

子痫1例的治疗体会并文献复习

刘开开

延安大学医学院, 陕西 延安

收稿日期: 2023年7月13日; 录用日期: 2023年8月4日; 发布日期: 2023年8月11日

摘要

子痫是妊娠期出现的抽搐发作的严重疾病, 是妊娠期高血压疾病最严重的阶段, 是产科四大死亡原因之一。子痫抽搐进展迅速, 一旦发生, 母儿并发症及死亡率明显增加, 故应特别重视, 紧急处理。本院近期收治高血压抽搐诊断为子痫1例, 现就本病例相关诊治措施及相关文献复习展开论述。

关键词

妊娠期高血压, 子痫, 治疗

Treatment Experience of 1 Case of Eclampsia and Literature Review

Kaikai Liu

School of Medicine, Yan'an University, Yan'an Shaanxi

Received: Jul. 13th, 2023; accepted: Aug. 4th, 2023; published: Aug. 11th, 2023

Abstract

Eclampsia is a serious disease of convulsions in pregnancy, the most serious stage of hypertensive disease in pregnancy, and one of the four major causes of death in obstetrics. Eclampsia convulsions progress rapidly, once the occurrence, maternal and infant complications and mortality increase significantly, so special attention should be paid to urgent treatment. 1 case of hypertensive convulsion diagnosed as eclampsia was admitted to our hospital recently. The relevant diagnosis and treatment measures and related literature review of this case are discussed.

Keywords

Gestational Hypertensive, Eclampsia, Treatment



1. 引言

妊娠期高血压疾病(hypertensive disorders of pregnancy, HDP)是妊娠与血压升高并存的一组疾病,发生率 5%~12%。该组疾病包括妊娠期高血压(gestational hypertension)、子痫前期(preeclampsia)、子痫(eclampsia), 以及慢性高血压并发子痫前期(chronic hypertension with superimposed preeclampsia)和妊娠合并慢性高血压(chronic hypertension), 严重影响母婴健康, 是孕产妇和围产儿病死率升高的主要原因[1]。本文回顾性分析 1 例子痫患者的相关诊疗过程, 合并相关文献复习展开论述。

2. 病例摘要

患者, 女, 34 岁, 因“停经 33-1 周, 头痛 1 周, 抽搐 2 次”之主诉于 2023-06-20 入院。入院时痛苦烦躁貌, 询问病史无应答, 询问陪同人员(患者配偶): 平素月经规律, 周期 28 天, 经期 4-5 天。末次月经 2022-10-23, 预产期 2023-7-30。孕期定期于外院产检, 经过尚顺利。近 1 月出现双下肢浮肿, 渐加重, 近 1 周出现头痛, 以头颅后部为著, 伴上腹部饱胀不适, 无头晕、心慌、气短、视物模糊, 无阴道流血、流液等情况。诉 3 小时前在家中突然出现全身抽搐 1 次, 跌倒至右侧顶骨处头皮血肿, 抽搐当时牙关紧闭, 口吐白沫, 伴神志不清、呼之不应、全身抖动, 持续约 3 分钟后好转。急送入我院急诊科, 进入急诊科后再次抽搐 1 次, 症状同上述情况, 测量生命体征: T: 36.7℃, P: 139 次/分, R: 29 次/分, BP: 269/158 mmHg。呼叫我科急会诊进行抢救, 神经内科协助诊治, 给予快速静滴硫酸镁解痉、酚妥拉明维持量泵入降压、地西洋镇静、甘露醇降颅压等对症治疗后抽搐缓解。详问病史患者于 2016 年曾受外伤导致脑外伤致脑梗, 其父母亲均患有“高血压、糖尿病”(具体不详)。

