

· 短篇及病例报道 ·

妊娠合并上腹痛 2 例报道

屈在卿

(昆明医学院第一附属医院产科 650032)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.01.043

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)01-0103-02

上腹痛是妊娠期间常见症状,多见于急性胃肠道疾病,但一些妊娠期的并发症也会伴发上腹痛,如妊娠高血压综合征(HELLP 综合征)以及妊娠期急性脂肪肝(acute fatty liver of pregnancy, AFLP),故应该仔细辨别,以便能及早发现病情,及时终止妊娠,改善母儿预后。

1 临床资料

病例 1:患者,29 岁,初产妇,因“停经 7 个月,头痛伴上腹痛、恶心、呕吐 2 d”入院,孕期进展平顺,于本院规律产检,未发现明显异常,2 d 前感有轻微头痛,伴有上腹痛、恶心、呕吐症状,外院门诊以急性胃肠炎诊治,但症状无改善,遂来本院门诊检查。测血压 170/110 mm Hg,尿蛋白(++) ,遂以“G₁P₀ 孕 32 周单胎头位,重度子痫前期”收入院。该孕妇既往体健,有高血压家族史,此为第一孕。入院查:血压 190/120 mm Hg,心率 78 次/分,体质量 78 kg,体质量指数 29,心肺听诊无异常,上腹部轻压痛,无反跳痛,无颈直强,子宫轮廓清,双下肢水肿(+),无宫缩,测宫高 29 cm,腹围 99 cm,给予解痉、降压、促胎肺成熟及对症支持治疗,并完善相关检查,胎儿监护(NST)反应型,血常规:Hb 122 g/L,PLT $156 \times 10^9/L$;肝功能:ALT 46 U/L,AST 58 U/L,LDH 283 U/L;肾功能、凝血四项正常。2 h 后复查,血常规:Hb 105 g/L,PLT $91 \times 10^9/L$;肝功能:ALT 87 U/L,AST 106 U/L,LDH 702 U/L;肾功能、凝血四项正常,且尿色为酱油色,量少,遂考虑 HELLP 综合征。查宫颈条件不成熟,急诊行剖宫产终止妊娠,新生儿体质量 1 450 g,Apgar 评分 1 min 8 分,5 min 9 分,早产儿转儿科。手术顺利,术中失血 300 mL,术后继续解痉、降压、抗感染、加强宫缩等对症支持治疗,产后血压逐渐下降,无子痫抽搐,恢复好,术后 5 d 出院。

病例 2:患者,24 岁,初产妇,因“停经 8 个月,上腹痛、恶心、呕吐 1 周,伴黄疸 2 d”入院,孕期进展平顺,未产检,1 周前感上腹痛,伴有胸闷、恶心、呕吐,2 d 前出现巩膜以及全身皮肤黄染,精神食欲差,小便色深黄,遂来本院急诊。以“G₁P₀ 孕 36 周单胎头位,腹痛、黄疸查原因”收入院。入院查:血压 135/75 mm Hg,心率 95 次/分,巩膜及皮肤黄染,心肺听诊无异常,腹软,上腹部深压痛,无反跳痛,双下肢无水肿,子宫轮廓清,无宫缩,测宫高 32 cm,腹围 96 cm,NST 无反应型。急查血常规:WBC $16 \times 10^9/L$,Hb 96 g/L,PLT $98 \times 10^9/L$;肝功能:ALT 156 U/L,AST 235 U/L,TBIL 256 $\mu\text{mol/L}$,总胆汁酸 56.8 $\mu\text{mol/L}$;肾功能:BUN 13.6 mmol/L,Cr 168.6 $\mu\text{mol/L}$;凝血功能:纤维蛋白原 1.5 g/L,PT、APPT 延长 2 倍,随机血糖 3.6 mol/L,B 超提示肝脏回声不均匀,肝细胞内有脂肪变性,考虑为妊娠期急性脂肪肝,且合并有妊娠期肝内胆汁

