



EIZHONG

YUNCHANFU QIANGJIU ANLI JINGXUAN

危重孕产妇抢救

案 例 精 选

主编 王磐石

本书从近年危重孕产妇抢救案例中精选出90个典型案例，从管理和业务的不同层面介绍了危重孕产妇抢救的组织和实施过程，为卫生行政管理人员、妇幼保健人员和产科临床医师提供了孕产妇保健服务、组织危重孕产妇抢救的思路和方法。

上海科学技术出版社



中国妇幼保健协会
中国优生优育协会

中国妇幼保健协会 中国优生优育协会 中国妇幼保健协会 中国优生优育协会

危重孕产妇抢救

案例精选

主编 王卫华

中国妇幼保健协会 中国优生优育协会
中国妇幼保健协会 中国优生优育协会
中国妇幼保健协会 中国优生优育协会

危重孕产妇抢救案例精选

主编 王磐石

上海科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

危重孕产妇抢救案例精选 / 王磐石主编. —上海: 上海
科学技术出版社, 2010.1

ISBN 978-7-5323-9938-3

I. 危… II. 王… III. 围产期—险症—急救 IV.
R714.059.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 190356 号

上海世纪出版股份有限公司出版、发行
上海科学技术出版社

(上海钦州南路 71 号 邮政编码 200235)

新华书店上海发行所经销

上海书刊印刷有限公司印刷

开本 787×1092 1/18 印张 18.66 插页 4

字数:410 千字

2010 年 1 月第 1 版 2010 年 1 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5323-9938-3/R·2721

定价 80.00 元

本书如有缺页、错装或损坏等严重质量问题,
请向工厂联系调换

内 容 提 要

本书在上海市卫生局的组织下,由上海市妇女保健所和全市产科、急诊科、心内科、妇幼保健等知名专家编写。作为上海市公共卫生体系建设新三年行动计划项目之一的《上海市危重孕产妇抢救中心及网络的建设》,其目的是为了提高危重孕产妇抢救能力。

本书汇集了上海市助产医疗机构报告的孕产妇危重案例,既包括妊娠并发症和常见妊娠合并症,又包括罕见的、严重的妊娠并发症和妊娠合并症,通过介绍案例临床资料、会诊抢救经过及权威专家点评,展现了上海市危重孕产妇会诊抢救网络构架下各级产科专家、多学科专家和卫生管理部门共同救治危重孕产妇的经过,提供了产科各类危重病例的组织抢救、诊治思路和方法,尤其对案例诊治中不足之处进行的针对性分析点评,为各级临床医师在危重孕产妇救治方面提供指导和帮助。

编 审 者 名 单

主 编 王磐石

副主编 段 涛 李善国 朱丽萍

主 审 王德芬

编写者(以姓氏笔画为序)

古 航 卢洪洲 朱会耕 杨祖菁

李笑天 应 豪 林建华 郑 敏

骆月娥 徐先明 黄亚娟 蒋佩茹

程海东 裘佳敏

秘 书 秦 敏 何丽萍

前 言

关注和保障母婴健康,有效提高出生人口素质,是充分体现政府强化公共卫生服务的神圣职责。对孕产妇健康和安全的服务能力与保障水平,在微观上直接与保健优质服务、助产技术服务和产科与新生儿救治质量等密切关联,在宏观上是直接反映一个国家或地区人口健康水平、人们生活质量、社会文明程度的重要指标。从这个意义上说,母婴健康水平提高可以解释为人的生活条件不断得到改善,人的尊严不断得到尊重,人的自由选择空间不断摆脱各种条件束缚向更为人道或更为理性化的方向持续扩大,这对于实现和谐社会的宏伟目标具有极其重要的意义。

