

产科 DIC 的临床诊断和治疗进展

张英利

桂林市妇幼保健院 广西桂林 541000

〔摘要〕弥散性血管内凝血(DIC)作为产科一类常见并发症,常在部分致病因子影响下发病,导致贫血、出血、器官功能障碍或者休克等一系列症状。DIC 主要表现是凝血功能异常,该病在临床中较为多变,因此有关实验室诊断方法较多,生成的治疗方案也存在一定差异。为提升产科 DIC 诊断及治疗效果,本文就产科 DIC 近年来的诊断及治疗进展作一综述,给临床提供一定指导作用。

〔关键词〕弥散性血管内凝血;产科;诊断;治疗

〔中图分类号〕R714 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165(2021)02-179-02

弥散性血管内凝血(DIC)属于部分致病因素引发的严重病理过程,主要症状包含栓塞、出血、溶血和微循环障碍等。DIC 于妊娠期女性中较为多见,尤其是孕晚期、分娩期患病率更高,会对产妇生命产生严重威胁。同时 DIC 患者发病速度较快,孕妇常见病症有羊水栓塞、重症妊高症以及早期胎盘剥离等,产生这些情况需终止妊娠或者结束分娩,才能使其病情好转。因临床有关 DIC 诊断标准暂未统一,治疗方法也有一定差别。为此,本文就产科 DIC 近年来的诊断及治疗进展进行综述,内容如下:

1 产科 DIC 发病机制

DIC 出现主要是释放出的组织凝血活酶到达血液循环后,和血浆内 Ca^{2+} 以及凝血因子生成复合物,最终形成凝血系统,使得血液系统内产生凝血物质,或凝血酶于纤维蛋白原切下纤维蛋白肽 A、B,于纤维蛋白单体下生成纤维蛋白,进而导致血栓出现,引发血液循环流动障碍,产生器官缺血及受损。此外,纤溶酶对纤维蛋白产生切割作用,和纤维蛋白单体生成复合物,会对单体聚合产生干扰,从而使患者发生局部出血。由此可见,产科 DIC 主要症状包括血栓产生、出血和器官功能障碍,不利于产妇身体健康^[1]。

2 产科 DIC 临床诊断

2.1 出血

出血属于产科 DIC 的主要表现,常常为突发出血,但受患者症状轻重度、体质等影响,出血程度也存在一定差异。李江^[2]等发现,程度较轻者会产生皮肤黏膜、注射位置或者伤口出血,而严重者会出现内脏、颅内甚至分娩后大出血等,内脏出血主要被用于检查产妇肺部、胃肠道和泌尿系统等。因此,对于产科 DIC 能经以上出血表现开展诊断。

2.2 出现栓塞

治疗期间释放组织凝血酶到血液循环后,可严重影响患者的血液循环,并于血管内出现栓塞,引发器官缺血缺氧或者功能障碍。通常临床多针对患者的胃肠、肾、大脑和肺部开展检查,若器官血液循环产生栓塞,栓塞出现于肺部会产生胸痛、咯血和呼吸困难,出现在脑部会产生头痛、意识障碍、瞳孔异常或者偏瘫等症状,出现于肾脏会产生腰痛、尿少或无尿等表现。因此,能结合以上症状对产科 DIC 开展诊断。

2.3 微循环障碍

微循环障碍产生原因在于血管闭塞后的血液循环量降低,流动至心脏的血流量下降,心脏排血量减少,不能满足患者的机体器官血液需求量,严重血液循环障碍者会产生低血压甚至休克。患者出现休克后,易引发机体缺氧或者酸中毒,使其 DIC 病情进一步加重,形成一个恶性循环。

2.4 微血管溶血

李宇琪^[3]等提出,伴随孕妇血液内溶血栓塞增多,血管中凝血现象逐渐加重,血管不断变窄,使得血管腔内出现纤维蛋白

条索,红细胞经过血管时产生受损,或引发血管破损,甚至使孕妇产生大量黄疸,机体血小板数量低于一定量时凝血速度降低,会使 DIC 病情进一步加重。

3 产科 DIC 临床治疗

3.1 合理把握抢救时机

对于典型症状、实验室检查异常 DIC 诊断时不难,但对部分休克程度和出血量间不成正比,突发多个部位出血,产前、产时或产后突然晕厥、胸闷、寒战或呼吸困难,较难通过出血解释的一类休克需考虑可能伴随 DIC。尽早诊断后予以治疗能提升抢救成功率,疑似病例不能等检验结果得出后再进行处理,需同时开展实验室检查和抢救,避免病情延误。李小煜^[4]等对 6 例产后出血引发 DIC 患者均于观察到阴道出血量异常增多时开展抢救,与此同时开展实验室检查,最终所有患者病情获得控制,未产生严重并发症。

