

# 发病前重度子痫前期患者临床预警因素分析

王 丹

(呼和浩特市妇幼保健院 内蒙古呼和浩特 010000)

**摘要:** 目的: 分析重度子痫前期患者发病前的预警因素。方法: 从 2021 年 3 月-2022 年 10 月期间院内收治的 40 例重度子痫前期患者作为实验组, 同期正常孕妇 40 例作为对照组, 对两组数据进行分析, 明确预警因素。结果: 两组孕妇年龄、建档孕周以及孕次无差异,  $P > 0.05$ 。实验组孕前期质量指数 (BMI)、建档收缩压、舒张压、平均动脉压 (MAP) 均高于对照组,  $P < 0.05$ 。实验组高血压前期、体质量增长  $> 0.85\text{kg/周}$ 、RGR 趋势、水肿、产检依从性差、ALB 以及血小板下降水平均高于对照组,  $P < 0.05$ 。结论: 重度子痫前期患者的相关性分析可以发现, 患者孕前期质量指数 (BMI)、建档收缩压、舒张压、平均动脉压 (MAP) 均、高血压前期、体质量增长  $> 0.85\text{kg/周}$ 、RGR 趋势、水肿、产检依从性差、ALB 以及血小板下降水平均属于预警因素, 故需警惕孕妇相关指标, 避免其发展为重度子痫前期病变。

**关键词:** 发病前; 重度子痫前期; 临床预警因素

重度子痫前期 (sPE) 是妊娠期高血压疾病这种妊娠期特有疾病发展到比较严重的阶段, 是一种比较危险的并发症<sup>[1]</sup>。重度子痫前期患者的关键表现主要为血压大于 160/110mmHg, 和或伴有新发生的中枢神经系统异常或视物障碍、肝肾损害, 血小板减少, 甚至患者病情严重的时候, 还会出现抽搐、昏迷的情况<sup>[2]</sup>, 即发展为子痫。同时, 重症子痫前期患者还会对新生儿的结局产生影响, 降低新生儿出生质量, 甚至直接威胁母婴生命安全, 故需明确相关因素, 改善症状, 延缓病情发展。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

从 2021 年 3 月-2022 年 10 月期间院内收治的 40 例重度子痫前期患者作为实验组, 同期正常孕妇 40 例作为对照组。纳入标准: (1) 知晓实验积极参与。 (2) 符合适应症。 (3) 均为单胎孕妇。排除标准: (1) 存在禁忌证。 (2) 信息残缺。 (3) 双胎或多胎妊娠。

### 1.2 诊断标准

符合重度子痫前期诊断标准: 依据中华医学会妇产科学会内对于妊娠期高血压诊断标准,

高血压前期: 患者收缩压在 120-139mmHg 和 (或) 舒张压在 80-89mmHg。

体质量增加标准: 根据孕期体质量指标以及重度子痫前期患者临床确诊前预警因素。

胎儿生长受限 (FGR) 趋势: 宫高小于同孕周均值。

水肿程度判定标准: 踝部以及小腿水肿均为+, 水肿延伸至大腿部位则为++, 水肿延伸至外阴以及腹壁则为+++ , 全身水肿为++++。

规律产检: 根据中华医学会的孕期以及孕期保健指南相关指标, 未按规定产检间隔产检, 则为非规律产检, 依从性稍差。

### 1.3 观察指标

分析患者的一般资料、高血压前期、每周体质量增长、FGR 趋势、水肿、孕期血浆白蛋白 (ALB) 下降水平、血小板下降水平、产检依从性、产检次数等指标。

### 1.4 统计和分析

统计学软件 SPSS 23.0 分析, 计数型指标则以例 (n%) 表示,  $\chi^2$  检验, 计量型指标则选用均数  $\pm$  标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 描述、t 检验。  $P < 0.05$ , 则具有差异。

## 2 结果

### 2.1 一般资料

两组孕妇年龄、建档孕周以及孕次无差异,  $P > 0.05$ 。实验组孕前期质量指数 (BMI)、建档收缩压、舒张压、平均动脉压 (MAP) 均高于对照组,  $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 一般资料 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	年龄 (岁)	建档孕周 (周)	建档孕次 (次)	孕前期体质量 (kg/2)	建档收缩压 (mmHg)	建档舒张压 (mmHg)	平均动脉压 (mmHg)
实验组	32.43 $\pm$ 1.24	12.23 $\pm$ 1.33	2 $\pm$ 2	24.54 $\pm$ 1.32	115.32 $\pm$ 1.32	75.76 $\pm$ 1.42	89.32 $\pm$ 1.98
对照组	32.65 $\pm$ 1.21	12.24 $\pm$ 1.65	1 $\pm$ 1	21.43 $\pm$ 1.44	102.43 $\pm$ 1.23	70.43 $\pm$ 1.43	80.32 $\pm$ 1.54
t	-0.8031	0.0298	2.8284	10.0690	45.1843	16.7273	22.6923