根据世界卫生组织的权威数据,全球每1分钟就有1名女性在分娩时死亡,同时有20名以上女性忍受着并发症的折磨,这意味着全球每年有50多万名妇女死于妊娠或分娩。经研究表明,建立一个强有力的医疗保健系统,提供持续的医疗保健服务,降低妊娠和分娩风险,至少有2/3的孕产妇可以通过有效的干预获得挽救。作为国际大都市的上海,近年来,为降低孕产妇死亡率与围生儿死亡率,切实保障母婴安全,从体制和机制上着手,全力推进网络建设和人才培养,并将此列为加强公共卫生体系建设的重要项目。2007年上海市建立了危重孕产妇抢救报告制度,并依托市级综合性医院和专科医院的学科特长和技术优势,建立了5家危重孕产妇会诊抢救中心,覆盖和完善了全市助产机构的救治网络。同时,以危重孕产妇会诊抢救中心为平台,培养带教出一批工作在基层一线的妇产科骨干队伍。2007年12月至今,已有500多名危重孕产妇得到有效的救治,从根本上解决了既往危重孕产妇会诊难、转院难的问题,危重孕产妇抢救成功率明显提高,使本市的孕产妇死亡率处于稳中有降的基本态势。2008年全市孕产妇死亡率为12.23/10万,其中本市户籍孕产妇死亡率为6.91/10万。

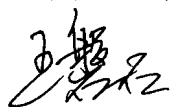
古人云:“前车之覆,后车之鉴”。我们既要总结以往的教训与经验,又要勇往直前,不断探索与创新。为此,市卫生局组织市妇女保健所和一批长期从事危重孕产妇救治工作的产科、急救科、心内科、妇幼保健等医学专家,从近年建立报告制度以来本市危重孕产妇抢救案例中,精选出90个典型案例,包括妊娠期高血压疾病、产科出血、妊娠合并心脏病、妊娠合并肝病、羊水栓塞、妊娠合并颅内病变、妊娠合并血液病、妊娠合并糖尿病、妊娠合并外科疾病、异位妊娠、妊娠合并感染性疾病、孕产期罕见并发症及合并症等,从管理和业务不同层面介绍了危重孕产妇抢救的组织和实施过程,

为卫生行政管理人员、妇幼保健人员和产科临床医师提供了孕产妇保健服务、组织危重孕产妇抢救的思路和方法。研究、分析和掌握这些案例,对于提高救治能力和业务水平具有重要的参考价值。

《危重孕产妇抢救案例精选》是目前唯一的一部危重孕产妇保健、会诊、抢救等经验与教训的写真集。撰写者既有德高望重的老一辈专家教授,又有在第一线的工作中积累丰富经验的中青年学科带头人。在整个编写过程中,每一位专家充分体现了科学性和严谨性,日以继夜地付出了辛勤的劳动,在此表示衷心感谢。

提高出生人口素质,降低孕产妇和婴儿死亡率是各级政府的应尽职责,提高危重孕产妇抢救成功率更是各级卫生行政部门和医疗保健机构的共同任务和崇高目标。《危重孕产妇抢救案例精选》的问世,成为我们致力于母婴健康可持续发展的良师益友。期望各级卫生行政部门和医疗保健机构的同仁每天每时携起手来,为了“世界上有一种最美丽的声音,那便是母亲的呼唤”(但丁),为了保障千千万万母婴的健康,履行我们的责任、优化我们的流程、贡献我们的技术、奉献我们的爱心。

