

· 短篇及病例报道 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.20.051

自发性脑出血术后分娩并发产后出血 1 例报道

吴晓娟¹, 彭方亮¹, 周 晓¹, 郭春燕¹, 彭方毅², 姜海蓉²

(1. 重庆市急救医疗中心妇产科 400014; 2. 重庆理工大学药学与生物工程学院 400050)

[中图法分类号] R714

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2017)20-2878-02

妊娠合并自发性脑出血是一种可危及孕妇、胎儿生命的严重并发症,临床发病率较低,临床医师的诊治经验较少^[1],处理棘手。重庆市急救医疗中心收治 1 例自发性脑出血术后分娩并发产后出血,经积极抢救治疗,患者病情平稳出院,现报道如下。

1 临床资料

女,33 岁,因停经 31 周,头痛伴恶心呕吐 12 h,意识障碍 3⁺ h 于 2015 年 3 月 10 日入院。经产妇,8 年前孕 7 月早产 1 次,人流史不清,末次月经 2014 年 8 月 8 日。入院前 12 h 无诱因突发剧烈头痛,伴恶心、呕吐,呕吐物为咖啡色胃内容物,3 h 前出现意识障碍,伴肢体强直,由外院急转入重庆市急救医疗中心神经外科。定期产检,血压正常,既往体健,家庭成员均健康。入院体检:T 36.8 °C, P 80 次/分钟, R 18 次/分钟(呼吸机辅助呼吸), BP 140/80 mm Hg。深昏迷,颈项强直,心肺未及异常,腹部膨隆同孕周大小,下腹可及胎头,未及宫缩,胎心 136 次/分钟,规律。神经系统检查:左瞳孔直径 4.5 mm,右瞳孔直径 3 mm,对光反射消失,眼球无运动,肌力无法判断,肌张力不高,双侧腱反射(++) ,颈阻可疑阳性,病理征未明确引出。立即行 CT 检查:“双侧脑室、三、四脑室积血,全脑组织肿胀”。确诊“晚期妊娠合并自发性脑出血”,家属对胎儿期盼值不高,要求待病情平稳后行引产术,遂行双侧脑室引流术,同时给予止血、脑保护、促醒、营养神经治疗,病情逐步平稳,胎儿宫内情况良好。住院期间出现规律宫缩,因“妊娠 34⁺ 周早产临产”转入妇产科,联合神经外科评估顺产过程中颅内出血风险较小,与患者及家属沟通后决定顺产。第一产程进展顺利共 6 h,宫口开全后患者出现头昏、眼花,无头痛、呕吐, P 80 次/分钟, BP 130/78 mm Hg, 神经系统检查阴性,给予 25% 甘露醇 125 mL 静滴降低颅内压治疗,持续低流量吸氧及胎心监测,做好新生儿抢救准备,宫口开全后 18 min 顺娩一活女婴,体质量 2 350 g,新生儿评分 9'(肤色扣 1 分)-9'(肤色扣 1 分)-10',早产儿转新生儿科。产后立即给予缩宫素 10 U 肌肉注射,子宫收缩好,检查软产道无裂伤,产后 30 min 胎盘未剥离,出现大量阴道流血约 800 mL,追问曾有 3 次人流史,手取胎盘无效,考虑胎盘粘连,胎盘植入可能,急查凝血功能正常,并行头颅 CT 未发现颅内新发出血灶,遂急诊行子宫动脉及髂内动脉栓塞术,同时给予输血、补液治疗,择期胎盘钳夹术后病情平稳转回神经外科,2015 年 4 月 15 日行 DSA 明确诊断右侧颞枕部深部血管畸形,建议予伽马刀治疗,患者拒绝并签字出院。出院 1 年后电话随访患者已行脑血管畸形手术治疗(具体不清),未留后遗症。

2 讨 论

妊娠合并自发性脑出血是产科急危重症之一,临床少见。其临床表现一般有头痛、头昏、恶心、呕吐,颅内压增高症状,重者迅速发展为意识模糊、昏迷,神经查体及影像学检查可助诊^[2]。头痛是妊娠期自发性脑出血最常见的症状,而突发并剧

