

76 例 Rh 阴性孕妇妊娠结局分析

李 丽

(南通市妇幼保健院妇产科,江苏 南通 226006)

[摘要] 目的:探讨 Rh 阴性孕妇妊娠结局及产后出血的处理。方法:对南通市妇幼保健院 2007 年 1 月~2012 年 1 月间住院分娩的 76 例 Rh 阴性孕妇临床资料进行回顾性分析,并随机抽取同期住院分娩的 76 例 Rh 阳性孕妇作对照,分析比较两组的妊娠结局。结果:Rh 阴性孕妇早产、低体质量儿、产后出血、剖宫产率、羊水粪染、新生儿窒息与对照组相比,差异无统计学意义($P > 0.05$),新生儿高胆红素血症发生率差异有统计学意义($P < 0.05$)。既往有生产史的 Rh 阴性孕妇致围生儿溶血病发生率高于首次妊娠者及仅有流产史者,差异有统计学意义($P < 0.05$);ABO 血型相合者较不相合者 Rh 血型抗体产生率高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:对 Rh 阴性孕妇应加强孕前、孕期管理和宣教,尽量减少无效妊娠,分娩时应做好备血,积极治疗,改善预后,降低孕产妇及围生儿病死率。

[关键词] Rh 阴性血型;妊娠结局;输血

[中图分类号] R722.18

[文献标识码] B

[文章编号] 1007-4368(2012)10-1439-03

Rh 血型系统有 D、E、C、c、e 5 种抗原,其中 D 抗原免疫原性最强^[1-2],在胎儿红细胞上发育完善,是引起新生儿溶血病的主要抗原,缺乏 D 抗原者也称为 Rh 阴性。Rh 血型不合者在胎儿期可发生严重溶血、严重贫血,可致胎儿全身水肿,甚至死胎。同时当 Rh 阴性孕产妇发生产后出血等危重情况需要输血时,因其血型稀少,常常给抢救带来极大的困难。本文回顾性分析 2007 年 1 月~2012 年 1 月本院住院分娩的 76 例 Rh 阴性孕妇,观察其妊娠结局及发生产后出血的处理,探讨如何保障 Rh 阴性血型孕产妇围产期及围生儿的安全。

1 对象和方法

1.1 对象

南通市妇幼保健院 2007 年 1 月至 2012 年 1 月住院分娩的 76 例 Rh 阴性孕妇作为研究组,并随机抽取同期住院分娩的 76 例 Rh 阳性孕妇作对照组,两组研究对象年龄相近,均排除患有其他严重妊娠合并症。

1.2 方法

对 Rh 阴性血型孕妇严密监测,定期进行 Rh 抗体效价筛查,抗体滴度的检测采用间接抗球蛋白实验(Coombs 实验),定期行 B 超检查测量胎儿心胸比例,胎盘厚度以及胎儿腹水情况,分娩后由新生儿科医生监测及观察新生儿出生后情况,必要时转新生儿科治疗。

1.3 统计学方法

应用 SPSS17.0 软件对临床资料进行数据统计分析,计量资料的比较采用 *t* 检验,计数资料的比较采用卡方检验或 Fisher 确切概率法, $P < 0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料

5 年住院分娩 21 320 例,其中 Rh 阴性 76 例,占 0.36%,其中 1 例为美籍白种人,1 例为塞尔维亚人,其余均为汉族;初产妇 61 例(80.26%),经产妇 15 例(19.74%);研究组中有 1 例为双胞胎。B 超产前检查有 1 例胎儿水肿合并胸水、腹水,发生胎死宫内。两组年龄、孕次、产次、孕周,差异无显著性($P > 0.05$,表 1)。

表 1 两组一般资料的比较

分组	年龄(岁)	孕次(次)	产次(次)	孕周(周)
研究组	26.92 ± 4.47	1.76 ± 1.09	1.20 ± 0.40	39 ⁺¹ ± 1 ⁺²
对照组	27.07 ± 4.43	1.61 ± 0.94	1.34 ± 0.50	39 ⁺³ ± 1 ⁺¹
<i>t</i> 值	0.201	0.155	1.958	0.250
<i>P</i> 值	0.841	0.341	0.052	0.398

2.2 研究组与对照组妊娠结局比较

两组孕妇产后无 1 例死亡。研究组产后出血 3 例,2 例输血,其中 1 例大出血发生 DIC、失血性休克行次全子宫切除术,输 Rh 阴性血 2 400 ml 获救。对照组产后出血 2 例,输血 1 例,输血 1 800 ml。

