

科杂志, 1999, 34(12): 750

stet Gynecol, 1994, 37(3): 274

[9] Randall S, Dwight P. Maternal trauma during pregnancy[J]. Clin Ob-

(编辑 张思健)

妊娠期及产褥期合并深静脉血栓 5 例报告

陈立斌, 张建平

(中山大学附属第二医院妇产科 广东广州 510120)

摘要:【目的】探讨妊娠期和产褥期深静脉血栓的病因、高危因素、诊断和治疗。【方法】回顾性总结分析 10 年来我院收治的 5 例妊娠期和产褥期深静脉血栓患者的临床资料, 对其病因、临床表现、诊断治疗等进行分析。【结果】4 例发生在产褥期, 1 例发生在妊娠晚期; 症状以患肢肿痛乏力为主, 部分症状不明显, 经过治疗后, 4 例均预后良好。【结论】妊娠晚期及产褥期易发生深静脉血栓; 高龄、手术产是其高危因素; 一旦确诊, 应尽早治疗, 防止发生肺栓塞。

关键词: 妊娠; 产褥期; 血栓性静脉炎

中图分类号: R271.4

文献标识码: A

文章编号: 1000-257X(2002)5S-0066-02

在妊娠期及产褥期发生静脉血栓栓塞的孕产妇是少见的, 并且由于其临床症状不特异, 容易被忽视。静脉血栓栓塞能引起严重的并发症, 当栓子脱落后, 经肺循环进入肺动脉后能引起肺栓塞, 直接威胁孕产妇的生命安全, 病死率极高, 近年来已成为引起孕产妇的主要原因之一, 越来越受到关注^[1]。我院从 1992 年到 2001 年共收治了 5 例合并深静脉血栓的孕产妇, 现分析报道如下。

1 临床资料

1.1 一般情况

1992 年 1 月至 2001 年 12 月在我院收治了妊娠期及产褥期合并深静脉血栓患者共 5 例。其中 1 例发生在妊娠晚期, 4 例发生在产褥期, 均为初产妇。所有患者均无血栓家族史。5 例患者的发病年龄、产科并发症、分娩周数、分娩方式及血栓发现时间详见表 1。

表 1 5 例患者的一般情况及产科特征

年龄(岁)	并发症	分娩周数	分娩方式	血栓发现时间
24	无	38	顺产	产后第 7 天
32	无	39	剖宫产	妊娠 35 周
33	原发性宫缩乏力、潜伏期延长	38	剖宫产	术后第 5 天
31	习惯性流产	38	剖宫产	术后第 2 天
46	高龄初产、疤痕子宫	37	剖宫产	术后第 8 天

1.2 临床症状、体征及诊断治疗

5 例患者首发症状均为不同程度的下肢肿痛、乏力, 行走活动困难。有 2 例患者发病时有患肢压痛, 其中 1 例有下肢红肿; 有 1 例患者发病时伴发热, 其最高体温超过 38℃; 其余患者除患肢肿胀外, 无明显临床体征。5 例患者中有 4 例经多普勒彩色超声确诊, 其中左下肢血栓形成 2 例, 双下肢及右下肢血栓形成各 1 例。5 例患者中有 1 例以低分子右旋糖酐及

肝素治疗, 其余患者均以低分子右旋糖酐、复方丹参、阿司匹林、潘生丁、喜疗妥等治疗。治疗后, 所有患者的临床症状体征均消失, 无 1 例并发肺栓塞。

1.3 典型病例报告

病例 1: 24 岁, 孕 2 产 0, 孕 38 周在我院顺产一女婴, 总产程 5 小时 35 分, 无任何产科并发症。产后第 7 天出现双下肢酸痛乏力, 稍肿胀, 体温上升, 最高 38.5℃, 双下肢无压痛。行多普勒彩色超声发现双侧股静脉血栓形成(左侧阻塞 40.3%, 右侧 58.6%)。予加强抗炎、复方丹参, 并外用喜疗妥软膏治疗。7 天后症状好转。

