参考文献:

[1] Chiu S N, Wu M H, Lin M T, *et al*. Acquired coronary artery fistula after open heart surgery for congenital heart disease [J]. Int J Cardiol, 2005, 103(2): 187 - 192.

[2] Dorros G, Thota V, Ramireddy K, *et al*. Catheter-based techniques for closure of coronary fistulae[J]. Catheter Cardiovasc Interv, 1999, 46(2): 143 - 150.

[3] Song Z Y, Shu M Q, Hu H Y, *et al*. Clinical efficiency and safety analysis of transcatheter interventional therapy for compound congenital cardiovascular abnormalities [J]. Clin Cardiol, 2007, 30(10): 518 - 521.

[4] Fiarresga A J, Martins S, Fereira R C, *et al*. Coronary artery fistulas to the right ventricle following heart transplantation[J]. Rev Port Cardiol, 2003, 22(12): 1523 - 1525.

[5] Dahiya R, Copeland J, Butman S M. Myocardial ischemia and congestive heart failure from a left main to coronary sinus fistula[J]. Cardiol Rev, 2004, 12(1): 59 - 62.

[6] Armsby L R, Keane J F, Sherwood M C, *et al*. Management of coronary artery fistulae. Patient selection and results of transcatheter closure [J]. J Am Coll Cardiol, 2002, 39(6): 1026 - 1032.

[7] 曾 筝, 戴汝平, 蒋世良, 等. 先天性心脏病冠状动脉瘘的介入治疗[J]. 中华放射学杂志, 1997, 31(2): 392 - 395.

[8] 张玉顺, 朱鲜阳, 张 军. 先天性心脏病介入治疗与超声诊断进展[M]. 西安: 世界图书出版公司, 2005: 230 - 236.

(编辑 邓强庭)

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2008)04-0350-01

妊娠合并重度血小板减少症的临床研究

俞丽丽,李 力,易 萍,曾婷婷,喻其林 (第三军医大学大坪医院野战外科研究所妇产科,重庆 400042)

妊娠合并重度血小板减少症可导致产后出血、胎死宫内及新生儿颅内出血等,对母婴存在潜在的危险[1]。目前对血小板计数 $<50\times10^9$/L 的孕妇的处理尚有争议。对我院2002年6月至2006年6月收治的16例妊娠合并重度血小板减少患者进行回顾性研究,探讨妊娠合并重度血小板减少症的原因及临床处理,使临床医师能恰当地评估该病的风险,实施针对性治疗,减少不必要的干预。

1 资料与方法

2002年6月至2006年6月在我院产科分娩的孕妇中血小板计数 $<50\times10^9$/L 者16例,平均年龄28.13岁,孕 24^{+5} ~ 40^{+4}周,初产妇14例,经产妇2例。其中7例进行了骨髓象检查,所有病例的凝血象均正常,仅1例有出血症状。

按入院时血小板计数将16例患者分为3组,$<10\times10^9$/L 为A组1例,$(10\sim30)\times10^9$/L 为B组3例,$(31\sim50)\times10^9$/L 为C组12例。

2 结果

2.1 发病情况

妊娠合并重度血小板减少的发生率为0.46 %。其中12例血小板计数为 $(31\sim50)\times10^9$/L,3例血小板计数为 $(10\sim30)\times10^9$/L,1例血小板计数 $<10\times10^9$/L。

2.2 病因

16例妊娠合并重度血小板减少的原因最常见为妊娠性血小板减少(GT),共11例。其余病因依次为特发性血小板减少性紫癜(ITP)4例,妊娠肝内胆汁淤积综合征(ICP)1例。A组1例为ITP,B组2例为ITP,1例为GT。

2.3 孕期及分娩期处理方法

经糖皮质激素治疗4例,其中A组的1例在孕中期开始间断口服强的松15~60 mg/d,另外3例均在分娩前冲击治疗:地塞米松10 mg静推,1次/d,2~5 d。3例在孕期口服升血小板中成药,其余病例未进行特殊治疗。

2.4 分娩方式及麻醉方式

经阴道分娩2例,其中B组1例发生阴道壁血肿;剖宫产14例,2例全身麻醉,3例局部麻醉+静脉全身麻醉,8例持续硬膜外麻醉,1例腰硬联合麻醉。9例椎管内麻醉均在C组,无一例并发症发生。