值	P	值	P	值	P	值	P
-0.4244	0.9763	0.0059	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

### 2.2 产前检查指标与 sPE 发病相关性

实验组高血压前期、体质量增长  $> 0.85\text{kg/周}$ 、RGR 趋势、水肿、产检依从性差、ALB 以及血小板下降水平均高于对照组,  $P < 0.05$ 。见表 2 以及续表 2。

表 2 产前检查指标与 sPE 发病相关性 (n/%)

组别	例数	高血压前期 (%)	体质量增长 $> 0.85\text{kg/周}$ (%)	RGR 趋势 (%)	水肿 (%)	产检依从性差 (%)
实验组	40	34 (85%)	12 (30%)	22 (55%)	21 (52.5%)	19 (47.5%)
对照组	40	16 (40%)	1 (2.5%)	9 (22.5%)	3 (7.5%)	6 (15%)
$\chi^2$ 值		17.2800	11.1137	8.9006	19.2857	9.8327
P 值		0.0000	0.0008	0.0029	0.0000	0.0017

续表 2 产前检查指标与 sPE 发病相关性 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	确诊时血小板 ( $\times 10^9/L$ )	确诊时白蛋白 (g/L)
实验组	40	63.32 $\pm$ 5.43	11.32 $\pm$ 4.76
对照组	40	28.43 $\pm$ 4.32	8.79 $\pm$ 3.18
t 值	-	31.8013	2.7952
P 值	-	0.0000	0.0065

## 3 讨论

重度子痫前期主要表现为妊娠期高血压疾病发展严重至血压 160/110mmHg, 和或合并中枢或视觉及其他多器官损伤, 甚至迅速发展为子痫, 是产科的严重并发症之一<sup>[3]</sup>。实验组孕妇大多数为高龄孕妇, 且回顾孕早期基础血压达到 130/80mmHg, 此为重度子痫的高危因素之一, 应加强孕早期高危孕妇个体化监测及管理<sup>[4]</sup>。子痫前期治疗原则是解痉、降压、镇静利尿及适时终止妊娠。解痉主要使用硫酸镁静点维持体内镁离子的浓度, 同时配合降压治疗, 可选用口服降压药和静脉给药<sup>[5]</sup>。此外, 根据子痫前期情况和孕周考虑适时终止妊娠, 是解决重度子痫前期的最好办法<sup>[6]</sup>。同时, 明确重度子痫前期诊断并及时收入院, 把握终止妊娠的时机, 为预防心脑血管意外及子痫的发生, 有极其重要的意义。剖宫产终止妊娠时, 术前控制血压稳定, 术后仍需重视产后子痫及心脑血管意外的发生, 可继续予以解痉、降压、镇静等治疗, 严密监视血压、脉搏、尿量等, 严格控制入量及补液速度, 以防止增加心脏负荷。由于孕期水肿, 蛋白流失等问题, 术后也应加强预防感染<sup>[7]</sup>。对重症子痫前期患者进行治疗时可以发现, 因该病发生较为迅速, 故除了重视血压是否升高, 还应教育孕妇自我辨别重度子痫前期常会出现的头晕、视物模糊、恶心等症状, 了解及时就诊, 确诊对预后的重要影响<sup>[8]</sup>。临床内流病流行病学研究显示, 高危因素包含年龄、肥胖、病史或家族史等指标, 且可分为高风险以及低风险因素<sup>[9]</sup>。除了需对高风险因素产生基本认知, 若在患者发病前期注意相关预警因素, 可以提前对患者进行干预, 改善症状, 延缓病情发展。相关研究显示下, 优质产前保健基础上, 患者很少或不出现 sPE, 且孕早期高血压前期、水肿、体质量增加  $> 0.85\text{kg/周}$ 、低蛋白血症、FGR 趋势以及血小板下降均为预警因素。而对子痫前期发病预警信息进行分析, 可以发现患者发病前血压发生变化为早期预警之一。相关研究显示, sPE 患

(下转第 13 页)

(上接第 11 页)

