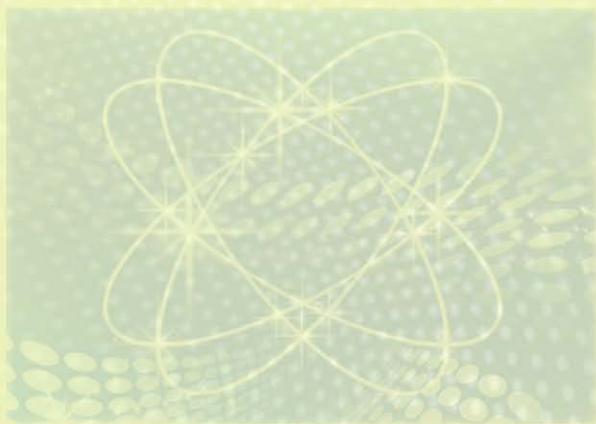


产科急危重病例诊治及分析

宋伟奇 著



内蒙古科学技术出版社

产科急危重病例诊治及分析

宋伟奇 著

内蒙古出版集团
内蒙古科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

产科急危重病例诊治及分析 / 宋伟奇著. —赤峰 :
内蒙古科学技术出版社, 2013. 3
ISBN 978 - 7 - 5380 - 2260 - 5

I. ①产… II. ①宋… III. ①产科病—急性病—诊疗
②产科病—险症—诊疗 IV. ①R714. 059. 7

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 040995 号

出版发行: 内蒙古出版集团 内蒙古科学技术出版社

地 址: 赤峰市红山区哈达街南一段 4 号

邮 编: 024000

电 话: (0476)8226867

邮购电话: (0476)8224547

网 址: www.nm-kj.com

责任编辑: 那 明

封面设计: 永 胜

印 刷: 赤峰富德印刷有限责任公司

字 数: 150 千

开 本: 880×1230 1/32

印 张: 5. 625

版 次: 2013 年 3 月第 1 版

印 次: 2013 年 3 月第 1 次印刷

定 价: 18.00 元

序

严重孕产妇合并症,发病急,进展快,威胁着母婴的健康和生命。如果救治不及时甚至导致母婴死亡的悲剧性结果。如何护理好产科急重症患者,降低围生期母婴的死亡率,是每一家医院、每一名妇产科医生所面临的课题。

宋伟奇医生从事妇产科工作近 30 年,他努力工作勤奋,吃苦耐劳,经常为了抢救病人而夜以继日,每当有重病人时他总会出现现在病人床边。他努力工作,不断学习和掌握新知识,所著的《产科急危重病例诊治及分析》是他多年临床工作的总结。经验来自病人的床边,来自对新知识的掌握,来自对研究生的培养。相信该书的出版会对临床医生处理产科急重症有所帮助,成为年轻妇产科医生的良师益友。

宋伟奇是我院最忙的医生,主任医师,硕士生导师,妇产科主任。他的医术得到了广大患者的认可,找他看病、手术的人特别多,能够在应付繁重的临床工作之余,写出一本有特色、实用性很强的书稿,我作为院长向他表示祝贺!并应邀为此书作序。

内蒙古民族大学临床医学院院长

内蒙古医学会神经外科分会主任委员 孙志刚

吉林大学神经外科博士生导师

前 言

严重产科合并症威胁孕产妇的健康,是导致母婴死亡的主要原因。本书收集了近 10 年作者亲自经历和抢救过的产科 20 余例重症、极重症病例,这些病例包括:产后出血 DIC,妊娠高血压疾病合并急性心衰、急性呼衰,妊娠高血压疾病合并 HELLP 综合征多脏器功能衰竭,妊娠合并急性脂肪肝,胎盘早剥合并 DIC,穿透性植入胎盘合并妊娠晚期子宫自发破裂出血 DIC,妊娠晚期合并肺内感染胎死宫内呼吸衰竭,妊娠合并血小板减少性紫癜剖宫产术后出血 DIC 等,并详细记录这些病例的病史、查体、辅助检查及抢救、治疗等过程。围绕这些病例进行了详细总结、讨论及论述,目的是为了提高临床医生应对产科急重症病人的能力,提高诊治水平,降低孕产妇及母婴的死亡率。