病例 2: 46 岁, 孕 1 产 0, 孕 37 周因“高龄初产、疤痕子宫”在我院行剖宫产术。术后第 8 天出现双下肢及外阴肿胀, 无压痛, 拟“双下肢静脉血栓”予肝素治疗, 3 天后症状好转。

2 讨论

2.1 病因及相关的危险因素

孕产妇容易并发静脉血栓的原因目前是比较明确的。孕产妇血液的高凝状态、静脉血淤滞及血管壁损伤都是容易导致静脉血栓的因素。妊娠期增高的雌激素能刺激肝脏合成一系列的凝血因子, 并能降低纤溶系统的活性, 从而使血液趋向高凝状态。妊娠子宫对静脉系统的压迫使下腔静脉血流减慢, 血液淤滞在静脉内; 因为孕产妇在妊娠后期及产褥期(尤其是剖宫产后)活动减少, 卧床休息增多, 产后或剖宫产术后脱水或补水不足使血液浓缩, 也能使静脉血流减慢。加上分娩后, 胎盘的剥离造成了血管受损, 而剖宫产更能使血管内皮细胞受损更多, 所以该期更容易并发静脉血栓的因素。本文总结了 10 年来我院发生深静脉血栓的孕产妇共 5 例, 其中有 4 例发生在产褥期, 1 例发生在妊娠晚期。考虑到该种疾病的症状不明显, 容易造成漏诊或病人出院后发病再入住其他医院治疗, 其确切的发病率可能会更高。

与孕产妇深静脉血栓相关的危险因素是很多的, 除了上面说到的活动减少、卧床休息、手术创伤外, 遗传背景、年龄和以前的血栓病史也是其危险因素。而最近国外的研究^[2,3]发

收稿日期: 2002-07-25

作者简介: 陈立斌(1976), 男, 广东潮安人, 医师。

现 先天性抗凝血蛋白缺陷及 FV Leiden 基因变异引起的活化蛋白 C 抵抗也能增加妊娠血栓形成的危险。

2.2 诊断与治疗

妊娠期深静脉血栓通常发生在下肢静脉, 并以左侧多见。其临床表现是多种多样的, 包括患侧肢体疼痛、肿胀、肌肉紧张、表面肤色改变以及可触及条索状物等。当此类患者出现不明原因的心动过速、呼吸困难、剧烈咳嗽、咯血丝痰、胸痛、紫绀、发热、寒战等情况时, 需警惕肺栓塞的发生。

超声波检查是确诊深静脉血栓的首选的实验室检查, 其敏感度及特异度达 90% 以上^[4]。对于临床症状明显但超声检查阴性的患者, 静脉造影仍然是诊断的金标准。近年来, CT 及核磁共振也用于诊断深静脉血栓。

对于深静脉血栓的治疗, 除了卧床休息、提高患肢、硫酸镁热敷、外用喜疗妥软膏等的一般支持治疗和加强抗感染外, 同时要进行治疗。根据临床经验和一些回顾性研究的数据, 肝素是妊娠期首选的治疗和预防血栓栓塞最安全的抗凝剂, 它不会通过胎盘, 在母乳中分泌量极少, 不会影响胎儿和新生儿的凝血系统^[5]。其剂量可根据活化部分凝血活酶时间 (APTT) 进行调整, 使 APTT 为对照的 1.5 ~ 2 倍。其副作用主要是出血倾向, 临产后或术前 24 小时一般不用。长期应用肝素可引起血小板减少、骨质疏松等^[6], 建议长期应用者应做运动及每天补钙 2 g。华法令因对胎儿有致畸作用, 孕妇禁用^[7]; 但它在母乳中分泌极少, 可代替肝素用于产褥期抗凝^[5]。

各种溶栓药物均有引起大出血的危险, 因此孕产妇选用溶栓治疗应谨慎。对有抗凝禁忌的患者, 或病情严重, 有肺栓塞危险时, 也可采用外科手术取栓。

2.3 预防

对一些有高危因素, 如过去有静脉血栓病史的患者, 孕期可预防性应用肝素抗凝; 鼓励产后或术后病人注意适当活动; 加强围产保健工作, 临床医生应提高警惕, 从而能早期发现病人。总而言之, 妊娠期深静脉血栓的发病率虽少, 但其能引起严重的并发症。早期诊断、积极治疗、尽量避免肺栓塞的发生, 对降低孕产妇死亡有重要意义。

