

临床研究·

妊娠合并血小板减少 105 例临床分析

黄鑫¹,朱艳¹,黄达²,余宏男³

(1. 辽宁医学院附属第一医院妇产科, 辽宁锦州 121000; 2. 河北省廊坊市管道局总医院保健中心 065000; 3. 河北省廊坊市管道局总医院人事劳资处 065000)

摘要:目的 探讨妊娠合并血小板减少症的发病机制及围生期处理方法。方法 对 105 例妊娠合并血小板减少患者的临床资料作回顾性研究。结果 出现妊娠相关性血小板减少症(PAT)55 例,特发性血小板减少性紫癜(ITP)19 例,妊娠期高血压疾病先兆子痫(PIH)37 例,肝病 3 例,系统性红斑狼疮 1 例。其中剖宫产 65 例,占 61.9%;阴道分娩 40 例,占 38.1%。结论 PAT 一般发生在妊娠晚期,以 PAT 最常见,产前适当提高血小板水平,可以减少并发症发生。

关键词:妊娠;血小板减少;妊娠结局

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.35.014

文献标识码:A

文章编号:1671-8348(2012)35-3723-02

Clinical analysis of 105 patients with thrombocytopenia in pregnancy

Huang Xin¹, Zhu Yan¹, Huang Da², Yu Hongnan³

(1. Department of Gynaecology and Obstetrics, The First Hospital of Liaoning Medical University, Jinzhou, Liaoning 121000, China; 2. Pipeline Bureau, General Hospital Care Center in Langfang City, Langfang, Hebei 065000, China; 3. Department of Personnel Labour, Pipeline Bureau of Langfang City, Hebei General Hospital, Langfang, Hebei 065000, China)

Abstract: Objective To investigate the pregnancy with the pathogenesis of thrombocytopenia and perinatal treatment. Methods We take the clinical data of 105 pregnant women with thrombocytopenia for retrospective study. Results There were 55 cases of PAT, 19 cases of ITP, 37 cases of PIH, 3 cases of liver disease and 1 case of systemic lupus erythematosus. And there were 65 cases of cesarean section, accounting for 61.9% and 40 cases of vaginal delivery, accounting for 38.1%. Conclusion The pregnancy with thrombocytopenia generally occurs in late pregnancy, and PAT is the most common. An appropriate prenatal platelet level increase could reduce the incidence of complications.

Key words: pregn; thrombocytopenia; pregnancy outcome

血小板减少在孕妇中较常见,处理不当会对分娩及母儿造成不利影响。妊娠相关性血小板减少症(PAT)可由多种内科或妊娠并发症引起,麻醉的选择和产科处理对母儿的结局影响较大,加强围生期处理是获得良好妊娠结局的关键。本文对妊娠合并血小板减少的 105 例患者进行回顾性分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2005~2010 年辽宁医学院附属第一医院收治的妊娠合并血小板减少患者 105 例,年龄 20~40 岁,平均 25.3 岁,孕周(28+2)~(40+1)周,产次 0~2 次,初产妇 82 例,经产妇 23 例,双胎 3 例,无临床症状 91 例,偶尔鼻出血、牙龈出血及皮肤瘀点、瘀斑 9 例,有出血倾向 5 例,血小板减少时间,中孕 21 例,晚孕 84 例,孕期血小板最低值小于 $30 \times 10^9/L$ 21 例, $(30 \sim 50) \times 10^9/L$ 51 例,大于 $50 \times 10^9/L$ 33 例。PAT 55 例,特发性血小板减少性紫癜(ITP)19 例,妊娠期高血压疾病先兆子痫(PIH)37 例,肝病 3 例,系统性红斑狼疮 1 例。

1.2 诊断和观察指标 孕期 2 次以上血常规血小板计数小于 $100 \times 10^9/L$ 可确诊。血小板减少:血小板计数 $(50 \sim 100) \times 10^9/L$ 为轻度减少, $(30 \sim 50) \times 10^9/L$ 为中度减少,小于 $30 \times 10^9/L$ 为重度减少。血小板计数及分组按孕期血小板计数最低值将 105 例患者分为 3 组, A 组: $(10 \sim 30) \times 10^9/L$, 共 21 例,占 20%; B 组: $(30 \sim 50) \times 10^9/L$, 共 51 例,占 48.6%; C 组: $(50 \sim 100) \times 10^9/L$, 共 33 人,占 31.4%。ITP:孕前无血小板减少病史,孕期首次出现血小板减少,抗血小板抗体阴性,血象除了血小板减少外无异常,孕期恢复正常; ITP:孕前孕后血液