淤积症。术前听胎心消失,为抢救孕妇,遂完善术前相关准备,拟行急诊剖宫取胎术。术中失血约 1 000 mL,皮下脂肪及肌肉层多处渗血,给予缝扎止血,经输悬浮红细胞、新鲜冰冻血浆、冷沉淀、血小板以及补液支持治疗后,凝血功能改善。术后给予抗感染、加强宫缩、补液支持等相关治疗。术后复查血常规、肝功能、凝血四项等指标渐好转,生命体征平稳,子宫复旧好,术后 8 d 出院。

2 讨论

HELLP 综合征和 AFLP 是产科罕见的严重并发症,危及母儿生命,若未及时发现,会导致病情延误。部分患者常常以上消化道症状为首发表现,但各自具有疾病本身的一些特征。HELLP 综合征是重度子痫前期或子痫的严重并发症^[1],常伴有血压升高、子痫抽搐,实验室检查提示血红蛋白进行性下降、肝酶进行性升高以及血小板进行性下降^[2],部分患者仅有上述 2 项指标异常,称为部分性 HELLP 综合征。HELLP 综合征患者主要的并发症为弥散性血管内凝血(disseminated intravascular coagulation, DIC)、胎盘早剥^[3]、急性肾功能衰竭、肺水肿等,少数并发肝包膜下出血及视网膜剥离^[4]。胎儿宫内可发生窒息、窘迫以及胎儿宫内生长受限(FGR)等,且多为早产儿、低体质量儿,围生儿并发症、死亡率均增高^[5]。

AFLP 是发生于妊娠晚期的一种严重的并发症,起病急骤,病情凶险,主要病变为肝脏脂肪变性,常伴多脏器损害,母婴死亡率很高。目前,研究证实主要与胎儿脂肪酸代谢障碍、微生物感染等有关^[6]。早期症状不明显,于妊娠晚期无诱因出现恶心、呕吐、上腹痛及黄疸,很快出现多系统多器官病变,如高血压、子痫前期、凝血功能障碍、肝功能损害、少尿、肾功能衰竭、低血糖、意识障碍以及精神症状等,实验室检查也提示上述指标的升高或降低。死胎较多见。本病同时合并有妊娠期肝内胆汁淤积,致胎死宫内的发生率升高。与 HELLP 综合征,AFLP 更易致凝血功能障碍,病情更为严重,早期发现病情,及时终止妊娠,对疾病的转归极为重要。在临床工作中,面对上腹痛、恶心、呕吐等上消化道症状的患者,应该更加全面地分析病情,及时发现一些罕见的严重妊娠并发症患者,尽快终止妊娠,抢救母儿的生命。

参考文献:

- [1] 罗晓利. 112 例妊娠期高血压疾病临床分析[J]. 重庆医学, 2007, 36(8): 749-750.
- [2] 乐杰. 妇产科学[M]. 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 105-106.
- [3] 刘跃兰. 子宫胎盘卒中 25 例临床分析[J]. 重庆医学,

2005,34(10):1539-1540.

- [4] Baster JK, Weinstein L. HELLP syndrome: the state of the art[J]. *Obstet Gynecol Surv*, 2004, 59(7):838-845.
- [5] Rose EM, Sieben R, Raijmakers MT, et al. Severe pre-eclampsia is associated with a positive family history of hypertension and hypercholesterolemia[J]. *Hypertensive*

Pregnancy, 2005, 24(3):259-271.

- [6] Jamerson PA. The association between acute fatty liver of pregnancy and fatty acid oxidation disorders[J]. *Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2005, 34(1):87-92.

(收稿日期:2011-06-24 修回日期:2011-07-27)

• 短篇及病例报道 •

获得性水源性肢端角化症 1 例

肖能鑫^{1#}, 黎智^{2△}, 刁庆春²

(1. 泸州医学院, 四川泸州 640000; 2. 重庆市第一人民医院皮肤科 400011)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.01.044

