

综上所述,在传统康复治疗的基础上予以四肢联动康复训练,可以有效地改善脑卒中患者的平衡能力及下肢运动功能,提高患者生活质量,但其作用机制仍需要临床进一步探讨。

参考文献

- 1 刘艺,黄敬.脑卒中偏瘫患者3种步行训练方法的效果比较[J].中国康复理论与实践,2014,20(3):272-275.
- 2 王魏伟,吴婷婷.强化注意训练结合运动疗法对脑卒中单侧空间忽略患者运动功能的影响[J].全科医学临床与教育,2014,12(5):577-578.
- 3 Visintin M,Barbeau H,Korner-Bitensky N,et al. A new approach to regain gait in stroke patients through body weight support and tread mill stimulation[J].Stroke,1998,29(6):1122-1128.
- 4 沈怡,王文威,陈艳,等.核心稳定性训练对脑卒中偏瘫患者站立平衡和步行能力的影响[J].中国康复医学杂志,

- 2013,28(9):830-833.
- 5 赵宏,翁长水,高丽萍.用Berg平衡量表和最大步行速度评价脑卒中患者的户外步行自立性[J].中国康复理论与实践,2010,16(1):8-10.
- 6 Bao X,Mao YR,Lin Q,et al. Mechanism of Kinect-based virtual reality training for motor functional recovery of upper limbs after subacute stroke [J].Neural Regen Res,2013,8(31):2904-2913.
- 7 Johnson EO,Babis GC,Soultanis KC,et al. Functional neuroanatomy of proprioception[J]. J Surg Orthop Advan,2008,17(3):159-161.
- 8 Byun SD,Jung TD,Kim CH, et al. Effects of the sliding rehabilitation machine on balance and gait in chronic stroke patients—a controlled clinical trial[J]. Clin Rehabil,2011,25(5):408-415.

(收稿日期 2016-09-17)

(本文编辑 蔡华波)

·经验交流·

早发型重度子痫前期65例期待治疗的疗效分析

夏华丽

早发型重度子痫前期是指妊娠34周之前发生的重度子痫前期,是危害母婴健康和生命的严重疾病^①。早发型重度子痫前期发病早,胎龄小,且随着孕周的增加并发症逐渐显现、加重,但由于孕周小、胎肺发育不成熟等因素若过早终止妊娠,可能导致胎儿不良结局增加,因此临床决策处理困难。本次研究回顾性分析近5年早发型重度子痫前期患者的临床资料,旨在探讨期待治疗对不同孕周孕妇的疗效。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2011年1月至2015年12月萧山区第一人民医院住院共收治早发型重度子痫前期

65例,年龄18~42岁,平均年龄(28.82±3.06)岁,产次1~3次,平均(1.66±0.52)次,孕周28.21~33.71周,平均孕周(32.17±0.45)周,符合第8版《妇产科学》中关于早发型重度子痫前期的诊断标准^②,并排除合并慢性高血压、慢性肾病、妊娠期糖尿病、风湿免疫系统疾病等患者。根据发病孕周将患者分为两组,A组(孕周<32周,n=27),平均年龄(28.33±3.28)岁,产次(1.61±0.43)次;B组(孕周32~34周,n=38),年龄(29.17±3.74)岁,产次(1.70±0.32)次。两组孕妇年龄、产次比较,差异均无统计学意义(P均>0.05)。

1.2 方法 两组入院后均予以期待治疗:间断吸氧,左侧卧床休息,硫酸镁针静滴解痉,地塞米松针肌注4次促胎肺成熟,若血压在160/110 mmHg以上的患者给予盐酸拉贝洛尔片100 mg口服,每8小时一

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2017.01.033

作者单位:311201 浙江杭州,萧山区第一人民医院妇产科

次;硝苯地平片10 mg口服,每8小时一次降压药物,对症治疗各种合并症、并发症,合理搭配膳食,密切监测母胎状态。

1.3 终止妊娠指征^[1] ①病情控制不理想,积极治疗24~48 h病情仍加重或子痫发作;②胎心监护、B超监测提示胎儿宫内窘迫或胎死宫内;③超声评估胎儿1~2周无增长或脐动脉舒张末期血流消失;④出现胎盘早剥,心衰,肺水肿,肝肾功能损伤,以溶血、肝酶升高、血小板减少为特点的妊娠期高血压的严重并发症(hemolysis elevated liver enzymes and low platelets syndrome, HELLP)综合征等并发

