

· 临床研究 ·

[文章编号] 1007-3949(2010)18-11-0906-03

妊娠期高血压疾病并发 HELLP 综合征终止妊娠时机探讨

冯碧波, 陈敏秀, 蔡昱, 翟建军

(首都医科大学附属北京同仁医院妇产科, 北京市 100730)

[关键词] 妊娠期高血压疾病; HELLP 综合征; 分娩时机; 分娩方式

[摘要] 目的 探讨妊娠期高血压疾病并发溶血、肝酶升高、血小板减少综合征(HELLP 综合征)患者终止妊娠时机及方式对母儿结局的影响。方法 回顾分析 47 例 HELLP 综合征患者的临床资料,按确诊至终止妊娠时间分两组:48 h 内终止妊娠组 29 例,在确诊后 48 h 内终止妊娠;48 h 后终止妊娠组 18 例,在确诊后 48 h 后终止妊娠。比较两组孕产妇严重并发症及围生儿结局。结果 48 h 后终止妊娠组孕产妇并发胎盘早剥、急性肾功能衰竭、心功能衰竭和弥漫性血管内凝血发生率(分别为 38.9%、33.3%、27.8%和 27.8%)明显高于 48 h 内终止妊娠组(分别为 10.4%、6.9%、3.5%和 3.5%; $P < 0.05$)。48 h 内终止妊娠组与 48 h 后终止妊娠组新生儿呼吸窘迫综合征、新生儿窒息及围生儿死亡发生率(10.4%比 33.3%、10.4%比 44.4%、10.4%比 33.3%)比较,差异有显著性意义($P < 0.05$)。47 例中,仅 6 例阴道分娩。结论 HELLP 综合征严重威胁母儿安危,应根据母儿情况,严格选择保守病例,建议在确诊后 48 h 内首选剖宫产终止妊娠。

[中图分类号] R711

[文献标识码] A

Study on the Time and Method of Pregnant Termination in Hypertension Disorder Complicating Pregnancy with HELLP Syndrome

FENG Bi-bo, CHEN Min-xiu, CAI Yu, and ZHAI Jian-jun

(Department of Obstetric and Gynecology, Beijing Tongren Hospital Affiliated to Capital Medical University, Beijing 100730, China)

[KEY WORDS] Hypertension Disorder Complicating Pregnancy; HELLP Syndrome; Delivery Opportunity; Mode

[ABSTRACT] **Aim** To investigate the optimal time and mode of termination of pregnancy for patients with hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet syndrome (HELLP syndrome). **Methods** The data of 47 cases with HELLP syndrome were retrospectively analyzed. According to the length from the diagnosis-confirmed time to the time of delivery, the patients were divided into 2 groups: group I with 48 hours, group II over 48 hours. The blood test, clinical presentations, maternal-neonatal complications and outcomes were compared between the two groups. **Results** The incidence of placental abruption, acute renal failure, heart failure, DIC was 38.9%, 33.3%, 27.8%, 27.8% respectively in group II, significantly higher than those in group I ($P < 0.05$), significant difference was found in neonatal respiratory distress syndrome (NRDS), neonatal asphyxia and perinatal mortality rate between the two groups (10.4% vs 33.3%, 10.4% vs 44.4%, 10.4% vs 33.3% ($P < 0.05$)). **Conclusion** HELLP syndrome is serious to both mother and fetus. The cases for expectant treatment should be strictly selected based on the conditions of mothers and fetus. Cesarean section is the first choice in 48 h after diagnosis.

溶血、肝酶升高、血小板减少综合征(hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets syndrome, HELLP syndrome)是指在妊娠期高血压疾病基础上并发溶血、肝酶升高和血小板减少的一组临床综合征,孕产妇死亡率 3.4%~24.2%^[1],围生儿死亡率 7.7%~60%^[2],严重威胁母儿安危,其预后直接与及时诊断、正确处理有关。本文旨在对我院 15 年内 47 例 HELLP 综合征患者临床资料进行回顾性分析,了解终止妊娠时机及方式对母儿结局的影响,探讨最佳处理方案,以期改善母儿预后。

1 对象与方法

1.1 研究对象及分组

本院 1995 年 1 月至 2010 年 1 月间分娩、妊娠期高血压疾病并发 HELLP 综合征患者 47 例,无妊娠合并症(肝炎、肾炎、糖尿病、甲亢等),根据诊断至分娩时间的不同将其分为两组:48 h 内终止妊娠组 29 例,在确诊后 48 h 内终止妊娠,平均年龄 29.2 ± 3.5 岁;确诊孕周 28~40 周,平均 34.1 ± 1.5 周;初产妇 12 例,经产妇 17 例;剖宫产 25 例,阴道分娩 4 例。48 h 后终止妊娠组 18 例,在确诊后 48 h 后终止妊娠,平均年龄 28.5 ± 1.6 岁;确诊孕周 27~41 周,平均 34.2 ± 3.2 周;初产妇 7 例,经产妇 11 例;剖宫产 16 例,阴道分娩 2 例。两组孕妇产龄、孕产

[收稿日期] 2010-08-05

[修回日期] 2010-11-08

[作者简介] 冯碧波, 硕士, 副主任医师, 研究方向为围产医学, E-mail 为 fbb555@yahoo.com.cn

次、发病孕周、剖宫产与阴道分娩差异无显著性。

1.2 诊断标准^[3]

妊娠期高血压疾病(血压 $\geq 140/90$ mmHg 或加尿蛋白 ≥ 0.3 g/24 h)基础上出现恶心、呕吐、上腹痛、牙龈出血、血尿等症状;④溶血:周围血涂片出现异常红细胞,血清总胆红素增高,网织红细胞增多;⑤肝酶升高或乳酸脱氢酶升高;⑥血小板减少;

除外引起上述症状和实验室检查异常的其他疾病,如 DIC、重症肝炎、溶血性尿毒症等。

1.3 临床处理措施

患者入院后即予以地西洋、硫酸镁镇静、解痉,对于收缩压 ≥ 160 mmHg 或舒张压 ≥ 110 mmHg 或平均动脉压 ≥ 140 mmHg 者给予心痛定、拉贝洛尔等降压药稳步降压,使血压维持于 140~150/90~100 mmHg 同时合理扩容、适时利尿、糖皮质激素改善病情等综合治疗。在此治疗基础上,结合血压、血小板计数、肝酶升高、孕周及母儿有无并发症等情况综合判断终止妊娠时间及分娩方式。如患者入院时病情尚稳定,孕周偏小,胎儿宫内情况尚可,则积极治疗 48 h 后终止妊娠。否则 48 h 内终止妊娠。尤其当病情难以控制、血压持续升高、出现胎盘早剥、肺水肿、胎监示晚期减速或中重度可变减速, B 超示脐血反流时尽早终止妊娠。新生儿出生时由儿科医师陪台处理。

1.4 统计学处理

以 SPSS10.0 软件进行 *t* 检验及 χ^2 检验,比较两组围生期母婴并发症及结局。

2 结果

2.1 两组患者确诊前严重高血压、实验室检查情况

两组患者确诊前严重高血压、相关器官功能损害发生率比较差异无显著意义 ($P > 0.05$, 表 1)。

表 1 两组确诊前严重高血压、实验室情况(例)

指 标	48 h 内终止妊娠组 (n = 29)	48 h 后终止妊娠组 (n = 18)
BP $\geq 180/110$ mmHg	10(34.5%)	9(50.0%)
凝血异常	8(27.6%)	6(33.3%)
肾功异常	7(24.1%)	5(27.8%)
低蛋白血症	10(34.5%)	8(44.4%)

2.2 两组患者终止妊娠孕周及分娩方式

48 h 后终止妊娠组期待治疗时间明显长于 48 h

内终止妊娠组 ($P < 0.05$), 但两组发病孕周、终止妊娠孕周差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。本资料患者分娩方式以剖宫产为主 (41 例, 占 87.2%; 表 2)。

表 2 两组终止妊娠孕周比较 ($\bar{x} \pm s$)

指 标	48 h 内终止妊娠组 (n = 29)	48 h 后终止妊娠组 (n = 18)
确诊孕周(周)	34.1 \pm 1.5	34.2 \pm 3.2
期待治疗时间(h)	43.0 \pm 4.5	62.0 \pm 3.7 ^a
终止妊娠周数(周)	34.3 \pm 3.4	34.4 \pm 1.5

a 为 $P < 0.01$, 与 48 h 内终止妊娠组比较。

2.3 两组孕产妇严重并发症情况

48 h 后终止妊娠组孕产妇并发胎盘早剥、急性肾功能衰竭、心功能衰竭、DIC 等发生率明显高于 48 h 内终止妊娠组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 两组无孕产妇死亡, 产后均恢复良好, 亦未发现明显后遗症(表 3)。

表 3 两组孕产妇并发症比较(例)

指 标	48 h 内终止妊娠组 (n = 29)	48 h 后终止妊娠组 (n = 18)
胎盘早剥	3(10.4%)	7(38.9%) ^a
急性肾功能衰竭	2(6.9%)	6(33.3%) ^a
心功能衰竭	1(3.5%)	5(27.8%) ^a
DIC	1(3.5%)	5(27.8%) ^a

a 为 $P < 0.05$ 与 48 h 内终止妊娠组比较。

2.4 两组围生儿预后

48 h 后终止妊娠组新生儿窒息、呼吸窘迫综合征、围生儿死亡发生率明显高于 48 h 内终止妊娠组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$, 表 4)。

表 4 两组围生儿预后比较(例)

指 标	48 h 内终止妊娠组 (n = 29)	48 h 后终止妊娠组 (n = 18)
新生儿呼吸窘迫综合征	3(10.4%)	6(33.3%) ^a
新生儿窒息	3(10.4%)	8(44.4%) ^a
围生儿死亡	3(10.4%)	6(33.3%) ^a

a 为 $P < 0.05$ 与 48 h 内终止妊娠组比较。

3 讨论

HELLP 综合征是一种与妊娠有关的特发性疾病, 易出现严重并发症, 如胎盘早剥、急性肾功能衰

竭、肺水肿、肝被膜下血肿和 DIC 等,严重影响母婴安康。文献 [1] 报道孕产妇死亡率为 3.4% ~ 24.2%。本组资料中无孕产妇死亡,可能与统计例数少及较早期行病因治疗 (87.2% 患者适时行剖宫产终止妊娠) 有关。文献 [2] 报道围生儿死亡率达 7.7% ~ 60.0%, 本资料围生儿死亡率为 21.3%, 与文献报道相符。可见,HELLP 综合征对母婴危害极大。该综合征病因不十分清楚,多数学者^[4]认为可能与宫内物密切相关,因此只有终止妊娠,才能从根本上去除病因,控制病情,改善母儿预后。

关于 HELLP 综合征终止妊娠时机,可根据孕周、有无并发症、治疗效果、胎儿宫内状况给予个体化治疗。有学者^[5]主张 HELLP 综合征如果孕龄小于 34 周且病情较轻,母儿病情稳定,无严重并发症者,可保守治疗,在此期间,应严密监测孕妇凝血、脑心肝肾功能及胎儿情况,并积极治疗妊娠期高血压疾病,使用皮质激素控制病情、适当延长孕龄,但观察时间不宜过长。文献报道^[6]某些严重并发症多数在保守治疗的 10 日内发生,故应充分估计病情,权衡利弊,谨慎选择。本资料部分患者保守治疗孕龄最多延长 4 天,母儿均获安全。

