

专家连线

产后弥漫性血管内凝血案例分析

□郭玉霞 杨虹霞

产科急性产后弥漫性血管内凝血(DIC)是日前孕产妇死亡的主要原因之一。其病情发展迅速、凶险,治疗棘手,产妇死亡率高,多由产科合并症和并发症诱发。如不及时纠正,易继发弥漫性血管内凝血,造成多脏器功能衰竭甚至死亡。如何做到早期诊断,把握时机正确治疗是抢救DIC患者的关键。这里分析了5年来到医院就诊的产后DIC病例,探讨了产后DIC的早期诊断和及时救治方法。

资料

笔者分析总数为6873例的住院分娩女性,其中24例发生产后DIC,发生率为0.34%。年龄为19岁~42岁,平均年龄为28岁;经产妇11例,初产妇17例;分娩孕周为24周~41周,其中<28周4例,28周~32周3例,32周~36周8例,>37周9例;剖宫产13例,阴道分娩11例。发生在产前5例,产时8例,产后11例。单胎妊娠22例,双胎妊娠2例。7例发生在院外,17例发生于院内。

发病诱因:产后出血11例,占45.83%;胎盘早剥5例,占20.83%;前置胎盘3例,占12.50%;胎盘植入1例,占4.16%;羊水栓塞2例,占8.33%;妊娠高血压综合征2例,占8.33%。

临床表现:24例患者均表现为产后大出血,血不凝,出血量1750毫升~11500毫升,平均出血4500毫升。其中6例产前即有阴道出血,8例剖宫术中出血不凝,17例肉眼血尿,5例患者出现皮下瘀斑,14例患者有伤口及针眼渗血。24例患者均出现重度贫血,不同程度休克表现,19例伴有不同程度心、肺、肝、肾功能障碍或1个以上脏器功能障碍。

诊断依据:参照我国第8届血栓与止血会议的标准,对诊断DIC指标要求下列3项以上异

常:血小板降低(<100×10⁹/升)或进行性下降;血浆纤维蛋白原<1.5克/升或进行性下降;血浆硫酸鱼精蛋白副凝固时间试验阳性,或血浆中纤维蛋白降解产物(FDP)>20毫克/升或血浆中纤维蛋白裂解产物(D-二聚体)阳性;凝血酶原时间(PT)延长3秒以上或呈动态变化,活化部分凝血活酶时间(APTT)延长5秒以上;纤溶酶原(PLG)<300毫克/升。

治疗方法:1.祛除诱因。尽快结束分娩,宫口开全进行产钳助产,阴道分娩条件不成熟剖宫产,产后出血不止时,果断切除子宫。2.及早、合理使用肝素。根据国内相关报道,可采用小剂量肝素4毫克~8毫克静脉注射,4小时~6小时1次,一般用2次~4次;纤维蛋白原<0.5克/升,纤溶亢进不使用肝素。3.输血。输注新鲜全血、冰冻血浆、纤维蛋白原、血小板等凝血物质,动态监测凝血功能。4.积极纠正休克。在中心静脉压监测下,充分补充晶体液和成分输血,掌握补充血容量和成分输血的量和速度。5.抗纤溶药物的应用。DIC晚期有纤溶亢进时,在抗凝治疗和充分补充凝血因子的基础上使用。6.保护和改善脏器功能。及时治疗脏器功能的损伤,可有效提高DIC的抢救成功率。伴有急性肾功能衰竭血液透析,呼吸功能衰竭使用呼吸机辅助呼吸,本组24例中有18例

进入中心ICU(重症加强护理病房)进行监护;全部病例均使用胃肠减压,防止胃肠功能障碍,并早期经胃肠道营养。

结果

本组24例患者血小板均<100×10⁹/升,其中血小板50~100×10⁹/升,10例;20~50×10⁹/升,12例;<20×10⁹/升,2例;24例纤维蛋白原<1.5克/升,其中0.5克~1.0克/升,8例;24例血浆中纤维蛋白裂解产物均为阳性;24例中22例凝血酶原时间比正常对照延长8秒~10秒,2例延长10秒以上;14例部分凝血活酶时间延长10秒~20秒,10例延长20秒以上。抢救成功17例,占70.83%;死亡7例(羊水栓塞3例,胎盘早剥2例,妊娠高血压综合征1例,前置胎盘1例),占29.16%。