症;⑤妊娠≥34周,胎儿已成熟。

1.4 观察指标 两组孕妇期待治疗时间、分娩孕周、分娩方式、并发症发生情况。新生儿的胎儿生长受限、胎死宫内、新生儿窒息、新生儿死亡、围产儿死亡发生率。

1.5 统计学方法 采用SPSS 18.0软件进行统计分析。计量资料比较采用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示。两组计量资料比较采用 t 检验;计数资料比较采用 χ^2 检验。设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 母体结局比较见表1

表1 两组孕妇确诊时孕周、分娩孕周、期待治疗时间、分娩方式比较

组别	确诊孕周/周	终止妊娠孕周/周	期待治疗时间/d	剖宫产分娩数/例(%)
A组	30.92±1.15	32.93±1.16	9.04±3.35	25(92.59)
B组	32.63±1.47	34.65±0.99*	12.37±4.44*	36(94.74)

注:*,与A组比较, $P<0.05$ 。

由表1可见,A组终止妊娠孕周及期待治疗时间均明显短于B组,差异均有统计学意义(t 分别=4.76、2.67, P 均 <0.05)。两组孕妇分娩方式均以剖宫产为

主要途径,两组比较,差异无统计学意义($\chi^2=0.13$, $P>0.05$)。

2.2 两组孕妇并发症情况比较见表2

表2 两组孕妇并发症情况比较/例(%)

组别	n	心功能损害	肝肾功能损害	胎盘早剥	低蛋白血症	HELLP综合征	眼底改变	弥散性血管内凝血	子痫	颅内出血
A组	27	2(7.41)	3(11.11)	2(7.41)	6(22.22)	1(3.70)	15(55.56)	0	1(3.70)	1(3.70)
B组	38	2(5.26)	2(5.26)	3(7.89)	9(23.68)	1(2.63)	17(44.74)	1(2.63)	0	0

由表2可见,两组心功能损伤、肝肾功能损伤、胎盘早剥、低蛋白血症、HELLP综合征、眼底改变、弥散性血管内凝血、子痫、颅内出血等各发生率比较,

差异均无统计学意义(χ^2 分别=0.13、0.76、0.01、0.02、0.06、0.74、0.72、1.43、1.43, P 均 >0.05)。

2.3 围产儿结局比较见表3

表3 两组围产儿结局比较/例(%)

组别	n	胎儿宫内生长受限	胎死宫内	新生儿窒息	新生儿死亡	围产儿死亡
A组	27	17(62.96)	3(11.11)	16(59.26)	2(7.41)	5(18.52)
B组	38	13(34.21)*	1(2.63)	13(34.21)*	0	1(2.63)*

注:*,与A组比较, $P<0.05$ 。

由表3可见,B组胎儿宫内生长受限、新生儿窒息发生率和围产儿死亡率明显低于A组,差异均有统计学意义(χ^2 分别=5.25、4.01、4.75, P 均 <0.05),两组的胎死宫内发生率和新生儿死亡发生率比较,差异均无统计学意义(χ^2 分别=1.97、2.90, P 均 >0.05)。

3 讨论

早发型重度子痫前期的发病原因和机制不清楚,基本病理改变为全身小动脉痉挛及外周阻力增

加,导致全身器官缺血、缺氧,引起脑、肾脏、肝脏、心血管、血液系统、内分泌系统及代谢系统等损害,出现脑水肿、充血、局部缺血、出血、肝肾功能损害、肝包膜下水肿、心力衰竭、低蛋白血症、眼底改变、子痫发作、产后出血、弥散性血管内凝血、HELLP综合征等,同时胎盘血流灌注下降、内皮损伤及急性动脉粥样硬化,致使胎盘功能减退,导致胎儿缺血、缺氧,出现胎儿窘迫、胎儿宫内生长受限,此外若胎盘床血管破裂可出现胎盘早剥^[1],对母婴健康构成严

重影响,严重时可导致母婴死亡可能,并且再次妊娠时再发的几率增高,程度更为严重^[2],终止妊娠是目前唯一的最有效的治愈方法,但早发型重度子痫前期因存在发病孕周早、胎肺发育不成熟等因素;若不考虑孕周而提早终止妊娠,则可能导致低新生儿存活率,增加围生儿死亡率,因此延长孕龄、减少因胎儿不成熟所致的围生儿死亡是治疗早发型重度子痫前期的关键。国外研究显示期待治疗对胎儿成熟有明显益处^[3],可以通过延长孕周而改善围生儿结局。目前,早发型重度子痫前期进行适当的期待治疗已经成为共识。