但亦有学者^[7]认为 HELLP 综合征病变损害呈进行性,延长孕龄对母儿不利,当胎儿窘迫、病情恶化、可疑 DIC 时,应尽快终止妊娠。本研究发现,两组患者确诊前虽然发病孕周、高血压程度、各脏器功能损害发生率比较无明显差异,但随着保守治疗时间的延长,孕产妇严重并发症、新生儿窒息、围生儿死亡发生率随之增加,且两组期待治疗时间比较差异亦有统计学意义,说明继续妊娠,保守治疗超过 48 h 对母婴结局明显不利。本研究中,48 h 后终止妊娠组围生儿死亡 6 例,其中 3 例顾及胎儿孕周太小,在期待治疗中,血压明显波动,且下降不理想达 190/200/130/140 mmHg 最终发生胎盘早剥、心功能衰竭、脑血管意外、死胎等不良结局,提示血压太高、波动太大对子宫胎盘、脑、心血管影响很大。高血压时子宫胎盘小动脉急性粥样硬化,血压波动太大血管易破裂出血,致胎盘早剥;另外当平均动脉压 ≥ 140 mmHg 时,脑血管自动调节功能丧失,易致脑血管意外,因此监测血压,合理平稳降压,适时终

止妊娠非常重要。随着围生医学的不断发展,促胎肺成熟药物的及时应用,早产儿一系列严重并发症将相应减少,故早期终止妊娠不必过虑,尤其当母体情况恶化或有潜在致死性并发症时,更应尽早终止妊娠,切不可因等待胎儿成熟而忽略对孕妇的威胁。

终止妊娠方式一般由产科因素决定,如宫颈成熟情况、生产史、孕妇病情和胎儿状况等。本研究 47 例中仅 6 例阴道分娩,例数少,无法预测阴道分娩的严重风险。James 等^[8]认为,虽然 HELLP 综合征不是剖宫产的明确指征,但阴道分娩风险大,建议直接剖宫产。HELLP 综合征患者胎盘灌注明显减少,胎儿易缺氧,且孕妇屏气用力,全身小动脉痉挛加重、血压继续升高,易诱发子痫等严重并发症。因此对妊娠未足月、胎儿生长受限、宫颈条件差、产程异常、母儿病情恶化者应首选剖宫产分娩,且显效快。

总之,HELLP 综合征发病呈进行性,只有尽早终止妊娠才能去除病因、控制病情发展,因此保守治疗应有指征,应以挽救母儿生命为主要考虑,一般在确诊后 48 h 内终止妊娠。同时应加强多学科合作,预防和处理可能发生的多器官系统并发症,减少对母婴的损害。

[参考文献]

- [1] Paulino VG. Maternal deaths due to eclampsia and HELLP syndrome [J]. *Int J Gynecol Obstet* 2009; **104** (2): 90-94
- [2] Baxter J, Weinstein L. HELLP syndrome: the state of the art [J]. *Obstet Gynecol Surv* 2004; **59** (12): 838-845
- [3] Sbai BM. The HELLP syndrome (Hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets): much ado about nothing [J]. *Am J Obstet Gynecol* 1990; **162**: 311-316
- [4] 王允锋, 杨慧霞. HELLP 综合征的诊断及处理进展 [J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2007, **23** (2): 145-146
- [5] VigitDe GP, Montufar-Rueda C, Ruiz J. Expectant management of severe preeclampsia and preeclampsia superimposed on chronic hypertension between 24 and 34 weeks gestation [J]. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; **107** (1): 24-27
- [6] O'Brien JM, Barton JR. Controversies with the diagnosis and management of HELLP syndrome [J]. *Clin Obstet Gynecol* 2005; **48** (2): 460-467
- [7] Van RH, Franx A, Schobben A, et al. Corticosteroids pregnancy and HELLP syndrome: a review [J]. *Obstet Gynecol Surv* 2005; **60** (1): 57-70
- [8] Martin JN Jr, Rose CH, Briery CM. Understanding and managing HELLP syndrome: the integral role of aggressive glucocorticoids for mother and child [J]. *Am J Obstet Gynecol* 2006; **195** (4): 914-934

(此文编辑 许雪梅)