

羊水栓塞抢救成功 1 例

郑德燕, 徐 颖[△] (福州总医院四七六医院妇产科, 福州 350008)

【关键词】 剖宫产; 羊水栓塞; 抢救

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.19.068 文献标志码: B 文章编号:1672-9455(2015)19-2970-01

1 病例资料

患者 38 岁, 孕 4 产 1, 因“停经 39⁺4 周, 腹部阵痛 2 h”于 2014 年 11 月 27 日 00:40 步行入本科室, 孕期定期产检, 诊断“妊娠糖尿病”, 饮食控制后血糖控制正常, 其余未发现异常。2014 年 11 月 26 日 23:00 开始出现不规则腹痛, 无阴道出血、流液等, 体检结果: 体温 36.5℃, 脉搏 78 次/分, 呼吸 20 次/分, 血压 138/85 mm Hg, 心肺体检无异常。产检: 腹围 103 cm, 宫高 36 cm, 左枕前位, 不规则宫缩, 先露头, 胎心 138 次/分。阴道检查结果: 宫口未开, 有水囊感, 先露于 S-3, 估计胎儿体质量 3.6 kg。入院诊断: (1) 妊娠糖尿病; (2) 孕 4 产 1, 孕 39⁺4 周妊娠待产。2014 年 11 月 27 日 01:00 开始规律宫缩, 03:30 宫口 3 cm, 先露 S-3, 胎膜存, 宫缩 25^{''}/3-4['], 强度中, 胎心 140 次/分。05:30 宫口仍 3 cm, 行人工破膜, 羊水清, 胎心 135 次/分, 06:30 宫口开全, 先露 S+1, 胎位 LOT, 胎心 138 次/分, 孕妇屏气用力 1 h, 胎头无明显下降, 考虑“持续性枕横位”继续试产母儿风险大, 急诊行子宫下段剖宫产术, 08:24 娩健康男婴 1 名, 胎儿娩出后宫肌注射缩宫素 20 U, 胎盘胎膜娩出完整, 子宫收缩好, 术中出血约 400 mL, 常规缝合子宫切口, 并行双侧输卵管结扎术。08:42 准备腹部缝合时患者诉胸闷难受, 并尖叫一声, 突然心搏骤停、呼吸停止, 即停止手术操作, 予心肺复苏、气管插管、重复静推肾上腺素各 1 mg、地塞米松 20 mg 静推抗过敏、罂粟碱 60 mg 静推、肝素 50 mg 快速静脉注射等, 8:52 自主心率、呼吸恢复, 探查盆腹腔, 子宫切缘见少许渗血, 予留置腹腔引流管后逐层关腹。行锁骨下静脉穿刺并抽取下腔静脉血化验, 血涂片见到羊水有形成分。血常规提示: 白细胞计数升高 (20.89×10⁹/L)、红细胞计数降低 (2.73×10¹²/L)、血红蛋白浓度降低 (76 g/L)、中性粒细胞百分比升高 (0.933)。凝血功能提示: 凝血酶原时间升高 (20.70 s)、国际标准化比值升高 (1.74)、部分凝血酶原时间升高 (61.20 s)、凝血酶时间升高 (40.40 s)、纤维蛋白原浓度降低 (0.40 g/L)、D-二聚体浓度升高 (20 000.0 ng/mL)。床旁 C 臂机 (骨科专用) 行胸部摄片提示双肺弥散性点片状浸润影, 沿肺门周围分布。见腹部切口渗血、阴道持续出血, 血液不凝, 未见明显尿液, 即给予“卡前列素氨丁三醇注射液”宫肌注射, 15 min 后再次注射 1 次, 并同时输注红细胞悬液、血浆、纤维蛋白原、冷沉淀、血小板等纠正贫血及凝血功能, 快速补液, 去甲肾上腺素升血压, 缩宫素促宫缩、呋塞米利尿、头孢类抗炎等, 逐渐腹部切口渗血减少, 阴道出血减少, 并见凝血块, 尿量逐渐增多, 腹腔引流管未见明显引流液。术后阴道出血量约 3 400 mL, 输红细胞悬液 13 U, 血浆 1 400 mL, 冷沉淀 30 U, 血小板 1 个治疗量, 纤维蛋白原 2 g, 输液 3 000 mL, 尿量 205 mL, 初始红色, 后逐渐淡黄色, 清亮。术中诊断: (1) 妊娠糖尿病; (2) 孕 4 产 2 孕 39⁺5 周妊娠剖宫产助娩; (3) 单一活胎; (4) 羊水栓塞; (5) 心搏骤停;

