

指南,2024,22(25):147-149.

[18] 任晓艺,李旭颖,钱红娟,等.围术期个体化营养干预对存在营养风险的高龄腰椎后路椎间融合术患者的影响[J].国际老年医学杂志,2024,45(3):274-277.

[19] SONG Y,WU Z,HUO H,et al. The impact of frailty on adverse outcomes in geriatric hip fracture patients:a systematic review and meta-analysis [J]. Front Public Health,2022,10:890652.

[20] 纪木火,刘学胜.老年衰弱患者围术期管理专家意见[J].临床麻醉学杂志,2023,39(9):991-997.

[21] 王英杰,刘薇,朱宏伟,等.老年衰弱患者肌力训练干预方案的构建及应用研究[J].中华护理杂志,2024,59(14):1669-1677.

[22] 梁倩,汪晓丽,刘梦琪,等.多组分运动护理干预在老年慢性心力衰竭合并衰弱患者中的应用[J].中华护理杂志,2023,58(23):2821-2828.

[23] 岳敏,寇京莉,周凤月,等.多组分运动干预对老年稳定性冠心病患者合并衰弱状态的影响[J].实用医院临床杂志,2022,19(2):111-114.

[24] 陈圆圆,刘华,霍云云,等.老年脑卒中患者跌倒恐惧状况及相关因素分析[J].中华保健医学杂志,2023,25(3):347-348.

[25] 孟玉春,张秀波.奥塔戈运动对脑卒中患者跌倒恐惧的干预效果分析[J].基层医学论坛,2024,28(2):154-156.

[26] 刘婷婷.阶梯式平衡功能训练对老年髋关节置换术后患者平衡功能和跌倒恐惧的影响[J].安徽医学,2024,45(8):1028-1033.

[27] 郭金花,阳丹,张军.个体化多元运动干预对住院老年患者衰弱状态和躯体功能的影响[J].中华老年多器官疾病杂志,2019,18(9):661-664.

[28] 王玮,柳华.分阶段心理干预结合亲情式关怀对肺癌化疗患者希望水平及自我效能感的影响[J].临床医学研究与实践,2021,6(11):184-186.

[29] 张鲁敏,顾芬.叙事护理在健康教育中的应用研究进展[J].护理学报,2019,26(1):28-31.

[30] 洪丽丽,唐微,徐小敏.正念心理护理在改善妊娠糖尿病患者心理中的应用效果观察[J].心理月刊,2024,19(16):167-169.

[31] 孙桂兰,田迎春,李志颖,等.针对性护理在镜面右位心患者冠状动脉介入治疗住院期间的应用效果[J].中国循证心血管医学杂志,2020,12(5):591-594.

[32] 陈旭丽,胡跃琳,李薇,等.罕见右位心的心电图采集分析一例[J].实用心电学杂志,2016,25(1):73-75.

[33] 荆润香.预见性护理干预对冠心病行冠状动脉介入患者术后并发症的影响[J].中国医药指南,2023,21(6):134-136.

[34] EKERSTAD N,SWAHN E,JANZON M,et al. Frailty is independently associated with short-term outcomes for elderly patients with non-ST-segment elevation myocardial infarction[J]. Circulation,2011,124(22):2397-2404.

[35] CANO Ó,ANDRÉS A,ALONSO P,et al. Incidence and predictors of clinically relevant cardiac perforation associated with systematic implantation of active-fixation pacing and defibrillation leads: a single-centre experience with over 3800 implanted leads[J]. Europace,2016,19(1):eu410.

[36] 孙岚.随访管理在妇科恶性肿瘤患者术后延续护理中的应用效果[J].护理实践与研究,2021,18(18):2793-2796.

[37] 王妍,李含晖,哈丽米娜,等.基于微信平台的医护患共同决策模式在老年髋部骨折患者延续性护理中的应用[J].兵团医学,2022,20(2):68-70.

