

## 169 例早发型重度子痫前期妊娠患者期待治疗分析

周 瑜, 陈宇涵

(福建医科大学附属协和医院, 福建 福州 350001)

【关键词】 重度子痫前期; 期待治疗; 妊娠结局

中图分类号: R714.24 文献标识码: B DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2010.02.021

重度子痫是导致孕产妇和围生儿死亡的主要原因。回顾分析本院 169 例重度子痫前期孕妇的病例资料, 报告如下。

## 1 资料与方法

1.1 患者一般资料: 选择 2002 年 1 月至 2008 年 12 月本院收治的重度子痫前期孕妇共 169 例, 年龄 19~43 岁, 平均(29.2±4.8)岁; 经产妇 26 例, 初产妇 143 例。入院时已有胎死宫内 3 例。

1.2 治疗方法: 孕妇入院后监测血压, 尿蛋白定性试验、24 h 尿蛋白定量, 其他检查包括血常规、肝肾功能、凝血功能、眼底检查、心电图、B 超、胎心监护, 必要时行 CT 检查。治疗包括入院后进行高危护理、卧床休息、间断吸氧、解痉、镇静、降压、合理扩容必要时给予利尿。经积极治疗血压控制不满意或在期待治疗过程中出现母儿并发症, 则及时终止妊娠, 终止妊娠前予以地塞米松促胎肺成熟。

1.3 观察指标及方法: 按照重度子痫前期诊断标准, 以孕周为界分成 A 组(<28 周, 8 例); B 组(28 周~31 周+6, 19 例); C 组(32 周~33 周+6, 23 例); D 组(≥34 周, 119 例), 比较各组孕妇保守治疗时间、孕妇并发症以及胎儿及新生儿的结局。

1.4 统计学方法: 使用 SPSS 13.0 统计软件处理数据, 计量资料以均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示, 采用单因素方差分析和 *t* 检验, 计数资料用  $\chi^2$  检验,  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 各组孕妇血压、保守治疗时间以及终止妊娠情况比较(表 1): A 组、B 组孕妇收缩压显著高于 C 组、D 组(均  $P<0.05$ )。D 组保守治疗时间与 A 组相当,

表 1 各组孕妇血压及保守治疗时间比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	年龄(岁)	收缩压(mm Hg)	舒张压(mm Hg)	保守治疗时间(d)
A 组	8	29.8±3.7	165±22	104±6	3.8±2.3
B 组	19	32.1±5.1	163±17	105±13	6.8±2.3
C 组	23	27.2±4.4	147±13 <sup>ab</sup>	100±8	6.9±4.1
D 组	119	29.7±4.9	150±15 <sup>ab</sup>	100±9	3.0±2.7 <sup>bc</sup>

注: 与 A 组比较, <sup>a</sup> $P<0.05$ ; 与 B 组比较, <sup>b</sup> $P<0.05$ ; 与 C 组比较, <sup>c</sup> $P<0.05$ ;  
1 mm Hg=0.133 kPa

表 2 各组孕妇并发症发生率比较 % (例)

组别	例数	胎盘早剥	子痫	HELLP 综合征	心力衰竭	DIC	产后出血	肝损害	肾损害
A 组	8	12.5(1)	0 (0)	0 (0)	12.5(1)	0 (0)	0 (0)	12.5(1)	25.0(2)
B 组	19	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5.3(1)	5.3(1)	5.3(1)	10.5(2)	5.3(1)
C 组	23	4.3(1)	0 (0)	0 (0)	4.3(1)	0 (0)	13.0(3)	8.7(2)	8.7(2)
D 组	119	1.7(2)	1.7(2)	1.7(2)	0.8(1)	0.8(1)	9.2(11)	6.7(8)	3.4(4)

注: HELLP: 溶血、肝酶升高、血小板减少; DIC: 弥散性血管内凝血

但明显短于 B 组、C 组(均  $P<0.05$ )。A 组中 6 例因病情较重且孕周小, 放弃胎儿行引产术; B 组、C 组、D 组各有一死胎行引产。B 组、C 组其余患者在保守治疗过程中血压控制不满意, 出现各种并发症, 经地塞米松促胎肺成熟后均终止妊娠。

2.2 各组孕妇并发症情况(表 2): 169 例孕妇并发症发生率为 30.2%, 其中 A 组 62.5%, B 组 31.6%, C 组 39.1%, D 组 26.1%。早发型 A、B、C 组之间及 3 组与 D 组之间并发症发生率比较差异均无统计学意义(均  $P>0.05$ )。

2.3 各组围生儿情况: 总围生儿病死率 15.3%, 早发型中 A、B、C 组之间(分别为 100.0%、38.1%、23.1%)及早发型组与晚发型组(4.1%)比较, 差异均有统计学意义(均  $P<0.05$ )。

