维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253-3626(2008)09-1150-01

早期发生型重度妊高征合并多浆膜腔积液及多器官功能损害 1 例

何 霞 罗 梅

(重庆市第一人民医院妇产科,重庆 400011)

妊娠高血压综合征(妊高征)是严重危害母婴健康的常见疾患,近年来有人提出早期发生型妊高征这一概念,认为这类妊高征经常伴有胎盘梗阻、胎儿生长迟缓,易发生严重并发症,预后不良。本文报道了 1 例孕 23 周发生重度妊高征合并胸腹水、心包积液及多器官功能损害的病例。

1 病 例

患者 37 岁,孕 4 产 1 流 2,因停经 23^{+4} 周,水肿半月,心累 7d,下腹胀痛、呼吸困难 2d 于 2007 年 12 月 7 日入我院。患者 11 岁时患"肾炎",已治愈,母亲及 4 个姐姐均有高血压病史,本人孕前曾于外院体检血压正常。入院体格检查:血压 180mmHg/100mmHg,心率 110 次 /min,被动体位,双眼睑轻度水肿,左肺呼吸音减弱,双肺语颤减弱,双肺底部未闻及呼吸音,双下肢轻度凹陷性水肿。宫高不清,腹围 104cm,胎心 140 次 /min。B 超示双肾回声欠均质。产科 B 超示大量腹水。床旁彩色多普勒示双侧胸腔积液、心包积液。心电图提示窦性心动过速。肝功:总胆汁酸 10.6μmol/L,AST 44.8U/L,ALT 34.7U/L,ALB 28.1g/L。肾功:肌酐:120.1μmol/L,尿素氮 10.5mmol/L。尿常规:潜血 ++++,尿蛋白 ++。入院诊断:①孕 23^{+4} 周 G4P1;②妊娠期高血压疾病子痫前期(重度);③肾功能不全;④多浆膜腔积液;⑤肝功能损害。入院后予解痉、降压、扩容、利尿、监测 24h 出入量等处理。12 月 9 日,患者仍诉头昏、气促、呼吸困难,血压波动在 139~172/92~120mmHg,腹围 105cm,复查肾功:肌酐 98.6μmol/L,尿素氮 12.5mmol/L。严格控制入液量,使用利尿合剂利尿,口服佩尔 10mg,2 次 /d。12 月 10 日,患者头昏、气促、呼吸困难明显减轻。血压波动在 140~168mmHg/94~120mmHg,腹围 103cm,复查肾功:肌酐:94.6μmol/L,尿素氮 12.54mmol/L。胸部 B 超示双侧胸腔积液,心包少量积液。继续使用利尿合剂利尿,严格控制液体入量。予米索前列醇 400μg 阴道上药引产,上药后出现寒战、腹胀,无腹痛,测血压 173mmHg/134mmHg,立即心痛定 10mg 含化,并以佩尔地平静滴,密切监测血压。12 月 11 日,患者娩出胎儿及胎盘胎膜,胎儿为死男胎,身长 36cm,胎盘胎膜娩出完整,表面粗糙。产后出血少,约 60ml。术后继续降压、对症治疗。行常规清宫,术后阴道流血少,血压 150mmHg/108mmHg,为明确肾功能不全病因,排除继发性因素,转入肾内科诊疗。12 月 12 日,在超声引导下行经皮肾活检。12 月 14 日,患者诉偶有腹部胀痛。查体移动性浊音阳性,双下肢Ⅲ度凹陷性水肿。血压 143mmHg/91mmHg。改用口服拜新同降压并用华法林抗凝治疗。12 月 17 日,患者诉偶有头晕、头痛,余无不适。血压 143/93mmHg,心率 73 次 /min,双下肢Ⅱ度凹陷性水肿。肾活检病理诊断:妊娠相关性肾病。患者因经济原因要求出院。

作者介绍:何 霞(1971-),女,主治医师,
研究方向:高危妊娠。

2 讨 论

重度妊高征是严重妊娠并发症,重度妊高症合并腹水较常见,但合并胸水的报道不多,而同时出现多浆膜腔积液的更是鲜见。从病理生理角度看,腹水产生与妊高征时的肝功能受损有关。目前较为公认的发生腹水的因素为在全身小动脉痉挛的基础上,肝内毛细血管的压力增加,腹腔静脉回流受阻,液体外渗形成腹水。低蛋白血症致使全身性水肿并同时促使腹水增加。由于全身小动脉痉挛,肾脏有效循环量不足,从而导致肾血流量及排钠和排尿量下降,致使肾功能损害,加重腹水产生。胸水产生的原因可能为:大量蛋白丢失所致的低蛋白血症使胸膜毛细血管内胶体渗透压降低产生胸腔漏出液,以及有腹水时腹水通过胸腹腔间的淋巴管而进入胸腔产生胸腔积液。妊高征并发胸腹水为病情发展严重的指标,常规妊高征治疗包括解痉、镇静、降压、纠正低蛋白血症等效果较差,及时终止妊娠是较佳选择,若延误治疗时机,则可能造成产妇多脏器衰竭的严重后果。

本病例在妊娠 23 周时发病,属于早期发生型妊高征[1]。早期发生型妊高征常伴有严重并发症。本例患者病情进展迅速,症状严重,出现大量腹水、伴发胸水、心包积液,引起呼吸困难、心累症状,同时生化检验显示肝肾功能损害表现。丛克家等[2]报道妊高征并发腹水 23 例,妊高征平均发生在(29.4 ± 4.8)周,也属于早期发生型妊高征。重症妊高征并不一定发生腹水,但腹水一旦发生,则预后不良。早期发生型妊高征常与合并慢性高血压及慢性肾炎有关。慢性高

