

· 病例报告 ·

早发性胎盘早剥引起 DIC 个案分析

李君, 王小平

(西藏阜康医院妇产儿童分院, 西藏 拉萨)

摘要:目的 探究胎盘早剥的联动机制及应对措施。方法 选取2018年5月3日我院收治的1例孕5月严重的胎盘早剥产妇, 对其临床资料进行回顾性分析。结果 该产妇经诊断胎盘重型(Ⅲ度早剥)且伴有凝血功能障碍高凝期(DIC)、宫内死胎及失血性重度贫血。给予剖宫产取胎治疗, 患者治疗后生命体征平稳。结论 对于出现胎盘早剥的患者应给予及时准确的诊断, 详细分析临床症状与辅助检查, 必要时及时采取剖宫产取胎治疗, 以保障患者的生命健康安全。

关键词: 胎盘早剥; 应对措施; 分析

中图分类号: R714.2

文献标识码: B

DOI: 10.19613/j.cnki.1671-3141.2018.77.167

本文引用格式: 李君, 王小平. 早发性胎盘早剥引起 DIC 个案分析 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(77): 210, 217.

0 引言

胎盘早剥是指妊娠20周后或分娩期, 正常位置的胎盘在胎儿娩出前, 部分或全部从子宫壁剥离。发生率在国外为1%~2%, 国内为0.46%~2.1%。属于妊娠晚期严重的并发症, 起病急、发展快, 若处理不及时可危及母儿生命^[1]。病情隐匿, 发病初期临床症状表现不典型。2018年5月3日我院收治了1例孕5月严重的胎盘早剥引起弥散性血管内凝血(DIC)等一系列病理生理的改变, 结合文献复习, 报道案例分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本文对1例患者的临床资料进行回顾性分析。患者25岁, 2年前足月产一次, 并有产后出血史, 孕妇平素月经规律, 周期28天, 经期4~5d, 末次月经2017年12月3日, 停经后无明显恶心、呕吐等早孕反应, 孕期检查2次, 第一次系3月5日产科B超提示宫内孕, 胎心搏动正常。2018年5月3日14:40因孕21⁺3周, 明显诱因出现阴道出血(约300mL)伴腹痛3小时就诊。入院后产科B超检查: 双顶径3.7cm, 股骨长2.0cm, 胎盘前壁, 0级, 厚度约2.0cm, 胎盘下缘距宫颈内口大于7cm, 胎盘胎儿面查见范围约7.0cm×9.8cm的不均质回声团, 羊水深度约5.9cm, 未见明显胎心胎动。

检查结果: 生命体征: 体温: 36.3℃; 脉搏: 67次/分; 呼吸: 20次/分; 血压: 110/60mmHg。妇检: 外阴已婚已产式; 阴道畅, 见中量血性分泌物; 宫颈光滑; 宫体脐下一横指, 明显压痛; 急查血常规: 血红蛋白(HGB): 91g/L; 红细胞(RBC): $4.33 \times 10^{12}/L$; 红细胞压积(HCT): 28.8%; 血小板(PLT): $159 \times 10^9/L$; 白细胞(WBC): $17.37 \times 10^9/L$; 断续阴道流血于20:30诉阴道流血量多, 阴道流血量200mL查体, 体温: 36.4℃; 脉搏: 102次/分; 呼吸: 26次/分; 血压: 90/50mmHg。查患者神志稍淡漠, 精神欠佳, 口唇、皮肤黏膜苍白, 心肺(-), 肝脾触诊不满意, 腹部压痛, 下腹腹肌紧张。子宫增大如孕5⁺月, 内诊宫颈管未消, 宫口未开。急查血常规: 血红蛋白(HGB): 68g/L; 红细胞压积(HCT): 22.7%; 平均血红蛋白量(MCH): 21.1pg; 血小板(PLT): $110 \times 10^9/L$; 白细胞(WBC): $15.00 \times 10^9/L$; 凝血酶原时间(PT): 19.10s; PT活动度(PT%): 55.00%; 国际标准化比值(INR): 1.54; 部分凝血酶原时间(APTT): ++s; 纤维蛋白原(FIB): ++g/L; 凝血酶时间(TT): 35.20s; 纤维蛋白原降解产物(FDP): 3.1μg/mL; 抗凝血酶Ⅲ(AT-Ⅲ): 121.9%; D-二聚体测定(D-Di): 2341.00ng/mL; 22.80μmol/L; 复查B超: 考虑胎盘重型早剥。胸片未见异常。修正诊断: (1)孕21⁺3周孕2产1(胎死宫内); (2)胎盘早剥; (3)凝血功能障碍高凝期; (4)失血性贫血。

