产科转诊不当病例点评

陈洪琴,周容*

作者单位:610041 四川 成都,四川大学华西第二医院妇产科出生缺陷与相关妇儿疾病教育部重点实验室

作者简介:陈洪琴,四川大学华西医学中心博士在读,主治医师,研究方向为产科临床;周容,毕业于华西医科大学(现四川大学),博士,主任医师/教授,博士生导师。四川省有突出贡献的优秀专家,四川省卫生厅学术技术带头人。主要研究方向妊娠期相关疾病病因、发病机制和诊治。

* 通讯作者, E-mail: zhourong_hx@scu.edu.cn

【中图分类号】R 714.2 【文献标志码】A 【文章编号】1674-4020(2018)02-019-03
doi:10.3969/j.issn.1674-4020.2018.02.06

分级诊疗过程中,面临越来越多的转诊,而如何适时转诊及安全转诊是医务人员、尤其是基层医务人员面临的新问题。针对产科转诊时机及过程中可能出现的问题,我们为大家提供以下案例,以期分享转诊经验,避免转诊时机的延误和不恰当的转诊,降低转诊过程中的风险。

病例 1

患者 44 岁, G₃P₁⁺¹。因“停经 38 周, 阴道流血 1⁺d”于 2013 年 10 月 9 日由某县医院急诊转入四川大学华西第二医院。

当地转诊病历: 患者平素月经规律, 周期 28 ~ 30 d。孕期建卡, 未定期产检, 未行羊水穿刺等产前检查, 孕 24 周彩超: ROA, 胎儿双顶径 (biparietal diameter, BPD) 6.2 cm, 股骨长 (femur length, FL) 4.1 cm, 羊水深度 5 cm; 胎盘位于子宫前壁子宫切口处, 完全覆盖宫颈内口, 提示凶险性前置胎盘。孕 24 周口服葡萄糖耐量试验 (oral glucose tolerance test, OGTT) 未见异常。孕 31 周彩超: 胎盘附着于子宫前壁, 完全覆盖宫颈内口, 子宫前壁下段切口处肌壁菲薄, 胎盘局部后间隙消失, 提示凶险性前置胎盘, 胎盘植入待排; 心电图未见明显异常。医嘱患者定期产检, 1⁺d 前, 患者出现阴道间断流血, 量少于月经量, 偶有下腹隐痛, 建议患者转上级医院就诊, 患者自行我院急诊就诊, 收入我院。既往史: 患者 20 年前因臀位行剖宫产 1 次, 10 年前人工流产 1 次。余无特殊。

入院时病情: 患者生命体征平稳, 诉不规律腹痛, 伴阴道间断少量出血, 色鲜红, 胎动好。内科查体及专科查体无特殊; 胎监提示 NST 有反应性, 有不规律宫缩 (30 min 3 次), 强度中等; 急诊超声: ROA, BPD 9.1 cm, FL 6.9 cm, FHR 149 次/min, 羊水深度 4 cm, 胎盘位于子宫前壁, 完全覆盖宫颈内口, 胎盘后间隙消失, 前壁下段切口处肌壁菲薄, 提示凶险性前置胎盘, 胎盘植入。

我院诊治过程: 急诊科立即建立多静脉通道 (3 个通道); 完善血常规、凝血功能、肝肾功能、血型、输血免疫全套等相关检查, 同时备血 6 个单位; 绿色通道急诊入院; 入院后下病危通知单, 请主管教授、麻醉科医师床旁看患者; 联系放射科准备急诊行双侧髂内动脉球囊放置, 通知手术室准备手术; 向患者及其家属充分交代病情及相关风险, 告知随时可能发生大出血危及母婴生命, 必要时切除子宫。于入院后 3 h 予双侧髂内动脉球囊放置术后行剖宫产, 术中见子宫前壁下段浆膜面血管怒张, 略呈紫蓝色, 取出胎儿后立即使用髂血管球囊阻断双侧髂内动脉, 同时压脉带捆绑子宫下段减少出血, 因胎盘植入行子宫切除, 手术尚顺利, 术中出血约 4 000 mL, 经成功抢救后, 术后第 6 d 痊愈出院。

病例转诊中的问题: ① 产妇孕期产检不规律, 重要产前诊断项目不完善, 产检资料中无相关记录; ② 医患沟通不充分, 转诊时机及方式均不当。

建议: ① 该患者为高龄孕妇, 应告知胎儿发生染色体异常的风险, 建议孕 18 ~ 22 周行羊膜腔穿刺

进行产前诊断。当地医院无产前诊断资质,应尽早建议患者到有产前诊断资质的上级医院完善产前诊断。如胎儿存在严重的染色体异常(如13-三体,21-三体等),应尽早终止妊娠,以避免染色体异常的胎儿出生。并在相关病历上做好记录。②该患者为凶险性前置胎盘,当地医院无足够的血源,技术水平较低,围手术期不能确保有效处理凶险性前置胎盘,在孕期一旦发现为凶险性前置胎盘就应转诊至上级医院,不能等到接近38周,有出血了才转诊。其次,当地医院医生应充分告知患者凶险性前置胎盘有发生大出血、甚至切除子宫、严重威胁母婴健康等风险,让患者及其家属也高度重视病情,听从医生建议,及早转诊。③在已有出血的情况下转诊,途中应有医务人员陪同并同时做好抢救准备工作,因为在已有出血的情况下转诊,患者存在极大风险。④对此类患者,建议在34周前转入上级医院定期产检,上级医院在充分准备的情况下择期手术,可减少出血等相关风险,保障母婴安全。

