

炎、胰腺外伤史,有助于鉴别。

3.5.5 胰腺囊腺瘤(癌) 胰腺囊腺瘤(癌)分浆液性(小囊性)和黏液性(大囊性)两种,好发于中老年女性,多房囊性改变,囊内有分隔、有壁结节,增强扫描壁结节可强化,不典型 SPTP 有时也可表现为多囊,但较胰腺囊腺瘤(癌)囊的数量少,患者年龄亦较小,有助于鉴别。

3.5.6 胰腺癌 有些不典型 SPTP,发病年龄较大,表现为实性成分较多的肿块时,有时与胰腺癌容易混淆。胰腺癌亦好发于中老年人,是一种乏血管性肿瘤,CT 增强扫描肿瘤不仅囊变区不强化,实性部分强化也不明显,发生在胰头部的胰腺癌可见胆总管和胰管扩张,胰体尾部萎缩,肿块易包埋周围血管,患者有明显黄疸表现,与不典型 SPTP 不同。不典型 SPTP 往往肿瘤质地比较软,肿瘤较大时,亦可包绕邻近组织,但往往不会引起胆总管及主胰管的扩展,增强扫描强化亦较胰腺癌明显。

3.5.7 胰岛细胞瘤 不典型 SPTP 表现为实性结节或肿块时需要与胰岛细胞瘤鉴别。增强扫描 SPTP 门静脉期强化明显,密度高于正常胰腺实质,而胰岛细胞瘤往往动脉期强化明显,门静脉期病变密度明显降低,若临床患者有低血糖,更有助于鉴别。

总之,不典型 SPTP 有时影像学表现不典型,容易和其他疾病混淆。本文 30 例术前影像学误诊,总结教训主要是缺乏对不典型 SPTP 的认识。但仔细分析病变内部结构,结合患者年龄、性别、部位、病史及增强扫描的特点,还是能提示本病诊断,当然最后确诊要靠手术病理。

参考文献

- 1 Lam KY, Lo CY, Fan ST, et al. Pancreatic solid-cystic-papillary tumor; clinicopathologic feature in eight patients from Hong Kong and receive of the literature[J]. World J Surg, 1999, 23(10):1045 - 1050.
 - 2 王东关,董艳先,丁洪基. 胰腺实性-假乳头状肿瘤研究进展[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2006, 13(4):315 - 317.
 - 3 Acebo E, Rodilla IG, Torro B, et al. Papillary cystic tumor of the pancreas coexisting with hairy cell leukemia[J]. Pathology, 2000, 32(3):216 - 219.
 - 4 Matsunou H, Konishi F, Yamamichi N, et al. Solid, infiltrating variety of papillary cystic neoplasm of the pancreas[J]. Cancer, 1990, 65(12):2747 - 2757.
 - 5 Stömmers P, Kraus J, Stolte M, et al. Solid and cystic pancreatic tumors. Clinical, histochemical, and electron microscopic features in ten cases[J]. Cancer, 1991, 67(6):1635 - 1641.
 - 6 缪飞,展颖,汪登斌,等. 胰腺实性-假乳头状瘤的诊断及鉴别诊断[J]. 中华放射学杂志, 2003, 37(5):417 - 421.
- [收稿日期 2013-06-03][本文编辑 杨光和 韦所苏]