烈的头痛常常是脑血管畸形所致脑出血的特点。该患者为年轻女性,孕晚期发病,起病前无诱因,以突发剧烈头痛为首发症状,进展快,与该疾病特点相符。对孕期突发头痛但血压不高的患者应高度警惕自发性脑出血可能^[3]。

妊娠期自发性脑出血的神经外科治疗方案根据专科意见而定,而分娩方式主要取决于产科情况,并结合脑出血病情而定^[4-5]。妊娠相关性脑出血,如重度子痫前期、子痫,或脑出血病情持续恶化,近足月或产程中发病的孕妇应行剖宫产。而脑血管畸形、脑动脉瘤等脑血管疾病所致的脑出血,在病灶切除或出血得到有效控制后可继续妊娠,经评估恢复良好,可以承受阵痛及阴道分娩^[6]。该患者在脑出血病情控制稳定情况下继续妊娠,当出现早产临产,经神经外科及产科联合评估后再次脑出血风险较小,给予阴道试产,分娩方式选择恰当。此外,还发现在分娩方式的抉择上,患者及家属对胎儿的态度也是一个很重要影响因素。

目前在国内外自发性脑出血术后分娩并发产后出血的病例尚未见报道。该例自发性脑出血患者在阴道分娩及产后出血治疗过程中的一些体会总结如下:(1)常规镇痛分娩,尽量缩短第二产程。多数学者认为自发性脑出血阴道分娩应避免用力屏气,常规使用镇痛分娩,必要时手术助产,以降低脑血管疾病破裂出血的风险^[7]。由于临床医生经验不足,该病例未采取镇痛分娩,过度紧张及疼痛与第二产程发生颅内压增高有关。(2)产程中需警惕再次脑出血。密切观察患者有无剧烈头痛、呕吐、痫性发作或意识障碍,查体有无瞳孔不等大、偏盲、眼球活动障碍,及早发现颅内压增高并处理,一旦 CT 确诊颅内出血,应充分做好开颅探查的术前准备,同时迅速行剖宫产。甘露醇可能导致胎儿缺氧和酸碱失衡,药物使用时需给予持续胎心监测,做好新生儿抢救准备。(3)详细询问病史,认识产后出血的高危因素。妊娠期自发性脑出血患者大多不在产科主治,易忽略产科病史采集。若发现凶险性前置胎盘、胎盘植入者等产后出血高危因素者,应于分娩前转诊到有输血和抢救条件的综合性医院分娩。该患者入院时由于孕产史采集不详细,无产后出血风险提前预警。当发生产后出血时,所幸及时的补充询问有多次人流史,弥补了病史缺陷,以及积极的检查,及早地诊断胎盘异常所致的产后出血,为抢救成功争取时间。(4)产后出血的血容量补充需注意输液速度及输液总量,警惕血流动力学急骤变化所致脑出血。

参考文献

- [1] Howe MD, McCullough LD. Prevention and management of stroke in women [J]. Expert Rev Cardiovasc Ther, 2015, 13(4): 403-415.
- [2] Vanya M, Devosa I, Szok D, et al. Diagnosis and treatment of stroke during pregnancy [J]. Neuropsychopharmacol

Hung, 2016, 18(3): 143-146.

[3] Skliut M, Jamieson DG. Imaging of headache in pregnancy [J]. Curr Pain Headache Rep, 2016, 20(10): 56.

[4] Khan M, Wasay M. Haemorrhagic strokes in pregnancy and puerperium [J]. Int J Stroke, 2013, 8(4): 265-272.

[5] Agarwal N, Guerra JC, Gala NB, et al. Current treatment options for cerebral arteriovenous malformations in pregnancy: a review of the literature [J]. World Neurosurg, 2014, 81(1): 83-90.

[6] 梁竹巍, 蔺莉, 高婉丽. 妊娠合并脑出血的研究进展 [J]. 中国妇产科临床杂志, 2016, 17(2): 181-183.

[7] Lv X, Liu P, Li Y. The clinical characteristics and treatment of cerebral AVM in pregnancy [J]. Neuroradiol J, 2015, 28(3): 234-237.

(收稿日期: 2017-02-02 修回日期: 2017-03-27)

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.20.052

鼠药中毒致纵隔血肿误诊纵隔肿瘤 1 例并文献复习

胡文平, 王 强, 陈应凯, 谢贤峰, 彭 超, 蒋迎九[△]
(重庆医科大学附属第一医院胸心外科 400016)

[中图法分类号] R445.4

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2017)20-2879-02

本文报道 1 例鼠药中毒致凝血功能紊乱出现纵隔血肿病例, 结合文献对鼠药中毒、纵隔血肿的临床表现、病因及治疗进行探讨。

1 临床资料

21 岁, 男, 因“胸痛 5 d, 发现纵隔肿块影 3 d”入院。入院 5 d 前无明显诱因出现胸部持续性隐痛。入院 3 d 前疼痛加重, 不能忍受。到医院行 CT 检查示前纵隔 10.0 cm × 5.4 cm × 5.0 cm 大小块影, 边界清楚、密度不均; 双侧少量胸腔积液。无牙龈出血、黑便、血尿病史及外伤史。入院查体: 生命体征平稳, 神志清楚, 左下肢股内侧皮肤 5 cm × 5 cm 瘀斑。入院后行 CT 示纵隔块影较前无明显增大, 双侧中量胸腔积液; 实验室检查示血红蛋白为 63 g/L, 凝血功能障碍: PT 139 s, APTT 121 s, INR 11.3。查血浆凝血因子 II、VII、IX、X 活性分别只有 19.1%、6.4%、7.3%、17.2%。入院诊断考虑为纵隔肿瘤, 双侧胸腔积液, 凝血功能障碍, 贫血。入院后予以止痛、纠正凝血功能障碍、输血等治疗。

入院 3 d 后胸痛明显缓解, 凝血功能恢复正常, 行双侧胸腔穿刺均抽出不凝血性积液, 共计 1 300 mL。入院 5 d 后复查 CT 示双侧胸腔积液消失, 纵隔块影仍存在。反复询问患者获知入院 10 d 前曾自服灭鼠药溴敌隆, 剂量不详。故修正诊断为: 纵隔血肿, 灭鼠药溴敌隆中毒, 凝血功能障碍, 中度贫血。2 个月后复查 CT 胸腔无积液, 纵隔血肿消失, 患者凝血功能均正常, 无胸痛及皮肤出血等表现。见图 1~4。

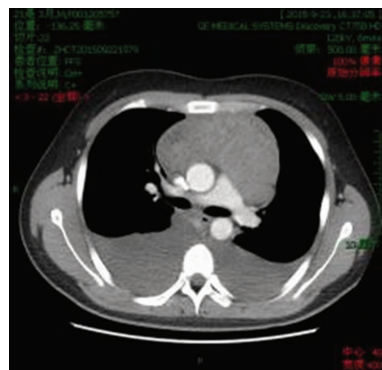


图 2 入院时 CT

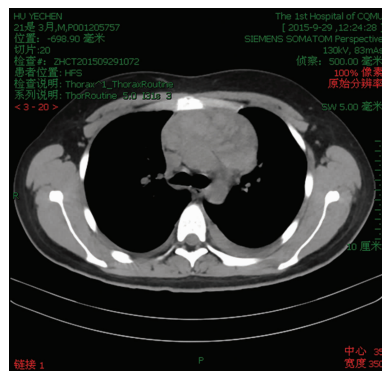


图 3 治疗 5 d 后 CT

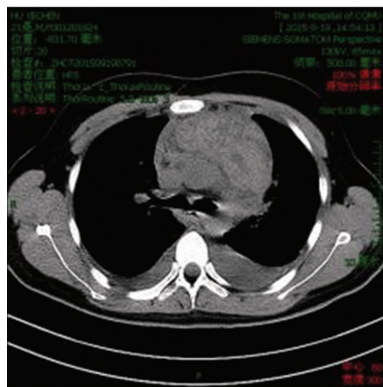


图 1 入院 3 d 前 CT

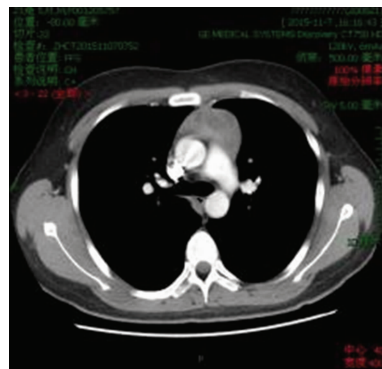


图 4 2 月后复查 CT