参考文献

- [1] Rochat R W, Koonin L M, Atrash H K, *et al*. Maternal mortality in the United States; report from the maternal mortality collaborative [J]. *Obstet Gynecol* 1988 72(1): 91.
- [2] Rickler P M, Hennekens C H, Lindpaintner K, *et al*. Mutation in the gene coding for coagulation factor V and the risk of myocardial infarction, stroke and venous thrombosis in apparently healthy men [J]. *N Engl J Med* 1995, 332 (14): 912.
- [3] Cook G, Walker I D, McCall F, *et al*. Familial thrombophilia and activated protein C resistance; thrombotic risk in pregnancy [J]? *Br J Haematol* 1994, 87(4): 873.
- [4] Macklin N S. Diagnosis of deep venous thrombosis and pulmonary embolism in pregnancy [J]. *Curr Opin Pulm Med* 1999, 5 (4): 233.
- [5] Valentine K A. Treatment and prevention of venous thromboembolic disease in pregnancy [J]. *Curr Opin Pulm Med* 1999, 5(4): 238.
- [6] Anderson D R, Ginsberg J S, Burrows R, *et al*. Subcutaneous heparin therapy during pregnancy: a need for concern at the time of delivery [J]. *Thromb Haemost*, 1991, 65(3): 248.
- [7] Dizon-Townson D. Pregnancy-related venous thromboembolism [J]. *Clin Obstet Gynecol* 2002, 45(2): 363.

(编辑 张恩健)

普贝生用于促宫颈成熟和引产 40 例分析

王英兰, 张建平, 王蕴慧, 张 睿, 刘颖琳

(中山大学附属第二医院妇产科 广东广州 510120)

摘要:【目的】观察普贝生促宫颈成熟和引产的临床效果及其安全性。【方法】将 80 例无阴道分娩禁忌、单胎、胎位正常的足月待产孕妇随机分为 2 组: ①试验组: 将普贝生一枚放置于阴道后穹窿, 若无不良反应, 12 h 后取出; ②对照组: 将同外形的安慰剂一枚放置于阴道后穹窿, 12 h 后取出。两组用药前及用药后 6、12 h 分别进行宫颈 Bishop 评分。【结果】①用药后 6、12 h 宫颈评分普贝生组分别为 (3.7 ± 1.07)、(6.65 ± 1.94) 分, 明显高于对照组; ②12 h 后普贝生组宫颈成熟的比率及显效率和有效率均明显高于对照组。普贝生组 12、24 h 内临产率明显高于对照组; ③两组新生儿结局无明显差异。有 2 例发生子宫过度刺激, 均未导致不良后果。【结论】普贝生是一种有效和安全的促宫颈成熟和引产药物, 对母儿无明显不良影响。

关键词: 普贝生; 促宫颈成熟; 引产; 前列腺素 E₂; 并发症

中图分类号: R714 文献标识码: A 文章编号: 1000-257X(2002)5S-0067-03

前列腺素 E₂ (PGE₂) 作为一种有效的促宫颈成熟和引产药物, 其安全性一直是临床医生关注的焦点。前几年国内应用较多的是用于宫颈注射的凝胶普比迪 (Prepidil), 其剂量具有不可控性的特点^[1]。新的剂型——PGE₂ 阴道控释剂普贝生 (propress) 克服了上述缺点, 药物以恒定的速度缓慢释放, 增加了用药的安全性。2001 年 8 月至 2002 年 6 月我院作了一

项病例对照研究, 证明普贝生用于足月妊娠促宫颈成熟和引产效果良好, 且安全性可靠, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 观察对象

2001 年 8 月至 2002 年 6 月我院产科入院待产孕妇 80

收稿日期: 2002-07-15

作者简介: 王英兰 (1975-), 女, 湖北通城人, 硕士生。