

国现代药物应用 2010 4(8):132-133.

[4] 胡庆平, 胡刚. 药理学[M]. 北京: 科学出版社 2001:62.

[5] 魏学琴, 张善云. 山莨菪碱辅助治疗小儿支气管肺炎 204 例疗效观察[J]. 白求恩医学院学报 2010 8(1):15-16.

[6] 徐振华. 小剂量山莨菪碱静滴佐治小儿肺炎 30 例观察[J]. 药物与临床 2009 6(31):53-54.

(本文编辑 章新生)

[文章编号] 1000-2200(2011)10-1101-02

· 个案报道 ·

## 产前子痫并发完全性 HELLP 综合征 2 例诊治体会

翟敬芳, 唐桂娥, 桑学梅

[关键词] 子痫; HELLP 综合征; 诊断; 治疗

[中国图书资料分类法分类号] R 714.245

[文献标识码] B

### 1 临床资料

例 1: 39 岁, 孕 35<sup>+3</sup> 周, 右上腹痛 2 h 于 2009 年 8 月 17 日零时 30 分拟急性胆囊炎收住外科。腹痛呈持续性, 无阴道流水流血, 大小便正常。否认高血压病史, 平素月经规则, 末次月经: 2008 年 12 月 11 日, 预产期: 2009 年 9 月 18 日。入院前 1 周出现双下肢水肿, 近 2 天自觉头痛头晕, 未治疗, 此次系计划外怀孕, 孕期从未产检。生育史: 1-0-0-1。体格检查:  $T 36.4^{\circ}\text{C}$ , 血压 (BP) 210/137 mmHg, 急性痛苦貌, 右上腹压痛阳性。产检: 子宫高 28 cm, 腹围 105 cm, 胎位左枕前位 (LOA), 胎心 132 次/分, 无子宫收缩, 胎膜未破。导尿见酱油色小便。红细胞  $3.82 \times 10^{12}/\text{L}$ , 血红蛋白 124 g/L, 红细胞比容 38.1% (正常参考范围 35% ~ 56%), 血小板  $59 \times 10^9/\text{L}$ , 网织红细胞 0.70% (正常参考范围 0.50% ~ 1.50%), 尿蛋白 3+, 尿隐血 3+, 透明管型 3/LP, 颗粒管型 3/LP, Coombs 试验阴性; 3P 试验阴性; 凝血酶原时间 (PT) 12 s (正常参考范围 12 ~ 15 s), 活化部分凝血酶原时间 (APTT) 32 s (正常参考范围 24 ~ 34 s); 丙氨酸氨基转移酶 (ALT) 274 IU/L (正常参考范围 < 40 IU/L), 天冬氨酸氨基转移酶 (AST) 461 IU/L (正常参考范围 5 ~ 35 IU/L), 白蛋白 30.6 g/L (正常参考范围 35 ~ 55 g/L), 总胆红素 26.0  $\mu\text{mol}/\text{L}$  (正常参考范围 5.1 ~ 24  $\mu\text{mol}/\text{L}$ ), DBIL 4.3  $\mu\text{mol}/\text{L}$  (正常参考范围 0.1 ~ 6.8  $\mu\text{mol}/\text{L}$ ), 肾功能正常。钙离子 0.78 mmol/L (正常参考范围 1.11 ~ 1.34 mmol/L)。急诊超声示宫内活胎, 脐带绕颈 1 周, 双顶径 83 mm, 胎盘厚 35 mm, 羊水指

数 98 mm, 肝胆胰脾 B 超未见异常; 心电图示窦性心动过速。入院后予抗感染处理, 入院 3 h 后出现抽搐 1 次, 会诊后转入产科, 给予硫酸镁解痉处理, 无应激试验 (NST): 无反应型。入院 4 h 后在连续硬膜外麻醉下行剖宫产术, 产一早产男婴, 重 1 900 g, 生后 1 min Apgar 评分 10 分; 术中探查: 阑尾充血水肿, 长 10 cm, 直径 0.5 cm, 肝胆胰脾未探及异常, 行阑尾切除, 术中置 1 根橡胶管于子宫直肠窝。手术顺利, 术中出血 300 ml, 术后转入重症监护治疗病房 (ICU), 血压 200/130 mmHg, 切口渗血明显, 3P 试验阳性, 血小板  $51 \times 10^9/\text{L}$ , PT 16 s, APTT 37 s, 予硝酸甘油扩张血管、硫酸镁解痉降压, 输红细胞 4 个单位, 血浆 400 ml, 血压持续不降, 波动在 220/140 mmHg, 当天下午 3 时 30 分出现神志恍惚, 光反射消失, 双侧瞳孔不等大, 头颅 CT 示两顶叶多发小出血灶, 盆腔引流管共引流出淡血性液体约 150 ml。4 时 30 分转蚌埠医学院第一附属医院 ICU, 电话随访经治疗 3 天无效死亡, 新生儿情况良好。出院诊断: 孕 35<sup>+3</sup> 周 G2P2 LOA, 产前子痫, HELLP 综合征, 脑出血, 急性阑尾炎 (病理证实)。

