

这是一场漂亮的“多学科通力合作战”，我们赢了！

六月七日中午，西海岸新区人民医院产科主任裴凤敏刚坐到饭桌前准备吃午饭，筷子拿在手里，接到了第三人民医院的电话：“一位孕 32 周，瘢痕子宫，怀疑子宫破裂的产妇正在紧急赶往您院途中，大约十分钟赶到！”

裴主任赶紧扔下饭筷，紧急安排科内人员和手术室做好急诊准备。

12:35 分左右，救护车呼啸而至。“直接进入手术室！”裴主任下令。

产房的走廊上传来了急促的脚步声和担架车轮焦急的转动声。早已接到指令的产房护士长丁金钰急忙迎上去，裴主任匆匆地边走边说：“怀疑胎盘早剥、死胎，立即手术！”

病情就是命令！中午值班人员、在医院午休的同事迅速各就各位，一个十余人的抢救战队顷刻组成。建立静脉通道、吸氧、心电监护、抽血、备皮、置尿管、清点手术物品、通知血库、联系大量输血……短短几分钟，术前准备就绪，气管插管全麻下行剖宫取胎术。

此时，裴主任和郝守艳医生已经刷好手严阵以待，值班医生王晓烜紧急沟通谈话，下医嘱。

12:50 分，手术正式开始，逐层打开腹腔，看到的是已经呈紫蓝色、卒中了的子宫，切开子宫刚取出胎儿，整个胎盘也随之

排出，紧接着大量血块和鲜红的血液从宫腔自行涌出。

“安列克 500vg 宫体注射，缩宫素 20u 入液体静滴！加快输液速度，准备输血！”经验丰富的裴主任坚定沉稳地指挥着抢救！

“子宫收缩较好，缝合子宫！”

此时，产妇出血已达 2000ml！首次检验结果提示产妇凝血功能异常，纤维蛋白原测不到！

“再次抽血检验！”裴主任再下医嘱。此时红细胞已经送达，核对无误，输血。

尽量保住产妇子宫！是我们每个人心里共同的念头。

正在我们庆幸产妇生命体征稳定，子宫收缩良好的时候，产妇病情出现了变化，腹部切口处的出血不凝，这不凝的血液像无声的泪滴慢慢渗出，再渗透的产妇身下的单子上，流到了手术室的地上，也敲击着我们每个人的内心。

“产妇出现 DIC 症状，汇报许院长，组织全院抢救！”裴主任一声令下，护士长丁金钰马上拨通了许院长电话。电话中，裴主任简明扼要汇报了病情，许院长马上亲自组织安排抢救！而此时，凝血机制检验结果已经报告危急值。

不到十分钟，分管院长刘春林、医务科主任许丽琴、麻醉科主任潘炳德、重症医学科主任薛淑英、心内科主任鞠森、输血科主任王学、胃肠外科主任张少强全部到达产房手术室。在分管院长刘春林的统一指挥下，血库王学主任保证血液供应，各相关科室主任协调用药，冷沉淀医院库存不足，分管院长刘春林马上协

调去中心血站取血；需要止血药，马上联系药库备药……抢救有条不紊地进行着，所有人都坚定着一个信念：争分夺秒，和死神赛跑！

随着救命的血液进入病人体内，切口的渗血处逐渐出现凝血块，出血量明显减少。子宫收缩良好，放置引流，再次观察阴道无明显出血，逐层关腹，缝合完毕，常规按压子宫，子宫收缩良好，阴道少量出血。准备好转诊物品，护送产妇转 ICU 治疗。

抢救完毕，我们整理好用物，集中称了一下被血浸透了的敷料，估计出血达 4500ml 之多。此次抢救，共输红细胞 16u，血浆 1200ml，血小板 3 个治疗量，冷沉淀 30 袋，等于把产妇全身的血换了一遍。

术后第二天，ICU 了传来好消息：产妇各项指标恢复良好，没有再出血迹象。

术后第四天，产妇转回产科病房继续治疗。我们去病房看望她，那略显憔悴的脸上，露出了幸福的笑容。是啊，谁能相信这是一条从刚鬼门关转了一圈，被我们合力拉回的鲜活生命呢？

6 月 13 日，产妇康复出院！

这是一场由院长亲自指挥，各科专家们通力合作的成功抢救。我们打赢了这场没有硝烟的战争，给我们院领导和所有参与抢救的战友们点赞！

科普小知识:

弥散性血管内凝血（disseminated intravascular coagulation; DIC）不是一种独立的疾病，而是许多疾病在进展过程中产生凝血功能障碍的最终共同途径，是一种临床病理综合征。由于血液内凝血机制被弥散性激活，促发小血管内广泛纤维蛋白沉着，导致组织和器官损伤；另一方面，由于凝血因子的消耗引起全身性出血倾向。两种矛盾的表现现在 DIC 疾病发展过程中同时存在，并构成特有临床表现。在 DIC 已被启动的患者中引起多器官功能障碍综合征将是死亡的主要原因。国内尚无发病率的报道。DIC 病死率高达 31%~80%。

（丁金钰 裴凤敏）