

羊水栓塞 9 例临床分析

河北省儿童医院妇产科 (河北石家庄 050031) 王 锐

羊水栓塞是指分娩过程中,羊水物质进入母体血循环引起肺栓塞,休克,DIC等一系列严重症状综合征。是比较少见的,严重威胁母婴安全的产科并发症<sup>[1,2]</sup>。也是孕产妇死亡的重要原因之一,死亡率在 70- 80%。

1 临床资料

我们自 1983 年至 2003 年治疗羊水栓塞 9 例,现报告如下。

表 1 9 例患者的临床资料

| 病例   | 1      | 2      | 3      | 4      | 5      | 6     | 7     | 8      | 9      |
|------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|-------|--------|--------|
| 日期   | 83.2   | 90.10  | 92.1   | 95.9   | 99.11  | 02.5  | 02.10 | 03.8   | 03.9   |
| 年龄   | 22     | 31     | 34     | 43     | 35     | 26    | 30    | 41     | 32     |
| 孕周   | 13     | 39     | 40     | 27     | 41     | 40    | 38    | 41     | 11     |
| 分娩方式 | 钳刮术    | 产钳     | 剖宫产    | 中引     | 晚期引产   | 剖宫产   | 剖宫产   | 剖宫产    | 钳刮术    |
| 发病时间 | 术中     | 四产程    | 术中     | 四产程    | 临产前    | 术中    | 术中    | 术中     | 术中     |
| 发病症状 | ++++   | ++     | ++++   | +      | +      | ++++  | ++++  | ++++   | +      |
| 肝素使用 | -      | -+     | -      | -      | +      | +     | +-    |        |        |
| 出血量  | > 2000 | > 2000 | < 1000 | > 2000 | > 3000 | < 500 | < 500 | < 1000 | > 2000 |
| 凝血异常 | 有      | 有      | 有      | 有      | 有      | 无     | 无     | 有      | 有      |
| 预后   | 死亡     | 死亡     | 存活     | 死亡     | 死亡     | 存活    | 存活    | 存活     | 存活     |

其中例 5 系催产素引产术中,宫口开大 1cm 时出现一过性胸闷,同时发现胎膜破裂羊水流,当时未考虑羊水栓塞,30 分钟后患者血压下降至 8/5 KPa 急行剖宫产结束妊娠。术中因创面出血且不凝,行子宫全切术。术后 14 小时因腹胀进行性加重,二次开腹见腹腔不凝血约 200ml。最后患者死于肾衰及循环衰竭。例 9 系钳刮术后 2 小时阴道流出不凝血约 800ml,血纤维蛋白原定量< 0.6g/L。于发现出血后半小时内急行子宫全切术,同时静脉输注新鲜冰冻血浆及冷沉淀物。术毕碘仿纱条压迫残端开放阴道并放置纱条引流。术后 10 天痊愈出院。共输冷沉淀物 11 次,新鲜冰冻血浆 1000ml。

2 讨论

2.1 病因及好发因素

羊水中有形成分,如脂肪,上皮细胞,粘液,撬帽,胎粪等可以直接形成栓子,进入母体血液循环,引起肺小动脉栓塞。羊水中有促凝物质具有凝血活酶作用,进入母体血液循环导致 DIC。另外,胎儿物质作为致敏原,可导致母体过敏性休克。剖宫产是羊水栓塞的好发因素<sup>[3,4]</sup>。剖宫产时,并行性开放的子宫血窦增加,羊水成分更容易进入母体血液循环。我们经治的 9 例羊水栓塞,其中 4 例发生在剖宫产术中。2 例发生在钳刮术中,1 例发生于催产素引产术,1 例发生在中期引产,1 例发生在足月阴道分娩。其中,例 4 在行羊膜腔穿刺