(收稿日期:2024-10-20 修回日期:2025-01-27)

• 案例分析 •

胎盘早剥合并子宫胎盘卒中 1 例并文献复习^{*}

石春风^{1,2}, 卢 丹^{1,2△}

[1. 扬州大学附属苏北人民医院,江苏 扬州 225001;2. 扬州大学医学院(转化医学研究院),江苏 扬州 225009]

【摘 要】 胎盘早剥合并子宫胎盘卒中发病急、进展快,若不及时处理可诱发多种并发症,甚至威胁生命。该文对 1 例胎盘早剥合并子宫胎盘卒中病例的临床表现、实验室检查结果、治疗及预后进行了分析,旨在为临床诊断及治疗提供思路。

【关键词】 胎盘早剥; 子宫胎盘卒中; 病例报告

DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2025.06.049

文章编号:1009-5519(2025)06-1522-04

中图法分类号:

文献标识码:B

胎盘早剥是指在妊娠 20 周后于分娩开始之前,正常位置的胎盘过早的部分或全部从子宫壁剥离的

^{*} 基金项目:国家自然科学基金项目(82072088)。

[△] 通信作者,E-mail:ludan1968@126.com。

一种严重并发症。子宫胎盘卒中是指胎盘早剥时随着胎盘与子宫壁之间的血液积聚越来越多,胎盘与子宫壁之间的压力也随之增大,血液侵入子宫肌层的现象。该病发病急、进展快,若不及时处理可诱发多种并发症,甚至威胁生命。本文对扬州大学附属苏北人民医院收治的 1 例胎盘早剥合并子宫胎盘卒中进行治疗,旨在为临床诊断及治疗提供思路。

1 临床资料

患者,26 岁,2024 年 7 月 12 日因“产后阴道出血 5 h”于扬州大学附属苏北人民医院就诊。患者就诊前 5 h 于天长市中医院会阴侧切助娩一足月女婴,产后 2 h 出血约 400 mL,胎盘胎膜自娩,查胎盘边缘见 1.5 cm×4.0 cm 压迹,考虑胎盘早剥,产后查血浆凝血酶原时间(PT)14.9 s,血浆纤维蛋白原(FIB)0.7 g/L,考虑患者凝血功能异常,转入扬州大学附属苏北医院进一步治疗。查体:体温 36.7℃,脉搏 95 次/分,呼吸 20 次/分,血压 122/88 mm Hg,神清,面色苍白,肢端湿冷,腹平软,宫底高度脐下一横指,全腹部轻压痛,无反跳痛,阴道少量渗血,诊断性穿刺出少量不凝血液。B 超示:子宫宫角偏左侧肌层局部回声连续性中断;破裂待排,腹腔积液,液体性质不明。腹部 CT 示:子宫体积增大,密度不均匀增高,边缘欠光整,周围积液/积血。腹、盆腔积液/积血(图 1)。血常规:血红蛋白(HGB)71 g/L,血小板(PLT) $56\times 10^9/L$ 。凝血常规:FIB 0.84 g/L,PT 16.20 s,活化部分凝血活酶时间(APTT)34.80 s。初步诊断:子宫破裂? 产后即时出血;胎盘早期剥离;凝血障碍;贫血;孕 1 产 1 (孕 39⁺5 周,左枕前位,顺产)。入院后立即建立静脉通路,完善相关检查,给予 FIB 静脉滴注及冷沉淀输注、氨甲环酸止血、白蛋白输注、浓红及血浆输注、欣母沛肌注促进子宫收缩及补液等对症支持治疗后,患

者凝血功能指标仍不理想(表 1)。考虑腹腔持续出血,遂于全身麻醉下行开腹探查术,术中见:盆腹腔积血及血凝块约 850 mL,子宫前壁、后壁偏右侧壁局部及双侧宫角部卒中,右侧宫角部有血性液体渗出(图 2)。术中子宫收缩不佳,遂予以欣母沛 250 μg 宫底注射,以温盐水纱布交替按摩子宫,1/0 薇乔线间断缝合子宫下段肌层,加强子宫下段收缩;再用 1/0 薇乔线予子宫背包式缝合止血,3/0 薇乔线缝合出血点。术后予补液、输血、改善凝血及促进子宫复旧等对症支持治疗,患者病情转平稳至出院。