例 2: 21 岁, 孕 36<sup>+3</sup> 周, 双下肢水肿 1 个月, 3 h 内抽搐 2 次于 2009 年 12 月 15 日 20 时入院。孕期未正规产检。入院前 1 个月出现双下肢水肿, 呈进行性加重, 入院当天下午出现头晕头痛, 上腹隐痛不适, 当地医院测血压 165/108 mmHg, 予硫酸镁 5 g 静脉滴注, 地西洋 10 mg 静脉推注, 硝苯地平 20 mg 口服, 用药过程中出现抽搐, 入院前 3 h 共抽搐 2 次。平素健康, 否认高血压病史, 末次月经: 2009 年 4 月 3 日, 预产期: 2010 年 1 月 10 日。生育史: 0-0-0-0。体格检查:  $T 37^{\circ}\text{C}$ , BP 160/109 mmHg, 神志尚清晰, 水肿 III。产检: 子宫高 28 cm, 腹围 92 cm, 胎位 LOA, 胎心 144 次/分, 无宫缩, 胎膜未

[收稿日期] 2010-06-09

[作者单位] 皖北煤电集团总医院 妇产科, 安徽 宿州 234000

[作者简介] 翟敬芳 (1973-), 女, 副主任医师。

破。导尿见酱油色小便。PT 18.8 s ,APTT 38.1 s ,血白细胞  $21.6 \times 10^9/L$  ,中性粒细胞 0.92 ,红细胞  $4.37 \times 10^{12}/L$  ,血红蛋白 136 g/L ,红细胞比容 37.4% ,血小板  $115 \times 10^9/L$  ,尿蛋白 3+ ,尿隐血 3+ ,透明管型 3/LP ,颗粒管型 3/LP ; ALT 349 IU/L ,AST 1 084 IU/L ,白蛋白 29.3 g/L ,总胆红素 123.9  $\mu\text{mol}/L$  ,直接胆红素 52.0  $\mu\text{mol}/L$  ,尿素氮 (BUN) 10.35  $\mu\text{mol}/L$  (正常参考范围 1.70 ~ 7.14  $\mu\text{mol}/L$ ) ,肌酐 (Cr) 122  $\mu\text{mol}/L$  (正常参考范围 50 ~ 120  $\mu\text{mol}/L$ ) ,尿酸 (UA) 561  $\mu\text{mol}/L$  (正常参考范围 90 ~ 420  $\mu\text{mol}/L$ ) ,血电解质均正常; 急诊超声示宫内活胎 ,双顶径 85 mm ,股骨长 67 mm ,胎盘厚 30 mm ,羊水最大深度 54 mm ,肝胆胰脾 B 超未见异常。NST: 无反应型; 心电图示窦性心动过速 ,S-T 改变 ,3P 试验阴性 ,入院后给予硫酸镁 5 g、地塞米松 10 mg 静脉推注 ,入院后 1.5 h 在连续硬膜外麻醉下行剖宫产术 ,产一早产男婴 ,重 2 300 g ,Apgar 评分 2 分。手术顺利 ,术中失血 350 ml ,关腹时见皮下渗血 ,置 1 根橡胶管于直肠窝 ,置一负压管于腹壁肌层下 ,术后转 ICU 治疗 ,予硫酸镁解痉扩管、酚妥拉明降压处理 ,地塞米松 10 mg 静脉推注每 12 h 1 次 ,术后血压 168/109 mmHg ,输红细胞 4 个单位 ,血浆 1 200 ml ,复查血白细胞  $9.1 \times 10^9/L$  ,中性粒细胞 0.85 ,淋巴细胞 0.079 ,红细胞  $3.33 \times 10^{12}/L$  ,血红蛋白 98 g/L ,红细胞比容 27% ,血小板  $64 \times 10^9/L$  ,3P 试验阳性。术后经大剂量激素以及支持对症治疗 15 天治愈出院 ,新生儿情况良好。出院诊断: 孕 36<sup>+</sup>3 周 G1P1 LOA ,产前子痫 ,HELLP 综合征。

