

## 早发型重度子痫前期期待治疗的临床观察

宛 扬<sup>1</sup> 张二红<sup>2</sup> 张宁芝<sup>1</sup>

[摘要]目的:探讨早发型重度子痫前期的临床治疗。方法:对 81 例早发型重度子痫前期的孕妇及其 85 例围生儿,根据发病的孕周分为 A 组 24~27<sup>+6</sup>周 9 例, B 组 28~31<sup>+6</sup>周 46 例, C 组 32~34 周 26 例。观察指标包括一般情况及产妇和围生儿的结局。结果:A、B、C 组分别延长孕周(10.0±3.1)、(13.7±5.2)、(12.6±3.5)天,差异无统计学意义( $P>0.05$ );3 组孕妇并发症发生的差异无统计学意义( $P>0.05$ );3 组分娩方式、新生儿窒息和围生儿病死率差异均有统计学意义( $P<0.05\sim P<0.01$ )。结论:早发型重度子痫前期病情严重,围生儿的预后不佳,应根据母胎情况,严格选择期待治疗,密切监测母胎病情变化,适时终止妊娠。

[关键词] 子痫;早发型重度子痫前期;期待治疗

[中国图书资料分类法分类号] R 715.245 [文献标识码] A

## Expectant treatment of early-onset severe preeclampsia

WAN Yang<sup>1</sup> ZHANG Er-hong<sup>2</sup> ZHANG Ning-zhi<sup>1</sup>

(1. Department of Gynecology and Obstetrics, Fuyang People's Hospital, Fuyang Anhui 236000; 2. Department of Infertility and Sexual Medicine, The Third Affiliated Hospital of Sun Yat-Sen University, Guangzhou Guangdong 510630, China)

[Abstract] **Objective:** To investigate the clinical therapy for early-onset severe preeclampsia. **Methods:** The clinical data of 81 patients with early-onset severe preeclampsia and their 85 neonates were analyzed retrospectively. The cases were divided into three groups according to the onset gestation age. Group A included 9 cases between 24-27<sup>+6</sup> weeks, group B 46 cases between 28-31<sup>+6</sup> weeks and group C 26 cases between 32-34 weeks. The general condition, complication and outcome of both mothers and infants were observed.

**Results:** The gestation age was prolonged about (10.0±3.1) days in group A, (13.7±5.2) days in group B and (12.6±3.5) days in group C, respectively. There were no significant differences in clinical symptoms or complications among the three groups ( $P>0.05$ ). The neonatal asphyxia rate and perinatal infant mortality in the three groups declined with the gestation age. And the differences were statistically significant ( $P<0.05\sim P<0.01$ ). **Conclusions:** During the expectant treatment, the condition of maternity and fetus should be closely monitored, and pregnancy termination should be decided timely.

[Key words] eclampsia; early-onset severe preeclampsia; expectant treatment

子痫前期是妊娠特发的疾病,严重威胁母婴健康,尤其是重症者,常伴发较高的孕产妇和围生儿病死率。由于迄今对重度子痫前期仍无有效且经济的预测和预防办法,如何处理早发型子痫前期成为临床医生经常面对的问题<sup>[1]</sup>。本研究对安徽省阜阳市人民医院妇产科住院的 81 例早发型重度子痫前期孕妇进行回顾性分析,以进一步探讨早发型重度子痫前期的临床治疗。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2003~2008 年住院分娩合并重度子痫前期的孕妇 352 例,重度子痫前期根据

《妇产科学》(第 6 版)的妊娠高血压疾病的分类<sup>[2]</sup>诊断。其中 34 周以前发病的早发型子痫前期 81 例。入院时无严重并发症。依据发病的孕周分为 3 组: A 组 24~27<sup>+6</sup>周 9 例,年龄(31.2±4.7)岁,其中初产妇 6 例,经产妇 3 例,无双胞胎; B 组, 28~31<sup>+6</sup>周 46 例,年龄(29.5±5.8)岁,其中初产妇 33 例,经产妇 23 例,双胞胎 3 例; C 组, 32~34 周 26 例,年龄(28.6±4.9)岁,其中初产妇 18 例,经产妇 8 例,双胞胎 1 例。