上海市卫生局



目 录

第一章 妊娠期高血压疾病	1
案例 1 G ₈ P ₃ ,孕 29 周,气喘 2 天,加重 8 小时	1
案例 2 G ₃ P ₁ ,孕 38 周,产前检查发现血压升高 1 天	6
案例 3 G ₃ P ₁ ,孕 31 ⁺ ₃ 周,胸闷、气急 1 天	10
案例 4 G ₂ P ₀ ,孕 34 ⁺ ₆ 周,头痛 1 周,抽搐 2 次	14
案例 5 G ₁ P ₀ ,孕 39 ⁺ ₃ 周,阴道流液 1 小时	16
案例 6 G ₄ P ₁ ,孕 5 ⁻ 月,抽搐 3 次	19
案例 7 G ₃ P ₂ ,孕 39 ⁺ ₅ 周,持续性下腹痛 9 小时,胎动消失 6 小时	23
案例 8 G ₄ P ₁ ,孕 7 ⁺ 月,中上腹痛伴少量阴道出血 4 小时余,抽搐 1 次	27
案例 9 G ₁ P ₀ ,孕 33 ⁺ ₂ 周,血压升高 6 周,中上腹痛 7 小时,抽搐 1 次	30
案例 10 G ₁ P ₀ ,孕 24 ⁺ ₆ 周,血压升高 5 周,蛋白尿 1 周,抽搐 1.5 小时	34
案例 11 G ₂ P ₀ ,孕 28 ⁺ ₅ 周,水肿 10 天,头晕、眼花 4 天,伴腹泻 2 天	37
案例 12 顺产后 6 天,胸闷 5 天加重 4 天,抽搐 1 小时	39
第二章 产科出血	41
案例 13 G ₄ P ₁ ,孕 28 ⁺ ₁ 周,无痛性阴道流血 1 小时	41
案例 14 G ₃ P ₁ ,孕 39 ⁺ ₂ 周,血压升高 1 个月	44
案例 15 G ₂ P ₁ ,孕 36 ⁺ ₁ 周,腹痛伴阴道出血 14 小时	47
案例 16 G ₂ P ₀ ,孕 25 ⁺ ₄ 周,左上腹痛伴呼吸困难半小时	50
案例 17 G ₆ P ₂ ,孕 20 ⁺ ₂ 周,下腹疼痛伴阴道出血 5 小时	52
案例 18 G ₁ P ₁ ,剖宫产术后 15 天,阴道大出血 1 小时	55
案例 19 G ₂ P ₁ ,孕 31 ⁻ ₂ 周,无痛性阴道出血 3 小时	58
案例 20 G ₂ P ₀ ,孕 38 ⁺ ₆ 周,检查发现胎盘前置	62
案例 21 G ₂ P ₁ ,孕 34 ⁺ ₆ 周,双子宫畸形,持续下腹痛 2 小时	65
案例 22 G ₁ P ₁ ,孕 7 月,产后大出血伴晕厥 2 小时	67
案例 23 G ₃ P ₀ ,孕 33 ⁺ ₆ 周,B 超示胎盘位置异常	69

案例 24	G ₄ P ₁ , 孕 41 周, 大量阴道流血 2 小时	73
案例 25	G ₃ P ₁ , 孕 40 ⁺¹ 周, 下腹阵痛 2 小时	75

第三章 妊娠合并心脏病 79

案例 26	G ₂ P ₀ , 孕 37 ⁺⁵ 周, 胸闷、咳嗽、气急 6 天	79
案例 27	G ₃ P ₀ , 孕 21 ⁺¹ 周, 咳嗽、咳痰 20 天, 活动后胸闷伴下肢浮肿 7 天	83
案例 28	G ₁ P ₀ , 孕 4 个月, 活动后心慌、气促 2 月余	86
案例 29	G ₃ P ₁ , 孕 23 ⁺³ 周, 咳嗽、胸闷、气促、不能平卧 8 天	90
案例 30	G ₂ P ₁ , 孕 39 周, 风湿性心脏病史 10 年, 换瓣术后 2 年余	94
案例 31	G ₃ P ₀ , 孕 34 ⁺² 周, 头晕、心慌、活动后气急加重 4 天	97
案例 32	G ₁ P ₀ , 孕 38 ⁺² 周, 法洛四联症矫正术后 18 年	100
案例 33	G ₂ P ₀ , 孕 39 周, 心脏起搏器安装术后 22 周	102
案例 34	G ₁ P ₀ , 孕 40 ⁺¹ 周, 咳嗽、胸闷 1 月, 不能平卧 2 周, 加重 5 天	104
案例 35	G ₁ P ₀ , 孕 37 ⁺³ 周, 有室性早搏史 14 年	107