病例2

患者35岁, G_2P_1 。因“停经32周,发现Rh血型抗体效价升高 4^+ 月”于2015年3月8日由某市医院急诊转入我院。

当地转诊病历:患者平素月经规律,周期30~32d。孕期建卡定期产检,因“高龄”行无创DNA检查正常,未行羊膜腔穿刺。患者为Rh阴性血型,第一胎因“Rh抗体效价高”行剖宫产,术后新生儿因为“新生儿溶血”死亡。孕20周初次出现Rh血型抗体效价高(1:16),未予特殊处理,孕27周Rh血型抗体效价仍为1:16,1d前查Rh血型抗体为1:512,故建议转上级医院。

我院诊治过程:急诊入院后,立即完善常规血液相关检查、联系血库紧急备血等术前检查及准备,同时行产科超声及胎监了解胎儿宫内情况,超声提示胎儿全身皮肤水肿,心包少量积液,大脑中动脉血流频谱增高;胎监NST无反应性,变异欠佳,无明显减速;向患者及其家属充分交代病情及相关风险,同时联系新生儿科,备血后行急诊剖宫产术。新生儿Apgar评分:6-7-7分,新生儿转儿科换血治疗;产妇术后无特殊。

病例转诊中的问题:转诊时机不当,应尽早转诊。

建议:①该患者第1胎新生儿因为“Rh溶血”发生新生儿死亡,此次妊娠胎儿发生Rh溶血的风险更大,孕期应严密监测Rh血型抗体。对Rh阴性

血型的患者,当血型抗体效价高于1:32,胎儿发生溶血的风险会进一步增加,应完善胎儿胸腹水、肝脾、大脑中动脉、静脉导管等检查,必要时行宫内输血,建议在新生儿救治条件较好、可以进行换血治疗的上级医院终止妊娠。终止妊娠前新生儿科医生、产科医生和血库应充分协调并合血,以备新生儿出生后换血之用。当地医院孕期产检发现血型抗体升高,未及时将孕妇转诊至上级医院,胎儿有宫内溶血甚至死亡的风险。如当地医院尚无处理此类患者的经验及能力,建议在孕期一旦发现患者为Rh阴性血型,就应尽早将患者转入上级医院。②该患者为高龄孕妇,应告知胎儿发生染色体异常的风险,孕期应行产前诊断,如羊腔膜穿刺。虽然患者为Rh阴性血型,行羊膜腔穿刺有增加胎儿溶血的风险,但仍应该充分告知患者无创DNA与羊膜腔穿刺各自的利弊,无创DNA检查属于产前筛查,不能取代羊腔膜穿刺。

病例3

患者26岁, G_1P_0 。因“停经 29^{+2} 周,发现胆红素升高1d”于2015年2月1日急诊由某县医院转入我院。

当地转诊病历:患者平素月经规律,周期27~29d。孕期建卡定期产检未见明显异常。1d前当地医院常规产检发现丙氨酸氨基转移酶(alanine aminotransferase,ALT)180U/L,谷草转氨酶(glutamic oxalacetic transaminase,AST)106U/L,总胆汁酸(total bile acid,TBA)46.2 $\mu\text{mol/L}$,四肢皮肤轻微瘙痒,无厌油、腹痛、腹泻等不适,考虑“重度妊娠期肝内胆汁淤积症”转入我院急诊科。

我院诊治过程:完善肝胆B超、TORCH、肝炎标记物、EB病毒、巨细胞病毒、凝血功能等检查,均未见明显异常,故诊断为重度妊娠期肝内胆汁淤积症;告知患者及其家属病情及相关风险,予熊去氧胆酸口服,思美泰及绿汀诺静滴等护肝降胆酸治疗;嘱其数好胎动。1周后复查肝功能及胆汁酸,ALT103U/L,AST88U/L,TBA27 $\mu\text{mol/L}$,故建议回当地继续治疗。

病例转诊中的问题:转诊过于积极。

建议:该患者孕期定期产检发现肝功能及胆汁酸异常,考虑重度妊娠期肝内胆汁淤积症可能性较大,因妊娠期肝内胆汁淤积症为排除性诊断,应完善肝胆B超、TORCH、肝炎标记物、EB病毒、巨细胞病毒等检查才能确诊。当地医院有相关的检查方法,应进一步完善。重度妊娠期肝内胆汁淤积症终止妊娠的时机为34~37周,应根据患者的治疗效

果、胎儿宫内状况及促胎肺成熟情况等综合考虑终止妊娠的时机。该患者目前仅为29⁺²周孕,即使考虑诊断为重度妊娠期肝内胆汁淤积症,应在当地医院行“保肝、降胆酸”等治疗,1周复查肝功能及胆汁酸,根据治疗效果决定进一步的处理,如治疗过程中病情仍加重,适时考虑终止妊娠,从早产儿方面考虑,可转诊至新生儿诊治条件较好的医院。而不是发现肝功、胆汁酸异常就立即转诊。

