

# 1例完全性前置胎盘伴出血并发产后DIC患者的护理案例分析

王先玥 于文静

重庆市第五人民医院 重庆 南岸 400000

**【摘要】**：总结1例完全性前置胎盘伴出血并发产后DIC患者的护理经验。护理要点：采取机械通气、止血与凝血功能纠正、预防和控制感染、连续性肾脏替代治疗、营养支持、心理护理、及回奶指导等对症护理。患者术后8天拔出气管导管，11天可经口进食，18天凝血功能改善，26天转出ICU，随访半个月，患者已出院回家，逐渐恢复正常生活。

**【关键词】**：完全性前置胎盘；产后出血；DIC；护理

DOI:10.12417/2811-051X.26.06.059

产妇正常妊娠情况下，胎盘附着于子宫体的前壁、后壁或侧壁，孕28周后胎盘若覆盖在子宫颈内口处，被称为前置胎盘，其中胎盘完全覆盖宫颈内口的被称为完全性前置胎盘（Total placenta previa）<sup>[1]</sup>。相关数据显示，我国这一病例的发生率仅为0.2%~0.5%，虽然发生率比较低，但70%~90%的产妇会伴随难以控制的出血问题，这是因为胎盘附着于子宫下段，该处肌层薄弱、收缩力差，胎盘剥离后血窦不易闭合所致<sup>[2]</sup>。在出血过程中，极少部分产妇会因大量、快速失血诱发弥散性血管内凝血（DIC），这是因为出血过程中凝血因子和血小板被消耗，加之胎盘剥离面释放促凝物质进入母体循环，进而引发严重凝血功能障碍。若处理不及时或不当，产妇病情将快速进展为失血性休克、多器官功能衰竭，严重甚至危及孕产妇生命<sup>[3]</sup>。针对此类危重病例，临床上一般采取紧急手术终止妊娠的方法进行治疗，而在治疗过程中需要采取科学的护理措施，但此类案例相对较少，许多人员缺少相关护理经验。而本科于2025年11月22日收治了1例完全性前置胎盘伴出血并发产后DIC的产妇，经过急救后患者凝血功能改善，DIC、休克得到纠正，生命体征稳定。现将该例患者的护理经验总结如下。

## 1 患者资料

患者，女，30岁，因“停经28+1周，阴道流血30+分钟”于2025年11月22日由120平车送入院，既往人工流产1次，孕期规律产检，系统超声提示完全性前置胎盘伴胎盘植入。入院前30分钟出现阴道流血约500ml，入院后急诊在腰硬联合麻醉+全身麻醉下行剖宫产+子宫压迫止血术+子宫动脉上行支结扎+子宫切除术+右侧输卵管切除术+盆腔缝扎止血术，术中输注O型Rh(D)阳性悬浮红细胞50.5u、新鲜冰冻血浆2300ml、冷沉淀70u、单采血小板5u、冰冻血浆5350ml，出血14000ml，尿量120ml。术后诊断：1、失血性休克，2、DIC，3、难治性

产后出血，4、前置胎盘伴出血5、多器官功能障碍综合征6、左前臂、左手掌及手指皮肤缺血性肿胀等，术毕于11月23日转入重症医学科。入科后，查体：T 35.5℃，HR 112次/分，RR 14/14次/分，BP 178/119mmHg，SPO<sub>2</sub> 99%。双侧瞳孔等大等圆，直径约6mm，对光反射消失。腹饱满，盆腔引流管1根，下腹部敷料可见少量渗血渗液，引流管引出暗红色血性液体，阴道口可见填塞纱布，双下肢无水肿。左侧前臂肿胀，皮温较低，皮肤张力高，可见广泛水泡，局部水泡破溃伴渗血渗液；左侧手掌及五指肿胀，皮温较低，皮肤张力高，呈深紫色，可见广泛水泡，局部水泡破溃伴渗血渗液。五指指端，指腹，指间关节处均可见广泛青紫。入科APACHE II评分：32分，死亡风险率：41.32%。

## 2 病情观察及护理

### 2.1 机械通气，保持气道通畅

患者转入重症医学科后，鉴于其存在严重失血性休克、DIC及多器官功能障碍综合征，为保障全身氧供、降低呼吸肌耗氧并为后续复苏创造条件，立即有创机械通气支持，初始潮气量为6ml/kg左右，通过肺保护性通气策略，避免因潮气量过大导致进一步的肺损伤。根据入科后血气分析提示氧合指数降低、乳酸升高，通气吸入氧浓度设置为70%，并应用了8cmH<sub>2</sub>O呼气末正压，以改善氧合、维持肺泡复张，并对抗因休克和大量输血可能导致的肺水肿。在通气过程中，密切监测气道平台压与驱动压，确保其维持在安全范围以内，并根据动脉血气分析结果协助医生动态调整通气参数，尤其是逐步降低吸入氧浓度至最低可接受水平以防止氧中毒。机械通气过程中，严格执行无菌操作，保持管路连接通畅，定期进行气囊压力监测，使其维持在25~30cmH<sub>2</sub>O，加强气道湿化，并及时吸除呼吸道分泌物，保持气道通畅。8日后，患者氧合435mmHg，已脱机拔管，改鼻导管吸氧。