临床研究·论著

胎盘早剥的临床分析

周小艺, 施彩英

作者单位: 530300 广西, 横县妇幼保健院妇产科

作者简介: 周小艺(1971-), 女, 大学本科, 医学学士, 主治医师, 研究方向: 妇产科疾病的诊治。E-mail: 312118819@qq.com

[摘要] 目的 探讨胎盘早剥的发病诱因、临床表现, 并分析胎盘早剥漏诊误诊原因, 以提高胎盘早剥早期确诊率。方法 回顾性分析 29 例胎盘早剥患者的临床资料。结果 胎盘早剥发生率为 0.37%。其中产前确诊 18 例(确诊组, 占 62.07%); 漏诊误诊 11 例(漏诊误诊组, 占 37.93%)。轻型胎盘早剥 19 例, 重型 10 例。有明确发病诱因者 19 例(65.52%), 以妊娠期高血压疾病、胎膜早破、外伤性因素、脐带因素、羊水过多、仰卧睡姿综合征为主。临床表现主要为腰腹胀痛、阴道流血、胎儿窘迫、血性羊水、子宫张力过高等。确诊组腰腹胀痛、阴道出血及子宫张力过高的发生率较漏诊误诊组高($P < 0.05$)。B 超检出率为 58.62%。剖宫产 24 例, 阴道分娩 5 例。结论 胎盘早剥临床表现缺乏特异性, 误诊漏诊率较高, 应根据病史、临床症状、体征、B 超以及电子胎心监护进行综合分析, 及时合理处置, 以降低母儿并发症发生率。

[关键词] 胎盘早剥; 妊娠; 临床表现; 诊断

[中图分类号] R 714.4 [文献标识码] A [文章编号] 1674-3806(2013)09-0869-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2013.09.13

Clinical analysis of placental abruption ZHOU Xiao-yi, SHI Cai-ying. Department of Obstetrics and Gynecology, Women and Children Health Hospital of the Hengxian, Guangxi 530300, China

[Abstract] **Objective** To explore the predisposing causes and clinical manifestations of placental abruption (PA), analyze the causes of misdiagnosis and missed diagnosis of PA, in order to improve the accuracy rate of early diagnosis of PA. **Methods** The clinical data of 29 cases of PA were retrospectively analyzed. **Results** The incidence rate of PA was 0.37%. Of them, the diagnosis of PA were confirmed in 18 cases prenatally (the confirmed diagnosis group, accounting for 62.07%), PA were misdiagnosed or the diagnosis of PA were missed in 11 cases prenatally (the misdiagnosis and missed diagnosis group, accounting for 37.93%). Mild PA were found in 19 cases, severe PA were found in 10 cases. The main predisposing factors included hypertensive disorders complicating pregnancy, premature rupture of fetal membranes, traumatic factors and supine hypotensive syndrome. The clinical manifestations mainly included lumbar and abdominal distending pain, vaginal bleeding, bloody amniotic fluid, high uterine tension, fetal distress, etc. The incidence rates of lumbar and abdominal distending pain, vaginal bleeding and high uterine tension in the confirmed diagnosis group were higher than those in the misdiagnosis and missed diagnosis group ($P < 0.05$). The detection rate of PA by B-ultrasound was 58.62%. Cesarean section were performed in 24 cases, vaginal delivery in 5 cases. **Conclusion** For lack of characteristic clinical manifestations, PA has a higher rate of misdiagnosis and missed diagnosis, so that it should be necessary to make a comprehensive analysis according to medical history, clinical symptoms and signs, B ultrasonic examination, and electronic fetal cardiac monitoring for timely and reasonable treatment, in order to reduce the incidence of complications of mother and infants.

[Key words] Placental abruption; Pregnancy; Clinical manifestations; Diagnosis

胎盘早剥(placental abruption, PA)是指妊娠20周后或分娩期,正常位置的胎盘于胎儿娩出前全部或部分从子宫壁剥离^[1]。它是妊娠晚期的一种严重并发症,起病急、发展快,若处理不当,可危及母儿生命。其病因未明,预后较难预料,因此如何及早发现PA仍是目前产科临床研究的热点。笔者对我院2009-01~2011-12收治的PA病例的临床资料进行分析,探讨其漏诊误诊原因,以期在临床上提高识别能力,及时诊断并实施干预,改善母儿预后。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2009-01~2011-12我院收治住院分娩产妇7 838例,其中发生PA 29例,发生率为0.37%。PA患者年龄20~41(29 ± 0.5)岁,其中初产妇12例(41.38%),经产妇17例(58.62%)。发病时孕周28~38周。

