

病例报告-妊娠合并急性心衰救治及讨论 1 例

张玉岚, 张玉虎

陇南市第一人民医院甘肃 甘肃陇南

【摘要】妊娠合并心脏疾病已经成为威胁孕产妇安全及长期心血管健康的主要疾病,特别是妊娠期高血压疾病性的心脏病也逐年增多,要求我们产科医师应掌握识别严重心脏病并发症的信号并能及时处理的能力^[1]。本文选用 1 例我院救治孕 38 周确诊急性左心衰的孕妇,经过积极抢救及治疗护理,孕产妇及胎儿均存活。本例主要在于探讨此类孕妇的识别及救治经验总结和麻醉方式的选择。

【关键词】妊娠合并急性心衰;救治方法;经验总结

Case report-treatment and discussion of a case of pregnancy complicated with acute heart failure

Yulan Zhang, Yuhu Zhang

The First People's Hospital of Longnan City, Longnan, Gansu

【Abstract】 Pregnancy complicated with heart disease has become the main disease that threatens maternal safety and long-term cardiovascular health, especially the heart disease caused by pregnancy-induced hypertension is increasing year by year, which requires our obstetricians to grasp the signal of identifying serious heart disease complications and the ability to handle it in a timely manner^[1]. In this paper, a pregnant woman diagnosed with acute left heart failure at 38 weeks of gestation was selected for treatment in our hospital. After active rescue and treatment, both the pregnant woman and the fetus survived. This case is mainly to discuss the identification of such pregnant women, the summary of treatment experience and the selection of anesthesia methods.

【Keywords】 Pregnancy complicated with acute heart failure; Treatment methods; Experience summary

1 基本资料

患者张 XX, 21 岁, 主因: 停经 38 周, 发现血压升高伴胸闷气短 1 天。于 2022 年 4 月 9 日 10:17 入住我院。

末次月经: LMP: 2021 年 7 月 17 日。预产期: 2022 年 4 月 24 日。

该孕妇外院产检, 自诉入院前 1 月逐渐出现双下肢水肿, 时测血压 138/88mmHg, 未重视, 未监测血压。此后下肢水肿逐渐加重。3 天前逐渐出现咳嗽、咳痰, 痰不易咳出, 患者自认为感冒未重视, 期间无发热、鼻塞等症状。4 月 8 日患者于外院产检时测血压 150/100mmHg, 尿蛋白 3+, 诊断重度子痫前期, 建议住院, 患者拒绝。夜间患者逐渐出现胸闷、气短、不能平卧的症状, 遂于今晨来我院就诊, 测血压 142/103mmHg, 呼吸急促, 伴有咳嗽, 咳痰。遂立即以“①子痫前期(重度); ②急性左心衰? ③妊娠合并低蛋白血症; ④孕 38 周 G1P0LOA

待产; ⑤妊娠合并上呼吸道感染?”收住。孕期体重增长 15kg。

2 入院查体

神志清楚, 急性病容, 查体合作, 步入科室。

T: 36.6°C, P: 140 次/分, R: 40 次/分, BP: 140/110mmHg, 测氧饱 88%。

身高: 155cm, 体重: 77kg, 端坐呼吸, 胸廓无畸形, 双肺呼吸音粗, 双肺底可闻及湿性啰音。心率 140 次/分, 律齐, 未闻及明显病理性杂音。妊娠腹, 无宫缩, 胎心音好, 双下肢水肿(++++)。

专科查体: 宫高 32cm, 腹围 104cm, 胎方位头位, 胎先露头, 浮, 胎动如常, 胎心 154 次/分, 规则, 无宫缩, 胎膜未破。行内诊示: 先露头, S-3, 宫口未开, 宫颈管长约 2.5cm, 质软, 朝后, 宫颈 Bishop 评 2 分。

3 临床表现

左心衰患者根据病情严重程度表现为: 劳力性

呼吸困难、夜间阵发性呼吸困难、不能平卧端坐呼吸、烦躁不安、病情更加严重的患者会出现咳粉红色泡沫痰。

查体：心脏增大，出现奔马律，急性肺水肿呼吸频率可达 30-50 次/分，心率快，两肺布满湿啰音和哮鸣音。

心源性休克：在容量充足的情况下出现低血压（收缩压<90），伴有组织低灌注的表现：休克三个窗口+乳酸>2（PH<7.35）。

尿量：<0.5ml.Kg/h，甚至无尿。

皮肤：苍白、发绀及四肢湿冷。

4 手术过程

患者半卧位，行连硬外麻醉，术中见腹腔有淡黄色液体，抽吸约 200ml，于 14:56 取出一男性活婴，胎儿娩出后立即腹部放置沙袋减少回心血量，术中子宫收缩一般、给予卡前列素氨丁三醇 250ug 宫体肌注，术中出血约 400ml，术中输液 500ml，给予呋塞米 20mg 静推利尿，尿量共计约 60ml 清亮。