王先玥，1995年11月，女，重庆，汉族，主管护师，本科，妇产科护理  
通讯作者：于文静

## 2.2 止血与凝血功能纠正

患者术后采用阴道填塞纱布压迫止血, 动态监测血红蛋白、血小板计数、凝血酶原时间及纤维蛋白原等指标。入科后, 对凝血功能进行监测, 包括密切观察皮肤黏膜、穿刺点、切口及引流管口有无新瘀斑、活动性渗血, 同时关注阴道填塞纱布的渗血情况及盆腔引流液性质, 警惕有无突发呼吸困难、头痛、肢体疼痛等血栓栓塞的早期迹象。11月24日, 发现患者凝血, 凝血功能综合评估值-6.20, 血小板计数  $46.00 \times 10^9/L$ 、纤维蛋白原  $1.62g/L$ 、D-二聚体  $10.00mg/L$ , 考虑患者血管通透性改善, 给予新鲜血浆、冷沉淀、血小板输注改善凝血功能。11月28日, 患者血色素为  $73g/L$ , 暂不输注红细胞, 但凝血提示纤维蛋白原低于  $1.5g/L$ , 再次予以纤维蛋白原输注补充。由于此时患者凝血仍不稳定, 且血小板低于  $50 \times 10^9/L$ , 其血栓风险高, 故不考虑药物抗凝, 继续予以血小板输注提升血小板总量。除了替代治疗, 遵医嘱及时应用了抗纤溶药物氨甲环酸, 以抑制过度亢进的纤溶活性, 巩固止血效果。在整个输血与用药过程中, 严格执行查对制度, 确保血液制品安全、快速地输注, 并密切监测有无输血不良反应。经过多日止血与凝血功能纠正, 11月30日未再出现活动性出血, 血红蛋白水平稳定在  $71g/L \sim 79g/L$ , 纤维蛋白原  $2.14g/L$ 。12月10日后凝血指标不断改善。患者入ICU后总计输入悬浮红细胞25U、新鲜血浆3700ml, 血小板6U, 冷沉淀30U。

## 2.3 感染的预防和控制

在积极纠正凝血功能的同时, 防控因大手术、大量输血、深静脉导管留置以及左上肢严重缺血性损伤所引发的全身性及局部感染, 是支持患者渡过危重期的另一项关键任务。患者入科后血常规提示中性粒细胞百分比升高(84.70%), 而淋巴细胞绝对值( $0.40 \times 10^9/L$ )降低, 存在明确的感染迹象, 后启用美罗培南联合替加环素进行抗感染治疗。护理过程中, 严格执行无菌操作, 观察体温变化, 并注意其他相关症状, 如寒颤、头痛、肌肉疼痛或局部感染等, 加强对中心静脉导管、动脉留置导管、腹腔引流管及尿管等所有侵入性管路的维护, 并每日评估穿刺点、周围皮肤情况以及导管留置必要性, 为减少导管相关性血流感染的发生, 循环稳定后拔出动脉导管, 拔出CVC后更换为PICC, 同时做好会阴护理, 评估患者可自主排尿后及时拔出尿管。11月25日CT提示肺部渗出影, 11月26日感染指标进一步升高, 尤其是考虑到左上肢切开减张术后创面巨大、组织坏死严重, 是重要的潜在感染灶, 于是加强局部伤口的护理, 在配合多学科会诊调整全身抗感染方案为利奈唑胺、美罗培南及替加环素三联用药的同时, 对左上肢伤口实施了精心换药措施, 密切观察渗液颜色、性状和气味。12月2日痰培养检出多重耐药的鲍曼不动杆菌后, 根据药敏试验结果将抗感染方案调整为头孢哌酮舒巴坦、替加环素联合莫西沙星, 但12月8日患者左手渗液培养出近平滑念珠菌, 又及时增加了卡泊

芬净进行抗真菌治疗, 并进一步强化了手部伤口的局部处理, 经过精心护理后, 患者全身感染指标最终稳定。

## 2.4 连续性肾脏替代治疗

鉴于患者术中经历大出血、休克及大量输血, 术后并发多器官功能障碍综合征, 其肾脏功能受到严重冲击, 造成急性肾损伤。为清除体内蓄积的代谢废物、炎症介质等, 为其他器官功能恢复创造条件, 对患者采取连续性肾脏替代治疗(CRRT)。首先由护士协助医生建立了血管通路, 并确保管路连接紧密、通畅。在治疗过程中, 根据医嘱设定准确的脱水量、血流速度及置换液配方, 并严密监测患者的动脉血压、中心静脉压及液体出入量, 实时评估治疗对其血流动力学的影响, 防止出现低血压。由于患者同时存在凝血功能障碍, 护理中采用枸橼酸进行体外抗凝, 避免加重体内凝血。通过在ICU住院期间总计8次的CRRT支持, 患者电解质与酸碱失衡得到纠正, 肌酐水平呈恢复趋势, 于12月17日转肾内科进一步治疗。