(6) 产后出血; (7) 失血性休克; (8) 弥散性血管内凝血 (DIC)。术后患者仍处于昏迷状态, 转至 ICU 予抗感染、补液、高压氧、针灸等对症治疗, 后各项指标逐渐恢复正常, 腹部切口愈合 II/甲, 2014 年 12 月 1 日脱离呼吸机, 12 月 5 日苏醒, 12 月 11 日能下床行走, 正常说话, 12 月 27 日康复出院, 但智力下降、远期记忆力部分尚失, 近期记忆力较差。

2 讨论

羊水栓塞指在分娩过程中羊水突然进入母体血液循环引起急性肺栓塞、过敏性休克、DIC、肾衰竭等一系列病理改变的严重分娩并发症, 病死率高达 60% 以上, 是导致孕产妇死亡的主要原因之一^[1]。羊水栓塞发生率极低, 但它是产科最为凶险的并发症, 抢救需争分夺秒。羊水栓塞的发生, 通常存在一些诱发因素, 注意临床操作, 尽量避免。通过该病例, 总结如下: (1) 该孕妇高龄, 经产妇 (间隔第 1 胎已 22 年), 需要加强孕期宣教, 定期产检; (2) 具有产科合并症“妊娠糖尿病”, 需控制血糖; (3) 本例患者有经过阴道试产及人工破膜术, 需注意临产后产程停滞行人工破膜术, 需要注意破膜时机, 避免在宫缩期进行, 破膜前后需提高警惕; (4) 本例患者术中在胎儿娩出后即宫肌注射缩宫素 20 U, 需要严格掌握缩宫素使用时机^[2]; (5) 医生需要熟悉羊水栓塞的临床表现, 该患者症状典型, 发生在剖宫产后 18 min, 早期识别, 按羊水栓塞抢救、积极处理, 不宜追求确诊而延误治疗; (6) 羊水栓塞早期处于高凝状态, 可给予肝素抗凝治疗, 抑制 DIC, 晚期纤溶亢进时, 不宜再使用肝素, 给予抗纤溶药物治疗, 并输注凝血因子、血小板等^[3]; (7) 及早行锁骨下或其他深静脉置管, 抽下腔静脉血化验同时, 可以快速补液、用药; (8) 如出现无法控制的大出血, 宜积极、果断行子宫切除术; (9) 羊水栓塞经治疗后生命体征平稳, 需要继续对症支持治疗, 对于心搏骤停造成的脑部损伤, 可给予神经营养、高压氧、针灸、康复锻炼等治疗。

羊水栓塞虽然凶险, 但只要早期识别、抢救及时及多学科的协助治疗, 死亡可以避免, 康复指日可待。

参考文献

- [1] 谢幸, 苟文丽. 妇产科学[M]. 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 215.
- [2] 韩再香, 黄新梅. 在剖宫产术中应用缩宫素的时机对预防羊水栓塞发生的影响[J]. 中外健康文摘, 2011, 8(4): 61-81.
- [3] 吴艳霞, 孙莉, 刘学军. 羊水栓塞 60 例临床分析[J]. 实用妇产科杂志, 2008, 24(4): 4-6.

(收稿日期: 2015-04-05 修回日期: 2015-07-28)