患者术中血压、氧饱和度及心率详见下表 1。

表 1

术中氧饱和度、心率、血压动态变化情况			
时间（分钟）	氧饱和度（%）	心率（次/分）	血压（mmHg）
14:00	72	140	150/110
14:15	85	150	145/105
14:30	84	150	150/105
14:45	80	152	140/80
15:00	90	138	110/78
15:15	88	133	138/88
15:30	91	150	142/80
15:45	88	142	140/88

5 术后治疗

术中、术后患者仍有咳嗽、咳痰，术后转移途中患者血氧饱和度下降至 40%，于 ICU 病房紧急行无创呼吸机辅助通气，吸痰抽出粉红色泡沫痰，在超声引导下右锁骨下静脉穿刺置管及左股静脉穿刺置管。术后给予镇静、抗感染、CRRT、解痉、降压、强心、预防消化性溃疡、纠正低蛋白血症、平喘等对症治疗。

术后抗生素：头孢哌酮钠舒巴坦钠 3g，Ivgtt，Q8h；

行胸部 X 线：双肺感染，左侧胸腔积液；

查降钙素原 12.45ng/ml，更换抗生素为美罗培南 1g，Q8h；

4 月 15 日痰培养示：嗜麦芽寡养单胞菌，鲍曼复合群不动杆菌；多重耐药。根据药敏结果抗生素更换为左氧氟沙星+复方新诺明抗感染；

术后第 15 天产妇携子出院；产后 42 天随访，母子健康良好。

6 观察指标

纽约心脏病协会（NYHA）心功能分级：

I级症状为活动不受限。日常体力活动不引起明显的气促、疲乏或心悸。

II级为活动轻度受限。休息时无症状，日常活动可引起明显的气促、疲乏或心悸。

III级为活动明显受限。休息时可无症状，轻于日常活动即引起显著的气促、疲乏、心悸。

IV级为休息时也有症状，任何体力活动均会引起不适。如无需静脉给药，可在室内或床边活动者为IVa级；不能下床并需静脉给药支持者为IVb级。

BNP 及 NT-pro-BNP 临床意义

排除心衰的临界值：BNP<100ng/L；NT-pro-BNP<300ng/L。

诊断急性心衰时：根据年龄分层为：年龄小于 50 岁 NT-pro-BNP>450ng/L；50-75>900ng/L；大于 75 岁>1800ng/L

7 讨论

妊娠期高血压性心脏病或称子痫前期性心脏病,指孕妇以往无心脏病病史以及特征,在妊娠期高血压的基础上突然发生以左心衰竭为主要特点的全心衰竭,称之为妊娠期高血压疾病性心脏病。原因主要是冠状动脉痉挛,心肌缺血,周围小动脉阻力增加,水钠潴留以及血黏度增加等因素,加重心脏负担而诱发急性心力衰竭。合并中度贫血的时候,更容易发生心肌受累。妊娠晚期发生心力衰竭原则是待心力衰竭控制后再行产科处理,若为严重心力衰竭,经内科各种治疗措施均未奏效,继续发展必将导致母儿死亡时,也可以一边控制心衰一边紧急剖宫产^[2]。

7.1 妊娠晚期发生急性心力衰竭时应先纠正心衰还是先行剖宫产终止妊娠

据我院多次抢救妊娠合并心衰患者的结果分析,建议不要等待纠正心衰,应立即行剖宫产,术中再控制心衰较好。

分析:若先纠正心衰,多数心衰治疗药物对胎儿或多或少都有一定的影响。如使用利尿剂时,有时它不一定能有效减轻孕妇心脏负荷,有些术前使用利尿后可导致孕妇低血容量,容易引起胎盘血流减少反而造成胎儿宫内窘迫,甚至胎死宫内。而先行剖宫产时,孕晚期胎儿大多已有足够的成活力,剖宫产对胎儿影响不大。且胎儿娩出后,治疗心衰药物就不用考虑胎儿因素,且术中出血及胎儿娩出后腹部放置沙袋可有效减少回心血量,从而减轻孕妇心脏负担,挽救孕妇生命。

