

早发型重度子痫前期妊娠结局探讨

汪俊丽

[摘要] **目的:**探讨早发型重度子痫前期的母婴结局,为临床处理提供参考。**方法:**回顾性分析重度子痫前期病例 107 例,按发病孕周分成早发型重度子痫前期($\leq 33^{+6}$ 周)(A 组)35 例和晚发型重度子痫前期(≥ 34 周)(B 组)72 例,观察 2 组一般情况、孕产妇的并发症及分娩方式和围生儿结局。**结果:**A 组孕产妇有子痫前期病史、合并甲状腺疾病及糖异常发生率均明显高于 B 组($P < 0.01$);A 组孕产妇肾功能异常 45.7% 和肝功能异常 42.9%,均明显高于 B 组的 9.7% 和 5.6% ($P < 0.01$)。B 组 HELLP 综合征、子痫、胎盘早剥、心力衰竭和贫血发生率差异均无统计学意义($P > 0.05$);B 组围生儿胎儿生长受限发生率及围生儿死亡率均低于 A 组($P < 0.01$ 和 $P < 0.05$)。**结论:**早发型重度子痫前期有较高的母婴并发症发生率,在终止妊娠前可有短期的期待治疗;给予积极的治疗可明显改善母儿的结局,但在期待治疗过程中,应严密监护母婴情况,适时终止妊娠。

[关键词] 妊娠并发症;子痫前期;并发症;新生儿窒息

[中图分类号] R 714.25

[文献标志码] A

DOI:10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2016.09.031

Pregnancy outcome of the early-onset severe preeclampsia

WANG Jun-li

(Department of Obstetrics and Gynecology, Anhui Maanshan Municipal Hospital Group, Maternal and Child Healthcare Hospital of Maanshan, Maanshan Anhui 243000, China)

[Abstract] **Objective:** To explore the maternal and neonatal outcomes in the early-onset severe preeclampsia for providing the reference in clinic. **Methods:** The clinical data of 107 patients with severe preeclampsia were retrospectively analyzed, and the patients were divided into the early-onset severe preeclampsia (35 cases, group A with pregnancy $\leq 33^{+6}$ weeks,) and late-onset severe preeclampsia (72 cases, group B with pregnancy ≥ 34 weeks) according to the onset gestational week. The general condition, complication, delivery mode and perineonate outcome were observed in two groups. **Results:** The incidence rates of preeclampsia, preeclampsia complicated with thyroid disease or abnormal glucose metabolism in group A were significantly higher than those in group B ($P < 0.01$). The incidence rates of abnormal renal function and liver function in group A (45.7% and 42.9%) were obviously higher than those in group B (9.7% and 5.6%), respectively ($P < 0.01$). There were not statistical difference in the incidence rates of HELLP syndrome, eclampsia, abruptio placentae, cardiac failure and anemia in group B ($P > 0.05$). The incidence rates of fetal growth restriction and mortality of perineonates in group B were less than that in group A ($P < 0.01$ and $P < 0.05$). **Conclusions:** There is high frequency of maternal and neonatal complications in patients with the early-onset severe preeclampsia, and the short-term expectant treatment can be implemented before the termination of pregnancy. The active treatment can significantly improve the maternal and neonatal outcomes, but the maternal and neonatal condition should be closely monitored, and the pregnancy should be timely terminated during the expectant treatment.

[Key words] pregnancy complication; preeclampsia; complication; neonatal asphyxia

子痫前期是妊娠特发性的疾病,发病率 3% ~ 5%^[1],其中早发型重度子痫前期(early-onset severe preeclampsia, EPSP)约占子痫前期的 5%。EPSP 是一种严重威胁母婴健康的妊娠期特有疾病,病因目前尚不明确,与晚发型重度子痫前期相比有其特殊性,其临床处理相当棘手,已成为产科领域的研究热点,逐渐引起围生医学界的高度重视。本研究回顾性分析 107 例重度子痫前期患者的临床资料,其中

35 例 EPSP,分析进行期待治疗的孕产妇及围生儿的结局,为临床处理提供帮助。现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 1 月至 2015 年 5 月我院产科收治重度子痫前期患者 107 例,按发病孕周分成 EPSP ($\leq 33^{+6}$ 周)(A 组)35 例和晚发型重度子痫前期(≥ 34 周)(B 组)72 例,均为发病孕周 28 ~ 41⁺¹周的孕妇,年龄 19 ~ 43 岁,其中初产妇 87 例,经产妇 14 例,双胎 10 例。

1.2 诊断标准 107 例孕妇均在妊娠 28 ~ 41⁺¹周时诊断为重度子痫前期,其中 28 ~ 33⁺⁶周 35 例,34 ~ 41⁺¹周 72 例。胎儿生长受限(FGR)的诊断最

[收稿日期] 2015-05-09

[作者单位] 安徽省马鞍山市市立医疗集团,马鞍山市妇幼保健院 妇产科,243000

[作者简介] 汪俊丽(1973 -),女,副主任医师。

终由小于胎龄儿表示,即出生体质量低于同胎龄总体人群出生体质量的第 10 百分位者。诊断标准参照谢幸、苟文丽主编高等医学院校教材《妇产科学》第 8 版。

1.3 治疗方法 将入院 24 h 后仍未终止妊娠定义为期待治疗。期待治疗包括孕妇及胎儿情况严密监测。采用 20% 硫酸镁 + 5% 葡萄糖溶液静脉滴注进行解痉,滴速为 2 g/h;给予地西洋进行镇静;对收缩压 ≥ 160 mmHg 和/或舒张压 ≥ 110 mmHg 的患者给予硝苯地平 10 mg 缓释片口服降压。若血压控制不满意,可酌情给予硝酸甘油 20 mg + 0.9% 氯化钠注射液 36 mL 静脉泵入等降压治疗。B 组治疗参照谢幸、苟文丽主编高等医学院校教材《妇产科学》第 8 版。

1.4 终止妊娠指征 A 组母体方面:母体出现子痫、进行性血小板减少、严重的肝肾功损害、心衰、肺水肿和胎盘早剥等严重危及母儿安全,以及出现

难以控制的高血压,为保证母亲生命安全及时终止妊娠。胎儿方面:胎心监护出现反复的晚期减速和重度变异减速、胎儿窘迫;B 超监测胎儿宫内停止生长;胎儿脐血出现舒张末期血流缺失或反流,羊水过少(羊水指数 ≤ 5 cm)。终止妊娠方式采用剖宫产^[2]。B 组终止妊娠指征参照谢幸、苟文丽主编高等医学院校教材《妇产科学》第 8 版。

1.5 统计学方法 采用 *t* 检验 χ^2 检验和四格表确切概率法。

2 结果

2.1 2 组孕妇一般情况比较 A 组孕妇产前病史、合并甲状腺疾病及血糖异常率均明显高于 B 组($P < 0.01$)。2 组孕妇年龄、是否初产妇、按期产检和剖宫产史差异均无统计学意义($P > 0.05$)(见表 1)。

表 1 2 组孕妇一般情况比较[n;百分率(%)]

分组	n	年龄/岁	初产妇	按期产检	子痫前期的病史	合并血糖异常	剖宫产史	甲状腺病史	多胎
A 组	35	28.23 \pm 4.21	29(82.9)	29(82.9)	8(22.9)	7(20.0)	2(5.7)	9(25.7)	6(17.1)
B 组	72	27.42 \pm 4.56	58(80.6)	62(86.1)	3(4.2)	2(2.8)	3(4.2)	1(2.7)	4(5.6)
合计	107	—	87(81.7)	91(84.5)	11(13.5)	9(11.4)	5(4.95)	10(14.2)	10(11.4)
χ^2	—	0.88*	0.08	0.20	7.01	6.97	0.02	13.70	2.49
P	—	>0.05	>0.05	>0.05	<0.01	<0.01	>0.05	<0.01	>0.05

* 示 *t* 值

2.2 2 组孕产妇并发症比较 35 例 EPSP 患者进行期待治疗,孕周延长 0.1 ~ 5.2 周;A 组孕产妇肾功能异常 45.7% 和肝功能异常 42.9%,均明显高于 B

