

[文章编号] 1000-2200(2011)06-0627-03

· 临床医学 ·

妊娠合并血小板减少 42 例临床分析

田 玲

[摘要]目的:探讨妊娠合并血小板减少的病因和围生期处理。方法:在治疗原发病的基础上,血小板计数 $> 50 \times 10^9/L$ 且无症状者,常规口服铁剂、肌酐、叶酸、维生素等;血小板 $< 50 \times 10^9/L$ 者,终止妊娠前后短期使用糖皮质激素、血小板及免疫球蛋白,同时考虑剖宫产。结果:42 例中单纯由妊娠引起血小板减少 24 例,子痫前期 11 例,特发性血小板减少性紫癜 4 例,合并肝脏疾病 2 例,再生障碍性贫血 1 例。42 例中剖宫产 19 例,阴道分娩 23 例;产后出血 3 例,新生儿血小板减少 1 例。结论:多种原因可以导致妊娠妇女血小板减少,在针对病因治疗基础上,血小板制剂、糖皮质激素及免疫球蛋白是治疗严重妊娠合并血小板减少的有效手段。

[关键词] 妊娠;血小板减少;围生期处理

[中国图书资料分类号] R 714.1

[文献标识码] A

Clinical analysis for 42 cases of pregnancy with thrombocytopenia

TIAN Ling

(Department of Obstetrics and Gynecology, Bengbu Third People's Hospital, Bengbu Anhui 233000, China)

[Abstract] Objective: To study the pathogenesis of thrombocytopenia and its optimal treatment in perinatal period. **Methods:** Based on the treatment of primary disease, platelet counts $> 50 \times 10^9/L$ and asymptomatic patients were given oral iron-supplementary, creatinine, folic acid and vitamins routinely. As for patients with platelet counts $< 50 \times 10^9/L$, they were treated with glucocorticoid, platelet and immunoglobulin in perinatal period, and the caesarean section was considered. **Results:** The main causes of thrombocytopenia included pregnancy itself in 24 cases, preeclampsia in 11 cases, idiopathic thrombocytopenic purpura in 4 cases, liver diseases in 2 cases and aplastic anemia in 1 case of all cases. For all cases, vaginal delivery and cesarean section were 23 and 19 cases, respectively. Postpartum hemorrhage happened in 3 cases and neonatal thrombocytopenia happened in 1 case. **Conclusions:** Many reasons may cause thrombocytopenia during pregnancy. Based on treatments for the cause, Application of platelet agent, corticosteroid and immune globulin is effective treatment for severe thrombocytopenia during pregnancy.

[Key words] pregnancy; thrombocytopenia; perinatal treatment

血小板减少是产科常见妊娠期合并症,可由内科并发症、妊娠合并症等多种原因引起,临床多表现为出血、贫血和感染,是引起产后出血的原因之一。现将我科收治的妊娠合并血小板减少 42 例的临床资料作一报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2008 ~ 2009 年,我院分娩总数

4 318 例中妊娠合并血小板减少 42 例,年龄 21 ~ 33 岁,初产妇 38 例,经产妇 4 例。发现血小板减少的孕周为 8 ~ 38 周,分娩孕周 32 ~ 41 周。42 例中剖宫产 19 例,阴道分娩 23 例;产后出血 3 例,新生儿血小板减少 1 例。其中,单纯妊娠期血小板减少症(PAT) 24 例,子痫前期 11 例,特发性血小板减少性紫癜(ITP) 4 例,合并肝脏疾病 2 例,再生障碍性贫血 1 例。4 例孕妇有出血倾向,血小板均 $< 50 \times 10^9/L$,主要表现为皮肤瘀斑、齿龈出血和鼻出血。12 例孕妇有不同程度的贫血,血红蛋白 47 ~ 103 g/L。

[收稿日期] 2011-03-06

[作者单位] 安徽省蚌埠市第三人民医院 妇产科 233000

[作者简介] 田玲(1968-)女,副主任医师。

[3] 施纯礼,吴可贵. 不同类型心房颤动患者血清 hs-CRP、IL-6 水平及临床意义[J]. 实用心脑血管病杂志,2009,17(12): 1042-1043.

[4] 范春琴,惠杰. 左房内径和高敏 C 反应蛋白与心房颤动的相关性研究[J]. 西南国防医药,2010,20(1): 21-23.

[5] 徐志伟,胡建新. 超敏 C 反应蛋白、白介素-6 与家兔急性心房颤动的关系及药物干预[J]. 实用医学杂志,2010,26(8): 1326-1328.

[6] Verma S, Wang CH, Li SH, et al. A self-fulfilling prophecy: C-reactive protein attenuates nitric oxide production and inhibits angiogenesis[J]. Circulation, 2002, 106(8): 913-919.

[7] Dernellis J, Panaretou M. Effects of C-reactive protein and the third and fourth components of complement (C3 and C4) on incidence of atrial fibrillation[J]. Am J Cardiol, 2006, 97(2): 245-248.

(本文编辑 章新生)

1.2 诊断标准 孕期2次血小板计数 $<100 \times 10^9/L$ 为血小板减少。PAT诊断根据英国2003年2月公布的《血小板减少诊疗指南》^[1]; ITP诊断是孕前血液科明确诊断,或孕期首次发现血小板减少,随孕周进行性降低,骨髓穿刺巨核细胞正常或者增多、伴成熟障碍,除外其他血液系统疾病及其他血小板减少症,抗血小板抗体阳性。子痫前期、HELLP综合征、妊娠期急性脂肪肝 AFLP的诊断参照乐杰^[2]主编的《妇产科学》。

1.3 治疗方法 按孕妇入院时血小板计数分为2组。A组血小板计数 $<50 \times 10^9/L$, 11例; B组血小板计数 $(50 \sim 100) \times 10^9/L$, 31例。B组无症状者,常规口服铁剂、肌酐、叶酸、维生素等;妊娠早期、中期血小板计数 $(20 \sim 50) \times 10^9/L$ 者在病因治疗基础上应用泼尼松 $40 \sim 100 \text{ mg/d}$,待病情缓解后逐渐减量至 $10 \sim 20 \text{ mg/d}$ 维持,或地塞米松 $10 \sim 20 \text{ mg/d}$ 静脉滴注,效果不理想者,应用免疫球蛋白治疗;重度血小板减少又有出血倾向者,术前、分娩前静脉滴注血小板,使血小板计数在 $50 \times 10^9/L$ 以上。

2 结果

42例中剖宫产19例,其中有产科手术指征8例,社会因素2例,阴道分娩23例。产后出血3例,出血量 $650 \sim 1\,200 \text{ ml}$ 。剖宫产切口右侧皮下稍淤血1例,质软,痊愈出院。新生儿血小板减少1例。无产妇及新生儿颅内出血等并发症。

3 讨论

3.1 妊娠合并血小板减少的病因 (1) PAT:是引起妊娠合并血小板减少的首要原因。PAT具有以下特点:孕前无血小板减少病史,妊娠期血小板轻度减少($\geq 80 \times 10^9/L$),抗血小板相关抗体PAIg阴性,肝肾功能及凝血功能正常,多发生在妊娠中晚期,产后恢复快,通常不需处理。目前认为PAT可能与孕期血液稀释、胎盘循环中血小板的收集和利用增多有关^[3-5]。血小板数值相对减少,而不是血小板寿命下降所致,为生理性改变^[6]。本组42例中PAT 24例,血小板计数在产后42天均恢复正常。(2) 子痫前期:是导致妊娠合并血小板减少的第二位原因,其血小板减少的机制为血管痉挛收缩后引起血管内皮损伤,血小板活力被激活聚集成团,微循环血栓形成,引起组织缺氧、缺血,使皮细胞受损加剧,血小板不断聚集、破坏,形成疾病的恶性循环,临床常用硫酸镁治疗妊娠期高血压疾病,其机制之一就是抗血