7.2 探讨及早使用 CRRT 替代利尿剂,以治疗容量负荷过重引起的急性心衰

现代 ICU 已开启使用血液净化肾脏替代治疗,对于肺水肿及妊娠期高血压引起的容量负荷过重且此类疾病对利尿剂无反应的患者应及早使用,可明显提高患者的生存率及减轻肾脏的损伤。

7.3 妊娠合并急性心衰麻醉方式

妊娠晚期合并心衰患者麻醉的基本要求为尽可能避免疼痛及术中应激反应,力争做到无痛肌松,且不可加重心衰症状^[3]。目前常用方式有三种:

(1) 全身麻醉:属临床常用麻醉方式之一,用于危及生命的情况。产科麻醉中,麻醉师负责两条生命:孕产妇及胎儿^[4]。对于重度心力衰竭、肺水肿及低氧血症呼吸困难的产妇,选择全麻好处是可

以保证孕妇供氧充分,降低过度呼吸做功,利于心功能恢复,术后可继续行无创呼吸机通气^[5]。虽可引起很好的麻醉效果,但会导致孕妇出现低氧血症,可以抑制胎儿的呼吸,对实施手术者要求高,需在十分钟内取出胎儿。

(2) 连续硬膜外神经阻滞:对血流动力学影响较小,既能明显增加麻醉阻滞时长,起到术后镇痛作用,还可以减少前后负荷,纠正心衰症状,便于患者早日康复。但硬膜外麻醉也有不足的方面,该麻醉方式穿刺所需时间较长,镇痛起效较晚,而且相对容易出现阻滞不全的现象,因此,其并不适用于需立即手术取出胎儿的患者^[6]。且失败率亦较高,一旦阻滞失败,则需加用局麻。但局麻阻滞不完善,无法避免术中产生应激反应,同时疼痛亦会加剧心衰。

(3) 腰硬联合麻醉:阻滞效果确切,麻醉剂剂量使用较少,起效比较快,肌松效果好,不会对产妇及胎儿预后产生不利影响^[7]。但是相对于硬膜外神经阻滞,血流动力学的影响较大,容易引起血流动力学明显波动。腰硬联合麻醉阻滞成功后,镇痛、肌松效果俱佳,可有效避免由于疼痛刺激而加剧心衰症状,同时交感神经阻滞后血管得以舒张,继而显著降低心脏负荷,改善心功能^[8]。

8 总结

妊娠合并急性心衰严重危及母儿生命健康,此类孕妇病情变化极快,识别或处理不及时都将发生严重后果。它的早期识别,早期治疗,可有效降低围产母婴不良结局。

参考文献

- [1] 赵扬玉. 急性心力衰竭[J]. 产科危急重症, 2021(03).
- [2] 谢幸. 妊娠合并心脏病[J]. 妇产科学第 9 版, 2018(08).
- [3] 李红刚. 不同麻醉方式在妊娠合并心衰患者剖宫产中的应用[J]. 中华心脏与心律电子杂志, 2018, 6(03): 158-160.
- [4] 托马斯.H. 斯特朗. 重症孕妇的麻醉[J]. 产科重症监护手册第 4 版, 2019(01).
- [5] 龚道银, 汪辉, 朱柯霓. 外伤术后漏诊心脏病致死医疗损害鉴定 1 例[J]. 医学与法学, 2017, 9(5): 81-82.
- [6] 妊娠期合并外科急症处理专题研讨班征文通知[J]. 中国

医师进修杂志,2019,42(5):403

- [7] 陈思,李晓冬,赵屹,等 IVF-ET 单胎妊娠伴发双侧卵巢相继扭转 1 例及文献复习[J].生殖医学杂志,2018,27(6):588-590.
- [8] 陈萍. 小针刀加封闭治疗腰 3 横突综合征[J].中国保健营养,2018,28(3):381-382.

收稿日期: 2022 年 7 月 10 日

出刊日期: 2022 年 8 月 25 日

引用本文: 张玉岚, 张玉虎, 病例报告-妊娠合并急性心衰救治及讨论 1 例[J]. 国际妇产科研究, 2022, 2(2): 32-35

DOI: 10.12208/j. ijog.20220039

检索信息: RCCSE 权威核心学术期刊数据库、中国知网 (CNKI Scholar)、万方数据 (WANFANG DATA)、Google Scholar 等数据库收录期刊

版权声明: ©2022 作者与开放获取期刊研究中心 (OAJRC) 所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。 <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS