

## · 短篇 ·

## 腹壁巨大血肿并急性肾功能损伤一例及临床分析

河南科技大学第一附属医院妇产科 (河南 洛阳 471000)

姜陵 牛炜 安家科

【关键词】 血压异常; 血管疾病

【中图分类号】 R544; R543

【文献标识码】 D

DOI: 10.3969/j.issn.1009-3257.2019.03.041

妊娠期高血压疾病是妇女妊娠期的一种常见疾病,发生率约为5%~12%,严重威胁母婴健康,包括妊娠早期高血压、子痫前期、子痫以及慢性高血压并发子痫前期和慢性高血压合并妊娠。本病的病理生理变化是全身小血管痉挛,内皮损伤及局部缺血,全身各脏器血液灌流减少,严重时可导致母婴死亡。本文对近期本院成功治愈子痫并发腹壁巨大血肿及重度急性肾损伤及1例进行回顾分析,结果如下。

## 1 病历摘要

**1.1 病史** 患者为40岁经产妇,以“发现血压升高一月,剖宫产术后一天”为主诉于2016年9月30日急诊入院。患者一月前发现血压升高为140/90mmHg,口服盐酸拉贝洛尔片100mg, tid,自诉血压控制在130-140/80-90mmHg之间,尿蛋白阴性,无头痛、头晕、胸闷等病史,自诉胎动良好,无腹痛及阴道出血流液,入院前两天患者测血压为190/140mmHg,因无特殊不适,未到医院治疗。1天前,患者突发上腹痛、胸闷、心悸、持续不缓解,遂到某医院就诊,期间测血压最高达220/150mmHg,考虑重度子痫前期急诊行剖宫产术,手术顺利。术后间断抽搐三次,给予解痉、降压、镇静等对症治疗。患者术后尿量共50ml,为酱油色,利尿剂治疗效果差,并伴有肝酶持续升高、血小板减少、网织红细胞升高,血钾升高,急诊转入我院,以“1.子痫,HELLP综合征,高钾血症 2.腹壁血肿 3.急性肾损伤”收入。查体:神志清,精神差,重度贫血貌,结膜苍白,呼吸平稳,双

肺呼吸音低,无干湿啰音,心率123次/分,心律齐,未闻及病理性杂音,腹部膨隆,腹壁血肿,持续盐袋加压包扎,肠鸣音弱,双下肢水肿。入院时辅助检查:血常规:WBC  $22.15 \times 10^9/L$ , HB 42g/L, PLT  $73 \times 10^9/L$ ; 血生化: K  $6.33 \text{ mmol/L}$ , AST 1312 U/L, ALT 726U/L, CREA  $144 \text{ umol/L}$ , ALB 31.9g/L, BUN  $7.7 \text{ mmol/L}$ , UA  $499 \text{ umol/L}$ 网织红细胞5.1%,腹部CT提示:剖宫产术后改变,腹直肌肿胀、积气,考虑血肿,腹腔少量积液,双侧胸膜腔积液。

**1.2 诊疗经过** 患者持续无尿,肝酶升高,血小板减少,给予吸氧、持续心电监护、止血、抗感染、保肝等治疗,并给予洗涤红细胞及新鲜冰冻血浆输入,行血浆置换、连续血液滤过治疗。复查血常规:WBC  $35.70 \times 10^9/L$ , HB 89g/L, PLT  $54 \times 10^9/L$ ,继续抗感染、连续血液滤过,超滤脱水,减轻容量负荷,改善心功能,关注腹部血肿。2016年10月3日10时患者诉心慌,心率160次/分,90/50mmHg,腹壁血肿较前增大,上达脐上三指,下达耻骨联合,两侧达腋中线。当日下午3时在补充血容量同时全麻下行腹壁血肿清除术,术中剪开原手术切口缝线,于皮下脂肪组织内可见暗红色陈旧性血液。腹直肌前鞘张力大,切开前鞘后有大量血液涌出,探查见:腹直肌质地糟脆,与前鞘间有大量陈旧性凝血块及积血,上至脐,下至耻骨联合,两侧达腋中线。清除凝血块及积血,约1500ml,于左侧腹直肌外缘可见开放性血管断端,结扎止血。探查盆腔无活动性出血,膀胱呈紫红色,留置盆腔引流管一根,腹壁负压引流管两根,手术顺利。术后继续给予抗感染及血浆置换治疗,清除致病