1.2 诊断标准 (1)PA及子宫胎盘卒中诊断:全部PA患者均经产后常规检查胎盘明确诊断。诊断标准依照曹泽毅主编的《中华妇产科学》(第2版)^[2]。

1.3 分析方法 采用回顾性分析方法,临床资料来自产前检查病历及住院病历,主要分析指标包括PA发病诱因、临床征象、处理及临床结局等。

1.4 统计学方法 应用SPSS18.0软件进行统计学

处理,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,两组比较采用 t 检验,计数资料组间比较采用Fisher确切概率法计算, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 入院时间 29例PA患者中18例患者入院时间为18:00至次日8:00之间,属急诊入院者占62.07%。

2.2 发病诱因 29例PA患者中,有明确发病诱因者19例,占65.52%。其中妊娠期高血压疾病5例,占17.24%;胎膜早破3例,占10.34%;外伤性因素3例,占10.34%;脐带因素2例,占6.90%;羊水过多2例,占6.90%;缩宫素点滴引产1例,占3.45%;仰卧睡姿综合征3例,占10.34%。不明原因者10例,占34.48%。

2.3 临床表现 PA患者临床表现主要为腰腹胀痛、阴道流血、胎儿窘迫、血性羊水、自发早产、胎心异常、子宫压痛、子宫张力过高等,50%以上患者有两种或两种以上的临床表现。29例PA患者中,产前已确诊PA(确诊组)18例(62.07%),产前未确诊而产后经胎盘检查确诊PA(漏诊误诊组)11例(37.93%)。确诊组腰腹胀痛、阴道流血、子宫张力过高的发生率较漏诊误诊组高($P < 0.05$)。见表1。

表 1 29 例 PA 患者的临床表现[n(%)]

组 别	例数	腰腹胀痛	阴道流血	胎儿窘迫	血性羊水	自发早产或临产	胎心异常	子宫压痛	子宫张力过高	两种或两种以上临床表现
确诊组	18	13(72.2)	9(50.0)	10(55.6)	3(16.7)	4(22.2)	10(55.6)	1(5.6)	10(55.6)	11(61.1)
漏诊误诊组	11	3(27.3)	1(9.1)	5(45.5)	1(9.1)	4(36.4)	7(63.6)	0(0.0)	1(9.1)	5(45.5)
P	-	0.0266	0.0436	0.4421	0.6457	0.6706	0.7167	1.0000	0.0190	0.4657

2.4 超声检查 29 例均进行超声检查(仪器型号:日立 6500),超声表现阳性 17 例,检出率为 58.62%,表现为胎盘增厚及胎盘与宫壁间出现液性暗区(胎盘后血肿),其余患者无 PA 超声表现。

2.5 分型 轻型(以外出血为主,胎盘剥离面不超过胎盘面积的 1/3,体征不明显)19 例,占 65.5%;重型(为内出血或混合性出血,胎盘剥离面一般超过胎盘面积的 1/3,伴有较大的胎盘后血肿)^[1] 10 例,占 34.5%。

2.6 分娩方式及母婴结局 (1)分娩情况:剖宫产 24 例,占 82.8%,其中 18 例术前考虑为 PA 行手术治疗,术中剖宫取死胎 3 例,均属重型 PA,2 例并发子宫胎盘卒中。3 例剖宫取胎患者中 2 例为基层医院上转途中胎心音消失,入院时 B 超提示死胎;1 例为住院计划分娩缩宫素点滴引产过程突然阴道流血、胎心音消失。阴道分娩 5 例,占 17.2%。(2)母婴结局:无孕产妇死亡,死胎 3 例,新生儿窒息 9 例,无新生儿死亡,子宫胎盘卒中 6 例,凝血功能障碍 1 例。重型 PA 组宫内死胎、新生儿窒息发生率高于轻型 PA 组($P < 0.05$),而首发临床征象至临床处理时限长于轻型 PA 组($P < 0.01$)。见表 2。

表 2 29 例 PA 患者妊娠结局[n(%),($\bar{x} \pm s$)]

组 别	例数	宫内死胎	新生儿窒息	首发临床征象至临床处理时限(h)
轻型 PA 组	19	0(0.0)	3(15.8)	4.04 ± 0.08
重型 PA 组	10	3(30.0)	6(60.0)	26.17 ± 0.10
Fisher/t	-	-	-	649.759
P	-	0.0317	0.0328	0.000

