

·病例报告·

重症 ABO 溶血胎儿的诊治(1 例报告)

吴日然¹, 谭丽君, 游泽山, 汤凤姿, 罗 华

(中山医科大学附属第一医院妇产科, 广东 广州 510080)

关键词: 水肿, 胎儿; ABO 血型系统; 溶血/诊断; 溶血/治疗

中图分类号: R 714.254 文献标识码: A 文章编号: 1000-257X(2000)01-0070-02

引起胎儿水肿的免疫种类相当多, 胎儿水肿形成过程依病因学不同而各有差异, 围产期死亡率高。由 ABO 同种免疫所致的水肿非常罕见, 最近我院成功地抢救严重 ABO 溶血胎儿 1 例。现报告如下, 并结合文献报告进行讨论。

1 临床资料与结果

郑××, 女, 33 岁, 末次月经时间 1998 年 8 月 2 日, 预产期 1999 年 5 月 9 日, 因停经 17 周零 4 d。查羊水黄染 3 d, 疑“母婴血型不合”、“ABO 溶血”于 1998 年 12 月 11 日入院, 平素月经周期规则, 停经 40 d, 尿妊娠试验(+)早期无特殊, 孕 2⁺月查 IgA 抗体效价 1:512, 如 IgA 抗体效价 1:256 对胎儿有影响。孕 17 周在中山一院妇产科行“B 超下羊膜腔穿刺术”, 术中发现“羊水金黄色”, 羊水胆红素 6 g/L, IgG 抗 A 抗体效价 1:2 048, 即入院。既往体健, 已婚 8 年, G5P1A3, 第 1 胎孕 8 个月, 第 2、3 胎均孕 5 个月, 因“胎儿水肿综合征”而引产, 1996 年人工流产 1 次, 家族中无近亲结婚史、无类似“水肿胎”病史、无先天性遗传病史, 体查无特殊, 辅助检查: B 超未发现胎儿畸形, 胎心音正常, 其本人血型“O”型, 丈夫“A”型 RHO(D)均阳性, 未发现异常抗体, 双方做地中海贫血检查均正常。胎儿血型“A”型, 脐血染色体 46xx, 孕期严密监护孕妇血清 IgA 抗体效价及 B 超下观察胎儿发育情况, 未见胎儿水肿综合征, 孕 4 个月开始孕妇行血浆置换疗法。置换 5 次, 使抗体效价 1:2 048 下降至 1:512, 以后继续血浆置换共 11 次, 维持血浆抗 A 抗体效价 1:256~1:512 之间, 孕 25 周, 孕 29 周胎儿脐血管内输入

洗涤“O”型浓缩红细胞, 胎儿 Hb 8.6 g。输血 2 次共 50 mL, 促肺成熟治疗后, 羊水检查、证实胎肺成熟, 在孕 35 周⁺剖宫产 1 女婴, 体重 2.5 kg, APgar's 评分 1 min 评分 10 分、5 min 评分 10 分转儿科预防性换血及早期光疗, 新生儿存活。追踪: 产后 1 个月, 生长发育正常, 体重 3.75 kg, Hb 110 g/L, 暂未见异常。

2 讨 论

2.1 病因及发病机理

ABO 血型不合, 多见母亲为 O 型, 胎儿为 A 型或 B 型, 母亲为胎儿的 A 型或 B 型抗原致敏, 产生抗 A₁G 或 B₁G 免疫抗体, 此抗体分子量小, 较易通过胎盘进入胎儿体内, 使抗原抗体结合发生胎儿或新生儿溶血, 一般多为轻度溶血, 不致胎儿水肿。作者 Iraj Forou 在妇产科医学新进展文中, 报道 1 例胎儿水肿。

2.2 产前诊断

羊膜腔穿刺术抽吸羊水分析, 或通过脐动脉穿刺取血标本化验分析, 是最好的诊断方法。近 10 年来, 产前诊断领域的惊人进展, 与腹部羊膜腔穿刺技术的应用, 有密切关系, 抽吸羊水用分光光度计分析羊水中胆红素吸光度 $\Delta A_{450} > 0.06$ 为危险值, 0.03~0.06 为警戒值 < 0.03 为安全值^[3]。以及又可测血型, 此外, 还有用羊水作各项生化测定, 羊水的卵磷脂和鞘磷脂以诊断胎儿肺成熟度, 羊水是一个可以较直接反映胎儿各项功能的介质, 随着各项检查技术的提高, 羊膜穿刺将为临床提供更多的胎儿情报, 本文孕 4 个月羊膜腔穿刺, 羊水分析, 了