1.2 方法 (1)解痉,首选硫酸镁,15~25 g/d; (2)降压,硝苯地平口服降压,当舒张压>110 mmHg 或收缩压>160 mmHg 给予酚妥拉明 40 mg 和(或)硝酸甘油 10 mg 加于 5% 葡萄糖注射液 500 ml 静脉滴注,使血压缓慢下降并维持 140/90 mmHg 左右,忌血压下降过快而导致孕妇大脑缺血、胎盘血供不足等; (3)当合并严重的低蛋白血症时,补充白蛋白和维持血浆胶体渗透压可以稳定微循环,是保守治

[收稿日期] 2010-07-09

[作者单位] 1. 安徽省阜阳市人民医院 妇产科 236000; 2. 中山大学附属第三医院 不育与性医学科 广东 广州 510630

[作者简介] 宛 扬(1972-),女,主治医师。

疗的另一重要环节,尤其在伴有溶血、肝酶升高及血小板减少(hemolytic anemia, elevated liver function and low platelet count syndrome, HELLP)综合症的病例中,根据低蛋白血症和腹腔积液情况,给予白蛋白10~20 g/d; (4)如出现孕妇或胎儿并发症或者治疗效果不明显时,及时终止妊娠。终止妊娠前2天地塞米松促胎肺成熟,终止妊娠时请新生儿科协助。

### 1.3 监测指标

1.3.1 孕妇监测 (1)每天严密监测血压,每1~4 h 1次; (2)每尿蛋白定性检测,每周1~2次尿蛋白定量测定; (3)记录出入量; (4)每周1~2次肝肾功能、血常规、电解质、凝血功能; (5)每周1次眼底检查、体重、宫高、腹围、心电图等。

1.3.2 胎儿监测 (1)每天的胎动和胎心率; (2)每周甚至每天行无负荷试验; (3)每周或每隔1周行超声检查胎儿生长情况和多普勒脐带血流变化。

1.3.3 评价指标 孕产妇结局的评价包括:心力衰竭、肝肾功能受损、子痫、胎盘早剥、HELLP综合征、低蛋白血症、脑血管意外、产后出血等; 围生儿结局评价包括:新生儿窒息率和病死率等。

1.3.4 终止妊娠时机和方法 对母胎进行严密监测,经治疗后病情稳定者,为提高围生儿生存率,尽量延长至34周后终止妊娠。治疗中如出现不能控制的严重高血压,尤其是舒张压>110 mmHg,出现肺水肿、子痫反复发作、急性心力衰竭、肾衰竭、胎盘早剥、胎儿窘迫等,在促肺成熟48 h后终止妊娠。

1.4 统计学方法 采用 $\chi^2$ 检验和方差分析。

## 2 结果

2.1 孕产妇结局 3组早发型重度子痫前期并发症均无统计学意义( $P>0.05$ ) (见表1)。

表1 3组患者并发症比较(n)

分组	n	心功 能不全	肾功 能损害	肝功 能损害	子痫	胎盘 早剥	HELLP 综合征	低蛋 白血症	产后 出血
A	9	0	1	2	0	0	1	5	0
B	46	1	5	10	1	3	2	24	2
C	26	1	3	6	0	2	2	13	1
合计	81	2	9	18	1	5	5	42	3
$\chi^2$	—	0.5	0.01	0.02	0.77	0.75	0.75	0.09	0.40
P	—	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

2.2 围生儿结局 3组围生儿窒息发生和病死差异有统计学意义( $P<0.01$ ) (见表2)。

表2 3组围生儿结局情况比较(n)

