

妊娠并发腹卒中综合征 1 例

侯丽¹ 杨慧²

(1 红安县妇幼保健院湖北红安 438400; 2 湖北省妇幼保健院湖北武汉 430070)

1. 病例报告

孕妇 40 岁, 因“孕 32+6 周, 下腹胀痛 8 小时”入院。平素月经规则, 末次月经 2021 年 01 月 13 日, 预产期 2021 年 10 月 20 日。孕 17+ 周产检发现血压高, 孕期血压最高为 143/86mmHg, 未行特殊处理。孕 24 周查 OGTT 确诊妊娠期糖尿病, 予控制饮食未系统监测血糖。孕 30+1 周出现少许阴道流血, 诊断“边缘性前置胎盘”住院保胎治疗 19 天。此次因下腹胀痛 8 小时入院。孕 5 剖 1 人工流产 3 次。既往 2009 年确诊绒毛膜癌, 予化疗 11 周期, 定期复查无异常。入院查体: 生命体征平稳。产科情况: 宫 31.0cm, 腹围 103.0cm, 胎心率 149 次/分, 宫缩无。辅助检查: 彩超提示: 单活胎, 臀位, 胎盘下缘距宫颈内口 1.6cm。入院诊断: 先兆早产; 低置胎盘; 妊娠合并子宫瘢痕(前次剖宫产); 妊娠期糖尿病; 妊娠合并慢性高血压; 孕 5 产 1 孕 32 周+6 天臀位待产。入院后予硫酸镁保胎治疗, 30 小时后突发全腹持续性疼痛, 无明显阴道出血。查体: 痛苦面容, 腹部呈板状, 拒按压, 血压 127/77mmHg, 心率 128 次/分。内诊: 宫口未开, 胎膜存, 胎心 145 次/分, 胎心监护呈无反应型。急查血及血生化。床边彩超提示右上腹可见前后径约 4.0cm 的液性暗区, 距体表 2.5cm, 左上腹可见前后径约 2.3cm 的液性暗区。血红蛋白由入院时 125g/L 降至 109g/L, D-二聚体由入院时 2.28ug/ml 上升至 18.70ug/ml, 余均大致正常。考虑“子宫破裂”行急诊剖宫产, 进入腹腔后见约 500ml 暗红色血液及血凝块涌出, 立即以 LSA 位助娩一活女婴, Apgar 评分 1-5 分钟 6 分、10 分, 复苏后转新生儿科。探查子宫表面完整, 卵巢、输卵管、阔韧带未见明显出血, 子宫后方腹腔内可见大量暗红色血液涌出, 此时血压 77/43mmHg, 心率 130 次/分, 予输血治疗。请外科医师上台行腹腔探查, 见腹腔及盆腔内大量出血, 子宫后壁与乙状结肠、大网膜处可见大量血凝块, 肝脏、脾脏、结肠、小肠均未见明显出血点及损伤, 考虑出血为腹卒中综合征可能, 行预防性大网膜切除。总出血量约 2500ml, 术后予抗感染、对症支持治疗, 母子预后好。术中切除物送病检提示: 大网膜组织镜下见局灶区间质血管扩张、淤血伴出血变性纤维性变性。

2. 讨论

腹卒中综合征是指腹腔内或腹膜后动脉或静脉自发性破裂所导致的出血。其临床特点是发病急, 表现为腹部剧烈疼痛、伴腹膜刺激征以及迅速出现休克。该疾病临床罕见, 且缺乏特异性, 术前诊断困难, 非手术治疗死亡率接近 100%, 主要死亡原因是由于休克时间过长造成人体重要器官不可逆损害。临床上产前常被误诊为子宫破裂、附件包块破裂等。

本病发病病因尚不清楚, 目前认为可能与以下因素相关: ①妊娠期高血压疾病血压显著波动时易发生血管破裂, 此外该疾病因全身小血管痉挛收缩, 造成血管内皮细胞损伤, 血管脆性差, 也容易破

裂出血。②妊娠期持续内分泌的改变, 大量性激素对血管平滑肌的扩张作用导致血管壁炎症和血管扩张, 增大妊娠期血管的脆性, 以及孕期腹压增高, 血流动力学的变化, 皆增加了血管破裂的风险。③子宫内膜异位症继发的慢性炎症, 导致子宫卵巢血管脆弱, 由此产生的粘连可能会在怀孕期间给这些血管带来进一步的张力, 也可能是出血原因之一^[1]。④腹腔血管发育异常或先天缺陷, 如腹腔动脉瘤、血管瘤等。⑤其他包括各种内、外科疾病等高危险因素基础上, 引起突发的腹压增高^[2]。

本病例造成血管破裂的原因可能为: ①孕妇 40 岁高龄, 伴慢性高血压, 其血管脆性增加; ②孕 33 周晚期妊娠, 盆腔压力增高、妊娠期间雌激素分泌量持续增加, 血管壁结构发生改变, 毛细血管通透性增大; 妊娠子宫静脉怒张、有效循环血量增多。③既往绒毛膜癌史, 化疗 11 周期, 化疗药物也可能影响血管弹性导致其脆性增加。以上因素与腹卒中综合征的发生有直接的联系, 而大网膜血管细小、丰富, 且管壁较薄, 破裂后易收缩, 故难以寻找到血管破口^[3]。

腹卒中综合征是一种罕见的产科急症。近年来, 随着二胎、三胎政策的开放, 高危孕产妇增加, 腹部卒中发病率有增加趋势, 但对此病的认识仍存在很多不足, 增加了母儿的死亡率, 对具有以上高危因素高度疑似的病例, 及时处理是救治母儿的关键措施。腹卒中综合征与妇产科和非妇产科原因有关。在妇产科原因中, 主要的区别是子宫破裂、异位妊娠和胎盘原因, 继发于生理性扩张或腹内压急剧升高的输卵管卵巢血管自发性破裂可能是罕见的严重原因^[4]。非妇产科原因包括有或没有其脉管系统的肝脏或脾脏破裂, 其他罕见病因包括消化性溃疡穿孔、急性阑尾炎、溶血、腹腔动脉瘤、血管瘤和腹部脏器破裂^[5]。由于非特异性的表现和众多的鉴别诊断, 手术干预可能具有挑战性, 尤其是在孕晚期, 在腹痛加重、恶心或呕吐、血流动力学受损或胎儿窘迫的情况下, 应考虑及时复苏和及时手术干预。由于术前诊断困难, 采用多学科团队救治是抢救成功的重要组成部分, 因漏诊而延误手术治疗通常与预后不良有关。

参考文献

- [1] Kumari J, Harkin R. Abdominal apoplexy during pregnancy [J]. *BMJ Case Rep* 2020;13:e235946. doi:10.1136/ber-2020-235946.
- [2] Jadav M, Ducheine Y, Brief D, et al. Abdominal apoplexy: A case study of the spontaneous rupture of the gastroepiploic artery [J]. *Curr Surg*, 2004, 61(4): 370-373.
- [3] Al Qahtani NH. Spontaneous intraperitoneal haemorrhage during pregnancy. *BMJ Case Rep* 2012;2012. doi:10.1136/ber-2012-007113. [Epub ahead of print: 11 Sep 2012].
- [4] Lucey BC, Varghese JC, Soto JA. Spontaneous hemoperitoneum: causes and significance. *Curr Probl Diagn Radiol* 2005;34:182-95.