

DOI:10.3724/SP.J.1008.2009.00750

## 中期妊娠并发胎盘早剥及弥漫性血管内凝血 1 例报告

Second trimester pregnancy complicated with placental abruption and disseminated intravascular coagulation: a case report

蔡圣芸, 陈 雄, 惠 宁\*

第二军医大学长海医院妇产科, 上海 200433

[关键词] 中期妊娠; 胎盘早剥; 弥漫性血管内凝血

[中图分类号] R 714.25 [文献标志码] B [文章编号] 0258-879X(2009)06-0750-01

**1 临床资料** 患者 36 岁, 孕 2 产 1, 因“停经 22 周, 胎动消失 2 d, 牙龈出血 7 h”于 2008 年 11 月 13 日 4:55 急诊入院。患者末次月经 2008 年 5 月 27 日, 未产检, 入院前 2 d 开始未觉胎动, 未重视, 入院前 1 d 夜间无明显诱因出现牙龈出血, 后来我院急诊就诊, 超声示: 无胎心搏动, 胎盘位于右前壁, 胎盘内低至无回声区。血常规: WBC  $15.11 \times 10^9/L$ , Hb 100 g/L, PLT  $92 \times 10^9/L$ 。凝血功能: PT  $>180$  s, APTT  $>109$  s。拟诊“死胎、胎盘早剥、弥漫性血管内凝血(DIC)?”, 即收住入院。患者曾于 1996 年平产 1 胎, 有“肾结石”病史 2 年, 平素口服中药治疗, 否认高血压病史。入院体格检查: 体温 36.7℃, 脉搏 80 次/min, 呼吸 20 次/min, 血压 125/83 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa), 宫底脐上 4 指, 轻压痛, 腹肌略紧张, 宫缩规律 (30 s/2 min), 强度中弱。入院后复查血常规: WBC  $16.74 \times 10^9/L$ , Hb 92 g/L, PLT  $75 \times 10^9/L$ 。凝血功能: PT  $>120$  s, APTT  $>180$  s, FDP  $>129 \mu\text{g/ml}$ 。超声示: 无胎心, 双顶径 6.1 cm, 胎盘上方见 11.6 cm  $\times$  6.9 cm 回声不均区。诊断: 死胎、胎盘早剥、DIC。立即报病危, 予吸氧, 补充血容量, 完善备血、血小板、冷沉淀等术前准备, 急诊行全麻下剖宫取胎术, 术中见子宫增大如孕 5 个半月大小, 两侧宫角处呈紫蓝色, 切开子宫下段, 宫腔内大量不凝血涌出, 迅速徒手取出胎儿及胎盘组织, 检查胎盘 80% 面积见凝血块压迹。术中见胎盘剥离面及子宫切口广泛渗血, 宫缩尚可, 术中以试管法取静脉血 5 ml, 轻叩管壁, 15 min 后仍不凝, 术中复查血常规: WBC  $14.34 \times 10^9/L$ , Hb 75 g/L, PLT  $48 \times 10^9/L$ 。交替输注纤维蛋白原 2 g, 冷沉淀 20 U, 血小板 10 U, 红细胞悬液及血浆 1 200 ml, 并按摩子宫、应用促宫缩药物及缝扎止血, 组织渗血情况好转, 宫缩好, 腹腔留置引流管 1 根后关腹。宫腔内积血及术中出血共约 800 ml, 术后转 ICU 监护 2 d, 抗生素预防感染, 输血及冷沉淀改善凝血功能, 低分子肝素改善循环功能, 呋塞米利尿及对症治疗, 术后 2 d 各项指标基本恢复正常。术后第 8 天, 患者恢复良好出院, 出院前复查血常规 Hb 131 g/L, PLT  $202 \times 10^9/L$ , 凝血功能: PT 25.6 s, APTT 28.9 s, FDP  $11.63 \mu\text{g/ml}$ 。出院诊断: 孕 22 周, G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>, 死胎; 胎盘早剥(重度); DIC。

**2 讨论** 胎盘早剥是妊娠晚期的严重并发症, 围生儿病死

率为 20%~35%, 15 倍于无胎盘早剥者<sup>[1]</sup>。中期妊娠并发胎盘早剥及严重的 DIC 临床较少见。由于中期妊娠子宫体积小, 敏感性较差, 胎盘早剥早期症状不典型。加之发病早期胎盘后方血肿未形成时超声监测不易发现, 易被误诊为先兆流产或漏诊。Baron 等<sup>[2]</sup>认为引起胎盘早剥的诱因有吸烟、吸毒、高血压、胎膜早破、慢性羊膜炎、子宫肌瘤、营养不良等, 其中妊娠期高血压疾病占一半以上。此外, 临床上很多胎盘早剥无明显诱因。本例患者发病原因不明, 无高血压病史, 且近期无腹部外伤或长期卧床史。入院阳性体征仅为子宫轻压痛, 子宫高度大于停经月份。因此, 当妊娠 20 周以后出现不明原因的胎心变异减少甚至消失、阴道流血以及常规宫缩抑制剂难以抑制的宫缩等情况时, 应警惕不典型胎盘早剥发生的可能。

DIC 是妊娠期发病少而凶险的并发症, 治疗原则为尽早去除诱因, 及时终止妊娠, 积极抗休克, 纠正缺氧、酸中毒、低血容量和补充凝血因子。肝素在胎盘早剥并发 DIC 病例中的应用, 目前尚有争议, 在 DIC 早期高凝阶段或进展期, 可用肝素抗凝, 一般 10 000~20 000 U/d, 但必须同时应用抗凝血酶 III (AT-III), 但在围术期应用肝素有可能引起术中、术后出血不止, 应谨慎。本例患者是在术后 24 h 后观察到腹腔引流管中引流量减少, 并且在密切监测凝血指标的前提下给予低分子肝素改善循环功能。剖宫产术中发子宫卒中, 并不一定要切除子宫, 在纠正凝血功能障碍的同时, 经过缝合、热敷、促进子宫收缩、结扎子宫动脉等处理, 若颜色由暗紫色逐渐变浅、变淡, 子宫有皱褶, 则是子宫卒中好转的表现, 可保留子宫。相反若子宫仍出血不止, 应果断地切除子宫<sup>[3]</sup>。

### [参考文献]

- [1] 张 华, 姚珍薇. 胎盘早剥的发病因素及早期防范[J]. 实用妇产科杂志, 2005, 21: 697-699.
- [2] Baron F, Hill W C. Placenta previa, placenta abruption[J]. Clin Obstet Gynecol, 1998, 41: 527-532.
- [3] Tikkanen M, Nuutila M, Huusmaa V, Paavonen J, Ylikorkkala O. Clinical presentation and risk factors of placental abruption [J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2006, 85: 700-705.

[本文编辑] 贾泽军

[收稿日期] 2008-12-15 [接受日期] 2009-03-18

[作者简介] 蔡圣芸, 助教、住院医师. E-mail: caicai24@126.com

\* 通讯作者 (Corresponding author). Tel: 021-81873592, E-mail: huin1956@hotmail.com