3.2 去除病因

治疗 DIC 时应从原发病着手,将激活机体凝血物质来源阻断,以防病情进展。高玉莲^[5]等提出,分娩期为避免 DIC 病情恶化,需控制感染,并尽早协助产妇产出胎儿,后对其胎盘及子宫物质开展清除,若情况严重则需行子宫切除。因 DIC 可引起胎盘早剥、出血休克、流产以及胎死宫中等情况,因此需于以上方面做好孕妇产有关治疗工作,并应在患者缺血缺氧状况下改善其以上症状,防止产生酸中毒。此外,需要对原发病加深认知,并积极开展有关预防措施。

3.3 改善微循环

DIC 易引发栓塞,孕期需注意改善患者的微循环,协助其做好血容量补充,降低其血液黏度,血管内血液流量增多,能减少其血管栓塞出现,并减轻小动脉痉挛程度。袁世海^[6]等提出,可采取补充全血、葡萄糖及复方乳酸钠液改善 DIC 患者微循环,还能加快其血小板凝聚,提升右旋糖酐对于血管内皮细胞修复效果。补充血容量同时需做好酸中毒及电解质纠正,禁用促凝血药,减少各类并发症出现。

3.4 合理应用肝素

肝素有着抗凝作用,能避免 DIC 患者病情进展,但产科 DIC 病情较复杂,特别是该病血液高凝期较短,经过高凝期后迅速至消耗性低凝期,较难把控用药时间,若产生用药时间错误,不仅无法起到治疗效果,还会使出血风险升高。因此,只有产妇处在高凝状态时才能应用肝素,通常而言,伴随明显出血倾向、存在潜在出血病者、术后短期创面没有完全止血者应谨慎使用肝素,对于高血压脑病、严重肝病、溃疡病出血和结核空洞出血者也应慎用肝素,以减少无法控制的意外出现^[7]。

3.5 子宫切除

通常而言,产科 DIC 患者易产生出血休克,为控制其病情进

(下转第 181 页)

青霉素类过敏者,对头孢菌素类发生过敏反应,故上述患者宜慎用头孢菌素。并且过敏体质或有对其他药物过敏史的患者慎用,头孢菌素产生过敏反应机会比青霉素类少,但使用本类药物注射前应先做皮试,个别皮试阴性者用药后仍有发生过敏的可能,故在用药期间应谨慎,发生药物疹应密切观察,加重时应及时停药。遇有过敏休克情况,应立即停药,并按青霉素过敏同样办法处理^[8]。

4 小结

头孢菌素抗生素是从头孢菌素的母核下氨基头孢烷酸接上不同侧链而制成的半合成高效抗生素,头孢菌素的预防性应用主要是用于围手术期,头孢菌素类和青霉素类糖苷类的药物以及林可霉素类都是属于围手术期预防性应用的抗菌药物^[9]。对于一类清洁切口术前应用抗菌药物必须以静脉滴注途径给药,以小容量溶剂稀释在短时间之内滴注,一般都是三十分钟也就是半小时,以保证在短时间内尽快的达到血浆的峰浓度,以保证手术部位再切开而可能有细菌植入的时候,有足够的血浆药物浓度,并且给药时间应该在术前半小时到 2 小时^[10]。并且抗菌药物需要在细菌污染前已在组织内有一定的杀菌,血浆峰浓度才能够有效的预防感染。患者在术后预防性应用抗菌药物时间不要太长,要尽可能的缩短,要求能覆盖感染期。

[参考文献]

[1] 范宝川. 临床应用头孢菌素类抗菌药物发生不良反应的原

因分析与合理用药研究[J]. 中国实用医药, 2019, 014(019):140-141.

[2] 贾周, 丁学智. 左卡尼汀联合头孢菌素类抗菌药及炎琥宁注射液治疗感染性心内膜炎的临床疗效[J]. 内蒙古医学杂志, 2020, 052(002):143-145.

[3] 孙刚. 第三代头孢菌素类抗菌药物的药理作用及其临床应用[J]. 临床合理用药杂志, 2019, 12(06):122-123+125.

[4] 张学昌. 探讨第三代头孢菌素类抗菌药物的药理分析及应用[J]. 医学食疗与健康, 2020, 18(09):102+104.

[5] 唐耀能, 梁启聪. 头孢菌素类抗生素的药理特性及临床应用探讨[J]. 北方药学, 2020, 17(01):160-161.

[6] 昌月德, 刘志东, 殷晓英. 分析第三代头孢菌素类抗菌药物药理作用及临床合理应用[J]. 中国保健营养, 2019, 29(23):337-338.

[7] 张建. 第三代头孢菌素类抗菌药物药理作用及其临床合理用药的探讨[J]. 基层医学论坛, 2019, 23(No.574(22)):134-135.

[8] 王天芳, 贺玉洁. 头孢菌素类抗生素在临床应用中的不良反应与对策探讨[J]. 糖尿病天地·教育(上旬), 2019, 016(002):93-94.

[9] 师帅, 吴春, 陆萍, 等. 头孢菌素类抗生素的药理特性及临床应用分析[J]. 中外女性健康研究, 2019, 000(003):32, 68.