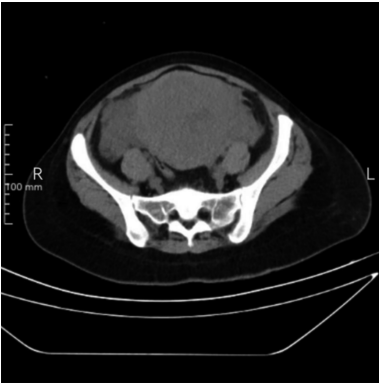


图 1 患者腹部 CT



图 2 患者子宫大面积卒中

表 1 患者产后凝血功能和部分血常规检验指标变化

指标	产时	产后 (即刻)	产后 5 h	产后 9 h	产后第 1 天	产后第 4 天	产后第 9 天	产后第 11 天	产后第 12 天
FIB(g/L)	0.90	0.70	0.84	1.87	2.76	4.74	2.92	2.51	3.04
PT(s)	13.80	14.90	16.20	13.30	12.70	11.70	11.20	11.10	12.50
TT(s)	—	—	19.30	15.70	15.10	14.20	16.10	16.40	18.00
APTT(s)	—	—	34.80	32.50	32.30	26.90	26.40	25.90	32.40
HGB(g/L)	—	—	71.00	62.00	124.00	108.00	140.00	144.00	143.00
PLT($\times 10^9/L$)	—	—	56.00	48.00	42.00	45.00	25.00	7.00	72.00

注:—表示无此项。

2 讨 论

胎盘早剥是正常植入的胎盘在分娩前完全或部分从子宫壁剥离,妊娠中发生率为 0.4%~1.0%^[1]。

早剥通常与阴道出血和腹痛相关,伴或不伴子宫收缩,并且通常伴有胎心率异常^[2]。胎盘早剥是妊娠晚期阴道出血的主要原因之一,也是围生期死亡重要原

因。早剥的危险因素包括既往早剥、吸烟、外伤、可卡因使用、多胎妊娠、高血压、子痫前期、易栓症、高龄产妇、胎膜早破、宫内感染和羊水过少^[3]。子宫胎盘卒中是指随着胎盘与子宫壁之间的血液积聚越来越多,胎盘与子宫壁之间的压力也随之增大,子宫肌层因为血液的侵入发生肌纤维的分离、断裂及变性。子宫表面也随着这样的变化呈现出蓝紫色瘀斑^[4]。子宫胎盘卒中合并胎盘早剥对母婴预后有显著影响^[5-6],常引起严重的产前出血、产后出血、凝血功能障碍,导致早产、低出生体重、胎儿窘迫、死产,使得新生儿死亡率上升。

胎盘早剥的典型临床表现包括腹痛、阴道出血、子宫压力增高和胎心率异常等^[7]。对于胎盘剥离面积较小、缺乏典型临床表现的患者,需依靠产后检查胎盘时才能确诊^[8]。在胎盘早剥合并子宫胎盘卒中的情况下,子宫表面可能会呈现紫蓝色的瘀斑,这是子宫胎盘卒中的特异性表现^[9]。

胎盘早剥的 B 超图像可表现为:(1)胎盘后血肿达到胎盘边缘;(2)胎盘后血肿未达到胎盘边缘;(3)胎膜下血肿^[10]。在出血初期第 1 周内,由于纤维蛋白和红细胞的聚集,超声图像通常显示为较为均匀的高回声或中等回声图像。随着病情的发展,血肿逐渐被吸收并开始液化。第 1、2 周之间,超声图像上的回声会变为不均质的低回声。第 2 周之后,随着血肿的完全吸收和液化,超声图像可能会显示为无回声区^[11]。此外,由于磁共振成像(MRI)无辐射、非侵入,在超声检查结果不明确的情况下,可以通过 MRI 获得更清晰的图像,其有助于评估胎盘早剥的范围及分期,提高胎盘早剥的诊出率^[12]。在胎盘早剥时,孕妇也容易发生凝血功能障碍,且实验室检查可见不同程度的 HGB、PLT、FIB 水平降低,D-二聚体水平升高及 PT、APTT 延长。随着出血量的增加,还可能发生肾功能衰竭。因此,对于疑似或确诊的胎盘早剥患者,需要定期监测血常规、凝血功能、肝肾功能及电解质水平,以便及时调整治疗方案,预防并发症的发生^[13]。

对于胎盘早剥合并子宫胎盘卒中的患者,应根据病情的严重程度、孕周及母体和胎儿的具体情况进行处理。0~Ⅰ级胎盘早剥且母体情况良好的患者,如果主要是外出血且宫口已经扩张,预计可以在短时间内结束分娩,则可以考虑阴道分娩^[14]。一旦确诊为Ⅱ级或Ⅲ级胎盘早剥,应立即采取措施终止妊娠。对于可能并发休克及凝血功能障碍的胎盘早剥患者应监测患者生命体征,纠正休克,同时及早终止妊娠^[15]。确诊时孕周小于 35 周的孕妇,可以根据具体情况综合考虑是否适当延长孕周。而孕周大于等于 35 周的患者,应积极考虑进行急诊剖宫产,以提高胎儿存活