时曾发现血性羊水,考虑例 4 的发病因素为;羊膜腔穿刺形成腹膜后血肿,临产后胎膜撕裂,羊水经破裂的胎膜进入子宫壁与胎膜之间,宫缩时胎头压迫宫颈阻塞羊水外流,导致宫腔内压力增加,羊水通过蜕膜血管进入子宫静脉,再进入母体血液循环而发病。同时患者年龄偏大,也是好发因素之一。因此,当存在羊水栓塞的好发因素时,一定要高度警惕,争取早发现,早诊断,早治疗。

2.2 临床表现

产时或胎儿胎盘娩出后短时间内出现胸闷,烦躁,等先驱症状,随之出现呼吸困难继而呼吸衰竭。上述症状若得不到及时控制,很快进入 DIC,休克阶段,全身多部位,皮肤粘膜出血,阴道呈倾倒式大量出血。因多脏器灌注不足,导致多脏器衰竭。例 3、6- 8 例均为剖宫产术中发生,胎儿娩出后子宫壁肌注催产素 10- 30mg 于胎盘娩出后 10- 20 分钟,患者烦躁,呼喊胸闷,胸痛,呼吸困难。例 8 出现抽搐,紫绀昏迷。例 1,例 9 于钳刮术中出现轻微胸闷,未引起术者注意,2 小时后,阴道持续涌出大量不凝血后,诊断为羊水栓塞。例 2,例 4 于胎儿娩出前表现胸闷,烦躁。胎儿,胎盘娩出后阴道大量出血,且不凝。9 例中抢救成功 5 例,死亡 4 例,其中 2 例死于产后 2 小时内,1 例死于产后 9 小时,1 例死于产后 33 小时。

2.3 预防

剖宫产是羊水栓塞的好发因素之一,我院于 1983 年至

2003 年间发生羊水栓塞 9 例, 其中 1983 年- 1993 年占 3 例, 1994 年- 2003 年占 6 例。6 例中有 3 例发生在剖宫产术中。因社会因素, 剖宫产率逐年上升, 羊水栓塞的发生率也有所上升。因此, 严格掌握剖宫产手术指征, 掌握好术中催产素的时机和用量, 对于预防羊水栓塞的发生是很重要的。我们认为, 待胎盘娩出后, 再于宫壁肌注催产素为好。待胎盘自然娩出, 尽量不要手取。因为, 我们发现当胎盘胎膜完整娩出时, 或多或少总有部分后羊水流出。如果在胎盘娩出前使用催产素, 且手取胎盘, 这样势必增加了羊水经胎盘剥离面之血窦进入母体血液循环的可能性, 导致羊水栓塞的发生。

## 2.4 治疗

**2.4.1 早发现, 早诊断, 早治疗, 是抢救成功的关键。**例 3, 例 6- 8 发现前驱症状后立即大流量面罩加压给氧, 同时足量糖皮质激素及多种解痉剂交替使用, 以抗过敏和解除气管痉挛。30 分钟内共使用氟美松 60- 80mg, 罂粟碱 90- 120mg, 阿托品 4- 6mg, 氨茶碱 0. 5- 1. 0g, 例 6, 例 7, 40 分钟后症状缓解。例 8 在用药同时, 给予气管插管给氧, 于 1 小时后缓解。其他 6 例发病时前驱症状不是很典型, 未得到早期诊断, 待病情发展至纤溶亢进阶段才被发现。错失早期抢救机会, 使该病死亡率增加<sup>[5]</sup>。

**2.4.2 使用肝素防止 DIC, 宜早不宜迟。**肝素为硫酸粘多糖, 具有强大的抗凝作用, 可对抗凝血酶的作用, 防止微血栓形成。但不能溶解已形成的血栓。例 6- 8 抢救成功的十分关键的因素就在于, 吸氧, 解痉, 抗过敏的同时另开液路给予肝

素 50mg+ 生理盐水 200ml, 1 小时滴入, 阻止病情向 DIC 阶段发展。其他 6 例中, 例 9 未使用肝素, 经输注大量新鲜冰冻血浆及冷沉淀物, 并切除子宫而抢救成功。例 4, 例 5 于发病 4 小时后使用肝素。其他 3 例未用肝素。当病情发展至纤溶亢进阶段时, 使用肝素将加重出血, 不用为宜<sup>[6]</sup>。