抽搐缓解后由平车推入我科, 测生命体征: T: 36.7℃, P: 140 次/分, R: 21 次/分, BP: 237/150 mmHg, 血氧饱和度: 91%, 患者依旧处于烦躁状态。继前解痉、降压、镇静等对症治疗。专科查体: 宫底脐上 5 指, 胎心 160 次/分, 胎方位: 枕左前, 宫缩: 未触及, 先露位置: -3, 衔接: 未, 胎膜: 未破。宫颈质地: 质中, 宫颈位置: 居中, 宫颈长度: 1.5 cm, 宫颈扩张: 1 cm, Bishop 评分: 4 分。骨盆外测量未及异常。辅助检查: 血常规: WBC: $8.14 \times 10^9/L$, RBC: $4.19 \times 10^{12}/L$, HB: 102 g/L, PLT: $212 \times 10^9/L$, NEU%: 76%。尿常规: 蛋白质: 4+, 潜血: 3+。血凝: FDP: 25.90 ↑ ug/ml, D-Dimer: 10.92 ↑ mg/ml。产科 B 超(急诊床旁): 胎数: 单胎, 胎位: LOA, 胎心: 172 次/分, 双顶径: 8.1 cm, 头围: 29.8 cm, 腹围: 26.6 cm, 股骨长: 5.8 cm。胎盘位置: 右侧壁, 附着良好, 分级: I 级。羊水暗区: 4.3 cm。腹部泌尿系及心脏 B 超未见明显异常, 检查过程中见心率快 142 次/分。颅脑 CT 平扫: 1) 双侧顶枕颞叶灰白质分界区低密度, 以双侧顶枕叶为著; 2) 右侧额叶低密度, 结合外伤病史软化灶可能性大; 左侧岛叶低密度, 腔梗? 建议 MR 检查(患者配合欠佳, 部分层面显示不清)。上级医师同查患者后, 告知患者家属: 孕 33-1 周妊娠, 产前子痫, 前次剖宫产, 急性胎儿宫内窘迫, 患者抽搐后处于烦躁状态, 意识尚未清醒, 2016 年脑外伤致脑梗后, 现宜立即手术终止妊娠, 否则在保守治疗过程中可能随时出现母体血压进一步升高、脑血管意外、脑出血、再次子痫抽搐、胎盘早剥、DIC、各脏器功能衰竭、胎死宫内等危及母儿生命的情况。新生儿系早产儿, 成活率低下, 各器官发育不成熟, 出生后需抢救、转新生儿科、近远期后遗症不可估计、死产、抢救无效等意外情况。详细告知患者家属可能存在的意外及风险, 其表示知情, 要求手术终止妊娠, 签署手术知情同意书及重大知情同意书, 积极配血, 行术前准备。术前诊断: 1) 产

时子痫；2) 急性胎儿宫内窘迫；3) 孕4产0剖1 33-1周单胎枕左前妊娠状态；4) 头皮血肿；5) 脑梗死个人史。

术前呼叫新生儿科大夫到手术室会诊，准备协助抢救早产儿。于2023-6-20 13:40~14:40气管插管全麻下行子宫下段剖宫产术。13:45头位取出一女活婴，体重1550g，无脐带绕颈，外观无畸形，1分钟新生儿Apgar评3分(呼吸-2、肌张力-2、心率-1、反应-1、肤色-1)，新生儿科医师给予吸痰、吸氧、刺激、保暖、擦干、摆正体位、清理呼吸道、正压通气、气管插管辅助通气抢救措施，5分钟评8分(呼吸-1、肌张力-1)，10分钟评9分(呼吸-1)。脐带扭转25圈，羊水清亮，约400ml。胎盘、胎膜自娩完整，检查胎盘组织发现脐带插入点位于胎盘胎膜处，距离胎盘边缘5cm，胎盘送病理。术中血压波动于200~150/140~70mmHg，硝酸甘油维持泵入，血压控制不满意。术后测血压：189/134mmHg。产妇术后转ICU观察。ICU测血压：217/120mmHg，血氧饱和度90%，给予硝普钠持续泵注，调整泵速，维持患者血压140~130/80~70mmHg之间；给予镇静镇痛、持续泵注硫酸镁控制抽搐；给予甘露醇降颅压；给予头孢西丁、奥硝唑预防感染等对症治疗。并请心内科、神经内科会诊协助诊治。