分组	n	新生儿窒息	围生儿病死
A	9	8	6
B	49	29	24
C	27	6	2
合计	85	43	32
$\chi^2$	—	15.42	16.43
P	—	<0.01	<0.01

2.3 期待治疗时间和分娩方式 3组期待治疗时间差异无统计学意义( $P>0.05$ ),但各组分娩方式差异有统计学意义( $P<0.05$ ) (见表3)。

表3 3组患者期待治疗时间及分娩方式情况

分组	n	期待治疗 时间(天)	分娩方式	
			剖宫产	阴道分娩
A	9	10.0±3.1	9	0
B	46	13.7±5.2	34	12
C	26	11.6±5.0	15	11
合计	—	—	58	23
F	—	2.90	6.16*	
P	—	>0.05	<0.05	
MS <sub>组内</sub>	—	24.60	—	

\*示 $\chi^2$ 值

## 3 讨论

对于早发型重度子痫前期的定义,目前国内外学者尚存在争议。有学者将起病在32孕周前的重度子痫前期称为早发型重度子痫前期。鉴于重度子痫前期患者早产儿存活率在达到34孕周时明显提高,更多的学者<sup>[3]</sup>将34孕周作为早发与晚发子痫的界定线。本研究按照后一种分类将发病于34孕周前的患者纳入早发型。早发型重度子痫前期由于发病早、病程长、母体并发症多,同时围生儿病死率也较高,而受到临床关注<sup>[4]</sup>。期待治疗可以延长孕龄,提高围生儿存活率,但其带来的母体并发症也不容忽视。如何平衡两者利害关系,达到母儿最好的结局,是临床研究的热点问题。

在尽可能保护母体安全的前提下,积极治疗各种并发症,延长孕龄,提高新生儿生存率的期待治疗已成为对早发型重度子痫前期的治疗共识<sup>[5]</sup>。姚秀华等<sup>[6]</sup>报道重度子痫前期患者经保守治疗后平均延长孕周10~15.4天,妊娠和分娩结局可获得明显改善。李力<sup>[4]</sup>研究表明,早发型重度子痫前期孕妇,孕龄每增加1周,新生儿病死率可下降约10%;

延长至孕 34 周以上者能大大提高新生儿的生存率,且治疗期并不增加母体并发症的发生和产后恢复时间。本组资料显示,A、B、C 组分别延长孕期(10.0±3.1)、(13.7±5.2)、(12.6±3.5)天,差异无统计学意义。本研究 81 例孕妇期待治疗过程中,发生心功能不全 2 例,肾功能损害 9 例,肝功能损害 18 例,胎盘早剥 5 例,HELLP 综合征 5 例,产后出血 3 例,且 3 组并发症差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。期待治疗过程中若病情稳定,无母儿严重并发症发生,可维持至 34 孕周;如发现难以控制的高血压,严重并发症,胎盘功能下降或胎儿窘迫等则应及时终止妊娠。

终止妊娠的孕周是影响胎儿及新生儿病死率的主要因素。有高血压病者胎肺成熟时期比正常妊娠者提前 2 周,其峰值在 33 周。孕 32 周以下者可促胎肺成熟,积极期待治疗以延长孕龄,为选择终止妊娠的适当时机创造条件。若重度子痫前期发生在 32~33 周,在短期治疗的同时给予地塞米松促胎肺成熟,适时终止妊娠是可行的。

终止妊娠的方式应针对母儿情况及当地新生儿监护条件个体化选择,应综合考虑孕周、胎儿、孕妇以及医院的新生儿抢救水平,以期改善妊娠结局。根据国内目前新生儿救治条件,孕龄 < 31 周时,围生儿存活率低,尽可能阴道分娩以减少对孕妇不必要的伤害<sup>[7]</sup>;孕龄 ≥ 32 周时,以剖宫产为宜。随着手术和麻醉技术的提高,重度子痫前期患者剖宫产终止妊娠率逐渐增高,本组资料中剖宫产率为 71.6%,明显高于阴道分娩率。有学者<sup>[8-9]</sup>探讨了引产对早发型重度子痫前期的影响,发现经严格选