第四章 妊娠合并肝病 111

案例 36	G ₁ P ₀ , 孕 36 ⁺¹ 周, 腹痛伴乏力、尿赤 3 天	111
案例 37	G ₃ P ₁ , 孕 35 ⁺² 周, 肝功能异常 1 月, 产时大出血 1 天	116
案例 38	G ₁ P ₀ , 乏力、纳差伴尿赤、腹泻 10 余天, 顺产 10 小时后阴道 出血 2 小时	119
案例 39	G ₁₀ P ₂ , 孕 33 ⁺² 周, 产后持续性阴道流血 16 小时	123
案例 40	G ₂ P ₀ , 孕 36 ⁺⁴ 周, 乏力、纳差 2 周, 发现肝功能异常 1 天	127
案例 41	G ₁ P ₀ , 停经 82 天, 腹胀、胸闷、气促 1 月余	130
案例 42	G ₁ P ₀ , 孕 35 ⁺⁵ 周, 尿赤、肝功能异常 1 周	134
案例 43	G ₂ P ₀ , 孕 33 周, 妊娠期急性脂肪肝, 剖宫产术后发热 18 天, 伴昏迷 2 次	137
案例 44	G ₂ P ₀ , 孕 39 ⁺⁵ 周, 乏力、纳差、呕吐 7 天	141

第五章 羊水栓塞 144

案例 45	G ₄ P ₁ , 孕 40 ⁺⁶ 周, 腰酸 2 小时	144
案例 46	G ₃ P ₂ , 孕 39 ⁻⁴ 周, 下腹痛 1 小时	148
案例 47	G ₂ P ₁ , 孕 40 ⁺² 周, 下腹阵痛 4 小时	155
案例 48	G ₄ P ₁ , 估计足月, 家中分娩失败	159

第六章 妊娠合并颅内病变 162

案例 49	G ₁ P ₀ , 孕 27 周, 反复恶心、呕吐 5 个月, 抽搐 2 次	162
-------	--	-----

案例 50	G_1P_0 , 孕 40^{+1} 周, 入院待产	166
案例 51	G_3P_0 , 孕 32^{+2} 周, 昏迷 1 小时	169
案例 52	G_1P_0 , 孕 39^{+5} 周, 突发性晕厥伴头痛 3 小时	171
第七章	妊娠合并血液病	173
案例 53	G_2P_1 , 孕 5 个月, 心悸、头昏、乏力 1 个月	173
案例 54	G_2P_1 , 孕 8 个月, 发现皮肤瘀点半月	176
第八章	妊娠合并糖尿病	179
案例 55	G_4P_2 , 孕 6^{+} 月, 胎动消失 1 天, 多饮、多尿 3 年伴胸闷、乏力、 头晕 2 天	179
案例 56	G_4P_2 , 孕 32^{+3} 周, 烦渴、多尿 10 天, 胸闷、气促 7 天	183
案例 57	G_1P_0 , 孕 9 个月, 发现胎死宫内、血糖升高 1 天	188
案例 58	G_2P_1 , 孕 9 月余, 恶心、呕吐 1 周, 胎动减少 2 天	193
第九章	妊娠合并外科疾病	197
案例 59	G_1P_0 , 孕 33^{+2} 周, 上腹部持续性疼痛 19 小时	197
案例 60	G_2P_0 , 孕 36 周, 持续性上腹痛 11 小时, 下腹阵痛 8 小时	201
案例 61	G_2P_0 , 孕 34 周, 上腹痛 9 小时, 见红 8 小时	206
案例 62	G_1P_0 , 孕 31^{+3} 周, 左侧腹痛 12 小时	210
案例 63	G_2P_1 , 孕 40 周, 腹痛伴恶心、呕吐半天	213
案例 64	G_2P_1 , 孕 38^{+1} 周, 上腹部胀痛 4 小时	216
案例 65	G_1P_0 , 孕 26^{+5} 周, 恶心、呕吐 3 天	222
案例 66	G_4P_1 , 孕 36 周, 双胎, 中上腹痛伴呕吐数小时	224
案例 67	G_2P_0 , 孕 33^{+5} 周, 腹痛、恶心、呕吐伴不规则宫缩 1 小时	226
案例 68	G_1P_0 , 孕 37 周, 转移性右下腹痛 1.5 小时	231
案例 69	G_1P_0 , 孕 37^{+4} 周, 腰酸 1 小时	233
第十章	异位妊娠	236
案例 70	停经 56 天, 下腹痛伴头晕、乏力、肛门坠胀感 6 小时	236
案例 71	停经 54 天, 下腹痛 3 天伴头晕、恶心 1 小时	239
案例 72	停经 52 天, 腹痛 2 小时	241
案例 73	腹痛、阴道流血 2 天, 意识丧失 20 分钟	244
第十一章	妊娠合并感染性疾病	248
案例 74	咳嗽、咳痰伴间断发热 4 个月, 腹痛、呕吐 4 天, 失去意识 4 小时	248