讨论

早期诊断DIC是提高治愈率的前提,妊娠期血液处于生理性高凝状态,尤其是妊娠晚期,表现为纤维蛋白原及凝血因子II、V、VII、VIII、X、IX等均显著增加,但纤溶系统功能相对减弱。产妇产后出现产后大出血,大量凝血因子在短时间内被消耗,易诱发DIC,当产妇产后大出血致DIC的高危因素(如胎盘早剥、妊娠期高血压疾病、前置胎盘、羊水栓塞等),产后出现大量出血不凝,再结合实验室检

验可作出本病诊断。本组全部病例均有引起产后大出血的诱因,尤其是羊水栓塞、胎盘早剥、妊娠期高血压等产科疾病,产妇产时应做好充分准备。密切观察出血情况,一旦出血不凝或出现血尿、皮下瘀血、瘀斑、伤口渗血不止,就应考虑DIC的可能。适时果断切除子宫治疗原发病是终止DIC过程最关键的措施。临床实践表明,凡是病因能迅速祛除或控制的DIC患者,其治疗较易成功。故产后一旦

出现阴道流血不止,应及时果断切除子宫,这是抢救成功的重要手段之一。切除子宫能彻底处理阴道流血,也能阻断促凝物质进入母血循环。凝血因子的补充:在处理产科DIC时,除积极治疗原发病、祛除病因外,还应重视凝血因子的补充,可以提高机体凝血功能,从而达到止血的目的。化验结果显示,应用凝血因子后纤维蛋白原接近正常,PT,APTT等明显缩短,DIC症状明显改善。国内有些专家也认为产科DIC多为急性失血引起,病情发展迅速,高凝期往往不明显而迅速进入消耗性低凝期。因此,在血液不凝阶段,补充凝血因子至关重要。凝血因子首选新鲜全血最为有效,并辅以新鲜血浆或新鲜冷冻血浆等。

合理应用肝素:肝素是治疗DIC的最主要抗凝药物,可防止微血栓的形成。因此,DIC确立

诊断后,应及时使用肝素,用于高凝期治疗效果更为显著。产妇产在妊娠期和分娩期血液处于高凝状态,这是机体的自然保护功能,可以防止大出血,但易诱发病理性血管内凝血。肝素能阻止凝血因子的进一步消耗,防止微血栓形成,阻断DIC的进程。下列情况为使用肝素的指征:DIC诊断明确,病因不能迅速控制。准备进行手术祛除病因时,为防止促凝物质进入血液循环,加重血管内凝血,可短期使用肝素。在DIC的高凝状态出现多发性栓塞现象、多部位出血倾向、顽固性休克,常规治疗效果不明显可试用肝素。血小板、纤维蛋白原迅速下降出现持续出血不止,出血不凝血液块。

积极纠正休克,防治脏器功能衰竭:产科DIC患者因失血和结束妊娠后腹压骤减,多会出现低血容量性休克,早期应积极补足血容量,充分补充晶体液和成分输血,纠正休克,必要时应用血管活性药物。如果DIC状态持续,必然会导致多脏器功能衰竭,故应在早期采用综合性措施积极治疗,防治多脏器功能衰竭,可有效提高DIC的抢救成功率。本组24例均出现不同程度休克表现,19例伴有不同程度心、肺、肝、肾功能障碍或1个以上脏器功能障碍。

(作者供职于汝州第一人民医院)

流感后头痛咽干 贵在清热凉血

□卜俊成 郭伟

冬季是流行性感冒(以下简称流感)的高发期,与普通感冒不同,流感发病急,病情转化快,症状相对重,多以发热头痛,鼻塞流涕,全身肌肉关节酸痛,乏力,咽喉痛,干咳等为症状,体温可高达40摄氏度,可通过飞沫传播,即通过打喷嚏、咳嗽等进行传播;接触传播即经口腔、鼻腔、眼睛等的黏膜直接或间接引起的接触感染;气溶胶传播是在特定场所,如人群密集且密闭或通风不良的房间内,通过气溶胶形式传播。在新冠肺炎疫情防控形势严峻的情况下,更要做好流感的防治。