目 录

一 产后出血 DIC	1
【病例 1】	1
(一) 病例简介	1
(二) 讨论	3
【病例 2】	6
(一) 病例简介	6
(二) 讨论	10
【病例 3】	12
(一) 病例简介	12
(二) 讨论	15
二 妊娠高血压疾病——子痫合并心衰、呼衰	18
(一) 病例简介	18
(二) 讨论	23
三 妊娠高血压疾病——子痫前期合并剖宫产术后 心衰	26
【病例 1】	26
(一) 病例简介	26
(二) 入院时情况	26
(三) 辅助检查	27
(四) 最后诊断	30
【病例 2】	30
(一) 病例简介	30
(二) 讨论	33

四	妊娠高血压疾病——子痫前期剖宫产术后合并	
	HELLP 综合征	40
	(一)病例简介	40
	(二)讨论	42
	(三)总结	45
	(四)HELLP 相关知识	46
	(五)HELLP 综合征的诊断与分类标准	47
	(六)HELLP 治疗原则与处理	47
五	妊娠高血压疾病——子痫呼吸抑制	51
	【病例 1】	51
	(一)病例简介	51
	(二)诊断和治疗	52
	【病例 2】	54
	(一)病例简介	54
	(二)诊断和治疗	55
	(三)讨论	56
六	胎盘早剥合并 DIC	61
	【病例 1】	61
	(一)病例简介	61
	(二)辅助检查	62
	(三)治疗	63
	【病例 2】	64
	(一)病例简介	64
	(二)体格检查	65
	(三)辅助检查	65
	(四)诊断和治疗	66
	(五)最后诊断	68
	【病例 3】	68
	(一)病例简介	68
	(二)讨论	71
	(三)胎盘早剥的原因	71

(四)胎盘早剥的表现	73
(五)胎盘早剥的治疗	74
(六)并发症处理	75
七 妊娠合并急性脂肪肝	78
【病例 1】	78
(一)病例简介	78
(二)讨论	87
【病例 2】	89
(一)病例简介	89
(二)讨论	92
(三)急性脂肪肝相关知识	93
(四)妊娠期急性脂肪肝(AFLP)	93
八 妊娠晚期合并严重肺内感染——呼吸衰竭	102
(一)病例简介	102
(二)讨论	105
九 妊娠合并血小板减少性紫癜剖宫产术后出血	
DIC	109
(一)病例简介	109
(二)讨论	116
(三)疾病症状	119
(四)辅助检查	120
(五)治疗原则	120
(六)产科管理	122
十 穿透性植入胎盘合并妊娠晚期子宫破裂出血	
DIC	125
(一)病例简介	125
(二)讨论	127
十一 软产道损伤——阴道壁血肿多次缝合休克	
DIC	130
(一)病例简介	130
(二)讨论	132

十二 妊娠晚期贫血 Rh 血型检验错误——错误输血	
导致严重贫血	135
(一)病例简介	135
(二)讨论	145
十三 剖宫产术后合并肺栓塞	150
【病例 1】	150
(一)病例简介	150
(二)诊断和治疗	151
【病例 2】	153
(一)病例简介	153
(二)讨论	157
(三)妊娠合并肺栓塞的治疗方法	165
(四)预防	168

