

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2022.10.034

早发型重度子痫前期合并多器官功能障碍综合征患者临床治疗情况分析

李雪艳¹, 范芬芬^{2△}

1. 陕西省铜川市人民医院妇产科, 陕西铜川 727100; 2. 西安大兴医院妇产科, 陕西西安 710016

摘要:目的 分析早发型重度子痫前期合并多器官功能障碍综合征(MODS)患者临床治疗情况。方法 回顾性分析 2018 年 2 月至 2021 年 2 月铜川市人民医院及西安大兴医院收治的 116 例早发型重度子痫前期合并 MODS 患者的临床资料,依据孕周分为 22~<29 周组($n=20$)、29~<31 周组($n=30$)、31~<33 周组($n=16$)、33~34 周组($n=50$)4 组,分析 4 组患者的发病孕周、终止妊娠孕周、期待治疗时间、病情严重程度、衰竭器官数目、MODS 诱发因素、终止妊娠方式、新生儿出生情况。结果 22~<29 周组、29~<31 周组、31~<33 周组、33~34 周组患者的发病孕周、终止妊娠孕周均逐渐延长($P<0.05$),急性生理与慢性健康状况评分系统(APACHE II)评分逐渐降低($P<0.05$);29~<31 周组、31~<33 周组、33~34 周组患者期待治疗时间逐渐缩短($P<0.05$),均长于 22~<29 周组($P<0.05$)。22~<29 周组、29~<31 周组、31~<33 周组、33~34 周组患者的剖宫产率逐渐升高($P<0.05$),新生儿出生体质量、新生儿 1 min 和 5 min Apgar 评分均逐渐升高($P<0.05$),新生儿病死率逐渐降低($P<0.05$)。结论 剖宫产可降低早发型重度子痫前期合并 MODS 患者并发症发生率及新生儿病死率,临床可根据孕产妇具体情况综合考虑剖宫产时机。

关键词:早发型重度子痫前期; 多器官功能障碍综合征; 妊娠结局; 新生儿
中图分类号:R459.7;R714.2 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2022)10-1420-03

早发型重度子痫前期是产科危重症,患者极易合并多器官功能障碍综合征(MODS)^[1],病情凶险,母婴预后较差,对母婴生命健康造成严重威胁^[2]。本研究分析铜川市人民医院及西安大兴医院收治的早发型重度子痫前期合并 MODS 患者的临床治疗情况。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 2 月至 2021 年 2 月铜川市人民医院妇产科及西安大兴医院妇产科收治的早发型重度子痫前期合并 MODS 患者 116 例,依据孕周分为 22~<29 周组($n=20$)、29~<31 周组($n=30$)、31~<33 周组($n=16$)、33~34 周组($n=50$)共 4 组。22~<29 周组年龄 19~42 岁,平均(30.25 ± 5.46)岁;初产妇 11 例,经产妇 9 例。29~<31 周组年龄 20~43 岁,平均(31.14 ± 5.65)岁;初产妇 16 例,经产妇 14 例。31~<33 周组年龄 19~41 岁,平均(30.03 ± 5.12)岁;初产妇 8 例,经产妇 8 例。33~34 周组患者年龄 21~43 岁,平均(32.00 ± 5.32)岁;初产妇 26 例,经产妇 24 例。4 组患者一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。本研究通过铜川市人民医院及西安大兴医院医学伦理委员会批准,患者对本研究均知情同意并签署知情同意书。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:(1)单胎妊娠;(2)符合早发型重度子痫前期的诊断标准^[3];(3)符合 MODS 的诊断标准^[4]。排除标准:(1)合并再生障碍性贫血;(2)合并慢性肾病;(3)合并高血压。

1.3 方法

1.3.1 治疗方法 患者入院后完善血常规、心电图、超声等相关检查,监测胎动、胎心等。缓慢给予患者静脉推注 5 g 负荷剂量 25%硫酸镁+20 mL 5%葡萄糖注射液,5~10 min 完成推注。然后以 1~2 g/h 的滴速给予患者静脉滴注 15 g 25%硫酸镁+500 mL 5%葡萄糖注射液。患者口服 100 mg 拉贝洛尔,每天 2~3 次,将总量控制在 2 400 mg/d 以内,或者口服 10 mg 硝苯地平,每 8 h 1 次,将血压控制在 140~155/90~100 mm Hg。纠正患者低蛋白血症状况,如果血清蛋白在 28 g/L 以下,则给予其静脉滴注 10~15 g 人血白蛋白,每天 1 次。如果患者孕 34 周前分娩,则给予肌肉注射 6 mg 地塞米松,每 12 h 1 次,共 4 次,或者静脉滴注 10 mg 地塞米松,每天 1 次,以促胎肺成熟。此外,给予患者肌氨肽苷、阿司匹林等抗凝治疗及其他对症治疗。于患者生产后,纠正 MODS 引发的机体内环境紊乱。

1.3.2 终止妊娠方法 积极治疗 2~3 d 后如果患者的病情仍然没有改善,有胎死宫内、胎儿生长受限、受累脏器损伤严重等情况出现,则第一时间终止妊娠。依据产科指征、受损脏器功能评估结果,如果患者缺乏成熟的宫颈条件,具有较为严重的病情,无法在短时间内经阴道分娩,胎儿窘迫,或引产失败,则选用剖宫产方式;如果患者宫颈条件成熟、病情平稳,则选用引产方式。

1.4 观察指标 (1)发病孕周、终止妊娠孕周、期待治疗时间。(2)病情严重程度。采用急性生理与慢性健康状况评分系统(APACHE II)评分,总分 0~71

△ 通信作者, E-mail: fanff2582251@qq.com。

分,评分越高表示病情越严重^[5]。(3)衰竭器官数目。(4)MODS 诱发因素。(5)终止妊娠方式。(6)新生儿出生情况。

1.5 统计学处理 应用 SPSS20.0 统计软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,多组比较采用方差分析;计数资料以率表示,采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 4 组患者发病孕周、终止孕周、期待治疗时间、病情严重程度比较 22~<29 周组、29~<31 周组、31~<33 周组、33~34 周组患者发病孕周、终止妊娠孕周均逐渐延长($P < 0.05$),APACHE II 评分逐渐降低($P < 0.05$);29~<31 周组、31~<33 周组、33~34 周组患者期待治疗时间逐渐缩短($P < 0.05$),均长于

22~<29 周组($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 4 组患者衰竭器官数目占比情况比较 4 组患者衰竭器官数目占比情况比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 4 组患者 MODS 诱发因素比较 4 组患者的 MODS 诱发因素产后出血、子痫、HELLP 综合征、弥散性血管内凝血(DIC)、肺水肿、胎盘早剥、腹水、急性心力衰竭、低蛋白血症比例比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 3。

2.4 4 组患者终止妊娠方式比较 22~<29 周组、29~<31 周组、31~<33 周组、33~34 周组患者的剖宫产率逐渐升高($P < 0.05$),但 4 组患者的顺产率、水囊引产率、依沙吖啶引产率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 4。

表 1 4 组患者发病孕周、终止孕周、期待治疗时间、病情严重程度比较($\bar{x} \pm s$)					
组别	<i>n</i>	发病孕周(周)	终止妊娠孕周(周)	期待治疗时间(d)	APACHE II 评分(分)
22~<29 周组	20	26.05±1.61	26.64±1.67	4.22±1.23	18.14±3.38
29~<31 周组	30	29.34±0.56	31.16±0.90	12.73±2.77	16.52±2.90
31~<33 周组	16	30.80±0.30	32.31±1.04	9.80±1.93	13.70±2.05
33~34 周组	50	33.18±0.62	34.52±1.16	9.41±1.01	12.91±2.67

表 2 4 组患者衰竭器官数目占比情况比较[<i>n</i> (%)]					
组别	<i>n</i>	2 个	3 个	4 个	≥5 个
22~<29 周组	20	5(25.00)	10(50.00)	2(10.00)	3(15.00)
29~<31 周组	30	14(46.67)	8(26.67)	6(20.00)	2(6.67)
31~<33 周组	16	10(62.50)	2(12.50)	3(18.75)	1(6.25)
33~34 周组	50	23(46.00)	21(42.00)	6(12.00)	0(0.00)
合计	116	52(44.83)	41(35.34)	17(14.66)	6(5.17)

表 3 4 组患者 MODS 诱发因素比较[<i>n</i> (%)]										
组别	<i>n</i>	产后出血	子痫	HELLP 综合征	DIC	肺水肿	胎盘早剥	腹水	急性心力衰竭	低蛋白血症
22~<29 周组	20	2(10.00)	6(30.00)	2(10.00)	2(10.00)	0(0.00)	2(10.00)	5(25.00)	2(10.00)	7(35.00)
29~<31 周组	30	6(20.00)	3(10.00)	15(50.00)	3(10.00)	5(16.67)	3(10.00)	14(46.67)	3(10.00)	14(46.67)
31~<33 周组	16	2(12.50)	2(12.50)	4(50.00)	3(18.75)	0(0.00)	2(12.50)	5(31.25)	1(6.25)	7(43.75)
33~34 周组	50	4(8.00)	4(8.00)	9(18.00)	4(8.00)	4(8.00)	6(12.00)	6(12.00)	6(12.00)	33(66.00)

表 4 4 组患者终止妊娠方式比较[<i>n</i> (%)]					
组别	<i>n</i>	顺产	剖宫产	水囊引产	依沙吖啶引产
22~<29 周组	20	0(0.00)	11(55.00)	6(30.00)	3(15.00)
29~<31 周组	30	1(3.33)	22(73.33)	5(16.67)	2(6.67)
31~<33 周组	16	0(0.00)	14(87.50)	0(0.00)	2(12.50)
33~34 周组	50	2(4.00)	46(92.00)	2(4.00)	0(0.00)

2.5 4 组新生儿出生情况比较 22~<29 周组、29~<31 周组、31~<33 周组、33~34 周组患者的新

生儿出生体质量、新生儿 1 min 和 5 min Apgar 评分均逐渐升高($P<0.05$),新生儿病死率逐渐降低($P<0.05$),但 4 组胎儿生长受限、胎儿窘迫、胎死宫内发生率比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。见表 5。

表 5 4 组新生儿出生情况比较[$\bar{x}\pm s$ 或 $n(\%)$]

组别	<i>n</i>	新生儿出生 体质量(g)	新生儿 1 min Apgar 评分(分)	新生儿 5 min Apgar 评分(分)	胎儿生长受限	胎儿窘迫	胎死宫内	新生儿死亡
22~<29 周组	20	760.21±114.25	3.88±1.21	3.02±1.00	5(25.00)	5(25.00)	7(35.00)	9(45.00)
29~<31 周组	30	1 214.37±215.32	5.50±1.42	7.00±1.42	11(36.67)	6(20.00)	5(16.67)	3(10.00)
31~<33 周组	16	1 549.88±245.65	6.00±1.55	7.55±1.14	3(18.75)	3(18.75)	1(6.25)	1(6.25)
33~34 周组	50	1 899.47±305.62	6.37±1.86	7.75±1.65	8(16.00)	10(20.00)	4(8.00)	0(0.00)