率^[16]。若胎盘早剥合并子宫胎盘卒中,应立即进行剖宫产以终止妊娠。

在管理此类患者产后出血的过程中,应实施高效的止血措施,同时尽量保留子宫及其功能^[17]。产后出血的临床处理措施有:使用促进子宫收缩的药物、子宫按摩、采用宫腔内纱布或球囊填塞、应用子宫加压缝合术(如 B-lynch 缝合术、Cho 缝合术、Hayman 缝合术、Ouahba 缝合术等)、施行盆腔血管结扎、动脉栓塞及子宫切除术^[18-19]。子宫加压缝合因其止血效果显著、操作简便且安全而被广泛认可,更重要的是其有助于保护患者的生育能力。因此,在面对难治性产后出血时,可以使用子宫加压缝合快速止血^[20]。Hayman 缝合术除了应用于剖宫产产后出血还可以应用到顺产的产后出血中,缝合时要求从宫颈内口上方大约 3~4 cm 处开始进针,穿透子宫前后壁,并将线引至宫底处打结固定^[21]。在此过程中,助手需要配合施加纵向压力于子宫上,以避免单纯依靠缝线牵拉可能引起的切割伤害或滑脱现象。缝合过程中应当缓慢且逐步收紧缝线,确保子宫能够实现纵向收缩,防止因过紧影响子宫血液供应而导致组织损伤,或是因为过松而导致手术效果不佳。对于子宫另一侧也要进行同样的操作。在关闭腹腔之前,必须细致观察子宫的颜色、收缩状态及阴道出血情况,以此来评估手术的效果并迅速应对任何潜在的问题^[22-23]。

综上所述,胎盘早剥合并子宫胎盘卒中发病急且会导致母胎的不良预后,临床医生需要具备高度警觉性与快速反应能力,以便在面对该病时迅速做出诊断与紧急处理。

参考文献

[1] TIKKANEN M. Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences [J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2011, 90(2): 140-149.

[2] BRANDT J S, ANANTH C V. Placental abruption at near-term and term gestations: pathophysiology, epidemiology, diagnosis, and management [J]. Am J Obstet Gynecol, 2023, 228(5S): S1313-S1329.

[3] OYELESE Y, ANANTH C V. Placental abruption [J]. Obstet Gynecol, 2006, 108(4): 1005-1016.

[4] 曾菊英. 胎盘早剥并发子宫胎盘卒中的临床诊断及治疗分析 [J/CD]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2019, 6(13): 51.

[5] SARWAR I, ISLAM A. Abruption placentae and its complications at Ayub teaching hospital abbotabad [J]. J Ayub Med Coll Abbottabad, 2006, 18(1): 27-31.

[6] PITAPHROM A, SUKCHAROEN N. Pregnancy outcomes in placental abruption [J]. J Med Assoc Thai, 2006, 89(10): 1572-1578.

[7] 朱鹃,李敏. 胎盘早剥的早期诊断[J]. 中日友好医院学报, 2007(1):25-27.

[8] 余美佳,李俊男,王琳,等. 119 例胎盘早剥的临床分析[J]. 实用妇产科杂志, 2011, 27(2):146-148.

[9] 贾建楼,李艳,杨荣. 胎盘早剥并发子宫胎盘卒中的临床特征、母婴结局及发病危险因素分析[J]. 临床医学研究与实践, 2017, 2(36):144-145.

[10] 兰月,陈俊雅. 胎盘早剥的超声表现及临床诊断价值分析[J]. 中国临床医学影像杂志, 2023, 34(12):883-886.

[11] 宋彩环. 胎盘早剥的彩色多普勒超声诊断分析[J]. 影像研究与医学应用, 2019, 3(6):187-188.

[12] 龚娜,杨健. MRI 评价胎盘功能的应用进展[J]. 中国医学影像技术, 2016, 32(11):1777-1780.

[13] 何周. 临床胎盘早剥诊断方式研究进展[J]. 婚育与健康, 2023, 29(14):1-3.

[14] 郭岁芬,肖红志,袁珑珑,等. 双胎妊娠胎盘早剥致腹腔内出血 1 例[J]. 江西医药, 2022, 57(5):541-542.