## 2 讨论

HELLP 综合征是重度子痫前期和子痫的严重并发症 ,以溶血、肝细胞酶升高及血小板减少为特点 ,在临床上并非罕见 ,但常因伴有呕血、便血、尿血、上腹不适等临床表现 ,易误诊为妊娠合并内外科其他疾病。病例 1 因右上腹痛误诊为急性胆囊炎 ,在外科治疗过程中可能在抗生素静脉滴注速度过快、自身高血压的基础上 ,诱发子痫发作 ,再加上转科周转延误了一定的治疗时间 ,其病死可能与此有一定的关系 ,这也是我们应吸取的教训。因此 ,早期正确诊断、早治疗是提高治愈率、降低围生期病死率的关键 ,对于患有妊娠期高血压疾病的患者 ,尤其当出现上腹部疼痛、血尿、血便、呕血等症状时 ,应先考虑 HELLP 综合征。

本病除临床症状外 ,常需通过实验室检查确诊。目前国内均采用美国田纳西大学的诊断标准<sup>[1]</sup>: (1) 溶血。外周血涂片有变形红细胞、分裂细胞和红细胞多染色性; 和(或)总胆红素  $> 20.5 \mu\text{mol}/L$ ; 和(或)乳酸脱氢酶  $> 240 \mu\text{mol}/L$ 。(2) 肝酶升高。ALT 及 AST 升高 ,右上腹疼痛可能与肝细胞破坏有关。(3) 血小板计数  $< 100 \times 10^9/L$ 。以上 3 项完全符合可诊断为完全性 HELLP 综合征 ,任一项或两项异常则诊断为部分性 HELLP 综合征。本次报道 2 例均为完全性 HELLP 综合征 ,发病急 ,病情进展快 ,且很快进入弥散性血管内凝血阶段。

HELLP 综合征由于血管内血小板激活和微血管内皮细胞损害引起血小板下降 ,病情恶化快 ,因此一旦明确诊断 ,尽早有效治疗。治疗措施: (1) 评估和纠正孕妇的凝血异常和贫血 ,血小板  $< 20 \times 10^9/L$  时 ,输新鲜的血小板悬液 ,紧急情况下可先输冷冻血小板。如有严重溶血 ,血红蛋白  $< 5 \text{g}$  ,可输新鲜全血 ,既可补充血容量又可补充凝血因子。如存在严重血小板减少或药物治疗无效 ,可采用新鲜冷冻血浆置换患者的血浆 ,除去毒素、免疫复合物、血小板聚集抑制因子的损害 ,降低血液黏稠度 ,补充缺乏的血浆因子等。在基层医院没有新鲜血小板及全血的情况下 ,可输注新鲜冷冻血浆 ,同时积极治疗妊娠期高血压疾病 ,解痉、镇静、降压以控制子痫和防止高血压脑病。(2) 及早使用糖皮质激素 ,其有促胎肺成熟、升血小板及降肝酶功能<sup>[2]</sup>。(3) 符合 HELLP 条件的患者在任何情况下都要终止妊娠 ,对于显性 HELLP 综合征且胎儿未成熟的患者注射类固醇和延迟分娩都没有益处<sup>[3]</sup>。(4) 做好新生儿复苏抢救准备。

HELLP 综合征一经诊断 ,终止妊娠是治疗最有效的措施。而在孕期做好孕期保健 ,定期产检 ,尽早发现和治疗妊娠期高血压疾病是减少 HELLP 综合征发生的重要措施。

## [参 考 文 献]

- [1] 周应芳 ,杨慧霞 ,王建六 ,等. 妇产科热点问题聚焦 [M]. 北京: 北京大学医学出版社 ,2006: 404 - 407.
- [2] van Runnard Heimel PJ , Franx A , Schobben AF , et al. Corticosteroids , pregnancy , and HELLP syndrome: a review [J]. *Obstet Gynecol Surv* 2005 ;60(1): 57 - 70.
- [3] 段涛 ,杨慧霞. 高危妊娠 [M]. 北京: 人民卫生出版社 ,2008: 703 - 704.

(本文编辑 刘璐)