收稿日期: 1999-09-28

作者简介: 吴日然(1963-), 女, 广东中山市人, 主治医师, 中山一院妇产科访问学者, 现中山市妇幼保健院妇产科工作, 邮编: 528400

© 1994-2019 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

解胎儿血型及胆红素为及早血浆置换术提供了依据。脐动脉穿刺取脐血血红蛋白,网织红细胞,胆红素、血型及染色体检查,对胎儿血的直接分析,对这些病人是最好的诊断方法,利用超声波检查也有一定的临床意义,可测定胎儿肝脏大小,胎盘大小或脐静脉直径,溶血性贫血胎儿的脐静脉直径,从18周到30孕周逐渐增大,病情严重的胎儿直径也更大,因而有些学者用脐静脉直径的增加作为预测是否需宫内输血的指征^[1]。本例曾3次妊娠为水肿胎儿,本次妊娠确诊母儿血型不合后,妊娠期严密监护胎儿宫内情况,定期B超检查,观察胎儿发育、有无羊水过多、巨大胎盘、胎儿水肿、胎心扩大、胎儿腹水、肝脾肿大等,胎儿电子监护有无出现无反应型、正弦曲线等,定期检测抗体效价,以指导产前宫内治疗及时发现问题及时处理等是本例抢救成功的关键。

2.3 产前治疗

对轻度母儿血型不合者轻型胎儿溶血设法提高胎儿的抵抗力,妊娠24、30及33周左右各进行10d的综合治疗,供氧每天2次,口服叶酸,维生素E、C,36周后服鲁米那,提高肝细胞葡萄糖醛酸转移酶与胆红素的结合力,减少新生儿核黄疸的发生,可服中药茵陈汤起到降低母体效价的作用^[3]。血浆置换术,是80年代,开展应用于胎儿溶血症,此法是采用血液细胞分离机将孕妇高效价抗体血浆置换出来,另外,补充一定量的白蛋白,降低抗体效价,减少胎儿受损程度,延长孕周,有利于宫内输血,提高新生儿成熟率。胎儿宫内输血治疗:胎儿宫内输血技术于1963年由Liley首先采用抢救了不少危重胎儿,可经胎儿腹腔或脐血管输血,血液直

接进入胎儿血循环,达到较好的效果^[4]。适用于母儿血型不合所致胎儿免疫性溶血性贫血,造成多次围产儿死亡者,胎儿严重贫血,胎儿血红蛋白 ≤ 6 g/dL,母亲血型抗体滴度逐渐上升者,ABO血型不合,抗体效价在1:512以上,宫内溶血严重,B超发现胎儿水肿及腹水,羊水胆红素含量升高,宫内输血并发症:感染、损伤、心脏聚停、脐疝、股疝。所以严格执行无菌操作,由有经验专职人员操作,输血前孕妇用镇静药,胎儿用肌松药1h后无胎动时行宫内输血,输血量20ml/kg,最大输血量可用Bownan公式进行计算(妊娠周数-20) $\times 10$ kg^[3]。输血速度2ml/min,本例进行2次宫内输血,使胎儿溶血减少,贫血改善。

笔者的体会是产前诊断、早确诊、早处理对优生、优生有重要意义,产前及时适当血浆置换,宫内输血,孕期监测,适时终止妊娠,产后预防性换血,光疗治疗是抢救的关键。

参考文献:

- [1] 成黛丽,宋时.胎儿水肿研究的新进展[J].国外医学妇产科学分册,1998,25(1):62.
- [2] 刘新质.母儿血型不合—ABO血型不合.李大慈等主编.现代产科治疗学[M].广州:广东科技出版社,1999.65~66.
- [3] 严仁英,渠川琰,左启华主编.实用优生学[M].第2版.北京:人民卫生出版社,1997.454~485.
- [4] 王德智,石一复,罗焕尧主编.中国妇产科专家经验文集[C].沈阳:沈阳出版社,1993.204.

(编辑 关淡庄)

(上接第69页)

- [7] Helms C A, Kaban L B, McNeille, *et al*. Temporomandibular joint: morphology and signal intensity characteristics of the disk at MR imaging[J]. Radiology, 1989; 172(3): 817.
- [8] Larheim T A, Smith H J, Aspestant F. Temporomandibular joint abnormalities associated with and arthrography[J]. Radiology. 1992, 183(1): 221.
- [9] 甘业华,马绪臣,王俊等.颞下颌关节紊乱综合征

翼外肌磁共振观察[J].中华口腔医学杂志,1994,29(6):326.

- [10] Schell-has K P, Wilkes C H, Fritt H M. Temporomandibular joint inflammation. Comparison of MR fast scanning with T1- and T2-weighted imaging techniques[J]. AJR. 1989; 153(1): 93.

(编辑 关淡庄)