Nishizawa等^[4]研究发现,早发型重度子痫前期的危害程度与发病时间相关,早发型患者中<32周受到的影响≥32周的患者,叶望莲等^[5]研究亦显示发病孕周是早发型重度子痫前期孕妇母婴预后的重要影响因素,发病孕周≤32周的孕妇发生母体并发症的概率明显大于孕周>32周患者,且孕周越早,孕妇并发症越多、围产儿预后越差、存活率越低。近年更有国外学者提出根据孕产妇及围产儿预后建议将诊断时间定义为≤32孕周的胎龄^[6],本次研究显示孕周≤32周的产妇,其发生母体并发症发生率与孕周32~34周的产妇比较,差异无统计学意义($P>0.05$),可能与本次研究样本数较少有关。分娩孕周与早发型重度子痫前期孕妇的围生儿死亡率密切相关,周颖等^[7]研究认为分娩孕周越小,围生儿死亡率越高,≥32周后围生儿死亡率、新生儿肺透明病的发生率明显下降,延长至34周后终止妊娠,可以得到较为满意的母子结局。本次研究结果显示,孕周32~34周的胎儿宫内生长受限、新生儿窒息发生率、围产儿死亡率明显低于孕周≤32周,差异均有统计学意义(P 均<0.05),进一步分析本次研究两组围产儿死亡原因:孕周≤32周:1例胎死宫内系胎盘早剥所致、1例考虑胎儿宫内生长受限所致,1例原因不明、2例新生儿死亡系孕周小家属放弃抢救;孕周32~34周:1例胎死宫内原因不明,未出现新生儿死亡,由此可见对于发病相对较早孕妇,若过多延长孕周可能使孕妇并发症增加从而导致胎儿胎死宫内增加,但若过早终止妊娠,胎肺尚未成

熟,则势必将增加围产儿病率和死亡率^[8],因此,在不同孕周患者的期待治疗过程中,需充分结合患者的孕周、胎儿肺部成熟、并发症情况等影响因素,在延长孕周提高胎儿生存能力与增加母婴并发症及不良结局之间寻找最佳平衡点,以达到最好的结局。

综上所述,对早发型子痫前期患者应根据其孕龄,在密切观察病情变化的前提下,充分估计期待治疗或立即终止妊娠的利弊,寻找最有利于母子预后的平衡点,选择理想的终止妊娠时机和方式,在保证母体安全的前提下尽量提高胎儿生长能力,从而获得较理想的母子结局。

参考文献

- 1 谢幸,苟文丽.妇产科学[M].第8版.北京:人民卫生出版社,2013:70.
- 2 Maynard SE, Karumanchi SA. Angiogenic factors and preeclampsia[J].Semin Nephrol,2011,31(1):33-46.
- 3 American College of Obstetricians and Gynecologists.Medically indicated late-preterm and early-term deliveries[J].Obstet Gynecol, 2013, 121(4): 908-910.
- 4 Nishizawa H, Ota S, Suzuki M, et al. Comparative gene expression profiling of placentas from patients with severe pre-eclampsia and unexplained fetal growth restriction[J].Reprod Biol Endocrinol,2011,2(9):107-112.
- 5 叶望莲,胡小玲.不同孕周早发型重度子痫前期对母婴的影响及围产结局分析[J].中国妇幼保健,2015,30(16):2506-2508.
- 6 Magee LA, Abalos E, von Dadelszen P, et al. The definition of severe and early-onset preeclampsia. Statements from the international society for the study of hypertension in pregnancy [J].Hypertens Pregnancy,2013,21(3):44-47.
- 7 周颖,汪燕,邱娜璇.早发型重度子痫前期合并胎儿生长受限期待治疗的妊娠结局探讨[J].实用妇产科杂志,2015,31(3):221-224.
- 8 伍绍文,吴连方,王琪,等.早发型重度子痫前期孕妇期待治疗中不良妊娠结局的危险因素分析[J].中华妇产科杂志,2010,45(3):169.

(收稿日期 2016-10-22)

(本文编辑 蔡华波)