3 讨 论

子痫前期是妊娠期高血压的一种类型,通常发生在妊娠 20 周后,患者除血压增高外,还可伴有蛋白尿、其他脏器功能损害,以及一些胎儿并发症。根据累及器官的不同,患者可出现头痛、头晕、视物不清、肝区疼痛等症状。随着病情呈持续性发展,严重时会影响母婴的健康。此外,妊娠期高血压在产科中较为常见,是导致孕产妇和围生儿死亡的主要原因之一。MODS 的危害取决于是哪类病因导致的,危害与原发病病因密切相关。

早发型重度子痫前期极易引发 MODS,同时病情发展迅速,极易引发孕产妇及围生儿死亡,因此,有必要让患者及时住院治疗,从而改善其各器官功能,减少并发症,预防 MODS 发生^[6-7]。此外,当患者发生 MODS 时,应考虑终止妊娠,尽量减轻母婴损害程度^[8]。本研究结果表明,22~<29 周组、29~<31 周组、31~<33 周组、33~34 周组患者的发病孕周、终止妊娠孕周均逐渐延长,APACHE II 评分逐渐降低($P<0.05$);29~<31 周组、31~<33 周组、33~34 周组患者的期待治疗时间逐渐缩短,均长于 22~<29 周组($P<0.05$);22~<29 周组、29~<31 周组、31~<33 周组、33~34 周组患者的剖宫产率逐渐升高,新生儿出生体质量、新生儿 1 min 及 5 min Apgar 评分均逐渐升高,新生儿病死率逐渐降低($P<0.05$)。因此,应该强化孕产妇围生期健康宣教力度,指导孕产妇定期进行产前检查,及早发现重度子痫前期者,及时阻断 MODS,从而改善其妊娠结局^[9-11]。

综上所述,剖宫产可降低早发型重度子痫前期合并 MODS 患者并发症发生率及新生儿病死率,临床需根据孕产妇具体情况综合考虑剖宫产时机。

参考文献

[1] 刘敏,王海霞,陈先侠. 早发型重度子痫前期患者有无合

并慢性高血压期待治疗的临床对比分析[J]. 中国医药导报,2021,18(11):91-95.

[2] 金依华,厉跃红,姚微微. 低分子量肝素联合小剂量阿司匹林治疗早发型重度子痫前期的效果观察[J]. 中国医刊,2021,56(6):630-632.

[3] 李秀娟,曾娟,赵欣媛,等. 重度子痫前期并发 MODS 的危险因素及临床特点探讨[J]. 中国妇幼健康研究,2017,28(12):1662-1664.

[4] 李莉,孙美果,杨媛媛,等. 早发型重度子痫前期期待治疗的预后分析[J]. 安徽医科大学学报,2020,55(8):1271-1275.

[5] 许莉,何鸣. 影响重度子痫前期患者发生多器官功能障碍综合征的相关因素分析[J]. 中国妇幼健康研究,2017,28(7):836-838.

[6] 丁占平,童重新. 川芎嗪注射液对早发型重度子痫前期患者妊娠结局的影响[J]. 中国性科学,2020,29(2):114-117.

[7] 高月,水华,胡洪涛,等. 妊娠相关急性肾损伤回顾性分析[J]. 武汉大学学报(医学版),2018,39(3):454-458.

[8] 朱薇,肖美群,刘颖娜. 早发型重度子痫前期合并低血清白蛋白患者的妊娠结局研究[J]. 海南医学,2020,31(10):1269-1271.

[9] NDWIGA C, ODWE G, POOJA S, et al. Clinical presentation and outcomes of pre-eclampsia and eclampsia at a national hospital, Kenya: a retrospective cohort study[J]. PLoS One, 2020, 15(6):e0233323.

[10] POON L C, SHENNAN A, HYETT J A, et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: a pragmatic guide for first-trimester screening and prevention[J]. Int J Gynaecol Obstet, 2019, 145(Suppl 1):S1-S33.

[11] PHIPPS E A, THADHANI R, BENZING T et al. Pre-eclampsia: pathogenesis, novel diagnostics and therapies [J]. Nat Rev Nephrol, 2019, 15(5):275-289.