案例 75	G ₁ P ₀ , 孕 36 ⁺⁵ 周, 阴道流液伴下腹隐痛 3 小时余	252
案例 76	G ₅ P ₂ , 孕 38 ⁺² 周, 检查发现肾功能异常	255
案例 77	G ₅ P ₁ , 孕 34 ⁺³ 周, 发现人类免疫缺陷病毒抗体呈阳性	259

第十二章 罕见孕产期并发症及合并症 265

案例 78	右侧胫骨骨折 35 天, 剖宫产术后突发咳嗽、胸闷 1 天	265
案例 79	剖宫产术后 4 天, 腹胀、呕吐伴气促 3 天	268

第十三章 综合协调抢救成功案例 272

案例 80	产后出血	272
案例 81	先天性心脏病、主动脉瘤、马凡综合征可能	275
案例 82	妊娠合并慢性肾炎、肾功能不全	277
案例 83	HELLP 综合征、重度子痫前期、肾病综合征	279
案例 84	肺栓塞	281
案例 85	重度子痫前期	284
案例 86	妊娠合并心衰	286
案例 87	妊娠合并肝炎	288
案例 88	中度肺动脉高压	291
案例 89	风湿性心脏病二尖瓣狭窄、中度肺动脉高压	294
案例 90	原发性高血压	297

附录一	本书常用缩写词英汉对照	299
附录二	上海市产科质量管理工作要求	301
附录三	上海市危重孕产妇会诊、转诊工作原则与处置流程	307
附录四	上海市孕产期系统保健工作规范	310
附录五	上海市危重孕产妇抢救演练方案	320

第一章

妊娠期高血压疾病

案例 1 G₈P₃, 孕 29 周, 气喘 2 天, 加重 8 小时

【病史】

患者, 39 岁, 2007 年 10 月 30 日急诊入市某二级综合性医院。

平时月经规则, LMP: 2007 年 4 月 9 日, EDC: 2008 年 1 月 16 日。孕早期有早孕反应, 孕 2 个多月出现心慌、气喘, 在当地医院予抗感染、平喘治疗(具体不详)后缓解。孕期进行不定期产前检查数次。孕 21 周在市二级综合性医院产前检查 1 次, 测血压 110/70 mmHg, 肺部可闻及哮鸣音, 尿蛋白(-), EKG 示窦性心动过速, 心率 108 次/min, 血糖 7.1 mmol/L, 血常规、肝肾功能检查均正常。建议去内科就诊, 并终止妊娠; 如继续妊娠需就诊三级医院。但孕妇及家属未遵照医嘱, 未做任何检查。

入院前 2 周患者出现水肿, 不能一口气上四楼, 无头痛、头晕, 夜间能平卧, 未就诊。入院前 2 天(28⁺4 周)患者胸闷、气喘明显, 能平卧, 至私人医生处予青霉素抗感染、气雾吸入治疗(具体不详), 无明显好转。入院前 1 天 21:00 患者气喘加重, 不能平卧, 咳粉红色泡沫样痰, 并大汗淋漓。2007 年 10 月 30 日晨 5:00 由“120”救护车送到该二级综合性医院急诊收治入院。