科明确诊断;产后出血:产后 24 h 出血量大于 500 mL;新生儿窒息:新生儿出生 Apgar 评分小于 7 分^[1-5]。包括病因的治疗及提升血小板的治疗。(1)糖皮质激素的治疗:应用泼尼松 40~100 mg/d,治疗 5~7 d,本组共有 13 例(均为 ITP 患者,血小板计数小于 $50 \times 10^9/L$ 的 10 例,血小板计数大于 $50 \times 10^9/L$ 的 3 例)接受激素治疗,12 例见效,1 例无效。疗效标准参照第二届全国血液病学术会议标准。(2)免疫球蛋白治疗:1 例激素无效者接受免疫球蛋白治疗^[6-8],用法 $400 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$,应用 5 d,血小板上升至 $60 \times 10^9/L$ 。(3)支持治疗:分娩前输注血小板 $10 \sim 20 \text{ U}$ 者 50 例,血小板上升至大于 $50 \times 10^9/L$ 者 48 例,2 例血小板无变化,再次准备血小板 20 U,新鲜血浆 400 mL 手术同时输注。因情况紧急来不及输注血小板而仅输新鲜血浆 400~800 mL 者 9 例。剖宫产选用椎管内麻醉 24 例,41 例全麻,所有病例均未发生麻醉并发症。

1.3 统计学处理 采用 SPSS13.3 统计软件进行分析,计数资料组间,采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 妊娠期血小板减少的发生率 本研究期间,分娩的产妇共计 1 239 例,发生血小板减少 105 例,占 8.5%,见表 1。

2.2 妊娠合并血小板减少与产后出血及分娩方式的关系 105 例患者中平均产后出血量为 170 mL,8 例出现产后出血(7.6%)其中阴道分娩者 1 例,剖宫产者 7 例,其产后出血发生的比例分别为 2.5%和 10.8%,阴道分娩与剖宫产患者产后出血发生比例比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.3 分娩方式 105 例患者有 65 例剖宫产,全部病例均在胎

儿娩出后立即静脉注射缩宫素 20 单位,其中 7 例产后出血达 1 000 mL,术中给予缩宫素 20 单位,米索 200 μg ,再予缩宫素 20 单位维持静点,占 65 例剖宫产中 10.8%。自然分娩中有 1 例血小板计数为 $3 \times 10^9/\text{L}$,入院时已经宫口开全,未来得及剖宫产,产后出血不多,24 h 后死于脑出血;1 例血小板计数为 $56 \times 10^9/\text{L}$,分娩后阴道流血 800 mL,按摩子宫,给予缩宫素并输血小板及血浆后好转。

表 1 妊娠期血小板减少的发生情况(n)

组别	n	产后出血	阴道分娩	剖宫产
A 组	21	1	11	10
B 组	51	3	27	24
C 组	33	4	2	31

2.4 新生儿情况 105 例患者中,中孕妊娠期高血压疾病死胎患者 13 例;中孕妊娠期高血压疾病或心力衰竭不能继续妊娠,剖宫产终止妊娠,新生儿死亡 9 例;晚孕有存活能力新生儿 83 例。无 1 例颅内出血,也无明显出血倾向,新生儿窒息 11 例,其中 1 分钟 Apgar 评分:0~3 分 7 例,4~7 分 4 例。3 例考虑窒息原因为羊水过少,胎儿宫内窘迫;8 例为麻醉药物引起呼吸抑制,经积极清理呼吸道、心肺复苏抢救均存活,无后遗症。

3 讨论

3.1 机制 妊娠合并血小板减少分为急性型与慢性型。急性型好发于儿童,慢性型多见于成年女性;慢性型与自身免疫因素有关,80%~90%患者血液中可测到血小板相关免疫球蛋白(pAIg),包括 pA-IgG、pA-IgM、pA-C3,当结合了这些抗体的血小板经脾、肝时,可经单核巨噬细胞系统破坏,使血小板减少^[9-11]。

3.2 血小板减少的原因 妊娠合并血小板减少的原因较多,其中 PAT 较为多见。PAT 又称为良性妊娠性血小板减少,指妊娠前无血小板减少的病史,妊娠期首次发现血小板计数低于正常值水平(小于 $100 \times 10^9/\text{L}$),抗血小板抗体阴性,肝肾功能及凝血功能正常。多数学者认为,PAT 是一种正常妊娠的生理现象,可能与血液稀释,胎盘循环中血小板破坏过多有关。妊娠合并 ITP 也较常见,ITP 是一种自身免疫疾病,主要是脾脏产生一种抗血小板的特异抗体,促进血小板的破坏。血栓性血小板减少性紫癜(TTP)是另一种较为常见的原因,有研究表明先兆子痫患者约有 1/3 在妊娠 24 周后合并 TTP^[4,8]。本研究中,PAT 占 52.4%,ITP 占 18.1%,TTP 占 35.2%。本院的妊娠合并血小板减少症的发病率明显高于其他报道,分析其原因为辽西地区合并症及危重症较集中在本院救治的原因,其中 PIH 前期占比例稍高。