小板聚集。妊娠终止后,血小板计数逐渐恢复正常。本组子痫前期11例,产后42天恢复正常10例,1例血小板计数 $80 \times 10^9/L$ 。(3) ITP:是由于自身免疫系统功能异常导致自身血小板大量破坏,其机制是巨噬细胞的Fc受体与附着于血小板膜上的血小板抗体的Fc片段结合,继而血小板被吞噬。妊娠合并ITP患者妊娠前多有ITP病史,一般血小板 $<50 \times 10^9/L$,多发于妊娠早期,且血小板严重减少,出血危险性高。有研究^[7]发现,ITP产妇的产后出血率较正常产妇高5倍。本组有1例发生产后出血,且合并新生儿血小板减少。

3.2 妊娠合并血小板减少的围生期处理 在原发病基础上发生血小板减少应积极治疗原发病,并进行严格的产前监护,至少每2周查1次血常规,动态观察血小板变化,当血小板 $>50 \times 10^9/L$,一般不需特殊治疗。当血小板 $<20 \times 10^9/L$ 或妊娠中晚期血小板 $<50 \times 10^9/L$,有出血倾向,尤其在需要终止妊娠前应积极治疗。

3.2.1 糖皮质激素 是治疗ITP、系统性红斑狼疮及部分再生障碍性贫血的首选药物,由于对胎儿有致畸形,一般只在症状严重需终止妊娠或分娩前后短期使用,如泼尼松 30 mg/d 或醋酸泼尼松 $40 \sim 60 \text{ mg/d}$,连用5天后逐渐减量,尽量减少糖皮质激素可能产生的不良影响。本组中11例血小板 $<50 \times 10^9/L$ 的患者给予糖皮质激素应用,其中9例血小板上升到 $50 \times 10^9/L$ 以上,2例血小板无明显上升仍 $<50 \times 10^9/L$,给予免疫球蛋白及血小板制剂应用后剖宫产终止妊娠。

3.2.2 免疫球蛋白 可抑制自身抗体产生并竞争性结合单核巨噬细胞表面的Fc受体,减少血小板破坏^[8]。可用于重度血小板减少有出血倾向和激素治疗无效者,紧急情况下二者也可以同时应用。本组11例血小板 $<50 \times 10^9/L$ 的患者常规给予糖皮质激素,其中9例血小板上升到 $50 \times 10^9/L$ 以上,2例血小板无明显上升仍 $<50 \times 10^9/L$,给予免疫球蛋白 20 g/d 静脉滴注,5天后1例血小板上升至 $53 \times 10^9/L$,另1例无效。

3.2.3 支持疗法 由于血小板抗体的产生与输注次数呈正比关系,孕期应尽量减少输注。因此只在血小板计数 $<10 \times 10^9/L$,有出血倾向者,或分娩前血小板计数 $<50 \times 10^9/L$,预防产时、产后出血时应用。由于血小板的迅速破坏,尤其是ITP,患者体内血小板存活时间只有 $40 \sim 230 \text{ min}$ (正常 $8 \sim 12$ 天) 我们根据患者血小板计数和有无出血倾向,在

分娩时或剖宫产前 1 h 内一次性输注 $10 \sim 20 \mu$ 血小板,以发挥其最好的止血作用。上述病例中,其中 1 例给予糖皮质激素和免疫球蛋白应用后,血小板为 $13 \times 10^9/L$,剖宫产前输注血小板 10μ 后剖宫产,术中出血 700 ml,术后宫缩佳,恶露不多,腹部切口 II/甲,痊愈出院。

3.3 妊娠合并血小板减少的分娩方式 目前尚有争议。主张剖宫产者认为经阴道分娩可引起新生儿颅内出血,母体加用腹压时可能导致中枢及外周静脉压升高,有诱发脑出血及消化道出血的危险^[9]。但也有学者^[10]认为,妊娠合并血小板减少的新生儿颅内出血发生率为 0.2%,新生儿颅内出血与分娩方式无关。目前比较一致的意见:(1)足月妊娠,血小板 $> 50 \times 10^9/L$ 时,无产科情况,可考虑阴道试产。(2)足月及存活可能性较大的早产儿,血小板 $< 50 \times 10^9/L$ 时,可考虑剖宫产^[11]。本组病例中,剖宫产 19 例,其中有产科指征 8 例,社会因素 2 例,其余 9 例均为血小板 $< 50 \times 10^9/L$ 的患者,其中 1 例产后出血 700 ml,其余 8 例术中切口渗血稍多,术后恢复正常,痊愈出院。当血小板 $> 50 \times 10^9/L$ 、子宫颈条件好,尽量阴道分娩,缩短产程避免阴道手术助产。无论采取何种方式分娩均应做好输注新鲜血及血小板准备,阴道分娩前或术前应用大剂量皮质激素如氢化可的松 500 mg 或地塞米松 $20 \sim 40$ mg 静脉注射。止血彻底、认真缝合切口、产后给足量缩宫