## 3 讨论

由于早发型重度子痫前期发病早, 病变累及器官功能时间较长, 往往随着孕周的增加, 并发症也逐渐显现, 严重时可引起多器官功能衰竭, 危及母儿安全, 故权衡母儿危险与提前终止妊娠带来的围生儿结局是处理该病的关键。

3.1 早发型重度子痫前期治疗对母儿结局的影响: 子痫前期最终的治疗方法

是终止妊娠, 以解除胎盘(同种异体移植)对孕妇的影响。早发型重度子痫前期患者积极终止妊娠, 可以防止出现子痫、心力衰竭、HELLP 综合征等严重并发症。但由于孕周小, 胎儿发育不成熟, 新生儿容易发生呼吸窘迫综合征、病理性黄疸、坏死性小肠炎等并发症, 从而导致病死率上升<sup>[1]</sup>。近年来提出的期待治疗旨在延长胎儿出生胎龄, 减少因胎儿不成熟所致的围生儿死亡。Hall 等<sup>[2]</sup>进行的前瞻性研究结果显示, 早发型重度先兆子痫患者经保守治疗后平均延长孕周 10.0~15.4 d; 应豪和王德芬<sup>[3]</sup>研究认为期待治疗应有期限, 以 11 d 为宜。本组资料显示, 早发型组平均治疗时间为(6.4±4.6) d。

国内将孕 28 周界定为有生机儿, 孕龄小于 28 周的孕妇产后发病早, 胎儿孕周小, 宫外生存能力差, 如要改善新生儿结局, 期待治疗时间势必延长, 但治疗期间容易发生母儿严重并发症, 预后差。杨孜等<sup>[4]</sup>观察了孕 28 周前发病的重度先兆子痫患者, 虽经保守治疗, 胎儿及新生儿病死率仍达 88.0%。在本组资料中, A 组围生儿病死率 100.0%, 孕妇并发症发生率 62.5%, 无孕产妇死亡, 有 6 例因孕周小、病情重而选择保全孕妇、放弃

通信作者: 陈宇涵, Email: wuh@fjqi.gov.cn

作者简介: 周瑜(1972-), 女(汉族), 福建省人, 主治医师。

胎儿,故 A 组期待时间也较短。我们认为,如发病孕周 < 28 周,尤其是远离 28 周,在医疗条件有限情况下,应首先考虑孕妇的安全,权衡母儿的利弊及新生儿治疗条件,慎重选择是否继续妊娠。

早产儿高病死率已在围生儿死亡构成比中占第 1 位,死亡的早产儿绝大多数为 32 周,而存活的早产儿中约 50% 有近、远期合并症和后遗症,故期待治疗延长孕周对于 28~34 周的患者尤为重要。期待治疗应寻找母儿安全的平衡点,在保证母亲安全的前提下,尽量提高胎儿生存力。本组资料中期待治疗最长时间 22 d,平均治疗时间为 (6.4 ± 4.6) d; 早发型中 B 组与 C 组经过期待治疗后围生儿病死率已降至 38.1%、23.1%,明显低于 A 组,表明围生儿的预后与发病孕周密切相关。在期待治疗中应用解痉、降压药物,控制病情发展,并争取时间促胎肺成熟、给予胎儿营养支持,以减少胎儿不成熟导致的围生儿死亡,改善新生儿预后。对于入院孕 34 周的晚发型子痫患者,需要考虑的不是期待治疗,而是如何安全有效终止妊娠,减少母儿并发症,降低围生期病死率。

本组资料中各组孕妇并发症比较差异无统计学意义,与保守治疗时间及发病孕周无明显关系。孕妇主要并发症是肝肾功能损害、产后出血、胎盘早剥。于振英<sup>[5]</sup>观察发现,妊娠高血压综合征患者全身小动脉痉挛,血液黏稠度增加,使全身各器官组织缺血、缺氧,受到不同程度损害,一旦机体受到严重打击(如感染、手术等),各器官代偿能力下降,极易发生多器官功能障碍综合征(MODS)。薛春等<sup>[6]</sup>研究认为,孕产妇器官衰竭

目越多,孕产妇和围生儿病死率越高,孕产妇死亡与孕龄无关,而围生儿死亡与孕龄有关,孕龄越小围生儿病死率越高。在期待治疗的过程中,孕妇始终处于高风险状态,使得医师在选择期待治疗的时间上不得不倾向于保证孕妇安全。由于这类孕妇再次妊娠时子痫的复发性明显增高,程度加重,故在选择期待治疗时间上,我们认为应与患者及家属充分沟通,以减少医患纠纷。