择的病例,引产和阴道分娩并不影响围生儿结局。因此,早发型重度子痫前期的分娩方式有待进一步的研究。

总之,对早发型重度子痫前期的处理需要灵活的个体化原则,综合制定治疗方案。医生应关心孕妇并进行充分的医患沟通,熟知期待治疗过程中可能发生的严重并发症的先兆临床症状和体征,密切进行临床和实验室的监测,适时终止妊娠,以更好地寻找母儿双方利益的平衡点。

#### [参 考 文 献]

- [1] 段涛,孔北华,杨孜,等. 妊娠期高血压疾病的热点问题讨论[J]. 现代妇产科进展 2004, 13(6): 401-405.
- [2] 乐杰. 妇产科学[M]. 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 99.
- [3] 杨孜. 早发型重度先兆子痫产科医师面临的挑战[J]. 中国妇产科临床杂志 2003, 4(2): 83-89.
- [4] 李力. 早发型重度子痫前期对母儿的影响及妊娠结局[J]. 中国实用妇科与产科杂志 2009, 25(4): 245-248.
- [5] 林其德. 重视早发型重度子痫前期的预测和诊治[J]. 中国实用妇科与产科杂志 2009, 25(4): 241-242.
- [6] 姚秀华,温岩,孙晓峰. 早发型重度子痫前期期待治疗的临床分析[J]. 中国妇幼保健 2010, 25(9): 1197-1199.
- [7] 刘小利,黄艳君,张慧君,等. 早发型重度子痫前期的临床特点和治疗探讨[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2006, 22(7): 519-521.
- [8] Stepan H, Geipel A, Schwarz F, et al. Circulatory solubleleodoglin and its predictive value for preeclampsia in second-trimester pregnancies with abnormal uterine [J]. Am J Obstet Gynecol, 2008, 198(2): 175-179.
- [9] Hall DR, Odendaa HJ, Steyn DW. Delivery or patients with early onest severe preeclampsia [J]. Int J Gynaecol Obstet, 2001, 74(2): 143-150.

(本文编辑 章新生)

(上接第 588 页)

#### [参 考 文 献]

- [1] 王忠诚. 王忠诚神经外科学[M]. 武汉: 湖北科学技术出版社, 2005: 674-691.
- [2] 张云鹤,只达石,刘清军,等. 电生理监测下切除大型听神经瘤临床研究[J]. 山东医药 2009, 49(24): 13-15.
- [3] 焦庆芳,刘展,游潮,等. 大型听神经瘤术中面神经保护[J]. 中华外科杂志 2006, 44(18): 1280-1281.
- [4] 闫长祥,于春江,乔慧,等. 大中型听神经瘤术中面神经保护及其功能评价[J]. 中华神经外科杂志 2005, 21(4): 220-223.
- [5] Neff BA, Ting J, Dickinson SL, et al. Facial nerve monitoring parameters as a predictor of postoperative facial nerve outcomes after vestibular schwannoma resection[J]. Otol Neurotol 2005, 26(4): 728-732.

- [6] Yamakami I, Uchino Y, Kobavashi E, et al. Removal of large acoustic neurinomas( vestibular schwannomas) by the retrosigmoid approach with no mortality and minimal morbidity [J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2004, 75(3): 453-458.
- [7] Samii M, Gerganov V, Samii A. Improved preservation of hearing and facial nerve function in vestibular schwannoma surgery via the retrosigmoid approach in a series of 200 patients [J]. J Neurosurg, 2006, 105(4): 527-535.
- [8] Wanibuchi M, Fukushima T, McElveen JT, et al. Hearing preservation in surgery for large vestibular schwannomas [J]. J Neurosurg 2009, 111(4): 845-854.

(本文编辑 章新生)