术后第1日，停用镇静类药物后患者意识状态清楚，可完成指令性动作，呛咳反射可。双下肢水肿较前减轻，腹部切口敷料干燥，宫底脐下1指，血性恶露少。拔出经口气管插管，给予面罩吸氧5L/min，自述无明显不适。生命体征：T：36.6℃，P：112次/分，R：25次/分，BP：154/105mmHg，血氧饱和度：94%。辅助检查：血常规：WBC：10.08×10⁹/L，RBC：3.57×10¹²/L，HB：107g/L，PLT：152×10⁹/L，NEU%：68.10%。尿常规：蛋白质：2+，潜血：3+。血凝：FDP：6.50↑ug/ml，D-Dimer：3.61↑mg/ml。IL-6：91.18↑pg/ml。肝功：TP：47↓g/L，ALB：24↓g/L。24小时尿蛋白质检测：尿蛋白定量：3192↑mg/24h，尿微量白蛋白测定：320.69↑mg/L。另查肾功电解质、心机损伤类、心肌酶谱等指标，异常者给予对症纠正治疗。颅脑MRI+DWI：1) 大脑半球及小脑半球异常信号，考虑可逆性后部脑病综合征；2) 双侧叶软化灶。术后第2日转回我科。术后血压波动于：180~110/136~70mmHg，渐调整降压药泵入剂量。术后第7天，患者各项指标基本正常，治愈出院。

3. 讨论

明确诊断

子痫前期是妊娠20周后出现收缩压≥140mmHg和(或)舒张压≥90mmHg，伴有尿蛋白≥0.3g/24h，或随机尿蛋白(+)或虽无尿蛋白，但合并下列任何一项者：1) 血小板减少(血小板<100×10⁹/L)；2) 肝功能损害(血清转氨酶水平为正常值2倍以上)；3) 肾功能损害(血肌酐水平大于1.1mg/dl或为正常值2倍以上)；4) 肺水肿；5) 新发生的中枢神经系统异常或视觉障碍。而子痫是子痫前期最严重的阶段，是在子痫前期基础上发生不能用其他原因解释的抽搐。病因：1) 子宫螺旋小动脉重铸不足；2) 炎症免疫过度激活；3) 血管内皮细胞受损；4) 遗传因素；5) 营养缺乏等。子痫发作前可有不断加重的严重表现，也可发生于无血压升高或升高不显著，以及尿蛋白阴性的病例。通常产前子痫较多，产后48小时约占25%。子痫抽搐进展迅速，前驱症状短暂，发作时全身高张阵挛惊厥、有节律的肌肉收缩和紧张，是造成母儿死亡的最主要原因。典型症状：(一) 前驱症状：子痫的前驱症状短暂，常有的表现有以下几方面：1) 高血压；2) 头痛，常表现为持续额部或枕部头痛或霹雳性头痛；3) 视觉障碍如盲点、视力丧失、视力模糊、复视、视野缺损、畏光等；4) 右上腹或上腹部疼痛；5) 踝阵挛也是常见表现。(二) 发作症状：子痫抽搐进展迅速，通常表现为全身强直阵挛性抽搐或昏迷。1) 发病时，出现突然意识丧失，常伴有尖叫；2) 随后，手臂、腿、胸部和背部的肌肉则变得僵硬。在肌肉强直期，病人可能开始出现发绀；3) 大约1分钟后，开始出现肌阵挛和抽搐，持续1~2分钟。在阵挛期，可能发生舌咬伤，口吐白沫、血痰；4) 当抽搐结束，病人进入发作后期。最初病人处于深睡眠，呼吸深，然后逐渐清醒，经常主诉头痛。大多数病人

在全身惊厥后 10~20 分钟内开始恢复反应，一般没有局灶性神经功能缺损。子痫通常在子痫前期的基础上发生抽搐，但应与癫痫、脑炎、脑肿瘤、脑血管畸形破裂出血、糖尿病高渗性昏迷、低血糖昏迷相鉴别[1] [2]。本例患者病情特点：以头痛、抽搐为首发症状，血压：269/158 mmHg，尿蛋白：4+。根据颅脑 CT 结果与神经内科会诊结果，不考虑癫痫或由脑实质病变引起的抽搐。支持子痫诊断。