既往史: 有支气管哮喘史 6 年, 时常发作, 发作时予抗感染、平喘治疗。有高血压史 1 年, 血压最高达 140/90 mmHg, 未随访及治疗。2007 年 1 月空腹血糖 8 mmol/L, 未治疗。

生育史: 4-0-3-2, 分别于 1987 年、1989 年足月顺产两女, 均健在。于 1991 年、1992 年足月顺产两女, 出生后即死亡, 期间早孕人工流产 3 次。

【体格检查】

体温 36.8℃, 血压 200/120 mmHg, 脉搏 156 次/min, 呼吸 35 次/min, SpO₂ 测

不出。

一般情况差,神志清,精神萎,烦躁,呼吸急促,张口呼吸,大汗淋漓,不能平卧。两肺呼吸音粗,两肺底闻及湿啰音及哮鸣音。心率 156 次/min,律齐,未闻及病理性杂音。腹隆,无压痛。水肿(+++++)。

产科检查:宫底脐上 2 指,胎位摸不清,胎心音未闻及,无宫缩,未破膜,宫口未开。

【实验室和辅助检查】

1. 入院当天(10 月 30 日)

血常规:WBC $27.42 \times 10^9/L \uparrow$, N 69.7%, Hb 166 g/L, PLT $263 \times 10^9/L$ 。

肝功能:基本正常。

LDH:519 u/L $\uparrow$ 。

CK:170 u/L。

肾功能:BUN 9.4 mmol/L $\uparrow$ 、Cr 151 $\mu\text{mol/L} \uparrow$ 、UA 523 $\mu\text{mol/L} \uparrow$ 。

血电解质:血钾 6.2 mmol/L $\uparrow$ 、血钠 144 mmol/L。

血糖:14.3 mmol/L $\uparrow$ 。

凝血功能:PT 10.8 s, APTT 27.7 s, TT 24.1 s, FIB 4.37 g/L, D-二聚体 2 945.36 $\mu\text{g/L} \uparrow$ 。

血气分析:pH 7.12 $\downarrow$, PCO₂ 36 mmHg, PO₂ 87 mmHg, BE -17 mmol/L $\downarrow$, SO₂ 93%。

EKG:窦性心动过速,心率 155 次/min。

B超:胸腔积液。单胎,头位,胎心率 90 次/min,1 h 后胎心音消失,无胎盘早剥征象。

胸片:右肺大片渗出病变,炎症可能。

2. 术后第二天(10 月 31 日)

肝功能:ALT 192 u/L $\uparrow$, AST 258 u/L $\uparrow$ 。

肾功能:BUN 15.6 mmol/L $\uparrow$, Cr 261 $\mu\text{mol/L} \uparrow$, UA 681 $\mu\text{mol/L} \uparrow$ 。

血电解质:血钾 5.9 mmol/L, 血钠 139 mmol/L, 血氯 103 mmol/L。

血常规:WBC $25.9 \times 10^9/L \uparrow$, RBC $4.32 \times 10^{12}/L \uparrow$, N 94.9% $\uparrow$, Hb 116 g/L, PLT $206 \times 10^9/L$ 。

尿常规:隐血(++++), 蛋白(+)。

3. 术后第四天

血常规:WBC $9.04 \times 10^9/L \uparrow$, RBC $3.22 \times 10^{12}/L \uparrow$, N 95.2%, Hb 85 g/L, PLT $168 \times 10^9/L$ 。

肾功能:BUN 9.6 mmol/L $\uparrow$, Cr 154 $\mu\text{mol/L} \uparrow$, UA 515 $\mu\text{mol/L} \uparrow$ 。