1.2 方法

经过检查结果可知, 此患者病情危重, 给予相应的治疗

方案, 积极联系血源、向患者及家属交代病情, 23:10在全麻下急诊行剖宫产术, 术中见子宫下段形成尚可, 膀胱腹膜反折下方呈紫蓝色, 子宫表面呈现紫蓝色的瘀斑, 羊水性, 约150mL, 于23:19以取出一大约5⁺月死男胎, 胎盘胎膜已与宫壁完全剥离大小20×12×15, 宫腔陈旧血及血凝块约400mL, 清理宫腔, 可见宫腔广泛渗血, 以止血纱布填塞宫腔, 宫体注射卡前列素氨丁三醇250μg, 盐水纱垫热敷及按摩、连续缝合子宫浆肌层。术中切口可见活动性出血, 加强缝合, 切口处止血纱布压迫止血, 出血约100mL。输液2500mL, 输血同型红细胞悬液4U, 尿量100mL, 术毕于手术室观察发现阴道流血量较前增多, 给予卡贝缩宫素100μg静脉注射。10min后阴道流血减少。患者于0:22推入ICU室, 3:51检查血红蛋白(HGB): 75g/L; 红细胞压积(HCT): 23.0%; 血小板(PLT): $42 \times 10^9/L$; 凝血酶原时间(PT): 16.80s; PT活动度(PT%): 66.70%; 国际标准化比值(INR): 1.35; 部分凝血酶原时间(APTT): 34.30s; 纤维蛋白原(FIB): 0.97g/L; 凝血酶时间(TT): 16.20s; 纤维蛋白原降解产物(FDP): 7.2μg/mL; 抗凝血酶Ⅲ(AT-Ⅲ): 87.9%; D-二聚体测定(D-Di): 1824.00ng/mL; 白细胞(WBC): $18.80 \times 10^9/L$; 5月5日阴道流血少, 转回普通病房, 术后继续促宫缩, 加强静脉支持治疗, 共输入红细胞悬液1800U, 新鲜血浆800mL, 术后恢复平顺, 如期出院。

2 结果

术后诊断结果为: (1)孕21⁺3周孕2产1(胎死宫内); (2)胎盘早剥(重型, Ⅲ度); (3)DIC; (4)子宫胎盘卒中; (5)失血性重度贫血; (6)剖宫产术后。

3 讨论

弥散性血管内凝血(DIC)与凝血功能障碍胎盘早期剥离是妊娠期发生凝血功能障碍的最常见原因。重型胎盘早期剥离, 尤其是胎死宫内病例很有可能发生DIC和凝血功能障碍。胎盘和蜕膜含有丰富的组织凝血活酶, 胎盘早期剥离时促凝物质通过损伤的血管进入母体血循环, 激活凝血系统, 导致DIC^[2]。肺、肾等脏器的毛细血管内均可有微血栓形成, 引起脏器损害。血小板及纤维蛋白原等凝血因子大量消耗。因此, 胎盘早期剥离的时间越长, 促凝物质进入母血循环也越多, DIC继续发展, 即激活纤维蛋白溶解系统, 产生大量纤维蛋白降解产物(Fibrin Degradation Product, FDP)。由于凝血因子大量消耗, 加之FDP又有抗凝作用, 导致并加剧凝血功能障碍^[3]。临床表现为皮下、黏膜下或注射部位出血, 子宫出血不凝或仅有软凝血块, 甚至发生尿血、咯血或呕血。1987年首届中华血凝学会提出DIC(修正案)的实验室检查有下列3项或以上异常者可诊断为DIC: ①血小板 $<100 \times 10^9/L$ 或进行性下降; ②纤维蛋白原 $<1.5g/L$ 或进行性下降; ③3P试验阳性或血FDP $>20mg/L$; ④凝血酶原时间(PT)缩短或延长3s以上,

(下转第217页)

日常护理工作中的现存问题及风险因素,提升重视力度,能够有效降低护理缺陷及纠纷发生率^[4]。本次研究发现,培训流程包括职业道德、礼仪、临床护理理论与操作等方面,从理论培训与护理操作入手,理论包括有关护理管理制度、护士的心理素质、护理立法、提升新护士安全意识,学习院内规章制度,同时开展职业道德专题教育和礼仪培训,加强护士基础理论知识和基础技能培训,组织纪律性教育^[5]。目前我国大多数医疗机构中,新护士均为大专以上学历的应届毕业生,虽然具有一定的理论知识,但明显缺乏临床操作经验,基本功较差,因此在执行技术操作的培训过程中产生巨大难度;本次研究根据此特点通过示教老师逐个进行指导,整理严格,使其尽快掌握规范化的基础操作程序,确保培训质量^[6]。针对护理工作的需求,能够保障新护士在上岗前具备良好的职业素质,使之能尽快转换角色投入工作,在工作中得患者的充分认可,提升依从性;在培训再造过程中,培训护士对各项护理制度进行了耐心细致的讲解,着重强调了查对、护理安全、交接班等制度在临床护理工作的重要性^[7]。发放了常见急症的应急预案及处理程序、护理核心制度、全国卫生系统护理技术操作五十项操作要点等资料并组织进行学习。本次研究中,流程再造后日常缺陷及纠纷发生率显著低于再造前,新护士上岗时间及综合满意度改善水平显著提升,流程再造后考核成绩显著高于再造前,能够有效提升风险评估、防范能力,增强新护士培训水平,使其能够更快进入护士角