中医学认为,流感是时疫的一种,是急性传染性疫病,多因六淫时行病毒侵袭人体而致病。根据发病的不同阶段,大致可分为卫分证、气分证、营血证等。流感初期称为卫分证阶段,患者临床症状以发热恶寒、头身疼痛、鼻塞流涕、打喷嚏、口渴、咽痛等为主。当邪热传里,壅塞肺气,就进入流感的中期阶段,也就是气分证,患者多表现为壮热、口渴引饮、咳嗽、气喘、咯血或痰呈铁锈色、咽痛等症。营血证是流感的危重期,此时患者多表现为高热不退(体温可达40摄氏度以上),心烦不寐,神昏谵语,四肢抽搐或颈项强直等症状,须快速给予多种药物进行抢救性治疗。对于一般流感的治疗,在运用清瘟解毒药物的同时,还要加入具有清热凉血作用的药物,以此来达到更好的治疗效果。比如流感后头痛咽干的

患者,可以兼服河南信心药业有限公司生产的信心牌抗病毒口服液。信心牌抗病毒口服液源自《伤寒论》,千百年来,对于治疗流感疗效稳定。该药由板蓝根、石膏、芦荟、生地、郁金、知母、石菖蒲、广藿香、连翘等组成。其中,板蓝根有清热解毒、凉血利咽之功效;现代药理研究结果表明,板蓝根提取物可通过限制病毒分裂,而起到对某些流感病毒的抑制杀灭作用。石膏可清泻肺热,除烦止渴。芦荟可泻火解毒,杀菌抗炎。生地黄能清热生津,凉血止血。郁金可清心凉血,活血止痛。知母可清热泻火,滋阴润燥。石菖蒲能开窍豁痰,化湿镇咳。广藿香能芳香化浊,和中止呕。连翘可清热解毒,散结消肿。诸药合用,可泻火除实热,滋阴治虚热,最终达到清热祛湿、凉血解毒的功效,可广泛用于温病发热及上呼吸道感染、流感、腮腺炎病毒感染性疾病的防治。

专家建议,预防流感最有效的措施是接种流感疫苗,这样可降低接种者罹患流感和发生严重并发症的风险。不过,药物预防不能代替疫苗接种,但建议有重症流感高危因素的密切接触者进行药物预防。其他一般预防措施,包括保持良好的个人卫生习惯等,这是预防流感等呼吸道传染病的重要手段。

信心讲堂 信心药业 心正药精

经验分享

肛窦炎和直肠炎的区别

□叶鹏飞

直肠和肛窦在解剖学上是相连的,直肠炎症很容易导致肛窦炎。因此,临床上肛窦炎和直肠炎经常并存并相互影响。慢性直肠炎是一种慢性炎症,其主要病变位于肠管肌层以上,属于炎症性肠病(IBD)的范畴。病

变直肠黏膜的病理检查显示炎症细胞浸润,主要是淋巴细胞和中性粒细胞。慢性直肠炎的具

体病因尚不清楚,但与感染和免疫功能障碍有关,这与肛窦炎的病因非常相似。就临床表现而言,它们也有许多相似之处。其

中,慢性直肠炎主要是以腹泻、大便伴有黏液、肛门坠胀、排便不尽感、里急后重,伴或不伴腹痛腹胀为主。

慢性直肠炎和肛窦炎一样,症状复杂,不易根治,和

大便情况密切相关,容易受饮食

之加重。因此,笔者认为肛窦炎和直肠炎是辩证统一的,既相互联系,又相互区别,并在一定条件下可以相互转化。(作者供职于河南科技大学第一附属医院)

膀胱癌的诊断与介入治疗

□张建好 韩新巍

现代人生活节奏快,吸烟、喝酒、熬夜是很多人

的生活常态,这种不良的生活习惯显然不利于身心健康,如果某天清晨发现自己小便变红即尿血了,会令人无比担忧。引起尿血的常见原因有泌尿系炎症、结核、结石或肿瘤、外伤、药物等,不同原因引起的血尿对机体造成的影响也不相同。轻者仅在显微镜下发现红细胞增多,称为“镜下血尿”;重者外观呈洗肉水样或含有血凝块,称为“肉眼血尿”。在所有引起尿血的疾病中,因患膀胱癌而出现的血尿是最难以处理的。

膀胱癌的病因没完全明确,比较公认的有:1.长期接触芳香族类等致癌物质的职业人员,如染料、皮革、橡胶、油漆、印刷等,可出现较高的膀胱肿瘤发生率。2.吸烟是最重要的致癌因素,吸烟者患膀胱癌的危险性是