组的 9.7% 和 5.6% ($P < 0.01$);2 组孕产妇 HELLP 综合征、子痫、胎盘早剥、心力衰竭(心衰)和贫血并发症发生率差异均无统计学意义($P > 0.05$)(见表 2)。

表 2 2 组孕产妇并发症发生率比较[n;百分率(%)]

分组	n	HELLP 综合征	子痫	胎盘早剥	心衰	贫血	肾功能异常	肝功能异常
A 组	35	2(5.71)	0(0.0)	3(8.6)	2(5.7)	6(17.1)	16(45.7)	15(42.9)
B 组	72	3(4.20)	1(1.40)	5(6.9)	5(6.9)	16(22.2)	7(9.7)	4(5.6)
合计	107	5(4.7)	1(0.9)	8(7.5)	7(6.5)	22(20.6)	23(21.5)	19(17.8)
χ^2	—	0.02	—	0.01	0.03	0.37	18.08	22.44
P	—	>0.05	1.000*	>0.05	>0.05	>0.05	<0.01	<0.01

* 示四格表确切概率

2.3 2 组终止妊娠方式及围生儿情况比较 2 组分娩孕周、新生儿出生体质量、围生儿死亡率和 FGR 发生率差异均有统计学意义($P < 0.05 \sim P < 0.01$);2 组孕妇产率差异无统计学意义($P > 0.05$)(见表 3)。

表 3 2 组孕妇终止妊娠及围生儿情况比较[n;百分率(%)]

分组	n	分娩孕周/周	新生儿出生体质量/g	剖宫产	围生儿死亡	FGR 发生
A 组	35	32.3 \pm 1.6	1 739 \pm 305.14	35(100.0)	5(14.3)	12(34.2)
B 组	72	36.5 \pm 1.6	2 523 \pm 362.53	67(93.1)	1(1.4)	5(6.9)
合计	107	—	—	102(95.3)	6(5.6)	17(15.9)
<i>t</i>	—	12.74	11.03	1.23*	5.16*	13.17*
P	—	<0.01	<0.01	>0.05	<0.05	<0.01

* 示 χ^2 值

3 讨论

3.1 EPSP 的特点 子痫前期可导致胎儿生长受限

和早产,或发展为子痫,是产科的危急重症,严重威胁母儿的生命安全^[3]。EPSP发生于较小孕周的子痫前期,各种临床表现也不尽相同,是目前临床研究的热点问题^[4]。根据文献并结合我国国内的新生儿救治水平,大多学者从围生儿预后考虑将其定义为孕34周前发病^[2,5]。其临床特点:临床以发病早、进展迅速、靶器官损害早且症状重为特点,在妊娠早中期就开始出现高血压、蛋白尿、下肢高度水肿,随着妊娠进展常表现为严重的高血压,且血压升高的幅度高及速度快,大量尿蛋白[24 h尿蛋白>5 g或尿蛋白(3+)];出现早且进展快,同时常伴有头晕、头痛以及视物模糊等症状,出现胎盘早剥、HELLP综合征、子痫、心衰、肺水肿、脑水肿、弥散性血管内凝血、胎死宫内等严重并发症。其围生儿结局与发病孕周有关,又与终止妊娠孕周有关,发病越早,预后越差^[4-5]。

3.2 EPSP 期待治疗 EPSP 的处理是产科医生面临的难题,目前对其处理持两种观点即“积极处理”和“期待处理”。对 EPSP 期待治疗,延期分娩反映了近年来的研究进展^[6]。EPSP 期待治疗要兼顾母亲与胎儿两方面,期待治疗的目标是既改善了围生儿预后又没有增加孕产妇各种并发症的发生率^[7-8]。在本研究中,经过期待治疗的 35 例患者,出现了一定的并发症,肾功能异常、肝功能异常等发病率增高,但 HELLP 综合征、子痫、胎盘早剥、心衰和贫血并发症与晚发型差异均无统计学意义($P > 0.05$),证明早发型重度子痫前期患者经过积极治疗并不增加孕产妇并发症的发生。2 组分娩孕周、新生儿出生体质量、围生儿死亡率和 FGR 发生率差异均有统计学意义($P < 0.05 \sim P < 0.01$)。分析原因有以下几点:A 组 35 例患者发病早,病情严重,反映发病孕周与分娩结局的关系密切^[2];患者及家属对各种原因抢救围生儿积极性不高,尤其对于孕周小,担心围生儿出生后会留有后遗症,造成家庭经济 and 思想负担,放弃救治,造成围生儿死亡率增高。

