

多囊肾尿毒症期并发脑出血综合治疗 1 例

郑 涛 赵兰夫 高国栋

【关键词】脑出血;多囊肾;尿毒症;治疗

【文章编号】1009-153X(2016)05-0320-01

【文献标志码】B

【中国图书资料分类号】R 743.34; R 651.1⁺1

本文报告 1 例多囊肾尿毒症期并发脑出血患者成功救治病例。

1 病例资料

患者,女性,51 岁,因口齿不清、右侧肢体活动障碍 20 h 伴意识丧失 15 h 由外院转入。入院时体格检查:体温 38.8 ℃,血压 210/120 mmHg,呈浅昏迷状态;全身皮肤散在皮下瘀斑及出血点,刺痛有蹙眉;双侧瞳孔不等大,右侧约 4.0 mm、左侧约 3.0 mm、对光反应消失;呼吸深慢、不规则;右上腹部膨隆,可触及边界约 15 cm×18 cm、表面不光滑的质韧肿块,四肢运动查体不合作,双侧膝腱反射存在,双侧巴氏征未引出。急查头颅 CT 示:左侧丘脑出血破入脑室,出血量约 33 ml(图 1A)。既往有多囊肾、多囊肝、尿毒症、高血压病史,近 3 年来在我院肾脏内科行间断肾脏替代治疗,其父亲有高血压病史。急诊在局麻下行左侧基底节区血肿及脑室钻孔引流术,术后应用尿激酶液化血肿引流,3 万 U/次,2 次/d。次日行气管切开术,经验性治疗肺部感染并及时行细菌学检查。根据血肌酐、尿素氮、血钾水平、全身水肿情况间断行床旁透析。定期复查头颅 CT 示颅内血肿量逐渐减少(图 1B、1C)。术后 1 周拔除头部引流管,行腰大池引流术,继续引流颅内积血 7 d,复查头颅 CT 示颅内血肿彻底引流干净(图 1D),拔除腰大池引流管。期间患者先后出现严重肺部感染、呼吸衰竭、严重消化道出血、低蛋白血症、重度贫血、全身水肿等并发症,给予对症治疗。现患者颅内病情稳定,呈轻度昏迷状态,血肌酐、尿素氮、血钾在可控范围内,四肢无水肿。

2 讨论

多囊肾尿毒症期常伴有高血压,且药物治疗难以控制在

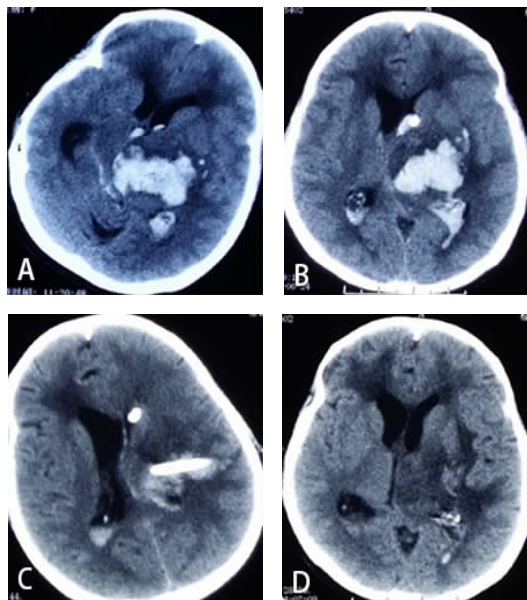


图 1 多囊肾尿毒症期并发脑出血钻孔引流术前后头部 CT 影像
A. 术前 CT 示左侧丘脑出血破入脑室,中线略有移位,出血量约 33 ml;B. 术后 1 d CT 示血肿最大层面影像,较术前出血未见明显变化;C. 术后 7 d CT 示引流管周围血肿基本引流完毕;D. 腰大池引流术后 7 d CT 示颅内残余积血引流干净

合理范围,45%的患者需要在 60 岁前接受间断行透析治疗。此类终末期肾病患者常伴有尿毒症性脑血管异常,长期透析可加剧脑血管病变,如颅内动脉瘤破裂,而透析液中的抗凝成分可影响正常凝血功能,有自发出血的可能,如颅内出血、消化道出血。除此之外,此类患者还伴有全身各系统的异常及三大物质代谢的紊乱。所以,多囊肾尿毒症并发颅内出血的发生率为 20%~30%,死亡率高达 90%,救治难度大。对于此类患者,鉴于患者本身异常的凝血功能,多采取内科保守治疗。至于采取积极外科手术干预,国内外文献报道较少,本例患者的成功救治或许可以提供一些借鉴。

(2014-07-27 收稿,2014-09-01 修回)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2016.05.024

作者单位:710038 西安,第四军医大学唐都医院神经外科(郑 涛、赵兰夫、高国栋)