

• 案例分析 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2021.19.042

HELLP 综合征并发脑出血死亡病例 1 例分析

翟学¹, 陈界², 杨艳¹, 黄楠¹, 王林若^{1△}

1. 重庆市第五人民医院妇产科, 重庆 400060; 2. 重庆市南岸区中医院检验科, 重庆 400060

关键词: 妊娠期高血压疾病; HELLP 综合征; 脑出血; 孕妇

中图分类号: R714.24

文献标志码: C

文章编号: 1672-9455(2021)19-2924-02

HELLP 综合征是妊娠期高血压疾病的严重并发症, 以溶血、肝酶升高及血小板减少为显著特点。HELLP 综合征的发病率为 0.6%, HELLP 综合征合并脑出血临床较少见, 约占所有 HELLP 综合征的 1.5%, 但病死率高达 45%, 存活患者的预后也较差, 有短期或长期的神经功能障碍风险, 永久性神经系统损伤发生率约为 40%^[1]。妊娠期脑出血常见病因包括动脉瘤(19.8%)、动静脉畸形(17.1%)、妊娠期高血压疾病(11.7%)和 HELLP 综合征(8.1%)^[2]。HELLP 综合征并发脑出血的主要机制包括: 妊娠晚期血容量明显增加, 动静脉压力增大; 机体雌孕激素水平升高、内皮功能障碍、脑血管痉挛; 毛细血管通透性及脑灌注压增高均增加了血管扩张、破裂、出血的风险^[1,3]。重庆市第五人民医院(以下简称本院)诊治了 1 例 HELLP 综合征并发脑出血死亡病例, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 孕期产检情况 患者, 女, 28 岁, 末次月经 2018 年 5 月 30 日, 预产期 2019 年 3 月 7 日, 孕 1 产 0, 既往体健, 否认慢性疾病史及药物过敏史。妊娠 11 周时在本院建档产检, 基础血压 112/78 mm Hg, 孕前体质质量指数(BMI)为 23 kg/m², 孕期体质质量增加 20 kg。妊娠 33 周时出现双下肢水肿, 监测血压 120~130/90 mm Hg, 随访随机尿蛋白持续阴性, 无头晕、头痛及视物模糊等不适症状, 嘱患者监测血压, 门诊定期产检。

1.2 产科处理 2019 年 2 月 7 日患者因夜间睡眠欠佳, 自测血压 152/102 mm Hg 就医, 查随机尿蛋白 1+, 门诊以“子痫前期”收住院。入院后查血常规示血小板计数 $116 \times 10^9/L$, 24 h 尿蛋白定量 1.66 g, 肝肾功能、凝血指标、心肌酶指标无明显异常。予硫酸镁解痉、硝苯地平降压、地塞米松促胎肺成熟治疗, 住院期间监测血压约 140/90 mm Hg, 患者无不适症状, 入院后第 2 天患者要求出院待产。

2019 年 2 月 10 日患者因上腹痛 4 h 于 17:37 再次急诊入院。入院前 4 h 患者无明显诱因出现上腹部疼痛, 伴恶心, 无呕吐、腹泻, 无头晕、头痛, 无视物模

糊。到达医院后测血压 132/86 mm Hg, 急诊查血常规示白细胞计数 $16.95 \times 10^9/L$, 中性粒细胞百分比 88.70%, 血小板计数 $121 \times 10^9/L$, 血红蛋白 161 g/L, C 反应蛋白 11 mg/L, 血清淀粉酶水平正常。腹部彩超提示胆囊壁增厚, 肝内胆管结石。产科彩超提示宫内单活胎、晚孕, 伴脐带绕颈 1 周。患者检查完毕后诉头痛, 再次测血压 203/127 mm Hg, 立即给予尼卡地平降压, 硫酸镁冲击量解痉, 吸氧、心电监护, 同时启动绿色急救通道, 完善术前采血(检测血常规、肝肾功能、生化常规、凝血指标、心肌酶指标、血型)、术前准备及术前沟通。术前导尿见尿色呈浓茶色, 高度怀疑 HELLP 综合征, 遂于全身麻醉下紧急行剖宫产。患者于 18:26 顺利娩出一男婴, 1、5、10 min Apgar 评分均为 10 分, 体质量 2 400 g, 早产儿转儿科进一步观察治疗。患者手术顺利, 术中出血 530 mL, 术中尿量 400 mL, 尿色逐渐变浅, 术中血压波动 130~150/90~100 mm Hg。术中接到检验科危急值报告, 术前查血常规示血红蛋白 154 g/L, 血小板计数 $54 \times 10^9/L$, 丙氨酸氨基转移酶 1 132.9 U/L, 天门冬氨酸氨基转移酶 1 343.7 U/L, 总胆红素 55.6 $\mu\text{mol/L}$, D-二聚体 3 mg/L。术毕手术室麻醉复苏过程中患者子宫收缩好、轮廓清楚、阴道流血量少。术后因麻醉苏醒延迟转入重症监护病房(ICU)进一步治疗, 转入 ICU 时心率 78 次/分, 血压 138/98 mm Hg, 血氧饱和度 99%。

1.3 ICU 治疗情况 患者转入 ICU 后进行高级生命支持治疗, 同时完善头颅 CT 检查, 结果提示脑干(中脑、脑桥及延髓)散在高密度出血影, 进行院内大会诊, 综合会诊意见无手术指征, 给予维持生命体征, 降低颅内压、止血、保肝降酶药物治疗。2019 年 2 月 11 日医务科组织市内专家会诊, 综合专家意见: (1) 该患者病情凶险、发展快, 预后极差; (2) 重度子痫前期并发 HELLP 综合征诊断明确, 积极剖宫产终止妊娠是有效的治疗方法; (3) 患者因术后麻醉苏醒延迟转入 ICU, 经头颅 CT 检查证实为脑干出血, 出血量在 5 mL 以上, 妊娠期高血压引起的脑干出血极其少见, 考虑可能与患者脑血管发育不良有关; (4) 目前脑干

△ 通信作者, E-mail: 21009464@qq.com。

本文引用格式: 翟学, 陈界, 杨艳, 等. HELLP 综合征并发脑出血死亡病例 1 例分析[J]. 检验医学与临床, 2021, 18(19): 2924-2925.

出血量大、范围广,脑干功能严重受损,无手术指征,以保守治疗为主。

1.4 病例结局 患者在 ICU 高级生命支持治疗至产后 59 d,因脑干出血导致脑功能衰竭而死亡。

2 讨 论

2.1 HELLP 综合征与脑出血概述 HELLP 综合征是在全身小血管严重痉挛收缩的基础上出现的血小板减少并发微血管病性溶血,进而导致肝脏受损。HELLP 综合征可分为完全性 HELLP 综合征与部分性 HELLP 综合征。完全性 HELLP 综合征实验室诊断标准:(1)外周血涂片见变形红细胞,网织红细胞增多,血清总胆红素 $\geq 20.5 \mu\text{mol/L}$,乳酸脱氢酶 $\geq 600 \text{ U/L}$,以上任意一项异常提示溶血;(2)丙氨酸氨基转移酶 $> 70 \text{ U/L}$;(3)血小板 $< 100 \times 10^9/\text{L}$;以上 3 项全部符合可诊断为完全性 HELLP 综合征^[4]。脑出血是脑外科常见的急危重症,具有发病急,病情危重,致残、致死率高的特点。脑出血量越大提示对脑部结构的破坏越大,患者预后越差^[5]。出血量 $> 5 \text{ mL}$ 的脑干出血患者病死率显著上升,达 90%左右,且预后极差;出血量 $> 10 \text{ mL}$ 的脑干出血患者病死率接近 100%^[6]。

2.2 病例特点 该例患者在妊娠期高血压的基础上突发上腹痛,并快速发生血尿、血压急骤升高,伴脑干出血。短时间内血小板急剧下降、肝功能异常、胆红素升高,符合完全性 HELLP 综合征诊断标准。经头颅 CT 检查证实脑干广泛出血,出血量在 5 mL 以上。