(下接第 1152 页)

维普资讯 http://www.cqvip.com

出率很难确定，为了获得Ⅰ型Brugada波，目前主要有以下3种方法：(1) 提高右胸导联心电图的记录位置；(2)药物激发试验，常用Ⅰ类钠通道阻滞剂，如缓脉灵等；(3)其他：受体阻滞剂、高钾、发热、电转复及饮酒等亦可诱发[4]。

Brugada波加致命性心律失常构成Brugada综合征，Brugada综合征是一编码离子通道基因异常所致的家族性原发心电活动紊乱性疾病[5]。自1991年Brugada P和Brugada J报告于临床以来，由于其右胸前导联特征性心电图改变和猝死病症，所以多年来一直是心血管病基础和临床研究的热点。Brugada综合征尚无统一的诊断标准，主要参考以下特征：(1)特异性右胸导联ST段抬高，伴或不伴右束支阻滞。但ST段抬高不仅见于Brugada，故应排除心肌缺血、电解质紊乱、肝脏疾病、神经系统疾病等引起的ST段抬高。(2)心脏结构正常，但具有致命性室性快速性心律失常反复发作倾向。在本临床病例中，例1、2患者进行心脏超声检查、X线胸部检查以及心肌酶谱检查均无异常发现，电解质及各项生化检查均正常。心电图V1~V3的ST段特征性抬高≥0.1mV，类似右束支阻滞和心脏性猝死的心电图改变，但无明显的心脏结构改变，无心脏缺血，QT间期正常，有恶性心律失常的家族史或心悸，黑朦，晕厥等室性心律失常发作引起的症状。因此，结合心电图和临床特征，例1、2均考虑为Brugada综合征。Brugada综合征其恶性心律失常多是快速性、多形性室速或室颤，可合并阵发性房颤，发作时有突然晕厥、抽搐或猝死症状，属心脏急症，预后严重。到目前为止，植入抗颤起搏器是防治本病病人猝死最有效的治疗方法，本文2例患者在安装抗颤起搏器后均康复出院。

参 考 文 献

[1] Brugada P, Brugada J. Right branch bundle block, persistent ST segment elevation and suloden cardiac death: a distinct clinical and electro cardiogrephic syndrome[J]. J Am Coll Cardiol, 1992; 20(7): 1391.

[2] 卢喜烈，石亚君，帅 莉，等.Brugada波临床意义初探[J]. 军医进修学院学报，2005；26(1)：22-23.

[3] 卢喜烈.心电图诊断解读[M]. 北京科学技术文献出版社，2000.

[4] 张夏琳，卢亦伟.Brugada波的临床意义[J]. 心血管康复医学杂志，2006；15(4)：394-395.

[5] 郭继鸿.Brugada综合征的诊断与治疗[J].临床心电学杂志，2005；14(3)：215-223.

(责任编辑：谭乐勤)

(上接第1149页)

of congenital liver cysts[J].Surg Endosc, 2004; 15(4): 357-363.

[4] Fiamingo P, Tedeschi U, Veroux M, et al. Laparoscopic treatmentof simple hepatic cysts and polycystic liver disease[J]. Surg Endosc, 2003; 17(10): 623-626.

[5] Saxena AK, van Tuil C. Laparoscopic resection of solitary congenital liver cyst in a neonate[J]. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 2006; 16(2): 99-101.

[6] Palanivelu C, Jani K, Malladi V. Laparoscopic management of benign nonparasitic hepatic cysts: A prospective nonrandomized study[J]. South Med J, 2006; 99(10): 1063-1067.

[7] Weber T, Sendt W, Scheele J. Laparoscopic unroofing of nonparasitic liver cysts within segments Ⅶ and Ⅷ: technical considerations[J]. J Laparoendosc Adv Surg Tech A, 2004, 14(1): 37-42.

[8] Till H, Schuster T, Boehm R, et al. Laparoscopic resection of a congenital liver cyst and simultaneous closure of a diaphragmatic defect in a 5-month-old infant[J]. Surg Endosc, 2003; 17(3): 520.

(责任编辑：冉明会)

(上接第1150页)

血压和慢性肾炎均对妊娠产生重要影响，主要是其合并重度妊高征的机会增加以及对围生儿的不良影响[3]。本例患者虽有高血压家族史，但以往体检，未发现血压异常。既往患“肾炎”治愈，且肾活检未见慢性肾炎表现，提示妊娠相关性肾病，因此其肾功能不全可能是妊娠期高血压疾病所致。

本例患者并发胸腹水、心包积液，引起呼吸系统、心血管系统症状，同时又伴有肾功能不全表现，因此在补充白蛋白，提高胶体渗透压扩容促进积液吸收的同时，应严密监测液体出入量，控制体液平衡，积极利尿、降压，保持心血管系统正常功能。在病情平稳后，及时终止妊娠，仍是促使病情好转的最终办法。本例在血压控制平稳后，及时引产，终止妊娠，患者病情遂逐渐好转。

参 考 文 献

[1] Haram K, Bjorg L. Preeclampsia-a review[J]. Tidsskr Nor Laegeforen, 2000; 120(12): 1437-1442.

[2] 丛克家，王陶陶.妊高征并发腹水23例分析[J]. 中华妇产科杂志，1994；29(1)：7.

[3] Ferrier DP. Hypertensive disorders in pregnancy[J]. Ther Umsch, 1999; 56(10): 561-571.

(责任编辑：关蕴良)