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)01-0104-01

1 临床资料

患者,男,11岁。因双手指端接触水后出现白色角化丘疹、斑块1年于2010年12月4日来重庆市第一人民医院门诊就诊。患者于1年前无明显诱因于洗澡后发现双手指末端出现白色角化丘疹、斑块,无瘙痒、疼痛、麻木等不适感。手干后2h左右皮疹减轻,呈暗红色斑块。1年来每遇水皮疹就出现,干燥后症状明显减轻,皮疹面积未见明显增大。患者既往体健,无肝炎等传染病及糖尿病史,其父母及弟弟无此病,否认家族遗传性疾病史及外伤史。

体格检查:一般情况良好,系统检查未见异常,全身浅表淋巴结无肿大。皮肤科检查:双手十指末端皮肤见小片状暗红色斑块,边界清楚,无水疱、糜烂(彩插Ⅱ图1A)。患者将手浸于15℃的水中,2~3h后双手指末端皮肤开始变为白色,15min后出现白色角化丘疹、斑块,呈鹅卵石样,自觉紧绷,触摸质硬(彩插Ⅱ图1B、C)。停止浸泡2h后白色丘疹、斑块消退,变软,呈暗红色斑块。组织病理检查:表皮角化过度,汗腺导管轻度扩张(彩插Ⅱ图2)。结合患者临床表现及组织病理改变结果诊断为获得性水源性肢端角化症(aquagenic acrokeratoderma, AAK)。予以复方丙酸氯倍他索乳膏及水杨酸软膏局部外用。

2 讨论

AAK又称为水源性掌跖角皮病、水源性汗管性肢端角化病、水源性角皮病和水源性手掌起皱症,是一种罕见的角化性皮肤病,1996年由English和McCullough^[1]首先描述本病。临床上以女性多见,青少年至中年均可发病,目前,文献报道发病年龄最大的是38岁女性患者。本病以手部多见,足部受累者罕见。主要表现为手部在短暂接触水后出现半透明、白色或黄色角化丘疹或斑块,呈鹅卵石样外观,即“水桶征”,水温越高,皮损出现的速度越快,浸水时间越长皮疹越明显,可伴有烧灼、紧缩、疼痛或瘙痒等不适,通常在手部干燥不久后消失或改善。用水和高渗氯化钠溶液浸泡进行“水桶征”试验:水浸泡

(+),高渗氯化钠溶液浸泡(-)^[2]。目前,其发病因素及发病机制尚不清楚。有作者认为其为常染色体隐性遗传,但至今为止文献报道中仅有2例家族中有同样发病^[1,3]。Bettloch等^[4]则认为角质层屏障功能缺陷,导致水分过多的被吸收是发病的主要机制。多数学者认为角质层结构及功能异常是致病的主要因素。该病组织病理无特异性,可无异常表现或可表现为角化过度及汗腺导管扩张。本文患者为男性,临床少见,皮疹以手指末节皮肤为主。该病需与肢端角化性类弹性纤维病及进行性退指掌角皮症相鉴别。目前,尚无特效治疗方法,有报道外用2%明矾溶液泡手15~20min,每天2次,4周时症状缓解约90%,8周时症状完全消失^[2]。陈伟和李宝江^[5]用维A酸乳膏外用,口服抗组织胺药物,窄谱中波紫外线(NB-UVB)照射治疗(每周2次),2个月后症状开始有所缓解。水杨酸软膏及尿素软膏治疗多数可改善,但易复发。

参考文献:

- [1] English JC, McCullough ML. Transient reactive papulo-translucent acrokeratoderma[J]. *J Am Acad Dermatol*, 1996, 34(4):686-687.
- [2] 刘超,唐智慧,贝宏,等. 水源性肢端角化症1例[J]. *中国皮肤性病杂志*, 2010, 24(7):658-659.
- [3] Saray Y, Sehikin D. Familial aquagenic acrokeratoderma: case reports and review of the literature[J]. *Int J Dermatol*, 2005, 44(11):906-909.
- [4] Bettloch I, Veragara G, Albares MP, et al. Aquagenic keratoderma[J]. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2003, 17(3):306-307.
- [5] 陈伟,李宝江. 水源性肢端角化症[J]. *中国皮肤性病杂志*, 2010, 24(7):656-657.

(收稿日期:2011-06-17 修回日期:2011-08-15)