

血流量。

麻醉科 赵平教授

因胎盘血流量大，凶险性前置胎盘产妇往往术中出血急且出血量大。针对产科大出血患者，应做充分术前准备，包括充足备血、建立多条静脉通路，根据凶险性前置胎盘评分判断危重程度及出血风险，必要时术前进行腹主动脉球囊阻断。对于产科大出血产妇的麻醉管理，注重及时输血补液保证母体重要器官灌注，术中关注对腹主动脉球囊的管理，预防并发症，注意观察肾脏血流等。结合血管活性药物的应用，维持产妇血流动力学的稳定。

手术室 郭子君护士长

手术室预先为产科抢救做好多方面准备，包括备有产科球囊等凶险前置胎盘专用物品的抢救车、此外还建立专业抢救小组，安排转运人员，为抢救顺畅和及时创造良好条件。

第二产科病房 栗娜主治医师

该患为双胎妊娠，凶险性前置胎盘，第一个胎儿娩出后不能像单胎妊娠那样立即打开球囊并予止血带捆绑，故娩出过程中出血汹涌，因此子宫切口应尽可能避开胎盘，术中探查见胎盘穿透性生长，采取胎盘植入部位切除、子宫动脉上行支结扎等措施处理后，保留子宫成功。

妇科盆底疾病病房 夏志军教授

凶险性前置胎盘胎盘剥离的时机是手术的关键点，胎儿娩出后建议不要强行剥离胎盘，以避免大出血导致患者循环不稳定从而影响远期预后。手术操作要充分下推膀胱，切除胎盘植入的病灶部位，避免副损伤。

第二新生儿内科病房 李娟教授

早产与孕妇、胎盘、脐带及胎儿的多种异常有关，这些异常不仅导致胎儿早产，还会影响胎儿的宫内发育，甚至造成器官损伤。胎龄越小，早产儿不良预后发生率越高。该患者妊娠33周，前置胎盘极易发生胎盘早剥从而导致胎儿失血及宫内窘迫，新生儿生后发生呼吸及神经系统等异常的风险极高。早产儿出生后的有效复苏及保温仅是开始，其后救治过程是复杂的，可能出现很多问题，需要根据情况对患儿进行相应检查及评估，发现异常，及时治疗，不仅保证患儿存活，还要尽全力减少不良预后的发生。

输血科 王秋实教授

妊娠期特有的生理特点决定孕妇血液处于高凝状态，对于凶险性前置胎盘术中大出血的患者，及时的凝血检查非常重要，同时还要预防低体温低钙血症引起的低凝，监测患者凝血功能，合理输注红细胞，血浆，冷沉淀及血小板对于预防稀释性凝血病非常重要。

第一重症监护病房 吴兴茂副教授

此患者为双胎、妊高症、凶险性前置胎盘，手术难度大，术中易大量出血，出血相关损伤是ICU医生关注的重点，术中出血的持续时间及失血量能够影响远期肾肝功能。建议产科医生重视维持血容量的稳定，彻底止血是产科患者恢复的关键。还需注意避免继发感染以及继发肠道菌群紊乱问题。

第一肾脏内科病房 李德天教授

此患者妊娠期即有尿蛋白，需鉴别是原发肾脏疾病，非产科继发性肾脏病，产科特有疾病，关系到处理及预后。术后患者出现肌酐升高，可以明确诊断急性肾功损伤。急性肾损伤与不良预后密切相关，提醒手术医生注意血容量、用药、肾脏功能的评估，有利于避



免肾损伤。

第一消化内科病房 李卉主治医师

该患者术后腹水迅速增加，原因有以下几种可能：1.急性血栓栓塞；2.肠道感染；3.抗生素相关性腹泻。追问病史，患者从ICU转出后有不洁饮食史，后出现水样便，腹胀加重，故考虑患者为肠道感染后继发肠麻痹、腹腔积液合并感染，后续给予抗生素有效，亦支持此诊断。

第三感染性疾病、肝病病房 李智伟教授

此患者后续问题主要是感染问题，可诊断为医院获得性腹腔感染，与社区获得性感染不同点在于医院获得性感染多数属于耐药菌，所以经验治疗应首选能覆盖多耐药菌的广谱抗菌素，细菌培养结果回报也证实为耐药菌感染。

药学部 孙浩主管药师

患者存在明显的低蛋白血症，影响抗菌药物的药动学变化（主要包括药物分布容积增加，药物清除加快）。对于此类患者，需要适当增加用药剂量，保证抗感染的治疗效果。

临床营养科 丁丁医师

患者术前存在低蛋白，不除外孕期蛋白摄入量不足，术后虽给予白蛋白补充，但白蛋白上升不明显，考虑其原因应为能量摄入不足，故建议早期开通肠内或肠外营养，并避免不洁饮食。

病例总结

第二产科病房 刘彩霞教授（主持人）

凶险性前置胎盘患者易出现胎盘植入，术中极易造成大出血，是产科的危急重症。我科总结近年来大量的临床病例，设计了《凶险性前置胎盘评分表》及《凶险性前置胎盘的表单式术前准备流程表》，便于临床应用，并取得极佳的效果。此外，腹主动脉球囊、宫腔球囊等切实有效的止血方式也极大改善了患者的预后，帮助患者保留生育功能。

该危重患者的诊治涉及多个学科，其治疗成功是我院多学科通力合作的体现。我院为辽宁省围产急救中心，围产急救多学科专家团队积极开展协作，为孕产妇提供优质医疗服务。

第二产科病房 / 刘彩霞 魏军 尹少尉 李宝俊
医务部 / 李宁 刘珊 赵冬妮