4. 妊娠期高血压的孕期管理

鉴于目前生活条件较以前颇有改善，妊娠期高血压患者的管理也越来越规范，子痫患者已不多见。

1) 评估与诊断：根据临床症状、体征、辅助检查，判断有无靶器官损伤。临床工作中尤为重要是要评估患者有无头疼、头晕、恶心、呕吐、视物模糊，有无双下肢水肿，有无全身性神经系统相关症状，尿常规中尿蛋白情况，24 小时尿蛋白定量情况。以及胎儿预后评估包括胎心监护、超声测量胎儿生长发育情况、胎儿多普勒及生物物理评分。2) 液体管理：液体的限制使用不容忽视。尤其是针对子痫前期 - 子痫的患者，在使用硫酸镁控制 - 预防子痫的过程中，存在潜在的肺水肿风险，因此一般不进行扩容疗法[3]。3) 降压治疗：对于降压的时机应综合考虑对母儿的利益与风险。原则上建议血压在 160/110 mmHg 及以上的妊娠期高血压患者进行住院治疗，如果反复发现血压在 160/110 mmHg 及以上则应给予降压治疗，如果血压在 140/90 mmHg 及以上则考虑降压治疗。此外，如果患者反复出现 160/110 mmHg 或更高的血压，或有子痫前期症状，则应给予硫酸镁以预防子痫。妊娠期抗高血压治疗可能会增加胎盘早剥和早产的风险。有数据显示，使用降压药后先天性缺陷增加 2.3 倍[4]。然而，未经治疗的高血压，而不是抗高血压药物，对儿童有风险。CHIPS 研究报告，妊娠期高血压控制不严密(目标舒张压为 100 mmHg)和严密(目标舒张压为 85 mmHg)两组在妊娠期流产风险、高水平新生儿护理或总体产妇并发症方面无显著组间差异。一项荟萃分析显示，降压治疗不仅可以显著预防重度高血压、子痫前期、重度子痫前期，还可以预防胎盘早剥和早产，但小于胎龄儿的风险增加[5]。4) 降压药物的选择：目前所有降压药都可通过胎盘，几乎所有降压药在改善妊娠结局的疗效比较和胎儿安全性方面的数据尚不充分，因此没有特别强烈推荐优先使用某种药物。① 拉贝洛尔：为 α 、 β 能肾上腺素受体激动剂，降低血压但不影响肾及胎盘血流量，并可对抗血小板凝集，促进胎儿肺成熟。该药显效快，血压降低平缓。但有引起孕妇和胎儿心动过缓和支气管痉挛的风险。② 硝苯地平：钙离子通道阻滞剂，可解除外周血管痉挛，使全身血管扩张，血压下降。舌下含服短效硝苯地平可致血压下降过快导致严重低血压、心悸、头痛、心肌梗死、甚至卒中、胎儿预后不良等情况。硝苯地平与硫酸镁联合运用可导致严重的低血压和心肌抑制，而且硝苯地平可延长硫酸镁的神经 - 肌肉阻滞作用。但有临床回顾性研究表明：二者联用治疗妊娠期高血压的临床效果好[6]。因此是否联用尚存争议。

5. 产时处理

子痫前期患者经积极治疗母儿状况无改善或者病情持续进展时，终止妊娠是唯一有效的治疗措施[1]。终止妊娠时机选择：1) 妊娠期高血压、子痫前期患者可期待至 37 周终止妊娠；2) 重度子痫前期患者：妊娠 < 24 周经治疗病情不稳定者建议终止妊娠；孕 24~28 周根据母儿情况及医疗水平决定是否期待治疗；孕 28~34 周，若病情不稳定，经积极治疗 24~48 小时病情仍加重，促胎肺成熟后应终止妊娠；若病情稳定，可考虑继续期待治疗，并建议提前转至新生儿科；妊娠 \geq 34 周患者应考虑手术终止妊娠。针对于早发型重度子痫前期，建议积极住院治疗，给予解痉、降压、促胎肺成熟，严密监测母儿情况。充分评估病情以明确有无严重的脏器损害，从而决定是否终止妊娠。若患者出现持续不适或严重高血压、子痫、肺水肿、HELLP 综合征、严重肾功能不全或凝血功能障碍、胎盘早剥、孕周太小无法存活的胎儿、胎儿窘迫的情况，建议积极手术终止妊娠。若患者一旦出现抽搐，则在抽搐控制后建议尽快终止妊娠[1]。并