作者简介:姜陵,女,硕士研究生,主治医师,主要研究方向:妇科

通讯作者:姜陵

因子,持续床旁血液滤过,清除炎症介质,支持重要脏器功能,维持内环境稳定,控制血压纠正贫血加强营养支持治疗。术后负压引流管共引流出血性液体约900ml,2016年10月25日复查肾功能、电解质水平较前明显下降,拔除股静脉临时导管,无明显渗血。患者共输入B型,Rh(D)阳性红细胞34u,血浆11600ml,于2016年10月26日出院,出院时尿量正常,出院后3月复查肾功能已恢复正常。

## 2 讨 论

**2.1 治疗原则** 患者既往无高血压病史,一月前发现血压升高,因无自觉症状未规范治疗,仅口服降压药,血压相对稳定,当突发上腹痛、胸闷、心悸症状后就诊,因血压极高,病情危重,急诊行剖宫产术,手术顺利,术中出血不多,术后子痫发作并无尿,因急性肾功能衰竭转院治疗。患者为高龄产妇,经产妇,孕周达36周,病情进展迅速,对本病认识不足,待出现严重自觉症状才就医,虽然恢复尚可,但治疗周期长,且花费巨大。重度子痫前期妊娠大于34周,经积极治疗后效果欠佳,病情进一步发展,应考虑终止妊娠。

**2.2 腹壁巨大血肿** 腹壁血肿一般分为两种:一种为皮下浅部出血,因位置表浅伴有渗血,可表现为皮肤青紫或淤斑,短时间易被发现,常无需特殊处理即可自行吸收;另一种为腹壁深部血肿(在筋膜下,肌层及腹膜外)出血隐匿,常发现较晚,因深部出血量大可形成巨大血肿,多不能自行吸收,需再次手术清除。剖宫产(横切口)分离腹直肌时可有不同程度的肌纤维损伤,易造成血管损伤而出血。本例患者血压较高,术中小动脉断端始终处于痉挛状态,缝合不仔细,血管结扎不牢,或者未出血的小血管未行结扎,术后血管扩张,造成出血;也可能是结扎的血管组织坏死,结扎线脱落,造成出血;再加上腹膜外组织疏松,腹式呼吸时形成负压(呼吸作用,呼气时出血加重,吸气时血液向周围扩散),使出血加重形成巨大血肿。其诊断主要根据临床表现,术后患者主诉伤口疼痛,可伴有低热,伤口周围皮下有瘀斑,压痛明显,可触及质硬包块;彩超检查腹壁可发现巨大液性暗区;穿刺可抽出陈旧积血,患者给予补血对症治疗血红蛋白不升反降,而无明显的外出血。腹壁巨大血肿较少见,需采取血肿清除术,从而增加患者痛苦及经济负担,预防措施如下:①术中操作轻柔,分离

腹直肌采取纵行沿肌纤维方向分开,避免损伤血管;出血的血管需丝线结扎到位或电凝止血,仔细认真检查,避免术后二次出血;②若渗血严重,术中可应用止血纱布或止血海绵;复查患者凝血功能,必要时给予止血药物或凝血因子的应用;③用砂袋压迫或打腹带压迫止血延长到术后8小时;④关腹前仔细检查,手术操作精细认真,尽量减少组织损伤,止血细致彻底,不片面追求手术时间和小切口。

**2.3 HELLP综合征**(hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets syndrome, HELLP syndrome)系妊娠高血压疾病并发溶血、肝酶升高、血小板减少为特征的临床综合征。若不及时处理,病情迅速进展,该症导致孕妇病死率为1~20%,胎儿病死率为50%。本病属于血栓性微血管病,发病机制的核心为微血管内皮细胞损伤。红细胞通过痉挛的血管时,发生变形及破裂导致溶血;同时血管内皮损伤,血小板粘附聚集,从而发生血小板的聚集与消耗,除此之外,还有纤维蛋白原沉积及终末器官的缺血。肝酶升高认为是肝细胞膜的通透性增加所致。对于HELLP综合征的治疗,及时终止妊娠有肯定效果,但5%的患者分娩后无改善,产后24~48小时仍存在HELLP综合征。本例患者终止妊娠24小时后病情曾一度进展,血红蛋白呈进行性下降、溶血严重、肾功能衰竭、电解质异常等,转院后给予严密监测各项指标,控制高血压,血液净化措施改善尿毒素潴留、纠正水电解质及酸碱平衡紊乱,行腹壁血肿清除术,浓缩红细胞、血浆纠正贫血等措施,病情逐渐恢复。

