

2019年南湖院区第三期临床病例讨论摘编

主持人：第二产科病房 / 刘彩霞 魏军

病例摘要

患者女，35岁，以“停经7月余，下肢水肿2个月，加重10天”为主诉收入院。

现病史：患者平素月经规律，LMP:2018-06-11，EDC:2019-03-18，停经7周超声检查可见妊娠囊及胎心胎芽。孕期未能确定绒毛膜性。孕4月始自觉胎动。2个月前出现双下肢水肿，逐渐加重，1个多月前测血压发现血压升高，达150/80mmhg，未用药控制血压。近10天复查尿蛋白阳性，出现尿量减少伴排尿等待，约30s，伴腰痛症状，坐位后自行缓解，否认尿频、尿急、尿痛等症状。

既往史：否认结核病史、肾脏病史及孕前高血压病史，2012年曾行子宫下段剖宫产术产一活婴，2016年人工流产一次。否认药物过敏史及家族遗传病史。

入院查体：T 36.5℃，P85次/分，BP:138/82mmHg，R18次/分，神清语明，未见贫血貌。心肺听诊未闻及异常。腹膨隆，下腹一横型切口瘢痕，腹部瘢痕处无压痛，全腹无反跳痛及肌紧张，未扪及明显宫缩。四肢活动良。中度水肿。

辅助检查：尿常规：隐血：+1(0.6 mg/L)；尿蛋白：+2(1.0 g/L)；WBCUF：178.3；WBC-M：32.10；细菌：2776.30；白细胞酯酶：+(75)。尿细菌培养结果：混合菌群生长。总蛋白：43.4 g/L；白蛋白：22.2 g/L，余血常规等未见异常。

产科超声提示：1.晚期妊娠，双胎，一头位，一臀位。2.建议进一步除外左前壁胎盘植入。3.左前壁胎盘内液性区，注意血窦。4.一胎胎儿脐带绕颈5.彩超胎盘植入评分：12分。

MRI：双胎妊娠，头位；左前壁边缘性前置胎盘，与子宫壁分界不清，胎盘植入不排除。

入院诊断：孕3产1孕33周+1，LOA/RSA；凶险性前置胎盘；子痫前期轻度；双胎之一脐带绕颈；瘢痕子宫妊娠（一次剖宫产术后）；低蛋白血症；泌尿系感染。

治疗经过：患者因可疑胎儿窘迫、子宫破裂，于介入科留置腹主动脉球囊后行剖宫产术，术中见胎盘位于子宫前壁、后壁及宫颈，部分穿透子宫肌层，侵及左侧宫旁，子宫下段、子宫体部表面可见较多怒张血管。胎盘造洞取出胎儿后给予腹主动脉

球囊加压，切除胎盘植入部分宫壁。术中留置宫腔宫颈止血双球囊、腹腔引流、筋膜下引流各一枚。失血3000ml。术后送入ICU病房，予对症治疗。保留子宫成功，术后3天转回病房。

患者返回后即出现水样便腹泻，腹胀加重，肌酐升高。便常规提示：菌群失调。请相关科室会诊后给予抗炎、止泻、调节肠道菌群等对症治疗，监测出入液量及相关指标。因不排除菌群紊乱，加用氟康唑顿服。后感染指标持续升高，腹泻未见明显改善，经临床药学部建议，给予特治星+甲硝唑抗炎治疗。仍无明显改善，请全院会诊，综合各科会诊意见，考虑腹腔感染，予泰能、丙球等治疗，间断放腹水。术后20日腹水涂片提示革兰氏阳性球菌感染，不排除为耐甲氧西林金葡菌，给予患者泰能+万古霉素，后根据药敏结果，改为舒普深+万古霉素，患者症状迅速缓解。经对症治疗后，患者腹水明显减少，腹泻等症状消失，感染相关指标、肾功等恢复正常，顺利出院。

讨论

第二产科病房 魏军教授（主持人）

该患者病情特殊，为双胎妊娠，凶险性前置胎盘，子痫前期患者，此类患者剖宫产术中极易大出血，对于此类患者严格细致的术前准备、术中操作、术后管理非常重要。

第二产科病房 尹少尉主治医师

该患为双胎妊娠，复杂性双胎孕期需从绒毛膜性，胎儿发育，胎儿血流等多方面进行监测，该患孕期没有进行规范产前检查，加大了手术处理难度。

第二产科病房 陈静副教授

瘢痕子宫妊娠孕需注意瘢痕妊娠及凶险性前置胎盘可能。根据大量临床病例我们总结归纳出《凶险性前置胎盘评分表》，以评估危重程度及术中出血风险，该患评分12分，术中出血几率高，故术前放置腹主动脉球囊以防术中大出血。

第二产科病房 周阳子主治医师

该患有泌尿系感染。妊娠期由于孕激素刺激以及子宫压迫导致尿液排出不畅，易患泌尿系感染，因此导致母体败血症以及早产儿低体重，应在妊娠期进行尿细菌培养常规筛查和治疗。

第二产科病房 李宝俊总住院医师

在产科中，危重患者终止妊娠时机选择非常重要。该患者入院后即开始进入凶险性前置胎盘诊疗流程，对母体及胎儿情况进行检测，因先兆子宫破裂及可疑胎儿宫内窘迫及时终止妊娠。

第二产科病房 刘婧一主治医师

凶险性前置胎盘术前准备非常重要，我科总结了《凶险性前置胎盘的表单式术前准备流程表》，通过术前完善胎盘MRI、泌尿系超声、双下肢静脉超声等检查、充分备血，为手术做好全面准备。

第一介入病房 龚正主治医师

腹主动脉球囊置入一般用于术中可能有大量出血的患者。置入的要点注意选择合适尺寸的球囊，注意髂动脉和肾动脉位置。术中控制好球囊的压力及阻断的时间，监测肾