联系新生儿科抢救团队到场协助。本例患者于入院后尽早进行了手术终止妊娠。

6. 产后及哺乳期的管理

妊娠期高血压疾病的产妇产后仍需规律监测血压,并至少监测 42 天。子痫前期产妇需警惕产后子痫,应严密监测血压至少 3 天,并延续产前的降压治疗。所有产妇产后 3 个月建议回访测量血压、复查尿常规及其他孕期曾出现异常的实验室指标,如仍有持续的蛋白尿或高血压,建议重新评估血压水平、有无高血压靶器官损害及继发性高血压。妊娠期高血压疾病的妇女产后哺乳期降血压药物使用推荐:除甲基多巴外,可继续应用妊娠期服用的降压药;如果在孕期服用甲基多巴治疗慢性高血压,应在分娩后 2 天内停用并换用其他降压药物。尽量避免使用利尿剂或 ARB 类药物,如果单药控制不理想可硝苯地平联合拉贝洛尔,若两药控制仍不理想或对其中一种药物不耐受可联合依那普利或卡托普利[7]。

国际上提倡母乳喂养,母乳中含有多种天然免疫成分,可促进婴儿大脑发育,降低婴儿期发生下呼吸道感染、胃肠道感染及其他炎症性肠道疾病、婴儿猝死综合征和过敏性疾病等风险,也能建议良好亲子关系,促进子宫复旧,降低卵巢癌及乳腺癌的发生率。妊娠期高血压患者在产后大多数是可以进行母乳喂养的。由于妊娠期高血压疾病是在妊娠期间比较严重,当胎儿娩出以后疾病会迅速缓解,血压会逐渐下降,并且对脏器的损害也会有所减轻。所以绝大多数的妊娠高血压疾病的患者,终止妊娠以后病情会逐渐好转。但是如果原来本身就患有高血压,同时合并妊娠的女性,要看产后血压的恢复情况,还要评估对全身脏器的损害程度。如果造成了严重的心脏、肝肾功能的异常,并且血压过高未能很好地下降,这样情况并不建议采取母乳喂养。因为母乳喂养的时候也会消耗体力,从而增加心脏的负担。

参考文献

- [1] 谢幸,孔北华,段涛. 妇产科学[M]. 第9版. 北京:人民卫生出版社,2018:89-90.
- [2] 徐丛剑,华克勤. 实用妇产科学[M]. 第4版. 北京:人民卫生出版社,2018:390-419.
- [3] 胡蓉,李笑天. 妊娠期高血压疾病降压的再认知及管理与其子痫前期防范[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2018,34(5):484-488.
- [4] Fitton, C.A., Fleming, M., Aucott, L., Pell, J.P., Mackay, D.F., *et al.* (2021) Congenital Defects and Early Childhood Outcomes Following In-Utero Exposure to Antihypertensive Medication. *Journal of Hypertension*, **39**, 581-588. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000002670>
- [5] Metoki, H., Iwama, N., Hamada, H., *et al.* (2022) Hypertensive Disorders of Pregnancy: Definition, Management, and Out-of-Office Blood Pressure Measurement. *Hypertension Research*, **45**, 1298-1309. <https://doi.org/10.1038/s41440-022-00965-6>
- [6] 王兰君,李梦琪,王慧玲,等. 硫酸镁联用硝苯地平治疗妊娠高血压综合症的疗效及相关检测指标的影响[J]. 实验与检验医学,2022,40(4):420-424+431.
- [7] 李玉明,杨宁. 《妊娠期高血压疾病血压管理专家共识(2019)》解读[J]. 中华高血压杂志,2020,28(8):714-716.