素预防产后出血。

[参 考 文 献]

- [1] British committee for standards in Haematology General Haematology Task Force. Guidelines for the investigation and management of idiopathic thrombocytopenic purpura in adults, children and in pregnancy [J]. Br J Haematol 2003, 120(4): 574-596.
- [2] 乐杰. 妇产科学 [M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008.
- [3] Burrows RF. Platelet disorders in pregnancy [J]. Curr Opin Obstet Gynecol 2001, 13(2): 115-119.
- [4] Parnas M, Sheiner E, Shoham-Vardi I, et al. Moderate to severe thrombocytopenia during pregnancy [J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2006, 128(1/2): 163-168.
- [5] Grzyb A, Rytlewski K, Domanska A, et al. Pregnancy complicated with thrombocytopenia [J]. Ginekol Pol 2006, 77(9): 712-719.
- [6] 李湘霞, 刘丽丽. 妊娠合并血小板减少症 23 例临床分析 [J]. 中国妇幼保健 2007, 22(4): 456.
- [7] 姚天一, 高企贤. 妊娠期特发性疾病 [M]. 天津: 天津科学技术出版社, 2003: 223-254.
- [8] 田兆青. 临床输血学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 176-184.
- [9] Lee LH. Idiopathic thrombocytopenia in pregnancy [J]. Ann Acad Med Singapore 2002, 31(3): 335-339.
- [10] Faridi A, Rath W. Differential diagnosis of thrombocytopenia in pregnancy [J]. Zentralbl Gynakol 2001, 123(2): 80-90.
- [11] 施健飞, 汤春晖. 妊娠合并血小板减少 108 例临床分析 [J]. 中国实用妇科与产科杂志 2006, 22(12): 930-932.

(本文编辑 马启)

[文章编号] 1000-2200(2011)06-0629-03

· 临床医学 ·

池州市 2005 ~ 2010 年艾滋病患者流行病学及临床特征分析

朱 艳

[摘要]目的:了解池州市艾滋病流行病学及临床特征。方法:对 43 例确诊为艾滋病患者的临床资料进行分析,观察人群感染人免疫缺陷病毒的传播途径、流行病学特点、临床表现及机会性感染情况、实验室检查等。结果:43 例艾滋病患者中男 35 例,女 8 例,男女之比约为 4.3:1;年龄 3~63 岁,其中 20~49 岁 35 例, >50 岁 7 例;经性接触传播 33 例,静脉吸毒感染 4 例,母婴传播 1 例,传播途径不明确 5 例,无经输血传播。临床表现非特异临床症状和体征:反复发热 21 例,消瘦 18 例,反复咳嗽 15 例,纳差、乏力及长期反复腹痛、腹泻 13 例,各种皮肤病变 12 例,浅表淋巴结明显肿大 8 例,有反复口腔溃疡 4 例,紫癜 2 例。各种机会性感染中以肺部感染最为常见。结论:池州地区艾滋病以性传播为主,临床表现复杂。

[关键词] 获得性免疫缺陷综合征; 流行病学; 临床特征

[中国图书资料分类法分类号] R 512.91 [文献标识码] A

艾滋病(AIDS)是由人免疫缺陷病毒(HIV)感

染引起的一种致命性慢性传染病^[1]。我国自 1985 年发现第 1 例 AIDS 病例以来,感染者及患者呈逐年增长趋势,2009 年中国 AIDS 防治联合评估报告指出,至 2009 年 10 月底,我国累计报告 AIDS 病毒感染者和 AIDS 43.37 万例,其中 AIDS 患者 10.77

[收稿日期] 2010-09-13

[作者单位] 安徽省池州市人民医院 感染科 247200

[作者简介] 朱 艳(1966-),女,副主任医师。