**2.4.3 适时切除子宫将增加抢救成功的几率。**例 9 于钳刮术后 2 小时阴道持续涌出大量不凝血, 经用抑肽酶及新鲜冰冻血浆后 30 分钟, 阴道出血未见好转。病人血压下降, 四肢湿冷, 考虑病人进入休克早期, 立即在全麻下行子宫全切术。因手术及时, 达到有效止血。术后未出现其他并发症。羊水栓塞发生后, 一旦出现阴道大量出血且不凝, 短时间内又不能控制时, 应及时行子宫切除术。这样可减少胎盘剥离面大血窦的出血, 可控制病情不再继续恶化, 对抢救与治疗患者来说均为有利措施。

## 参考文献

- [1] 吴熊军. 7 例羊水栓塞临床分析[J]. 海南医学, 2005, 16(2): 70
- [2] 黄醒华. 羊水栓塞. 实用医学杂志, 2004, 20(2): 110- 112
- [3] 贾洪毅, 贾洪峰. 35 例羊水栓塞孕产妇死亡分析[J]. 中国全科医学, 2004, 7(4): 273
- [4] 潘迎, 武明辉, 杨美英. 孕产妇死亡变化分析[J]. 中国妇幼保健, 2004, 19(7): 48- 50
- [5] 郭芝平. 羊水栓塞 11 例临床分析[J]. 医学理论与实践, 2004, 17(9): 1075- 1076
- [6] 程小尧, 陈康. 羊水栓塞 31 例临床分析[J]. 四川医学, 2003, 24(9): 936- 937

# HBV 特异性 T 细胞治疗慢性乙肝的临床研究

黑龙江省大庆市第二医院 (163461) 邵崇波

特异性过继免疫治疗是近几年创立的新的免疫学治疗方法, 它建立在新免疫学理论与技术基础上。由于机体对肿瘤的免疫学效应与杀伤受乙肝病毒感染的靶细胞的细菌毒 T 细胞反应为相似, 根据这一原理, 我们于 2001. 6- 2003. 6 开展了 HBV 特异性 T 细胞治疗慢乙肝的临床研究, 现报告如下:

## 1 材料与方法

### 1.1 临床资料

根据 1990 年上海会议标准确诊的慢性活动型肝炎和慢性迁延型肝炎共 62 例, 全部病例均为持续一年以上的 HBSAg (+). HbcAg (+). 抗- HBC (+) 和 ALT 反复异常, 无心肾等严重并发症, 无结核病, 糖尿病及妊娠。分治疗组 32 例, 其中男性 24 例, 女性 8 例, 对照组 30 例, 男女病例各为 15 例, 两组在病程和病情等方面均具有可比性。

### 1.2 治疗方法:

治疗组采用 HBV 特异性 T 细胞回输, 并分别于治疗零、二、四周乙肝疫苗 30 单位皮下注射 (长春生物制品所), 每次静脉采血 90- 100 毫升, 分离出 PBMC (单个核细胞), 加入 HBV 特异性诱导剂 (有北京希波公司提供), 在 37 摄氏度 5% 二氧化碳的条件下诱导。扩增 120 小时, 制成 HBV 特异性 CTL (特异性细胞毒 T 淋巴细胞, 再回输给病人, 每周一次, 共六次。)

对照组采用常规治疗, 两组均用相同的。不具有免疫调节作用的护肝药物及对症治。

### 1.3 实验检测

全部病例治疗前均查肝功 (包括 BIL、ALT 等八项)。HB-VM (包括 HbsAg、抗- Hbe。抗 HBc) 及 HBV- DNA。血尿常规。AFP。治疗开始后, 每两周查上述指标一次, 直到疗程结束后, 随访 6 个月, 由于个别病例随访时间不满半年, 故报疗程结束后的结果。