2.3 治疗措施 及时终止妊娠是治疗 HELLP 综合征的根本措施,目前普遍认为 HELLP 综合征一旦诊断成立,则应立即终止妊娠。完全性 HELLP 综合征与部分性 HELLP 综合征相比,其危险性更高,对于完全性 HELLP 综合征患者应尽快在全身麻醉下行剖宫产术^[4]。妊娠合并脑出血临床少见,起病急骤,发病部位隐匿,合并 HELLP 综合征时的紧急发病状态临床医生不能立即做出判断,需借助于头颅影像学检查确诊。由于妊娠使孕妇体内生理环境发生了巨大改变,合并脑出血使病情变得复杂,严重威胁孕妇及胎儿的健康。对妊娠后期和足月妊娠合并脑出血者,考虑优先行剖宫产术,脑出血则应按脑出血治疗原则处理^[7]。

脑干出血是脑出血中预后最差的亚型,目前在国际上其治疗方法仍存在争议。欧美国家主张保守治疗,2015 年美国心脏协会(AHA)/美国卒中协会(ASA)制定的《自发性颅内出血治疗指南》明确提出不支持脑干出血后采取外科手术治疗。2021 年 1 项有关保守治疗与外科治疗重型脑干出血疗效的 Meta 分析表明,外科治疗重型脑干出血较保守治疗更有效,患者预后可能更好^[6]。因为脑干出血发病率较

低,难以在短期内收集大样本的临床资料,后期仍需开展多中心、大样本、高质量的临床随机对照研究为循证医学提供证据,进一步论证外科治疗脑干出血的临床疗效及安全性。

3 总 结

妊娠期建立、健全三级妇幼保健网,能积极预防妊娠期高血压疾病,做到早发现、早干预。妊娠相关性脑出血的常见病因除妊娠期高血压疾病外,主要原因还包括患者自身血管发育异常,但血管发育异常必须借助于影像学检查进行诊断,给早期发现和干预带来了困难。目前,妊娠相关性脑出血无明确诊疗指南,需产科、麻醉科、神经外科及 ICU 等多学科合作,制订个体化的治疗方案。HELLP 综合征并发脑出血临床罕见且致死率高,临床表现缺乏特异性,缺乏有效的早期预警措施^[8]。脑干出血无论采用内科保守治疗还是外科手术治疗,预后均较差,因此对于此类危害大且无确切治疗方法的疾病,早期预防就显得尤为重要,通过积极筛查引起脑干出血的危险因素,及早诊断和控制高血压、糖尿病等对预防脑干出血具有重要的临床意义^[9]。妊娠期应加强对孕妇的健康教育及产前保健,尽量做到早期干预、及时诊断,降低不良妊娠结局的发生率。

参考文献

- [1] LIN L, TSUI K, CHENG J, et al. Increased risk of intracranial hemorrhage in patients with pregnancy-induced hypertension[J]. *Medicine*, 2016, 95(20): e3732.
- [2] YOSHIDA K, TAKAHASHI J C, TAKENOBU Y, et al. Strokes associated with pregnancy and puerperium: a nationwide study by the Japan stroke society[J]. *Stroke*, 2017, 48(2): 276-282.
- [3] BLOCK H S. Neurological complications of pregnancy[J]. *Curr Neurol Neurosci Rep*, 2016, 16(7): 67-74.
- [4] 林明. HELLP 综合征 34 例临床诊疗分析[J]. *现代医药卫生*, 2015, 31(14): 2183-2184.
- [5] 李文武. 脑出血预后的相关影响因素分析[J]. *大医生*, 2020, 5(29): 34-41.
- [6] 邓煜二, 薛道金. 常规保守治疗与外科治疗重型脑干出血疗效的 Meta 分析[J]. *中西医结合心脑血管病杂志*, 2021, 19(4): 656-661.
- [7] 严荣燕, 卢靖荣. 妊娠合并脑出血的规范性救治及预后的探讨[J]. *广东医学*, 2003, 24(2): 205-206.
- [8] 黄林杰, 郭娟娟, 张元珍, 等. HELLP 综合征并发脑出血一例[J/CD]. *中华产科急救电子杂志*, 2018, 7(1): 58-61.
- [9] 游潮陶, 传元. 原发性脑干出血诊断与治疗历史、现状与未来[J]. *中国现代神经疾病杂志*, 2021, 21(2): 71-75.