尿常规:隐血(++++), 蛋白(++)。

尿蛋白定量:0.599 g/24 h。

【危重抢救经过】

入院后诊断为“原发性高血压合并子痫前期(重度)、急性左心功能衰竭、急性呼吸功能衰竭、糖尿病?”立即转入ICU,予气管插管后呼吸机辅助呼吸,进行镇静、降压、强心、利尿、扩血管、纠正酸中毒等治疗。立即开通危重孕产妇抢救绿色通道,汇报上级主管部门,向家属告知病情危重,请麻醉科、呼吸科会诊,通知相关抢救人员及领导到场。心内科会诊建议纠正心衰。予毛花苷丙(西地兰)0.2 mg 静推,强心;呋塞米(速尿)20 mg 静推,利尿;硝酸甘油 0.5 mg 舌下含服,降压;多巴胺 20 mg 加入补液静滴(10 滴/min),扩张肾血管;地西洋(安定)、吗啡镇静治疗;甲泼尼龙(甲强龙)、米力农、溴己新(必嗽平)、二羟丙茶碱(喘定)解痉、平喘治疗。改善患者全身一般情况,等待心功能有所改善后行剖宫产术终止妊娠。

入院后 1 个半小时,患者仍气喘、气急,不能平卧,咳粉红色泡沫痰,大汗淋漓,张口呼吸,血压 194/117 mmHg,脉搏 173 次/min,呼吸 37 次/min,SpO₂ 为 98%。

入院后 4 个半小时,患者仍气喘,但气急有所改善。血压 158/97 mmHg,脉搏 156 次/min,呼吸 18 次/min,SpO₂ 为 97%。双肺呼吸音清,两肺底湿啰音及哮鸣音消失。血气分析示 pH 为 7.27、PCO₂ 为 27 mmHg、PO₂ 为 63 mmHg、BE 为 -12.8 mmol/L,凝血功能正常。再次全院大会诊及找家属谈话后,考虑心衰有所改善,进行剖宫产术终止妊娠的时机成熟。

于入院后 4 个半小时在全麻下行子宫下段剖宫产术和双侧输卵管结扎术。术中娩出一死男婴,体重 1 110 g;子宫收缩好,胎盘、胎膜完整娩出;羊水 500 ml,色清;术中出血 100 ml,补液 1 000 ml,手术顺利。术后患者血压 120/60 mmHg,脉搏 110 次/min,呼吸 20 次/min,中心静脉压(CVP)18 mmHg,SpO₂ 为 95%。术后回ICU,继续给予上述药物进行强心、利尿、解痉、平喘治疗,同时给予克林霉素、头孢他啶抗感染治疗,控制补液量及补液速度。24 h 入量 2 945 ml(包括术中补液 1 000 ml),严密观察患者生命体征变化。

术后第二天,患者仍嗜睡,气喘、气急减轻,但仍不能平卧,大汗淋漓,发热。检查:体温 39.2℃,血压 120/90 mmHg,脉搏 155 次/min,呼吸 34 次/min,CVP 18 mmHg,SpO₂ 为 97%。两肺呼吸音粗,两肺底闻及湿啰音及哮鸣音。心率 156 次/min,律齐,未及病理性杂音。腹隆,无压痛,腹部切口有少量渗血,子宫收缩好,恶露量少,无异味。24 h 尿量 2 350 ml。床旁 EKG 示窦性心动过速;胸片示两肺渗出病变,较前有明显吸收,考虑心衰、肺水肿,继续随访。继续予呋塞米利尿,硝普钠扩血管降压,地西洋、吗啡镇静治疗,甲泼尼龙、氨溴索(沐舒坦)、二羟丙茶碱解痉和平喘治疗,亚胺培南/西司他丁(泰能)、阿奇霉素抗感染治疗,碳酸氢钠纠正酸中毒治疗,同时物理降温、呼吸机辅助呼吸。肝肾功能检查仍异常。

术后第三天,患者仍嗜睡,气喘、气急减轻,能平卧,无发热。检查:体温 37.3℃,血压 157/89 mmHg,脉搏 121 次/min,呼吸 21 次/min,SpO₂ 为 97%。两肺呼吸音粗,两肺底闻及湿啰音及哮鸣音,以右肺明显。心率 121 次/min,律齐,未闻及病理性

