内科学》教材中关于 2 型糖尿病的临床诊断标准。选取同期来常熟市第二人民医院接受健康体检的 101 例健康人群,设为对照组,其中男 50 例,女 51 例,年龄 40~67 岁,平均 (55.2 ± 1.8) 岁。纳入标准:患者不存在其他心、肝、肾

等重要脏器疾患;不存在原发性或继发性痴呆;不存在全身免疫系统疾病;对本次研究知悉并签署知情同意书。两组在性别、年龄等方面差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 两组均于抽血前一晚 20:00 后禁食及禁水;抽血前 3 d 以清淡饮食为主,食谱由本医学检验所自制提供,大体原则为不食用高蛋白及高脂肪食物,多进食新鲜水果及蔬菜,保证三餐能量的科学供给。两组在清晨空腹时抽取静脉血,采取全自动生化分析仪西门子 ADVIA2400 检查血脂水平。其中载脂蛋白 A1(ApoA1)、ApoB 采取免疫比浊法;总胆固醇(TC)、三酰甘油(TG)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)均采取酶法。

1.3 统计学方法 由专人收集数据并录入 SPSS19.0 软件进行统计分析,其中计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 描述,采取 *t* 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

两组血脂水平见表 1。由表 1 可见,研究组 ApoA1 和 HDL-C 值均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);研究组 ApoB、TC、TG 及 LDL-C 水平高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 1 两组血脂水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	ApoA1(g/L)	ApoB(g/L)	TC(mmol/L)	TG(mmol/L)	HDL-C(mmol/L)	LDL-C(mmol/L)
研究组	89	0.97±0.11	1.42±0.16	6.04±1.21	2.81±1.25	0.98±0.26	3.23±1.10
对照组	101	1.34±0.17	1.04±0.13	5.06±0.75	1.54±0.16	1.28±0.37	2.52±0.59
<i>t</i>		4.926	5.118	6.033	6.372	5.182	4.435