(上接第 210 页)

或动态变化,或激活的部分凝血活酶时间(PTT)缩短或延长 10s 以上;⑤优球蛋白溶解时间缩短,或纤溶酶降低。对于重型胎盘早期剥离,常有血红蛋白和红细胞计数降低,PT、PTT 延长,3P 阳性,纤维蛋白原降低,FDP 升高,提示 DIC 发生,如抢救不及时危及生命。

4 经验教训

本例尚处在孕中期,即未临产,亦无外伤等诱因,最大的可能是与母体高血压有关,此例患者急诊接诊时无明显高血压,又很快终止妊娠,此患者长期居住高原地区,正常人群血液粘稠高,孕期易出现高凝状态,加重妊娠期合并高血压的

(上接第 212 页)

培训,做好质控管理,人人落实标准。

参考文献

- [1] 封东来,黄斌,何孝华,等.胰岛素泵与传统皮下注射胰岛素治疗糖尿病的临床观察[J].实用糖尿病杂志,2007,15(2):26-27.

(上接第 213 页)

信息系统,做好预警和监测工作,尽早发现学校传染病疫情及突发公共卫生事件的苗头,科学有序、快速有效地处置学校传染病聚集性疫情及突发公共卫生事件。

参考文献

- [1] 中华人民共和国国务院.突发公共卫生事件应急条例[M].北京:中国

(上接第 214 页)

版,2016,8(3):275.

- [6] 赵顺川.基本公共卫生服务均等化现状及解决对策探究[J].临床医学研究与实践,2016,1(15):192.
- [7] 李海林,邹志辉.广州市基本公共卫生服务实施现状及对策探讨[J].中

(上接第 215 页)

- [6] Fujimoto N, Honda H, Kitamura S. Effects of environmental estrogenic chemicals on AP1 mediated transcription with estrogen receptors α and β [J]. Journal of Steroid Biochemistry & Molecular Biology,2004,88(1):53-59.

色,降低安全隐患,具有十分重要的临床研究价值^[8]。

综上所述,新护士培训流程再造在风险管理中效果显著,能够有效提升新护士培训效率,规范护理行为,具有较高的临床应用效果,满意度高,值得进一步深入研究。

参考文献

- [1] 孙晨,王奎.风险管理理念在精神科护理流程再造中的应用[J].心理医生,2016,22(1):202-203.
- [2] 王秋香,茹立君.风险管理理念在精神科护理流程再造中的应用[J].养生保健指南,2017,16(17):90.
- [3] 武连英,赵金香,赵至娥.风险管理理念在精神科护理流程再造中的应用[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(39):186.
- [4] 胡佳佳,徐金晓,钟阳花.风险管理理念在精神科护理流程再造中的应用[J].母婴世界,2016,16(10):140.
- [5] 杨芳.精神科护理流程再造中过程风险管理的应用价值[J].实用临床护理学电子杂志,2017,2(41):173-174.
- [6] 宋立梅.风险管理理念在精神科护理流程再造中的应用[J].中国卫生产业,2017,14(25):93-94.
- [7] 符美芳,张影.流程再造流程对提高消化科结肠镜检查肠道准备清洁度的影响[J].护理实践与研究,2016,13(1):36-38.
- [8] 陈霞.风险管理理念在精神科护理流程再造中的应用分析[J].实用临床护理学电子杂志,2016,1(12):4-5.

存在,本例早剥的原因不清,是否存在高血压的证据不足,临床就是这样多变,经常有疾病临床症状及体征不典型的情况,需要医师经验来诊断与处理,以期防患于未然。

参考文献

- [1] 冯群燕,肖梅.胎膜早破并发胎盘早剥 30 例临床分析[J].陕西医学杂志,2016,45(4):412-413.
- [2] 张文湛.胎盘早剥新生儿凝血功能障碍 4 例分析[J].当代医学,2016,22(19):83-84.
- [3] 陈娟,崔世红,孙俊燕,等.胎盘早剥 122 例临床分析[J].中国实用医刊,2016,43(3):49-50.

- [2] 徐秋玲,王莺,张嵩霞.胰岛素泵在糖尿病患者治疗中的应用与护理[J].中国实用医药,2009,4(3):208-209.

- [3] 林娟,金爽.糖尿病专科护士实践手册[M].北京:化学工业出版社,2013:103.

方正出版社,2003.

- [2] 于颖洁,武镗,马麟,等.2010-2014 年山西省突发公共卫生事件分析[J].中国药物与临床,2015,15(10):1427-1429.
- [3] 李永盛,马斌忠,石燕,等.2007-2011 年青海省学校突发公共卫生事件分析[J].医学动物防制,2014,30(3):252-255.

国初级卫生保健,2016,30(10):8-9.

- [8] 罗芳,李秀莺,梁炎华,等.基本公共卫生服务均等化视角下新会区健康教育存在的问题及对策[J].中国公共卫生管理,2017,33(2):236-238.

- [7] 姚尧.转基因负面舆论形成的原因和对策研究[J].新闻研究导刊,2017,8(12):70.