杂音。腹隆,无压痛,腹部切口无渗血,子宫收缩好,恶露量少,无异味。24 h 尿量 2 160 ml,24 h 入量 2 672 ml。

继续上述治疗同时予保肝治疗,输少浆血 200 ml,纠正低蛋白血症。

术后第四天,患者神志清,对答切题,气喘、气急减轻,能平卧,无发热。检查:体温 38℃,血压 160/70 mmHg,脉搏 120 次/min,呼吸 21 次/min,SpO₂ 97%。两肺呼吸音清,两肺底未闻及湿啰音及哮鸣音。心率 120 次/min,律齐,未闻及病理性杂音。24 h 尿量 1 910 ml,24 h 入量 2 889 ml。停呼吸机辅助呼吸。继续解痉、平喘、降压治疗、抗感染治疗。

术后第八天,患者神志清,对答切题,无气喘、气急,能平卧,无发热。体检正常。腹部切口拆线时裂开,无渗血,见切口处脂肪层厚,脂肪液化,行清创术和减张缝合术。查血糖 15.8 mmol/L,加用胰岛素进行降糖治疗。继续抗感染和支持治疗。术后 3 周患者病情好转出院。

【最后诊断】

1. G₈P₄,孕 29 周,单胎死胎,剖宫产。
2. 原发性高血压合并子痫前期(重度)。
3. 急性左心功能衰竭。
4. 急性呼吸功能衰竭。
5. 妊娠合并糖尿病。

【案例点评】

患者缺乏孕期保健意识,未进行正规产前检查,在病情发展到严重阶段方就诊。入院时病情危重,虽有支气管哮喘史,但入院后经过仔细询问病史、体格检查,发现血压达 200/120 mmHg,心率 160 次/min,SpO₂ 测不出,考虑“重度子痫前期、急性左心衰竭、呼吸功能衰竭、糖尿病可能”立即予镇静、利尿、强心、扩血管、气管插管呼吸机辅助呼吸治疗。此时的气管插管呼吸机辅助呼吸治疗非常重要。

根据患者入院时的实验室检查结果,该病例同时出现肝、肾功能障碍,且合并糖尿病,血糖浓度很高,存在代谢性酸中毒、低蛋白血症、胸腔积液,发生了多脏器功能损害,病情危重,临床处理棘手,患者随时面临死亡的威胁。

该患者入院时间为凌晨五时,当班医生高度重视患者的病情,及时将病情汇报院领导,积极组织各科会诊和抢救,同时在区妇幼保健所的协调下,请市三级甲等综合性医院产科专家到现场协助抢救,为抢救成功提供了技术和组织保障。

作为二级综合性医院,处理如此严重产科病例,风险非常大。该院在患者入院时立即开通危重孕产妇抢救绿色通道,组织相关科室、主管部门,请三级综合性医院专家协助抢救,制定有效的治疗方案,在病情略有控制后立即终止妊娠,为下一步的治疗赢得了时间。

术后严密观察病情,积极强心、利尿、扩血管治疗,继续呼吸机辅助呼吸,使患者

的病情渐趋稳定。

此患者在抢救过程中也存在欠缺之处。

1. 术中补液 1 000 ml,补液量过多,使得患者术后当天及术后第二天仍不能平卧,大汗淋漓,CVP 仍维持在 18 mmHg。

2. 术后虽进行强心、利尿、扩血管治疗,但每天的补液量仍超过 1 000 ml,欠妥当,影响了术后及时恢复。

3. 患者有糖尿病史,孕期未控制,入院时血糖 14.3 mmol/L,住院期间只注意了对子痫前期、心功能衰竭、呼吸衰竭的治疗,忽略了高血糖问题,以至于在产后 8 天发生了伤口愈合不良,才开始使用胰岛素控制血糖的治疗。

(上海交通大学附属第六人民医院 黄亚娟)