2.5 产后出血量

16例中3例发生产后出血,其中A组1例(1/1),B组1例(1/3),C组1例(1/12)。A组1例血小板计数仅为 $(1\sim2)\times10^9$/L,而产后出血仅630 ml;B组1例因在阴道分娩后出现阴道壁血肿,产后出血800 ml;C组1例因合并子宫黏膜下平滑肌瘤,产后出血800 ml。16例中有9例于剖宫产术中或术后输注新鲜或冰冻血小板1 U,未输注血小板的7例除因阴道壁血肿发生产后出血1例外,其余6例(C组)均未发生产后出血。

2.6 新生儿血小板计数

共有10例行脐带血或外周血血小板计数,仅A组1例新生儿为重度血小板减少,其余9例新生儿血小板计数均正常。所有新生儿均存活,未发生出血并发症。

3 讨论

3.1 病因

妊娠合并血小板减少的原因[1,2]有GT、ITP、子痫前期、抗磷脂抗体综合征、系统性红斑狼疮、血栓性血小板减少性紫癜、

(下转354页)

作者简介:俞丽丽,女,江苏省无锡市人,博士研究生,主治医师,讲师,主要从事围产医学方面的研究,发表论文10余篇。电话:(023)68757720

通信作者:李 力,E-mail: xglili@mail.dph-fsi.com

收稿日期:2007-11-05;**修回日期**:2007-12-10

的直线上,表明上颌骨的位置或上颌腭骨部分异常以及颅面不平衡。上颌骨前部在直线之上通常见于开𬌗畸形,在直线之下见于深覆𬌗畸形。

本研究结果显示一部分重庆正常𬌗人群 F1、F4 直线有少量偏移以上正常标记点,但是均在 1.5 mm 以内,对于外观和功能无影响。

3.3 前牙区的结构特征

前牙分析包括研究上下切牙分别与腭平面和下颌平面的联系。Delaire 指出,上切牙与腭平面成角(110 ± 5)°,下切牙与下颌平面成角(90 ± 5)°,上下切牙成角(135 ± 5)°。重庆人与法国人这 3 项指标均有差异,提示重庆人相对法国人下颌稍后缩,下前牙较唇倾,提示重庆地区在应用该测量方法时候需要考虑前牙区的细微区别。

综上所述,本研究建立了 Delaire 头影测量方法重庆地区正常𬌗人群参考值范围,并比较了重庆地区正常𬌗人群与法国人之间的差异,为该方法的进一步临床推广应用提供了可靠的参考。

参考文献:

[1] 王 涛. Delaire 颅颌面整体平衡理论与正颌外科策略[J]. 中国口腔颌面外科杂志, 2005, 3(2): 155 - 158.

[2] Mercier J. Delaire's craniofacial architectural analysis. A reminder of the changes introduced by its designer in 1994[J]. Rev Stomatol Chir Maxillofac, 2000, 101(1): 12 - 16.

[3] Hong S X, Yi C K. A classification and characterization of skeletal class malocclusion on etio-pathogenic basis[J]. Int J Oral Maxillofac Surg, 2001, 30(4): 264 - 271.

[4] Nimeskern N, Comiti S, Gleizal A, *et al*. Is Delaire's cephalometric analysis flexible? A quantified study[J]. Rev Stomatol Chir Maxillofac, 2007, 108(2): 91 - 100.

[5] Delaire J. The "adaptive" development of the cranial base. A justification for early treatment of Class III discrepancies[J]. Rev Orthop Dento Faciale, 2003, 37(3): 243 - 265.

[6] 李晓智, 杨洪江, 温兴涛. 重庆地区正常𬌗少年头影测量 McNamara 分析及颅颌线距相关性[J]. 第二军医大学学报, 2003, 24(1): 96 - 98.

