项护理操作的严格遵守等是确保护理质量的重点,也是降低并发症及病死率的关键。这就要求护理人员要有高度的责任心,对患者进行心理康复指导,使患者增强信心,为后期康复治疗及创面愈合奠定良好的基础。

参考文献

[1] 黎鳌. 黎鳌烧伤学. 上海:上海科学技术出版社, 2001: 1-2.

- [2] 杨永宪, 李玉峰. 湿润烧伤膏与云南白药联合治疗创口感染. 中国中西医结合急救杂志, 2003, 23 (3): 192.
- [3] 吴志宏, 苏子毅, 李国辉, 等. 重症烧伤后全身性炎症反应综合征的临床分析. 中国危重病急救医学, 1996, 8 (12): 745-747.
- [4] 李少丽. 烧伤病人使用翻身床的护理体会. 广西医科大学学报, 2000, 17 (S1): 396.

(收稿日期: 2013-07-16) (本文编辑: 李银平)

• 病例报告 •

成功抢救剖宫产术后羊水栓塞 1 例报告

万云慧¹, 李道成²

(1. 广州中医药大学, 广东 广州 510405; 2. 广州中医药大学第一附属医院, 广东 广州 510405)

成功抢救剖宫产术后羊水栓塞患者 1 例, 报告如下。

1 病历摘要

患者女性, 31 岁。因停经 38⁺ 周, 下腹胀痛半天, 于 2013 年 5 月 22 日入院, 预产期 2013 年 6 月 2 日。入院查体: 生命体征平稳, 听诊未闻及异常, 耻骨联合上二横指见一长约 14 cm 横行陈旧性疤痕, 无压痛, 双下肢无水肿; 宫高 35 cm, 腹围 114 cm, 估计胎儿大小 3 200 g, 胎方位左枕前位 (LOA), 宫缩无, 先露头, 未衔接, 胎心音 140 次 /min。未行阴道检查。2013 年 2 月 26 日口服葡萄糖耐量试验 (OGTT) 空腹及口服糖后 1 h、2 h 的血糖值分别为 5.14、7.11、5.88 mmol/L, 血常规、尿常规、凝血 4 项、肝功能 8 项、生化 8 项及致畸 5 项 (TORCH 5 项) 等检查均未见明显异常。5 月 15 日 B 超提示宫内妊娠 35⁺ 周, 单活胎, 双顶径 (BPD) 89 mm, 羊水指数 (AFI) 141 mm, 羊水暗区 (AFV) 45 mm。诊断: ①孕 3 产 1, 宫内妊娠 38⁺ 周, LOA, 单活胎, 先兆临产; ②疤痕子宫; ③妊娠期糖尿病。

入院后完善相关检查, 未见明显异常, 心电图提示: 窦性心律, 频发期前收缩 (早搏)。于 2013 年 5 月 22 日 18:10 行子宫下段剖宫产 + 双侧输卵管结扎术。于 18:30 助娩出一 3 180 g 活女婴, 无新生儿窒息。胎儿娩出后静脉给予催产素 20 U、宫肌注射 20 U, 胎盘、胎膜娩出完整。19:10 在结扎双侧输卵管后准备关腹时患者突然恶心、胸闷、呼吸困难, 随之意识不清, 呼之不应, 查体: 口唇发绀, 心电监护提示血压降至 76/45 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa), 血氧饱和度降至 0.80, 心率 (HR) 54 次 /min, 考虑羊水栓塞。立即予以气管插管正压给氧, 开放两条静脉通道给予地塞米松 40 mg、罂粟碱 60 mg、阿托品 0.5 mg、麻黄碱 15 mg; 抽血查血气分析、血常规、弥散性血管内凝血 (DIC) 指数、肝功能、外周血细胞形态, 于 19:55 静脉再予罂粟碱 30 mg、地塞米松 20 mg。中心静脉压 (CVP) 11 cmH₂O (1 cmH₂O=0.098 kPa), 心电监护提示血压上升至 113/72 mmHg, 血氧饱和度上升至 0.98~0.99, HR 94 次 /min, 患者生命体征平稳, 宫缩好, 阴道出血减少, 手术口无明显渗血。实验室检查: 血红蛋白 (Hb) 98 g/L, 血浆鱼精蛋白副凝试验阳性, 血浆 D-二聚体 9 870 μg/L, 血浆纤维蛋白原 2.75 g/L, 血气分析

结果无明显异常, K⁺ 3.24 mmol/L, Ca²⁺ 1.91 mmol/L, 总蛋白 43.6 g/L, 白蛋白 22.7 g/L。急诊床边 X 线胸片口头回报: 双肺见渗出病灶, 考虑肺水肿或炎性渗出。颈内静脉冰凍报告可见较多上皮细胞团等羊水中的有形成分, 病理结果可见加多柱状上皮、鳞状上皮细胞团及脱落的鳞状上皮表层, 符合羊水栓塞表现。术中及术后 3 h 补充晶体液 3 650 mL、胶体液 1 000 mL, 尿量 1 450 mL、色清, 术中出血 250 mL。于 2013 年 5 月 22 日 23:41 转入重症监护病房 (ICU) 治疗, 经治疗后患者病情稳定, 于 2013 年 5 月 29 日转产科继续监护, 5 月 30 日患者病情稳定, 胸片显示心肺膈未见明显异常, 痊愈出院。

2 讨论

剖宫产过程中一旦发生呛咳、胸闷、气促, 应高度怀疑羊水栓塞, 并立即进行快速有效的抢救。本例患者成功抢救的关键就在于及时准确地诊断, 并给予正确、有效的抢救措施, 为抢救赢得了时间, 进而挽救了患者生命。

羊水栓塞是指在分娩过程中羊水成分进入母体血循环中引起肺栓塞、休克和发生 DIC 的临床综合征^[1]。近来也有人认为羊水栓塞的发病机制可能是一种无抗体参加的过敏样反应, 诊断主要靠临床表现^[2]。羊水栓塞发生后病情往往迅速恶化, 孕产妇可因多器官功能衰竭而死亡。作为产科医生, 必须十分熟悉羊水栓塞的病理生理变化、临床表现, 时刻警惕; 一旦发生要能及时、正确地诊断, 并采取有效的治疗措施。抢救的治疗原则归纳起来主要包括: 吸氧—开放 2 条以上的静脉通道—抗过敏—抗休克—纠正心力衰竭—纠正酸中毒—肝素—抗菌药物的应用以及相应的产科处理。

预防羊水栓塞的关键在于防止羊水成分进入母体血循环。掌握预防措施是关键: ①掌握缩宫素的使用指征; ②严格掌握剖宫产指征; ③防止不恰当的的宫腔操作及子宫、产道损伤; ④避免在胎儿娩出时强力按压腹部及子宫。

此例患者的成功抢救, 给临床提供了许多宝贵的经验, 值得在今后的工作中学习和借鉴。

参考文献

- [1] 丰有吉, 沈铿. 妇产科学. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 209.
- [2] 张明途, 李芳, 朱明, 等. 硫酸镁在围手术期抢救急性羊水栓塞中的应用. 中国危重病急救医学, 2004, 16 (9): 565.

(收稿日期: 2013-08-27) (本文编辑: 李银平)