病例4

患者25岁,G₁P₀。因“停经33⁺⁵周,胎动减少3d,胎监提示NST无反应性2d”于2016年8月9日由某县医院急诊转入我院。

当地转诊病历:患者孕期不定期产检,唐氏筛查提示低风险,OGTT未见异常,未发现其它明显异常。3d前患者出现胎动减少,较平常减少一半以上,当时患者未重视;2d前于当地医院就诊,行胎监提示NST无反应性,变异欠佳,20min内有一次加速,嘱次日休息进食后复查胎监;1d前11:00am复查胎监仍提示NST无反应性,变异差,于当地医院住院,下午复查胎监仍提示NST无反应性,基线170次/min,变异消失型,行生物物理评分5分,向患者及其家属交代胎儿宫内缺氧,如抢救胎儿,须立即剖宫产,患者及其家属考虑1h后要求转院,2h后转入我院急诊科。

我院诊治过程:急诊科FHR:178次/min,立即急诊入院,入院后行持续胎监,提示NST无反应性,基线180次/min,变异消失型,同时行术前准备,并告知患者及其家属胎儿宫内缺氧时间长,即使立即剖宫产,早产儿仍可能死亡,即便存活,并发症多,如脑瘫、缺血缺氧性脑病等,患者及其家属考虑后放弃抢救胎儿,于入院后5hB超提示胎死宫内。行利凡诺羊膜腔穿刺引产,分娩过程顺利,胎儿外观无明显畸形。

病例转诊中的问题:对胎儿宫内缺氧诊治不及时,转诊不及时。

建议:胎动减少是胎儿宫内缺氧的重要征象之一,患者持续胎动减少1d后就诊,胎监NST无反应性,应引起足够重视,立即行胎儿生物物理评分,如评分≤6分,高度怀疑胎儿宫内缺氧,应尽快终止妊娠。患者为孕33⁺⁵周,早产儿合并宫内缺氧,应30min内转诊到有新生儿相应抢救措施的上级医院,在转诊同时与上级医院积极联系,做好急诊手术的准备;如不能及时转诊到上级医院,则应在当地医院急诊剖宫产并进行新生儿复苏后转诊。此病例中多次复查胎监,耽误抢救时间,转诊时机不

当,未及时转诊,错过抢救胎儿的最佳时机。

点评:当胎儿发生宫内缺氧等紧急情况时,应根据自身医院的新生儿抢救条件,权衡利弊,把握宫内转诊或是宫外转诊时机。

病例5

患者27岁,G₂P₁⁺¹,因“顺产后8h,胎盘未娩出”于2016年6月2日由某县医院急诊转入我院。

当地转诊病历:患者孕期定期产检,未发现明显异常,8h前当地医院阴道顺娩1足月新生儿,体重3200g,胎儿娩出后30min胎盘无剥离征象,无明显阴道流血,行超声提示胎盘附着于子宫前壁,似与肌壁粘连,不排除胎盘植入,未试行手取胎盘,遂急诊转入我院急诊科。

我院诊治过程:患者生命体征平稳,有一个静脉通道,阴道有少量活动性出血,我院急诊科建立多静脉通道后,急诊科医生按摩子宫,阴道流血量增多,轻轻牵拉脐带后胎盘完整娩出。

病例转诊中的问题:转诊过于积极,转诊途中未及时观察病情变化。

建议:患者G₂P₁⁺¹,既往并无多次妊娠史,此次产检期间超声未见明显异常,在分娩后胎盘无明显剥离征象,不能仅依靠超声就诊断胎盘植入,建议在建立有效静脉通道、合血备用的情况下试行手取胎盘。如宫颈口已关闭,手不能顺利进入宫腔,可在静脉麻醉宫颈口松弛后手进入宫腔。手进入宫腔后,可顺着脐带剥离胎盘,如胎盘完全没有剥离(此种情况出血不多或不出血)或剥离困难,则不可强行剥离胎盘,可在促宫缩同时转诊;如胎盘部分剥离,转诊时机取决于阴道流血情况,如果阴道流血少,在建立有效静脉通道的前提下,尽快转诊,并做好转诊途中出血输血的准备;如果阴道流血多,则不宜转诊,应就地积极抢救,补液输血的同时行介入治疗(如子宫动脉栓塞),如无介入条件,则充分沟通后切除子宫。当地医院仅在建立一个静脉通道时转诊,有转诊途中发生大出血的风险,存在极大的安全隐患。在转诊过程中,也应持续按摩子宫了解宫缩情况,以免宫腔积血未能及时发现。

综上所述,既不能过度转诊,更不能因不及时转诊而危及母儿生命。结合当地医疗水平和患者的病情程度,充分评估疾病可能的发展趋势及相应风险,是适时转诊的基础;与患者充分沟通,在给予相应基础治疗措施的同时,积极联系上级医院,并做好转诊过程中相应的救治准备,是安全转诊的保障。