2.7 诊断情况 入院后根据患者病史、临床表现及 B 超、胎心监护作出诊断(即为产前诊断)者共 18 例,占 62.07%。其余 11 例因临床症状不典型,术前未考虑 PA 均为术中、产后才发现。漏诊误诊率为 37.93%。其中以“胎儿窘迫”急诊剖宫产时发现 5 例,顺产后检查胎盘时发现 6 例。

3 讨论

3.1 PA 的发生率 PA 的发生率各家报道不一。国外报道^[1]为 1%~2%,国内报道^[1,3]为 0.23%~2.1%。本研究 PA 发生率为 0.37%,属于较低的水平,其原因未明,有待今后研究。

3.2 PA 的发病诱因 本组 PA 有明确发病诱因者 19 例,占 65.52%。主要诱因依次为妊娠期高血压疾病、胎膜早破、外伤性因素、仰卧睡姿综合征、脐带因素、羊水过多、缩宫素点滴引产。不明诱因者占相当大的比例(10 例,占 34.48%)。其诱因构成与国内报道^[3,4]相近。

3.3 PA 的临床表现 本组 PA 的临床表现缺乏特异性,主要为腰腹胀痛、阴道流血、胎儿窘迫、血性羊水、自发早产、胎心异常、子宫压痛、子宫张力过高,50%以上患者有两种或两种以上的临床表现,其情况也与国内报道^[3-5]相似。

3.4 PA 的漏诊误诊原因 (1)缺乏明显诱因。PA 的诱因主要为妊娠期高血压疾病、腹部外伤、羊水过多、宫腔压力骤减等。对于有明显诱因的孕妇容易受到重视而能得到及早诊断,而对于无明显诱因的孕妇易忽视而导致漏诊误诊。本组有 3 例经产妇,孕期检查未见明显诱因,均是在家睡眠中突然出现腰胀伴或不伴有少量阴道流血而就诊。其中 1 例伴臀位胎位不正,入院拟诊足月臀位临产,以“臀位”行剖宫产,术中确诊;1 例在当地误诊足月先兆临产住院待产,后因“胎儿窘迫”转入我院,途中胎心音消失,转入院 B 超确诊死胎、PA;1 例 B 超未提示异常,胎心监护示胎心基线消失,而拟“胎儿窘迫”行剖宫产,术中确诊。经追问病史,这 3 例均与仰卧位睡姿有关。故应详细询问病史,如发病前仰卧位睡姿出现胎动频繁、腰胀等情况者,应警惕 PA。另外,也要加强孕期保健知识宣教,提高自我保护意识,孕晚期避免仰卧位睡姿。(2)PA 临床首发征象存在多样性,缺乏特异性。子宫张力大或强直性子宫收缩是 PA 的典型临床表现,但出现之时也意味着临床病程已经发展到一定的严重地步,也意味着干预时机的滞后和(或)错过。PA 常见症状包括阴道流血、腹痛、胎儿窘迫、宫缩过频、子宫张力大、血性羊水及宫内死胎等^[2]。本组资料显示,两种或两种以上临床表现者 16 例(55.17%),以腰腹胀痛或阴道流血多见,极易与临产、先兆临产、先兆早产混淆而延误诊治。本组 11 例误诊漏诊中 5 例均疑为胎儿窘迫而行剖宫产,因此对不明原因的胎心音异

常者,医务人员应高度警觉。(3)超声检查有一定的局限性。超声是术前诊断 PA 的重要辅助手段^[6,7],但假阴性率较高。PA 的最早征象为底蜕膜区回声带消失^[2]。典型的声像显示为胎盘与子宫壁之间出现边缘不清的液性暗区(胎盘后血肿)及胎盘增厚等^[1]。B 超对诊断小面积或急性的显性剥离较困难,而对隐性剥离相对较容易。超声的正确诊断率为 15%~25%^[8]。本组资料中,分娩前 PA 超声检出率为 58.62%。因此,超声报告阴性者并不能完全排除 PA。对可疑者需动态 B 超监测胎盘变化情况。近年国外有报道^[9],对彩色多普勒超声诊断 PA 阴性者,可考虑应用磁共振成像检查,但其对胎儿健康是否有影响,有待研究。