者常伴随高血压前期情况,早孕期高血压前期患者孕期 sPE 以及早发型子痫前期的发病率随之升高。妊娠早期女性的 MAP 作为 sPE 的强预测因子,孕中期女性 MAP 每升高 5mmHg,则诱发子痫前期的风险会增加 1.3 倍。实验通过对患者的建档收缩压、舒张压、高血压前期发生率、MAP 等指标进行分析,可以发现两组孕妇年龄、建档孕周以及孕次无差异,  $P > 0.05$ 。实验组孕前体质质量指数 (BMI)、建档收缩压、舒张压、平均动脉压 (MAP) 均高于对照组,  $P < 0.05$ 。实验组高血压前期、体质量增长  $> 0.85\text{kg}/\text{周}$ 、RGR 趋势、水肿、产检依从性差、ALB 以及血小板下降水平均高于对照组,  $P < 0.05$ 。另外,国外学者曾经怀孕 20 周后血压高于正常血压 30/25mmHg,且存在尿蛋白、水肿孕妇诊断为子痫前期,故可以发现孕期女性变化以及子痫前期的发生率存在密切联系。孕周体质量变化逐渐受到人们的重视, IOM 提出孕中晚期增加需每周小于 0.51kg,孕晚期女性体质量增长每周高于 0.85kg 则与 sPE 发生率处于正相关的联系。孕期体质量增长值 (GWG) 过高的女性出现子痫前期的几率是正常女性的 2.28 倍。本次实验发现,两组患者的体质量增长对比存在统计学意义,故适当 GWG 对于子痫前期患者具有保护作用,且需注意降低 GWG 对于子痫前期患者的影响,对于体质量较低的患者,则需给予孕期保健。

孕期水肿不容忽视,虽然水肿被认为是孕期常见症状,但在优质孕期保健下不存在合并症的孕妇已经很少或不出现水肿情况。当前,临床已经不再将水肿作为子痫前期的诊断标准,但其仍是 sPE 预警因素,且多为首发症状,尤其是来自基层子痫前期的发病者内。病理性水肿包含组织间隙水肿,部分患者还会合并浆膜腔积液,如胸腔或心包积液,均是疾病加重的表现之一。此外,血小板下降趋势作为常见的预警信息之一,正常妊娠女性血小板轻度逐渐下降,且研究显示,健康孕妇早孕期的血小板显著低于非妊娠女性,孕晚期子痫前期患者的血小板、抗凝血酶、纤维蛋白原显著降低,平均血小板体积以及凝血酶原活动度升高。FCR 作为 sPE 预警信息之一,其与子痫前期均属于胎盘源性疾病,30%~50%螺旋动脉重塑知识子宫胎盘循环不足、胎盘缺氧,部分学者将子痫前期称为二期

型疾病,第一阶段为病理生理形成过程,第二阶段为终末期器官受损害阶段。早发型子痫前期多表现为胎盘灌注障碍,小于孕龄儿、低 Apgar 评分、死产以及新生儿死亡率显著高于晚发型子痫前期。本次实验内,对于发病前 sPE 患者预警因素分析存在部分不足,故还需收集更多样本,展开深入研究,明确更多预警因素,以此改善患者的症状,保证良好的分娩结局。

综上所述,重度子痫前期患者的相关性分析可以发现,患者孕前体质质量指数 (BMI)、建档收缩压、舒张压、平均动脉压 (MAP) 均、高血压前期、体质量增长  $> 0.85\text{kg}/\text{周}$ 、RGR 趋势、水肿、产检依从性差、ALB 以及血小板下降水平均属于预警因素,故需警惕孕妇相关指标,避免其发展为重度子痫前期病变。

参考文献:

- [1]陈自力,杨莉莉,魏凤江,郑阳阳. 早发型重度子痫前期早期预警因素研究[J]. 现代妇产科进展,2022,31(11):854-857.
- [2]胡翠芳,黄畅晓,李力. 子痫前期的高危预警因素及筛查管控[J]. 中国妇幼健康研究,2022,33(10):123-126.
- [3]李笑天,顾蔚蓉. 子痫前期防治的集束化管理建议[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2022,38(05):534-537.
- [4]钱莹. 基于早期预警评分应用于子痫前期患者的效果[J]. 中国卫生标准管理,2022,13(02):166-170.
- [5]杨孜. 识子痫前期综合征病因关联再分类提升精准医疗之高度[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2022,38(01):13-17.
- [6]顾蔚蓉,李笑天. 子痫前期的预测和预警[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2021,37(11):1087-1092.
- [7]王伽略,杨孜. 子痫前期发生和发展过程中的预防[J]. 中华产科学急救电子杂志,2021,10(03):133-137.
- [8]张燕萍,周容. 重度子痫前期严重并发症的预警与管理[J]. 中国计划生育和妇产科,2021,13(02):15-18.
- [9]刘力,张敬蕊,张含,侯晓琳,李瑶,罗茜茜. 血清生长停滞特异性蛋白 6c.834+7C>A 单核苷酸多态性与重度子痫前期风险增加的相关性[J]. 实用医学杂志,2020,36(02):195-199+205.