非吸烟者的4倍。3.膀胱慢性感染与异物长期刺激膀胱黏膜也会增加患膀胱癌的风险,如膀胱结石、埃及血吸虫病膀胱炎、长期留置尿管等均容易引发膀胱癌。4.近年来研究显示长期服用某些药物、食物中或由肠道菌作用产生的亚硝酸盐等也可诱发膀胱癌。

膀胱癌的诊断:1.尿液检查。在新鲜尿液中,易发现脱落的肿瘤细胞,故尿细胞学检查可作为血尿的初步筛选。2.影像学检查。超声简便易行,可作为患者的最初筛选。静脉尿路造影(IVU)对较大的肿瘤可显示为充盈缺损,并可了解肾盂、输尿管有无肿瘤以及膀胱肿瘤对上尿路的影响。CT和MRI(磁共振成像)可以发现肿瘤浸润膀胱壁深度、局部转移肿大的淋巴结以及内脏转移的情况。放射性核素检查可了解有无骨转移。3.膀胱镜检查。是患膀胱癌年龄范围出现血尿患者的重要检查手段。可以直接观察到肿瘤所在部位、大小、数目、形态、有蒂或广基,初步估计基底底部浸润程度等。同时发现异常部位可活检,随后通过病理

来确诊膀胱癌。4.膀胱双合诊。可了解肿瘤大小、浸润的范围、深度以及与盆壁的关系。介入治疗:膀胱癌的治疗以手术治疗为主。根据肿瘤的临床分期、病理并结合患者全身状况,选择合适的手术方式。但是对于晚期膀胱癌,患者多数年龄较大,基础疾病较多,部分患者不能耐受手术。20世纪70年代,国外专家首先采用腔内动脉栓塞治疗中晚期膀胱癌取得较好效果。因此,运用介入的方式“腔内动脉化疗栓塞”对于不愿或不宜手术治疗

的晚期膀胱癌患者,术后复发的膀胱癌患者及部分术前的膀胱癌患者提供了安全有效的治疗手段,特别是对合并的大出血,效果显著。经导管动脉化疗栓塞治疗膀胱癌的优点是区域化疗,药物浓聚于膀胱组

织,使肿瘤组织中药物浓度升高,疗效明显优于静脉化疗且副作用较小,但有不同程度的恶心、呕吐,白细胞降低等不良反应。(作者供职于郑州大学第一附属医院)

介入术后并发症:膀胱动脉造影栓塞术后几乎不可避免地出现发热、腹部疼痛、精神不振和食欲下降等非特异症状群,称其为栓塞后综合征。症状可持续5天~7天,因肿瘤组织坏死反应、无菌炎症所致。化疗栓塞前后预防感染,深呼吸锻炼及术后的一般对症处理即可缓解症状。此外因术中化疗药物的运用,可能会引起恶心呕吐等胃肠道反应,因个人体质及化疗药物种类的不同,每个人的术后反应是不一样的,当出现副作用时可给予药物对症支持处理。(作者供职于郑州大学第一附属医院)

遗失声明 许昌市第二人民医院马莉的普通高等专科学校毕业证书(证书编号:116531200706000252)...

AI智能体质分析与调理 微信扫一扫测体质 微信直播课 18种体质分析 200种证型分析 对应360味中药 零元合作/代理 报名微信:mcn1168 联系人:焦老师 15801679829 世界中联(北京)中医科学研究院

奇芝堂 甄选真材实料 安全放心可靠 健康营养每一餐 走亲访友 就选奇芝堂 郑州奇芝堂食品科技有限公司 团购/订购热线:0371-58615152

稿约 为了更好地为基层医生的日常诊疗工作提供帮助,本版对内容进行了调整,设置了《专家连线》《实用验方》《误诊误治》《经验分享》《临床提醒》《用药指南》等栏目。请您关注,并提供稿件或建议。稿件要求:一定是原创,言之有物,具体可行;需要1000字以内;可以用小故事开头,以增加趣味性。联系人:朱忱飞 电话:13783596707 投稿邮箱:5615865@qq.com 邮政编码:450046 地址:郑州市金水东路与博学路交叉口东南角河南省卫生健康委员会8楼医药卫生报社总编室

健康你我 原装生活 JIANKANGNIWO YUANZHUANGSHENGHUO