3.5 分娩结局 分娩结局与 PA 轻重程度有一定关系。重型 PA 组宫内死胎和新生儿窒息发生率高于轻型 PA 组($P < 0.05$)。此外,首发临床征象至临床处理时限也是影响分娩结局不容忽视的因素之一。PA 程度的变化有赖于患者在出现症状后是否及时诊断和得到救治,一旦延误,胎儿死亡等严重并发症的发生率将显著增高。本组资料显示,重型 PA 组首发临床征象至处理时限长于轻型 PA 组($P < 0.01$)。本研究中轻型或抢救及时的重型 PA 组母婴预后较好。这提示我们,一方面要对高危孕妇加强宣传教育,加强监测,提高对 PA 的防范意识,尽

早发现病情;另一方面只要临床医师能够识别早期症状早期诊断,及时实施临床干预手段,尽量缩短首发临床征象至处理时限,就可降低母婴不良预后的发生率。

参考文献

- 1 丰有吉,沈铿,主编.妇产科学[M].第2版.北京:人民卫生出版社,2012:117-120.
- 2 曹泽毅,主编.中华妇产科学[M].第2版.北京:人民卫生出版社,2005:426-430.
- 3 赵欣,戴欣英.上海市胎盘早期剥离10年发病情况的研究[J].上海医学,2003,26(10):699-701.
- 4 余美佳,李俊男,王琳,等.119例胎盘早剥的临床分析[J].实用妇产科杂志,2011,27(2):146-148.
- 5 王爱桃.胎盘早剥112例临床分析[J].中国现代医生,2010,48(21):116-117,130.
- 6 Kikutani M, Ishihara K, Araki T. Value of ultrasonography in the diagnosis of placental abruption[J]. J Nippon Med Sch, 2003, 70 (3): 227-233.
- 7 Walker M, Whittle W, Keating S, et al. Sonographic diagnosis of chronic abruption[J]. J Obstet Gynaecol Can, 2010, 32(11):1056-1058.
- 8 罗红,罗扬.胎盘早剥的超声诊断分析[J].四川大学学报(医学版),2008,39(4):696,封三.
- 9 Masselli G, Brunelli R, Di Tola M, et al. MR imaging in the evaluation of placental abruption: correlation with sonographic findings[J]. Radiology, 2011, 259(1):222-230.

[收稿日期 2013-06-17][本文编辑 黄晓红 韦颖]

临床研究·论著

2003~2012年广西钦州市流行性乙型脑炎疫情分析

欧柱宁

作者单位:535099 广西,钦州市疾病预防控制中心疫情信息科

作者简介:欧柱宁(1982-),男,大学本科,管理学学士,助理工程师,研究方向:传染病疫情报告管理。E-mail:ouzhuoning@163.com

[摘要] 目的 了解钦州市流行性乙型脑炎(简称乙脑)的流行情况,为有效预防控制乙脑提供科学依据。方法 对钦州市2003-01~2012-12的乙脑疫情资料用描述流行病学方法进行整理分析。结果 2003~2012年该市共报告乙脑病例91例,年均发病率为0.29/10万;散居儿童发病69例,占75.82%;男性、女性分别占69.23%、30.77%;2~10岁儿童发病77例,占发病总数为84.62%;5~7月份发病90例,占病例总数的98.90%,呈明显的夏秋季发病高峰;病例主要集中在农村边远地区,共65例,占病例总数的71.43%。结论 预防控制乙脑要重点抓好农村边远地区2~10岁散居儿童的乙脑疫苗常规接种和查漏补种工作,在乙脑高发的夏秋季节加强监测力度和宣传教育力度,落实防蚊措施,减少乙脑发病。

[关键词] 乙型脑炎; 疫情分析; 预防措施