3.3 终止妊娠指征及方式 终止妊娠是重度子痫前期孕妇唯一的治疗方法^[2]。EPSP 有较高的母婴并发症,终止妊娠时应综合考虑孕周、胎儿的宫内发育情况、孕妇有无并发症情况、治疗效果及医院新生儿救助水平等^[8]。EPSP 患者大多数宫颈条件不成熟,剖宫产可以在短时间内使母儿迅速脱离不良环

境,故剖宫产仍已成为重度子痫前期终止妊娠主要手段^[9]。本研究 A 组患者发病早,病情严重,经积极治疗后剖宫产术终止妊娠。避免了继续期待治疗中胎儿发生宫内缺氧、死胎及母体胎盘早剥、HELLP 综合征、子痫、心衰、肺水肿、脑水肿、重度子痫持续状态等风险。

3.4 EPSP 的发病机制 EPSP 可能与晚发型重度子痫前期存在不同的病因或发病机制。早发型被认为是一种胎儿性疾病,伴有较高的胎盘功能不良和胎儿生长发育受限发生率,母儿预后差;晚发型被认为是一种母源性疾病,可能为潜在的母体疾病所致,胎盘功能及形态多数正常,并不明显影响胎儿的生长,故母儿预后较好^[10]。本研究中,A 组患者 FGR 发生率及围生儿死亡率均明显高于 B 组,提示 EPSP 比晚发型重度子痫前期的胎盘损害有显著提高,胎盘损害与胎儿及新生儿死亡率相关,也显示伴有较高的胎儿生长受限发生率。

[参 考 文 献]

- [1] CHAIWORAPONGSA T, CHAEMSAITHONG P, YEO L, *et al.* Pre-eclampsia part I: current understanding of its pathophysiology [J]. *Nat Rev Nephrol*, 2014, 10(8): 466.
- [2] 伍绍文, 吴连方, 王琪, 等. 早发型重度子痫前期孕期待治疗中不良妊娠结局的危险因素分析 [J]. *中华妇产科杂志*, 2010, 45(3): 165.
- [3] 谢青贞, 漆倩荣, 徐望明. 子痫前期的病理生理研究进展 [J]. *中华妇产科杂志*, 2015, 50(12): 949.
- [4] 杨孜, 李蓉, 石凌懿, 等. 早发型重度子痫前期的临床界定及保守治疗探讨 [J]. *中华妇产科杂志*, 2005, 40(5): 302.
- [5] 卢丽敏, 赫英东, 陈倩, 等. 早发型重度子痫前期患者分娩孕周对母儿结局的影响 [J]. *中华妇产科杂志*, 2010, 45(11): 829.
- [6] 陶华, 丁素娟. 早发型重度子痫前期患者终止妊娠孕周与妊娠结局的关系 [J]. *中国妇幼保健*, 2011, 26(22): 390.
- [7] ALANIS MC, ROBINSON CJ, HULSEY TC, *et al.* Early-onset severe preeclampsia induction of labor VS elective cesarean delivery [J]. *Am J Obstet Gynecol*, 2008, 199(3): 266.
- [8] 申震, 陈玲, 赵卫东, 等. 早发型重度子痫前期终止妊娠时机与围生结局分析 [J]. *安徽医学*, 2009, 30(7): 753.
- [9] 李春芳, 苟文丽, 李雪兰, 等. 早发型和晚发型重度子痫前期分娩方式及母婴结局分析 [J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2012, 28(4): 284.
- [10] 段涛. 子痫前期 - 子痫相关问题近十年的回顾与展望 [J]. *中华妇产科杂志*, 2013, 48(4): 268.

(本文编辑 刘梦楠)