**3.2 关于早发型重度子痫的降压问题:**子痫前期药物治疗可以暂时控制或缓解孕妇病情,适当延长胎龄。高血压和血压波动是子痫前期血压变化的临床表现,严重的高血压是引发心脑血管和肾等靶器官损害的重要危险因素。有研究表明,不论是尿蛋白的增长速度还是尿蛋白的含量都未影响孕妇和围生期的结局,而治疗效果不满意多表现为血压控制不佳,多器官功能的进一步损害<sup>[7-8]</sup>。2006 年英国皇家妇产科学院建议收缩压 ≥ 160 mm Hg,或舒张压 ≥ 110 mm Hg 时应用降压药。胡大一<sup>[9]</sup>认为可将妊娠高血压疾病列入高血压急症或高血压亚急症的范围;如果患者血压明显增高,同时伴随靶器官损害,必须住院和进行静脉药物治疗;仅有血压明显增高,但不伴随靶器官损害,应立即联合使用口服抗高血压药物治疗;对于子痫可以在 6~24 h 内将血压降至正常,过度或过快的降压可能增加患者的病死率。药物可选择拉贝洛尔、尼卡地平,其中有些制剂可能增加颅内压,如胍苯达嗪,但大多数患者反应良好。

分析上述资料我们发现,本组大多数患者来自基层医院,并且缺乏正规的

孕期保健,当患者就诊时通常已贻误治疗时机,故需要加强孕期保健,做好孕期知识宣传,早发现、早处理,从而减少早发型子痫前期对母儿的伤害。另外,早发型重度子痫前期治疗需多学科配合,尤其新生儿科救治水平是不容忽视的。

**参考文献**

- [1] 凌婉文,林建华. 早发型重度子痫前期治疗方案的选择. 上海交通大学学报(医学版),2008,28(3):336-338.
- [2] Hall DR, Odendaal HJ, Kirsten GF, et al. Expectant management of early onset severe preeclampsia; perinatal outcome. BJOG, 2000, 107(10): 1258-1264.
- [3] 应豪,王德芬. 孕 28 至 32 周重度妊高征的期待治疗. 现代妇产科进展,2004,13(6):449-452.
- [4] 杨孜,李蓉,石凌懿,等. 早发型重度先兆子痫的临床界定及保守治疗探讨. 中华妇产科杂志,2005,40(5):302-305.
- [5] 于振英. 妊娠合并多器官功能障碍综合征 14 例分析. 中国中西医结合急救杂志,2006,13(3):158.
- [6] 薛春,华绍芳,郭尚宏. 产科危重症多器官功能障碍综合征的急救与围产结局分析. 中国危重病急救医学,2007,19(10):629.
- [7] Schiff E, Friedman SA, Kao L, et al. The importance of urinary protein excretion during conservative management of severe preeclampsia. Am J Obstet Gynecol, 1996, 175(5): 1313-1316.
- [8] Newman MG, Robichaux AG, Stedman CM, et al. Perinatal outcomes in preeclampsia that is complicated by massive proteinuria. Am J Obstet Gynecol, 2003, 188(1):264-268.
- [9] 胡大一. 高血压急症——新认识与临床实践. 中国危重病急救医学,2003,15(9):516-518.

(收稿日期:2009-10-31)  
(本文编辑:李银平)

**欢迎订阅 2010 年《中国中西医结合急救杂志》**

《中国中西医结合急救杂志》系中国中西医结合学会主办的全国性科技期刊(为中国中西医结合学会系列杂志之一,由《中西医结合实用临床急救》杂志更名),是我国中西医结合急救医学界权威性学术期刊,已进入国内外多家权威性检索系统。本刊为双月刊,64 页,国际通用 16 开大版本,80 克双胶纸印刷。欢迎广大读者到当地邮局办理 2010 年的订阅手续,邮发代号:6-93,定价:每期 10 元,全年 60 元。

订阅本刊的读者如果遇有本刊装订错误,请将刊物寄回编辑部调换,我们将负责免费邮寄新刊。

《中国中西医结合急救杂志》已经进入美国《化学文摘》(CA)、俄罗斯《文摘杂志》(AJ)、WHO 西太平洋地区医学索引(WPRIM)、美国《乌利希期刊指南》(UPD)、中国期刊网、中国知网(CNKI)、万方数据网络系统(China Info)、万方医学网、em120.com 危重病急救在线以及国家中医药管理局中国传统医药信息网(<http://www.Medicine.China.com>)。投本刊论文作者需对本刊以上述方式使用论文无异议,并由全部作者亲笔在版权转让协议和校稿上签字同意。稿酬已在本刊付酬时一次付清,不同意者论文可不投本刊。

《中国中西医结合急救杂志》开设有述评、专题讨论、博士论坛、论著、研究报告、经验交流、病例报告、治则·方剂·针灸、基层园地、临床病理(病例)讨论、消息·读者·作者·编者等栏目,欢迎广大作者踊跃投稿。同时,本刊倡导学术争鸣,对所投稿件将予以重视,优先考虑。

2010 年以前的合订本和单行本请在杂志社发行部电话订购:022-23042150。

地址:天津市和平区睦南道 122 号;邮编:300050。

(本刊编辑部)