一 产后出血 DIC

【病例 1】

(一)病例简介

患者:木某,女,26 岁。因“产后伴阴道大量流血 3 小时”,转诊急诊入院。

患者因初孕足月,于 11 月 10 日 11 时 5 分在当地医院行胎头吸引助产及加腹压的情况下分娩一婴儿,该婴儿生后重度窒息,APgar 评分不详,经抢救无效而死亡。产妇产后即刻大量阴道流血,血压下降,立即转诊。途中给予 706 代血浆 1 000ml,生理盐水 1 000ml,10%葡萄糖液 1 000ml,缩宫素 70U,多巴胺 100mg 静点,血压维持在 5.3~6.7/4~5.3kPa(40~50/30~40mmHg),于 13 时 50 分转入我院。从分娩到转入我院用时 2 小时 45 分。

入院时情况较差,T 36℃,P 140 次/分钟,R 31 次/分钟,Bp 测不到。精神状态不好,意识模糊,被动体位,贫血貌,皮肤黏膜及口唇苍白,瞳孔对光反射迟钝,心肺未闻及杂音。

1. 专科情况

子宫轮廓不清,阴道出血量较多,不凝固。会阴Ⅱ度裂伤,阴道双侧沟裂伤超过 4cm,伤口出血,宫颈无明显裂伤。入院后初步诊断:产后出血—失血性休克 DIC。鉴于病人病情较重,积极组织全科乃至全院力量进行抢救。

2. 诊疗经过

患者入院后建立多条静脉通道,吸氧等。急查血常规、血型、凝血功能、肾功能,输血前检查等辅助检查。积极备血合血,争分夺秒为患者早输血。于 14 时 10 分发现产后尿量不足 20ml,立即静脉注射速尿 40mg,考虑该病人有手术的可能,立即进手术室抢救。请相关科室会诊协助治疗。给予速利尿尿,多巴胺等升压,肝素抗凝,维生素 K₁、缩宫素止血,输全血、血浆、血小板,缝合软产道裂伤,进行抢救。从住院开始为了促进宫缩减少出血由专人持续按摩子宫。急查血常规回报:血红蛋白 41g/L,血小板 50 000U,立即输入红细胞悬液 1 000ml、血小板 10U、血浆 600ml。病人情况好转,生命体征趋向正常。因病人未生育子女,年轻,我们力争保留子宫,继续输血观察。继续输血 1 200ml、血浆 400ml,但阴道出血仍较多,不凝固。凝血功能检查纤维蛋白原降至 0.3g/L,其他凝血功能检查均不正常,在此情况下不得不向患者家属交代病情,行子宫全切术。术中探查子宫收缩不好,右侧阔韧带基底部及主韧带处可见淤斑,双侧附件未见异常。因考虑到次切子宫有可能术后再出血,故行全切。术中经过较顺利,出血约 300ml,手术创面涂以止血材料,仔细缝合后腹膜(有利于手术创面的止血)。阴道裂伤创面放置止血纱布止血,腹腔留置引流管。术中及术后 2 小时内共输红细胞悬液 2 000ml,血浆 800ml。尿量约 3 800ml,留观手术室 2 小时。

实验室检查结果:

血红蛋白由入院时的 41g/L 升到 104g/L,血小板升到 57 000U,血压升到 13.3~11.3/9.3~6.7kPa(100~85/70~50mmHg),纤维蛋白原升到 1.21g/L。

患者病情趋于平稳,送回病房。继续给予面罩吸氧、抗炎、补液、输血浆等治疗,减慢输血及输液的速度。术后

第 1 天 6 时复查血常规回报:血红蛋白 79g/L,11 时复查 74g/L,15 时为 62g/L,血小板 40 000U,腹腔引流出血性液体 600ml。遂分次输红细胞悬液 800ml、血浆 400ml、血小板 10U。定时复查血常规凝血功能,其间无明显变化。术后第 2 天血常规显示:血红蛋白 70g/L,血小板 80 000U,继续输红细胞悬液 400ml。术后第 3 天血红蛋白 76g/L,血小板 97 000U,纤维蛋白原已恢复正常。血浆总蛋白 52g/L,白蛋白 28.5g/L,病人出现全身水肿,给予人体白蛋白静点 10g×5 天。血钾低 3.0mmol/L,腹胀明显,给予补钾 5g,胃肠减压。以后每日补钾 3~5g,直到血钾正常。腹腔引流管每日引流液体在 100~200ml,为浆液血性。术后第 4 天排气,腹胀减轻,进少量流食,能下床活动。血常规检查:血红蛋白 80g/L,血小板正常。术后第 6 天血红蛋白 91g/L,白蛋白 29.9g/L。术后第 7 天因腹腔引流管引流液体 24 小时少于 20ml,为浆液性,遂拔出引流管,同时拔尿管,能自行排尿。术后第 11 天,患者身体状态良好,腹软,阴道无异常分泌物,复查肝肾功能基本正常,血红蛋白 84g/L。术后第 15 天出院,继续给予补铁抗贫血治疗。术后 6 周、2 个月、3 个月复查 3 次未发现明显异常。

(二)讨论

1. 诊断

该病人的诊断较明确,即产后出血—失血性休克 DIC。造成出血的原因:第一是宫缩乏力,第二是软产道损伤。估计该病人的产程较长,难产,“连拉带拽”将胎儿娩出,最后导致婴儿出生后死亡。分娩过程中产妇各方面的消耗较大,导致宫缩乏力。另外该患者会阴、阴道都有裂伤,未经及时缝合,导致持续性出血近 3 小时。基层医院医护人员专业水平不高,产科经验严重不足,医院不具备

输血条件,这是导致病人发生严重产科并发症的原因。“死了孩子,切了子宫”,这是很悲哀的事情,能够保住产妇生命已经是值得庆幸的事了。

2. 产后出血

产后出血是分娩期严重并发症之一,至今仍居我国基层医院孕产妇死亡原因的首位,其发生率占分娩总数的2%~3%。发生主要原因有:宫缩乏力、胎盘因素差、软产道裂伤、凝血功能障碍。宫缩乏力是产后出血的主要原因,占出血总数的40%~90%。随着产科技术的进一步发展,对产后出血正确的认识和判断有了进一步提高。采取果断和积极有效的措施,使产后出血的发生率逐年下降,抢救成功率逐年提高,子宫切除率也逐年下降,最大限度地保全生殖功能成为可能。其中DIC的诊断和处理最为棘手,而产科弥漫性血管内凝血是以凝血功能异常为主要特征的病理过程,临床主要表现为突发性难以控制的大量阴道出血、多器官衰竭、低血压和休克,治疗困难,病死率高,病情十分凶险,应予以高度重视,这也是此病人切除子宫的原因。

3. 治疗体会

治疗的体会是输血要迅速,采取减少出血、控制出血的措施要迅速,术前准备也要迅速。因为是出血造成的,所以止血、输血是首先考虑的。要在最短时间备足血液制品,最短时间输入体内,最短时间控制和减少出血。此病人住院后在备血输血的同时,有专人按摩子宫,并对软产道裂伤进行了缝合,对减少出血非常有利。由于病人病情较重,为了赢得时间,整个抢救过程在手术室进行。

对于产后出血首要是正确地识别和判断,采取果断和积极有效的措施,多学科紧密协作,其中早期诊断并及时采取有效治疗措施是抢救成功的关键。

准确估计产后出血量。产科领域中急剧的产后出血,

可使病情迅速恶化,而临床上对出血量的估计又常常不足,这样往往麻痹大意,致使延误病情致休克,应引起医务人员的高度重视。为了正确估计出血量,在紧急情况下,休克指数的应用是一种简单易行的方法。休克指数=脉搏/收缩压,正常值小于 0.5。“争分夺秒”纠正贫血,控制出血,以避免休克的发生。一旦发生休克更应全力以赴及早纠正以防发生严重的 DIC。一旦发生 DIC,要举全院之力抢救患者的生命,血、血浆、血小板是最重要的,一定要准备充足,要随时准备切除出血的子宫。切除子宫要慎重,特别是有生育要求的病人,不到万不得已的情况下不能切。

4. DIC(弥散性血管内凝血)简易诊断标准

(1)原发病在及时并且全面的综合疗法进行中继续恶化。

(2)原因不明的出血倾向。

(3)DIC 筛选试验血液抽出时已成高凝状态(DIC 早期),血沉慢。

(4)周围血片中查见裂细胞和细胞碎片。

(5)血管栓塞现象。

(6)血小板进行性减少 $\leq 100 \times 10^9/L$ 。

(7)凝血酶原时间(Quick 氏一期法) ≥ 15 秒,血浆纤维蛋白原 $\leq 200\text{mg/ml}$ 。同时每天监测血小板(Plt)、凝血酶原时间(PT)、活化部分凝血活酶时间(APTT)、纤维蛋白原(Fbg)、硫酸鱼精蛋白试验(3P)、纤维蛋白降解产物(FDP)和 D-D 二聚体(DD)。

5. 治疗 DIC 的根本措施

治疗 DIC 的根本措施是去除原发病及补血、血浆、血小板及凝血因子替代治疗、抗凝治疗、抗纤维治疗等综合治疗。在抗凝治疗中肝素治疗是关键,DIC 早期及时应用小剂量肝素治疗产科急性弥漫性血管内凝血。早期使用

足量的肝素,用量为 $0.5 \sim 1.0 \text{mg/kg}$ 体重/次($1 \text{mg} = 125 \text{U}$),加入 10% 葡萄糖液 40ml 中直接静脉推注,间隔 4~6 小时,每 4 小时查血小板及凝血时间 1 次,使其延长到正常凝血时间的一倍以上(15~20 分钟)。

6. 肝素化的体征

肝素化的体征是原发病得到控制,出血停止,血小板回升到正常或接近正常值。至于肝素疗法出现的副作用,应立即给同最后一次肝素量相等的鱼精蛋白静脉推注,出血均在 30~60 分钟停止。

7. 低分子肝素应用

低分子肝素应用至临床表现消失,DIC 实验指标恢复正常 3 天后停药。最近有学者不主张在 DIC 的抢救中应用肝素,或应用肝素要慎重。主要是不好掌握其适应证,可能会加重出血。

输注新鲜全血,是抢救 DIC 过程中非常重要的措施,充足新鲜血源是抢救成功的保证。由于体检等原因组织新鲜血源非常困难,往往不能及时到位,我们必须学会成分输血,第一时间要考虑输红细胞、血浆、血小板等,最后是高效血浆。近年来有学者指出,在有效止血前,以维持正常脉率和血压为目标的大量晶体液输入、复苏,可引起血液稀释,导致凝血障碍,增加出血量,将其定义为“稀释性凝集病”,并由此提出了尽早输新鲜血或血制品的早期复苏方案。

【病例 2】

(一)病例简介

患者:韩某,女,30 岁。因“剖宫产术后 36 小时,产后出血子宫次切 32 小时,术后腹胀腹痛 10 小时”转诊急诊

入院。

患者因“初孕 38 周, 双胎, 试管婴儿”于当地医院行剖宫产术。据当地医生叙述: 术前血常规检查正常, 无妊娠合并症, 但胎儿较大。剖宫产术中顺利, 两个婴儿体重均在 3 000g 以上, 术中出血约 300ml, 经过较顺利。术后因宫缩乏力致产后出血, 出血量较多, 病情加重, 病人出现休克, 并出现咳血、呕血、全程血尿、阴道流血不止等, 考虑 DIC, 于术后约 4 小时行子宫次切术, 术中发现腹腔内出血约 3 000ml, 于剖宫产子宫切口的上方切除子宫体, 术中手术创面出血较严重, 腹腔内放置胶管引流。由于出血量较多, 并考虑 DIC, 子宫切除术后至转入我院前约 32 小时, 共输红细胞悬液 7 200ml、全血 400ml、血浆 3 100ml、血小板 50U, 术后腹腔引流出血性液体 2 100ml。子宫切除后病情一度好转, 情况有所改善, 生命体征较平稳, 12 小时尿量 1 500ml。近 10 小时出现明显的腹胀腹痛肛门坠胀感, 并逐渐加重, 多次出现晕厥, 生命体征监测极不平稳, 出现血压下降、脉率和呼吸加快。血压需用升压药维持。于剖宫产术后约 36 小时急诊转入我院。自诉为试管婴儿, 曾出现卵巢过度刺激综合征, 近 3 个月活动少, 一直卧床休息。

1. 入院时情况

T 36. 6℃, P 134 次/分钟, R 22 次/分钟, Bp 18. 8/12. 2kPa(141/92mmHg)。急性病容, 贫血貌, 多汗, 轻度水肿, 腹部高度膨隆, 腹壁紧张, 切口敷料无明显渗出, 叩诊呈鼓音, 移动性浊音(+). 两肺呼吸音减弱未闻及明显的干湿性啰音。心率快, 律齐, 未闻及病理性杂音。阴道无明显出血, 腹腔引流管通畅, 引流液为血性液体, 并不多。

2. 处置过程

入院后立即监测生命体征, 建立多条静脉通道补液,

吸氧,半坐位。请相关科室会诊。急查血常规、血型、凝血功能、肝肾功能等辅助检查。

3. 结果回报

血常规:WBC $10.31 \times 10^9/L$, RBC $2.73 \times 10^{12}/L$, Hb 83g/L, Plt $39 \times 10^9/L$, 血型 O 型, Rh(+).

凝血功能: PT 16.78s, FIB 1.12g/L, D - Dimer 22.10 μ g/ml。

肝功能:肝酶升高, ALT 45.0U/L, r - GGT 79.30U/L, 总蛋白 54.40g/L, 总胆红素 16.30 μ mol/L, 直接胆红素 5.30 μ mol/L, 间接胆红素 11.00 μ mol/L, 总胆汁酸 77.60 μ mol/L, AST 227.50 μ mol/L。

血糖 5.32mmol/L, LDH 287.80U/L, α - HBDN 328.50U/L。

肾功能各项指标: Urea 3.44mmol/L (正常), UA 463.3 μ mol/L, Crea 81.15 μ mol/L, TCO₂ 25.4mmol/L。

离子: K¹⁺ 3.50mmol/L, Na¹⁺ 138.20mmol/L, Cl¹⁺ 96.00mmol/L, Ca²⁺ 1.75mmol/L, Mg²⁺ 1.61mmol/L。

除上述治疗外,给予输红细胞悬液 4U、血浆 1 000ml、血小板 20U。1 小时后复查血常规,血红蛋白下降到 73g/L。并行 B 超检查,提示腹腔大量积液,考虑腹腔积血,上提引流管 2cm,引出血性液体约 5 000ml。病人腹胀情况减轻,腹胀腹痛缓解,能够入睡。继续输红细胞悬液 5U,血浆 200ml,1 小时后复查血常规回报,血红蛋白下降到 55g/L,凝血功能进一步下降,纤维蛋白原 0.57g/L。再次输红细胞悬液 4U、新鲜全血 600ml、血浆 400ml、冷沉淀 400ml,1 小时后复查血常规回报,血红蛋白 85g/L,2 小时后复查血常规回报,血红蛋白 66g/L,再次输红细胞悬液 4U。入院 12 小时,总入量 8 844ml,腹腔引流液体 6 600ml,为血性,尿量 1 000ml。2 小时后复查血常规回报,血红蛋白 80g/L,血小板 $50 \times 10^9/L$,纤维蛋白原 0.87g/