## 2.5 个体化支持

### 2.5.1 营养支持

早期患者处于严重休克、血流动力学不稳定且胃肠道功能受抑状态, 营养支持以全肠外营养为主, 通过中心静脉通道提供能量与蛋白质, 并严密监测血糖与电解质水平。待其循环基本稳定、肠道血流改善后, 于11月24日启动肠内营养, 先行鼻饲温开水开放肠道, 随后在11月27日过渡到易消化的短肽型肠内营养制剂, 并从小剂量低速泵注开始, 密切观察其有无腹胀、腹泻或胃潴留等不耐受表现。随着患者胃肠道功能逐步恢复, 根据营养科意见, 逐步增加肠内营养的剂量与速度, 同时相应减少肠外营养, 最终于12月3日成功过渡到完全经口进食。

### 2.5.2 心理护理

术后通过早期心理状态评估, 提供情感支持与解释疏导, 积极创造条件促进家庭支持系统介入。在病情允许后, 安排患者转入HDU病房以缓解ICU环境压力, 并鼓励家属在严格的感染控制下于ICU及HDU期间留陪, 给予患者亲密的情感慰藉与陪伴, 减轻其孤独、焦虑与悲伤情绪, 预防产后抑郁的发生。

### 2.5.3 回奶指导

患者术后第3天, 乳房胀痛, 触痛感明显, 目前处于母婴分离状态, 且自身病情危重, 无哺乳需求, 为避免乳汁淤滞于乳房内, 导致乳房出现硬结, 加重胀痛, 故须及时进行回奶治疗。指导患者予生麦芽泡水口服, 进而达到回奶的效果, 同时用纱布包密封好的芒硝, 中心露空位置对准乳头, 芒硝均匀的敷于双侧乳房并固定, 定时检查纱布包情况, 湿硬时及时更换, 连续生麦芽泡水联合芒硝敷乳房, 使用3天, 达到缓解乳胀、回奶的效果。

### 3 小结

随着剖宫产技术的不断成熟及各种社会因素使得剖宫产率不断上升,伴随二胎政策的开放,前置胎盘的发生率日益增加。而完全性前置胎盘伴出血并发产后 DIC 是产科最凶险的急症之一,其发展迅速,通常还伴随难以控制的大出血、顽固性休克及多器官功能衰竭,对孕产妇生命安全产生了严重威胁<sup>[4-5]</sup>。针对此类患者,如果护理工作不到位,极易错失抢救时机,可能导致休克不可逆转、重要脏器永久性损伤、继发严重感染甚至死亡。本例患者的特殊性在于,其在经历万毫升级别的大出血、休克及 DIC 打击后,不仅出现了心、肺、肾、肝、凝血系统等多器官功能障碍,还并发左上肢严重缺血性损伤、多重耐药菌及真菌感染,病情极为复杂。针对如此复杂病例,除了

要治疗 DIC,还需要预防和控制感染、提供必要的营养支持和心理护理以及回奶指导,而在此过程中,还需要考虑不同护理措施之间是否存在冲突。

经过本案例后,深刻体会到,面对此类极危重孕产妇,护理团队必须具备高度专业的护理能力,能够熟练掌握各种高级生命支持技术,并能在瞬息万变的病情中,将复杂的治疗措施整合为整体性护理方案,从而为患者康复保驾护航。本次护理经验可以总结为以下内容:(1)以严密监测为指导,实现精准化护理干预;(2)以多学科协作为依托,确保护理的全面性与科学性;(3)以循证护理为基础,在矛盾的治疗目标间寻求最佳平衡点。

### 参考文献:

- [1] 张惠玲,裴瑞霞,张国玲. PDCA 护理模式在凶险型前置胎盘患者护理过程中的应用 [J/OL]. 中国典型病例大全, 1-7[2026-01-09].
- [2] 周爱玲,张燕. 1 例凶险性前置胎盘合并胎盘植入患者基于多学科协作诊疗的围手术期综合护理经验总结 [J]. 医药前沿, 2025, 15 (22): 96-99.
- [3] Akkuş F ,Dal Y ,Özbilgeç S , et al.Effects of the number of antenatal hemorrhage episodes on complete placenta previa neonatal outcomes.[J].International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics,2025,172(1):542-548.
- [4] 李佳琦,崔楠,刘亚璐. 快速康复护理对凶险性前置胎盘剖宫产术后康复的影响 [J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2024, 11 (05): 135-137.
- [5] Jiahua C ,Laura G ,Howard M , et al.Complete placenta previa and increta after radical trachelectomy: A case report[J].Gynecologic Oncology Reports,2023,50101307-.