两组间早产、产后出血、剖宫产率、羊水粪染、新

生儿窒息、低体质量儿差异无统计学意义($P > 0.05$), 研究组新生儿高胆红素血症发生率明显高于对照组 ($P < 0.05$, 表 2)。

2.3 孕产次与围生儿溶血病的关系

研究组中首次妊娠者 41 例(53.94%), 孕期均未检出 Rh 血型抗体; 曾有流产史但无生产史者 21

例(27.63%), 其中有 1 例 Rh 血型抗体阳性并发生围生儿溶血病; 曾有早产或足月产史者 14 例(18.42%), 其中 5 例 Rh 血型抗体阳性并发生围生儿溶血病; 既往有生产史的 Rh 血型抗体阳性孕妇致围生儿溶血病发生率高于首次妊娠者及仅有流产史者($P < 0.05$)。

表 2 两组妊娠结局的比较 [n(%)]

分组	产后出血	早产	羊水粪染	剖宫产	新生儿高胆红素血症	新生儿窒息	低体质量	死胎
研究组	3(3.95)	2(2.63)	1(1.32)	48(63.16)	12(15.60)	2(2.60)	2(2.60)	1(1.32)
对照组	2(2.63)	2(2.63)	2(2.63)	43(56.58)	3(3.95)	1(1.32)	1(1.32)	0(0)
χ^2	-	-	-	0.685	5.991	-	-	-
P	1.000	1.000	1.000	0.408	0.014	1.000	1.000	1.000

-: 为 Fisher 确切概率法。

2.4 ABO 血型与 Rh 阴性抗体产生关系

76 例 Rh 阴性组中有 20 例孕妇血型为 O 型而同时合并有母儿 ABO 血型不相合, 其中有 1 例孕妇 Rh 血型抗体为阳性(5.0%), 56 例母儿 ABO 血型相合, 其中有 17 例 Rh 血型抗体为阳性 (30.36%)。ABO 血型相合者较 ABO 血型不相合者 Rh 血型抗体产生率高($P < 0.05$, 表 3)。

表 3 Rh 抗体产生与母儿 ABO 血型的关系 (n)

	Rh 抗体阴性	Rh 抗体阳性	合计
ABO 相合	39	17	56
ABO 不相合	19	1	20
合计	56	20	76

ABO 血型相合与不相合组 Rh 抗体比较, $\chi^2 = 3.933, P = 0.047$ 。

2.5 Rh 阴性组新生儿结局

研究组中 2 例新生儿血型为 Rh 阴性, 其余均为阳性。1 例为死胎, 其余新生儿均存活。6 例新生儿分娩后转新生儿病房, 经换血和(或)输血及光照治疗后, 预后均良好。

3 讨论

Rh 血型系统是人类最复杂的系统, 也是除 ABO 血型外临床最重要的血型系统。Rh 阴性的频率在种族中有很大差别, 在白种人群中约占 15%^[3], 美国非洲人种中约占 7%~8%, 而在中国汉族人群约占 4%。近 5 年来本院共收治 Rh 阴性血型孕妇 76 例, 占孕妇总数的 0.36%, 与相关文献基本一致^[4]。Rh 阴性血型孕妇容易出现胎儿或新生儿溶血病, 病程急, 病情严重, 少数婴儿甚至在成年后出现手足徐动症等远期神经系统症状, 危害严重, Cannon 等^[5]研究得出 Rh 免疫溶血与成年后精神分裂症密切相关。本研究 76 例 Rh 阴性血型孕妇中, 有 12

例发生新生儿高胆红素血症, 发病率达 15.79%, 显著高于对照组。

Rh 血型不合时, 胎儿从父方遗传来不同于母方的血型抗原, 刺激母体产生 Rh 抗体, 此抗体经胎盘进入胎儿体内, 与胎儿红细胞上的抗原结合发生溶血, 由于机体初次被抗原致敏的时间较长, 且自然界中极少存在 Rh 抗原, 这种反应主要发生在 Rh 阴性孕妇再次妊娠 Rh 阳性胎儿时, 极少发生在第一胎。