[15] 卢彦,郭航,李向朋,等. 胎盘早剥、死胎致 DIC 剖宫产术围手术期救治 1 例[J]. 河北医药, 2023, 45(21):3357-3360.

[16] 宋俊杰. 胎盘早剥患者不良妊娠结局的相关因素分析[J]. 临床医学, 2024, 44(6):46-48.

[17] 纪俊荣. 胎盘早剥并发子宫胎盘卒中的临床诊断方法和治疗评价[J/CD]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(9):70.

[18] 于梅花. 宫缩乏力性产后出血治疗方法研究进展[J]. 中国城乡企业卫生, 2024, 39(1):34-37.

[19] 王佳,陈燕. 不同子宫加压缝合术治疗产后出血[J]. 中国现代手术学杂志, 2020, 24(2):151-155.

[20] 佟珊. 子宫加压缝合法治疗子宫收缩乏力性产后出血的疗效观察[J]. 中国医药指南, 2015, 13(3):179.

[21] 韦芳. 子宫压迫缝合术治疗产后出血的研究进展[J/CD]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2018, 2(13):195-196.

[22] 张玉霞,刘晓华. Hayman 缝合术用于剖宫产术中难治性出血 19 例体会[J]. 山东医药, 2011, 51(15):27.

[23] 应豪,段涛. B-Lynch 及其他保守缝合法在产后出血中的应用[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2009, 25(2):102-104.

(收稿日期:2024-10-26 修回日期:2025-01-29)

• 案例分析 •

以气道受累为主要表现的复发性多软骨炎 2 例并文献复习^{*}

刘 芝¹, 韩 丹², 陈萨如拉¹, 文 峰¹

(1. 内蒙古民族大学附属医院, 内蒙古 通辽 028000; 2. 花吐古拉中心卫生院, 内蒙古 通辽 029300)

[摘 要] 分析以气道受累为主要表现的复发性多软骨炎(RP)患者临床表现及肺功能、影像学特点, 阐明其诊断价值和有效治疗的方案。以呼吸系统症状为主的 RP 缺乏特异性的确诊手段, 肺功能可提供气道受累的早期证据, 结合影像学检查等有助于诊断, 且糖皮质激素联合免疫抑制剂治疗有效。

[关键词] 复发性多软骨炎; 气道受累; 肺功能; 影像学检查; 病例报告

DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2025.06.050

文章编号:1009-5519(2025)06-1525-05

中图法分类号:R681.3;R562.1;R767.3

文献标识码:B

复发性多软骨炎(RP)是一种罕见的自身免疫性疾病, 表现为耳部、鼻部和气管软骨反复发作的软骨炎症, 也可累及蛋白糖原丰富的其他结缔组织, 如眼睛、肾脏、皮肤、胃肠、心脏大血管和神经系统^[1]。研究显示, 50% 以上的 RP 患者可出现呼吸道受累, 以呼吸道受累为首发表现者约为 25%, 沿支气管树进一步发展的软骨炎是 RP 发病和死亡的重要原因^[2]; 约 50% 表现为喉和(或)气管软骨炎, 约 39% 表现为鼻软骨受累^[3]。炎症的程度决定其经常需要使用激素和免疫抑制剂治疗, RP 经常表现为间断发作的剧烈炎症, 预后差别较大, 主要取决于器官受累情况及出现的并发症^[4]。目前, RP 尚缺乏特异性的诊断标准, 对

于累及呼吸道的患者的检查方法主要有肺功能、支气管镜、正电子发射计算机断层扫描(PET/CT)检查, 以及动态复查肺 CT 等。本文就 2 例 RP 患者临床表现及相关检查在诊断中的特点和价值进行分析并复习文献。

1 临床资料

1.1 一般资料 患者 1, 男, 33 岁, 因出现间断低热、咽痛、咳嗽、少痰伴喘息半年余, 加重伴全身关节疼痛, 膝关节蹲起疼痛 1 周余, 于 2022 年 6 月就诊于内蒙古民族大学附属医院。患者 5 个月前就诊于当地医院行喉镜检查示慢性咽炎; 肺功能检查示阻塞性通

^{*} 基金项目: 内蒙古民族大学附属医院博士科研启动基金项目(2021BS007)。

网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1129.R.20250410.0959.002\(2025-04-10\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1129.R.20250410.0959.002(2025-04-10))