(编辑 王 红)

(上接 350 页)

脾功能亢进等疾病。文献报道妊娠合并血小板减少最常见的原因主要为 GT、ITP 和子痫前期。本组 16 例重度血小板减少症主要原因是 GT 和 ITP。

3.2 治疗

目前国内尚无明确的公认的治疗指南。英国 2003 年公布的《ITP 诊疗指南》[3] 推荐血小板计数 > 20×10^9/L 的无出血症状的孕妇无需治疗,除非临近分娩。治疗药物选择激素和丙种球蛋白。美国血液学学会[4] 提出 ITP 孕妇治疗指征为:血小板计数 < 10×10^9/L,孕中晚期血小板计数($10 \sim 30$) $\times 10^9$/L,血小板计数($10 \sim 30$) $\times 10^9$/L 伴出血倾向。治疗首选静脉滴注丙种球蛋白。笔者认为,因丙种球蛋白很昂贵,根据我国国情糖皮质激素应该是首选药物。关于治疗指征,笔者认为血小板计数 < 50×10^9/L 者在临近分娩前最好进行激素冲击治疗,可避免重度血小板减少症对分娩方式及麻醉方式带来的不必要的麻烦。

3.3 分娩方式

对于血小板计数 < 50×10^9/L 不伴有临床出血症状的孕妇采用经阴道分娩或剖宫产有较大的争议。英国 ITP 诊疗指南明确提出了分娩方式取决于产科指征。本资料显示 B 组中有 1 例阴道分娩后并发阴道壁血肿,因血肿位置深、暴露困难,导致缝合止血操作困难,C 组中除 1 例因子宫黏膜下肌瘤而发生产后出血外无一例发生母婴并发症,提示血小板计数 > 30×10^9/L 的重度血小板减少症如不伴有出血症状,应尽量阴道分娩,即以产科指征决定分娩方式。

3.4 麻醉方式

一般认为常规、简便、有效的椎管内阻滞麻醉不适用于重度血小板减少患者,麻醉医师只能选择静脉麻醉或全麻。然而这两种麻醉方法所用药物均可引起新生儿呼吸、循环不同程度的抑制。本资料 C 组有 9 例孕妇选择了椎管内麻醉[血小板计数为($41 \sim 50$) $\times 10^9$/L],并没有意外并发症发生,提示对于不伴有出血症状的重度血小板减少症孕妇实施椎管内阻滞麻醉的标准应重新认识。在没有公认的新规范之前,如果有手术指征的选择性剖宫产,在分娩前可采用激素冲击治疗以提升血小板数,并且应当由操作熟练的麻醉师实施椎管内阻滞麻醉。

3.5 对新生儿的影响

对于 GT 孕妇并未发现新生儿的血小板减少;ITP 孕妇的新生儿较易出现血小板减少,因 ITP 母体的血小板抗体可通过胎盘进入胎儿体内,使胎儿血小板破坏,出现血小板减少,发生颅内出血而死亡。本资料中仅 A 组 1 例 ITP 孕妇的新生儿发生血小板减少,所有新生儿均未发生颅内出血。因新生儿的血小板数一般在出生第 2 ~ 5 天下降最明显,新生儿颅内出血多发生在分娩后 24 ~ 48 h,所以 ITP 孕妇分娩的新生儿应在分娩后 5 d 内严密观察其血小板数及出血情况,以便及早发现及处理。

关键词: 妊娠;血小板减少;特发性血小板减少性紫癜

中图法分类号: R714.254 **文献标识码:** B

参考文献:

[1] Kam P C, Thompson S A, Liew A C. Thrombocytopenia in the parturient[J]. Anaesthesia, 2004, 59(3): 255 - 264.

[2] 桂 芹, 王 昱, 陈 晶, 等. 孕母血型抗体与新生儿 ABO 溶血病的关系研究[J]. 第三军医大学学报, 2007, 29(7): 632 - 634.

[3] British Committee for Standards in Haematology General Haematology Task Force. Guidelines for the investigation and management of idiopathic thrombocytopenic purpura in adults, children and in pregnancy[J]. Br J Haematol, 2003, 120(4): 574 - 596.

[4] The American Society of Hematology ITP Practice Guideline Panel. Diagnosis and treatment of idiopathic thrombocytopenic purpura: recommendations of the American Society of Hematology[J]. Ann Intern Med, 1997, 126(4): 319 - 326.

(编辑 龙 亮)