有文献显示, 妊娠早期母体循环中胎儿红细胞的出现率为 7%, 晚期可达 30%^[6], 所以 Rh 阴性女性在孕期抗体效价并非固定不变。随着妊娠次数的增加以及妊娠时间的延长, 胎儿红细胞进入母体逐渐增加, 孕妇产生 Rh 抗体的概率增大, 抗体效价也呈增高趋势^[3,7]。本研究资料显示 Rh 阴性孕妇曾有分娩史者血型抗体阳性率高于仅有流产史及首次妊娠者。故 Rh 阴性妇女应有计划地怀孕, 尽量减少妊娠次数, 如必须终止妊娠时, 也应尽量在妊娠早期, 以减少孕妇血循环中抗体的产生。

孕妇体内 Rh 抗体的产生, 与母儿之间 ABO 血型是否相合有较大的关系。本组资料研究组中母儿 ABO 血型不相合者与相合者比较, 前者比后者 Rh 抗体阳性率低, 可见母儿 ABO 血型不合对 Rh 系统免疫有一定的保护作用^[8-9]。原因可能是, 母儿 ABO 血型不合者, 胎儿红细胞进母体血液循环, 首先受到抗 A 和(或)抗 B 抗体的破坏, 无法有效刺激母体产生 Rh 抗体。本资料仅分析了 ABO 血型与 Rh 抗体阳性率的关系, 并未涉及 ABO 血型抗体与 Rh 血型抗体滴度的相关性研究, 是否两种血型抗体滴度呈负相关, 尚待扩大样本, 进一步开展临床研究。

产后出血是孕产妇死亡的第一因素, Rh 阴性血型血源稀缺, 输血的问题大大增加了抢救的难度。有

学者认为对于 Rh 阴性孕妇,不论有无产后出血高危因素,均给予常规备血,以保证紧急情况下的血源和输血安全问题^[4],但此种方法可能造成血源浪费。可建议对筛查出的 Rh 阴性孕妇告知稀有血型的基本知识并进行其亲属血型筛查,节约备血时间。本文 76 例 Rh 阴性血型孕妇中,有 2 例发生产后出血,其中 1 例输注 Rh 阴性同型血 2 400 ml 及血浆 800 ml 获救,其中即输注其母亲血 400 ml。自体输血也是一种选择,有文献报道储存式自体输血在 Rh 阴性血型孕妇中的应用取得了很好的效果^[10],但尚存在争议,需行更多临床研究。关于 Rh 阴性血输注其他血液成分是否必须遵循 Rh 相符合的原则,也存在争议,目前的共识是,对于妊娠期妇女、新生儿及儿童,建议输同型血成分,若出现大出血,同型血不能满足需要时,应尽可能输配血相合的 Rh 阳性血,而不应盲目等待而错失良机。

[参考文献]

[1] 周建月,杨海燕. Rh 阴性孕妇血型不规则抗体检测的临床意义[J]. 广西医学,2010,32(10):1221-1222
[2] 吴凡,庄乃保,邵超鹏,等. 45 例有生育史 Rh 阴性妇女抗-D 抗体和 RHD 基因分析[J]. 广东医学,2010,31(18):2359-2362

[3] 郑萍,蔡莉,何其瑞,等. 与丈夫血型不合 O 型和 RhD 阴性孕妇产前 IgG 抗体检测结果分析 [J]. 中华实用诊断与治疗杂志,2011,25(9):897-898
[4] 张春玉,江元,钟惠珍. RH 阴性血型孕妇产后出血的处理[J]. 中国妇幼保健,2011,26(14):2105-2108
[5] Cannon M, Jones PB, Murray RM. Obstetric complications and schizophrenia: historical and meta-analytic review [J]. Am J Psychiatry, 2002, 159(7): 1080-1192
[6] 刘舒鑫,姚若进,朱欣. 50 例 RH 阴性血型孕妇的妊娠结局分析[J]. 实用妇产科杂志,2008,24(11):685-687
[7] 魏素梅,曾蔚越,徐爱群. 112 例 RH 阴性孕妇妊娠结局分析[J]. 四川大学学报(医学版),2007,38(4):750-752
[8] Nasser F, Mamouri GA, Babaei H. Intravenous immunoglobulin in ABO and RH hemolytic diseases of newborn [J]. Saudi Med J, 2006, 27(12): 1827-1830
[9] David M, Smidt J, Chen FCK, et al. Risk factors for fetal-to-maternal transfusion in Rh-D-negative women-results of a prospective study on 942 women [J]. J Perinat Med, 2004, 32(3): 254-257
[10] Rouse DJ, Macpherson C, Landon M, et al. Blood transfusion and cesarean delivery [J]. Obstet Gynecol, 2006, 108(4): 891-897

[收稿日期] 2012-03-03

欢迎投稿 欢迎订閱