3.3 妊娠期血小板减少的处理 对妊娠期血小板减少的治疗除应密切注意血小板计数的变化外,需首先针对原发病进行治疗,然后根据具体情况进行处理:血小板计数大于 $50 \times 10^9/\text{L}$,凝血功能正常,一般不需要特殊治疗;当血小板计数小于 $50 \times 10^9/\text{L}$ 或有出血倾向时,在终止妊娠前进行积极治疗^[7],包括:(1)皮质激素治疗,应用泼尼松 40~100 mg/d,待病情缓解后减量,治疗反应在 3~7 d 内,2~3 周达高峰;(2)免疫球蛋白,激素治疗效果不佳者可选用免疫球蛋白 $400 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$,连续 2~5 d,升高血小板作用迅速,不良反应小,但费用较高,停药后易反复,需间歇重复用药^[9];(3)输注血小板,只有在血

小板小于 $10 \times 10^9/\text{L}$,并有出血倾向,为防止重要脏器出血时应用。因血小板输入将刺激体内产生血小板抗体,加速血小板的破坏,因此只有在病情需要时,及阴道分娩宫口开全、或剖宫产术中输注^[5]。

3.5 分娩方式的选择 由于剖宫产母体并发症增加,主要为出血疾患及伤口感染、术后发热、子宫内膜炎等,目前多数观点主张剖宫产应限于有产科指征时使用。如血小板小于 $30 \times 10^9/\text{L}$ 并有出血倾向者主张剖宫产终止妊娠。血小板大于 $50 \times 10^9/\text{L}$ 无产科并发症时,可经阴道分娩。血小板小于 $50 \times 10^9/\text{L}$ 不伴有出血倾向者分娩方式的选择尚有争议^[10-12]。

3.6 新生儿情况 一般认为,产妇的血小板计数与胎儿、新生儿血小板计数无关。其分娩方式决定于产科指征。母亲的血小板计数不能作为预测新生儿发生 PIT 的因素。新生儿出生后可动态监测血小板,新生儿血小板小于 $50 \times 10^9/\text{L}$ 者,建议行头颅 B 超,对血小板小于 $(20 \sim 30) \times 10^9/\text{L}$ 或有出血倾向者需以免疫球蛋白升高血小板。

综上所述,关于妊娠合并血小板减少的临床治疗原则有:

- (1)当血小板计数大于 $50 \times 10^9/\text{L}$,凝血功能正常,不需要特殊治疗。
- (2)当血小板计数小于 $50 \times 10^9/\text{L}$ 或者有出血倾向,应行皮质激素治疗或免疫球蛋白治疗。
- (3)只有当血小板小于 $10 \times 10^9/\text{L}$ 或阴道分娩宫口开全时刻考虑输注血小板。
- (4)如血小板大于 $50 \times 10^9/\text{L}$ 无产科指征,可经阴道分娩,否则应选择剖宫产终止妊娠,出生后新生儿应监测血小板并对症治疗。

参考文献:

- [1] 乐杰. 妇产科学[M]. 6 版. 北京:人民卫生出版社,2004:105-106.
- [2] 张之南. 血液病诊断及疗效标准[M]. 2 版. 北京:科学出版社,1998:88-95.
- [3] 李岩. 妊娠合并血小板减少病例临床分析[J]. 中国中医药资讯,2010,2(2):179.
- [4] 曹泽义. 中华妇产科学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,2008:622-624.
- [5] 纪秀娟,韩秋丽. 89 例妊娠并发血小板减少症临床初探[J]. 哈尔滨医药,2009,29(6):36-37.
- [6] 吴金琴. 96 例妊娠合并血小板减少临床经验分析[J]. 实用医学杂志,2010,26(22):4240-4241.
- [7] 朱盈,李婷. 妊娠合并血小板减少 48 例临床分析[J]. 中国妇幼保健,2010,25(4):484-485.
- [8] 阮晓翠,周毛婴. 妊娠合并血小板减少 51 例临床分析[J]. 中国妇幼保健,2010,25(6):760-761.
- [9] 朱文艳,李兰萍. 妊娠合并血小板减少 100 例[J]. 实用医学杂志,2010,26(22):805-806.
- [10] 张孟尚,陈宝友. 妊娠合并血小板减少症 56 例临床分析[J]. 中国妇幼保健,2010,25(6):754-755.
- [11] 李海倩,靳晴. 妊娠合并血小板减少症 86 例临床分析[J]. 中国妇幼保健,2011,26(35):5662-5663.
- [12] 赵卫华,孟凡义. 血栓性血小板减少性紫癜的临床分析:附 17 例报告[J]. 南方医科大学学报,2008,28(5):788-789.