[10] 刘冰冰. 第三代头孢菌素类抗菌药物药理作用及其临床合理用药的探讨[J]. 中国医药指南, 2018, 016(030):110-111.

(上接第 178 页)

要注重对产妇产后间隔、瘢痕位置、瘢痕厚度等指标的考量,筛选符合条件的产妇进行阴道试产,是保障试产成功率的基本工作。胎儿体重、孕周、宫颈条件、阴道分娩史、专业医疗队伍是影响试产成功率的重要因素,应予关注。

[参考文献]

[1] 吕凯莉, 刘劲松. 瘢痕子宫再次妊娠经阴道分娩安全性及母婴结局[J]. 临床军医杂志, 2020, 48(6):682-684.

[2] 康秀真. 瘢痕子宫再次妊娠产妇进行阴道试产的妊娠结局[J]. 河南医学研究, 2020, 29(16):2938-2940.

[3] 吴素勤, 王鹰, 舒志明, 等. 疤痕子宫再次妊娠分娩方式的危险因素分析[J]. 中国临床药理学杂志, 2017, 33(7):662-664.

[4] 朱惠贻, 杨林, 徐小凤, 等. 瘢痕子宫再次妊娠致子宫破裂危险因素分析[J]. 中国医药科学, 2020, 10(9):57-61.

[5] 张婷, 姬宏宇, 王莉, 等. 瘢痕子宫再次妊娠距上次剖

宫产间隔时间与凶险性前置胎盘的关系[J]. 实用妇产科杂志, 2020, 36(4):276-279.

[6] 李静, 燕美琴, 王竞, 等. 剖宫产术后再次妊娠阴道试产结局与子宫瘢痕相关因素的关系[J]. 中国生育健康杂志, 2016, 27(6):514-518.

[7] 邱榕芳. 彩超检测妊娠晚期子宫下段瘢痕厚度对阴道试产的意义[J]. 现代诊断与治疗, 2009, 20(6):329-330.

[8] 张晓华. 影响瘢痕子宫再次妊娠阴道试产的可行性相关因素分析[J]. 锦州医科大学学报, 2020, 41(2):22-24.

[9] 梁小君, 全柳青, 何进球, 等. 缩宫素与宫颈扩张球囊应用于瘢痕子宫阴道试产的效果观察[J]. 中国计划生育和妇产科, 2019, 11(8):37-40, 52.

[10] 梁欣. 剖宫产术后瘢痕子宫再次妊娠阴道试产失败危险因素 Logistic 回归分析[J]. 检验医学与临床, 2017, 14(24):3693-3695.

(上接第 179 页)

展,需将其机体中凝血物质阻断,因此,需开展子宫切除,使胎盘剥离面的大血窦产生减少,并减少羊水及有形物质至母体血液内,防止产生再次循环,进而控制患者病情。伴随医学技术进步,当前产科 DIC 患者出现出血性休克后开展宫腔凝血酶喷洒能抑制其子宫出血,从而避免切除子宫。但偏远地区先进技术暂未完全普及,因此,为抢救产妇生命,于必要时切除子宫属于一类有效治疗手段,且确定开展子宫切除后,应于最短时间中开展手术,最大程度挽救产妇生命。

4 小结

产科 DIC 并非一类独立性疾病,其发病因素较多,包含早期胎盘剥离、感染性流产、胎死宫内、羊水栓塞以及休克等。尽早确诊疾病后予以及时治疗是提升患者治愈率的关键。临床应结合患者的临床表现进行诊断,后按照诊断结果开展相应治疗,治疗核心在于合理掌握抢救时机,切断发病源,后注重改善患者微循环障碍,防止血管中栓塞生成,并合理应用肝素等药物,避免大出血,在必要时可开展子宫切除,以挽救产妇生命。

[参考文献]

[1] 黄汝, 梁昌欢. 产科 DIC 患者行凝血检验的价值分析[J]. 临床检验杂志(电子版), 2020, 9(3):68-69.

[2] 李江, 孙月琴. 产科患者 DIC 凝血检验结果分析[J]. 中国社区医师, 2019, 35(13):89, 91.

[3] 李宇琪, 翁丹卉, 乔福元, 等. 14 例产科弥散性血管内凝血诊治分析及 Takao 产科 DIC 评分系统应用探讨[J]. 现代妇产科进展, 2018, 27(8):575-579.

[4] 李小煜. 成分输血在产科大出血并发急性弥散性血管内凝血中的应用[J]. 实用医技杂志, 2020, 27(6):768-770.

[5] 高玉莲, 孙凤群. 产科急性弥漫性血管内凝血的诊断与治疗[J]. 中国医药导刊, 2015, 9(7):659-660.

[6] 袁世海, 龙纯意. 成分输血用于产科出血合并 DIC 的效果探讨[J]. 现代诊断与治疗, 2016, 27(3):517-518.

[7] 来庆香, 陈维维. 肝素在产科 DIC 中的应用[J]. 中国实用医药, 2015, 7(30):184-185.