**2.4 急性肾损伤** 定义为48小时内血清肌酐水平升高 $\geq 0.3\text{mg/dl}$ ( $26.5\mu\text{mol/l}$ )或7日内血清肌酐水平升高至已知基线1.5倍以上致肾功能突然丧失<sup>[1]</sup>。妊娠期高血压的病理生理基础为全身性的血管收缩痉挛,导致各个脏器的血流灌注减少,影响其功能,最终导致器质性病变,究其原因主要为妊娠期高血压患者肾小动脉痉挛,灌注压下降,刺激肾小球小动脉旁细胞分泌大量肾素,产生血管紧张素II,更加重入球小动脉收缩,形成恶性循环<sup>[2]</sup>。弥散性毛细血管内皮肿胀为妊娠期高血压特征性的病理改变,使患者肾小球扩大,进而出现供血不足,较为严重者在使毛细血管管腔闭塞并伴有肾小球滤过率下降,肾有效循环血量减少,发生肾前性氮质血症,进而诱发急性肾损伤。孕产妇有特殊的病理生理机制,并且存在母亲和胎儿风险,因此妊娠相关急性肾损伤的治疗需要根据病因针对性综合治疗<sup>[3]</sup>。治疗原则包括病因治疗、

肾功能支持治疗及肾替代治疗。如对妊娠早期如妊娠剧吐由于患者进食减少甚至不能进食,引起血容量减少的肾前性氮质血症要以补液对症支持为主;孕晚期某些特殊情况下如前置胎盘大出血,胎盘早剥等需要立即终止妊娠,注意补液或输血以保持有效血容量;对于急性肾皮质坏死尚无特殊有效的方法,大部分有皮质坏死的患者需要透析治疗,而且可能需要永久透析。以上情况严重的肾衰竭患者均可能需要透析治疗,无论是血液透析或腹膜透析均安全可行<sup>[4]</sup>,本例患者出现严重的肾功能损害,给予血浆置换、连续血液滤过治疗后肾功能逐渐好转。

综上所述,妊娠期高血压疾病虽然是妇女妊娠期的常见疾病,但病因复杂,病情轻重不一,有些迅速恶化,本例患者虽然急诊终止妊娠并积极治疗,但病情发展迅速,腹壁巨大血肿并急性肾损伤是其严重并

发症。因此,产前检查至关重要,加强对妊娠期高血压疾病患者的教育和管理,耐心说教,仔细检查,合理干预,积极处理,从最大程度上避免不良妊娠结局的发生。

## 参考文献

- [1] Kidney Disease:Improving Global Outcomes(KDIGO).Clinical practice guideline for acute kidney injury[J].Kidney International Supplements,2012,2(1):18-36.
- [2] 甘晓辉.妊娠高血压合并肾损伤30例回顾性分析[J].四川医学,2013,34(1):53-54.
- [3] 宁耀贵,徐颖,罗维远等.妊娠相关性急性肾损伤的研究进展[J].中国全科医学,2015,18(4):479-482.
- [4] 卜彦屏,吴甫民.妊娠期急性肾损伤的研究进展[J].中国全科医学,2014,17(2):229-232.

【收稿日期】2017-08-13

(上接第103页)

## 参考文献

- [1] 敖金文,刘成洪,王佳.睾丸血管瘤1例[J].华西医学,2004,19(3):488-488.
- [2] 南文广.肝脏低回声血管瘤的超声诊断价值[J].中外健康文摘,2011,8(15):249-249.
- [3] 刘双艇,陈懿,陈菊飞.低回声型肝血管瘤的彩色多普勒超声检

测[J].中国超声诊断杂志,2004,5(10):755-757.

- [4] 李薇.超声造影对肝内低回声血管瘤的诊断价值[J].世界最新医学信息文摘:连续型电子期刊,2015(48).
- [5] 叶宗岳,李贤新,关志忱,等.睾丸血管瘤1例报告[J].罕少疾病杂志,2009,16(4):61-62.
- [6] 李永忠,雷蕾,曾浩,等.2例儿童睾丸血管瘤的超声表现及文献复习[J].中国当代儿科杂志,2009,11(6):499-501.

【收稿日期】2017-09-01