

母婴 Rh 血型不合的产前诊断及处理 (附 4 例分析)

附属妇产科医院产科 胡翠华

母婴血型不合可致流产、死胎、胎儿水肿、高胆红素血症、核黄疸等,对新生儿造成威胁。为提高对 Rh 溶血病的认识,现将本院自 1989 年以来所见的 Rh 溶血病 4 例报道分析如下。

1 临床资料

1.1 例 1:王××,33 岁,住院号 146838,因停经 21 周,自觉无胎动半个月,于 1989 年 12 月 4 日来院求诊,经检查发现腹部异常增大,未听到胎心,B 超检查提示胎儿有胸水、死胎。拟诊晚期难免流产。生育史 2-0-4-1,现存一儿为痴呆,曾 4 次难免流产。入院时宫高 23cm,腹围 82cm。血液检查肝、肾功能及凝血功能均正常范围。入院第 4 天行羊膜腔雷凡诺尔引产,次日完全流产,胎盘自娩,外观完整。产后阴道出血量多,经刮宫检查无宫腔内残留,出现休克,经抢救、输血、升压、强心等治疗后血压仍然不回升,5h 后出现高热、皮肤黄染及进行性无尿,经静滴抗生素体温渐降,但黄疸加深。复查 Rh(-),血清测抗人球蛋白试验(+),抗体凝集效价 1:32,确诊为 Rh 溶血病。经二次血液透析输入 Rh(-)血 800ml,血压回升、阴道出血停止,肾功能恢复,尿量增多,住院半月痊愈出院。

1.2 例 2:陈××,30 岁,住院号 161406,因停经 29 周,自觉腹部迅速增大一周,于 1991 年 5 月 15 日来院就诊。检查腹围异常增大(94cm),B 超提示胎儿有胸水、腹水,胎心良,拟诊孕 29 周活胎,胎儿畸形。生育史 1-0-

1-0,第一胎足月死胎,第二胎孕 6 个月胎儿水肿、活胎,误诊胎儿畸形引产,新生儿死亡。本次妊娠又发现胎儿水肿,胎心存,腹部异常增大,宫高 30cm、腹围 94cm。孕妇血压正常,心电图示窦性心动过速,血肝功能 S-GPT>200u,为寻找胎儿水肿的原因,测母血为 Rh(-),父 Rh(+),母血清中测得 IgG 抗 D 抗体(+),木瓜酶试验(+),Coombs 氏试验(+),诊断 Rh 溶血。静滴复方氨基酸、地塞米松,护肝并促胎儿肺成熟,口服鲁米那。二周后孕妇因羊水过多不能平卧,胎儿腹水增加合并体表水肿,于孕 31 周行子宫下段剖宫产术。术中见羊水量 1300ml,胎盘 40×36×25 cm²;新生儿全身水肿、腹水,重 3700g,无外表畸形,Apgar 评分:1 分钟得 3 分,5 分钟得 0 分。新生儿于产后 5 分钟死亡。产妇于产后 10 天健康出院。

1.3 例 3:倪××,32 岁,住院号 163344。因停经 36⁺周,胎心消失一天,于 1991 年 7 月 25 日入院。生育史 2-2-0-1。二次因新生儿黄疸死亡。本次孕早期已确诊为 Rh 溶血病,IgG 抗 D 抗体 1:32,孕期一直服中药茵陈蒿汤,入院前 3 天胎动消失。入院后检查宫高 31cm,腹围 92cm,未听到胎心。肝功能正常。诊断为孕 36⁺周 Rh 溶血,死胎。行雷凡诺尔注入羊膜腔内引产,24h 后平产死婴,外表无畸形,产妇 5 天后健康出院。

1.4 例 4:袁××,40 岁,住院号 164894,因停经 33⁺周,近 2 周体重明显增加(每周增重 2kg),B 超示羊水过多,胎儿腹水。于 1991 年

9月26日入院。生育史2-0-2-1,曾足月平产新生儿窒息死亡1次,自然流产2次,现有一儿有药物性耳聋。住院检查宫高40cm,腹围103cm,胎心良,血压16/11kPa,下肢浮肿(+),余均正常。母血型为BRh(-),父ORh(+),羊水胎儿血型BRh(+).母血清木瓜酶试验(+),抗人球蛋白试验(+),IgG抗D抗体(+),确诊为Rh溶血病。抽出羊水三次,注入地塞米松每日每次10mg共三次,抽出胎儿腹水2次。孕妇口服茵陈蒿汤及鲁米那。2周后再一次羊水测胆红素低于50mg/L, L/S比值1.9:1,泡沫试验1:4(+),提示胎儿肺已成熟,但溶血严重,于孕35周行子宫下段剖宫产术,术中见新生儿腹水,外表无畸形,体重2600g, Apgar评分1分钟得3分,5分钟得10分。产后新生儿即送儿童医院治疗,经换Rh(-)血400ml,输鲜血4次共150ml,输白蛋白4次,口服鲁米那糖浆及照兰光退黄,住院一月痊愈出院。

2 讨论

2.1 产前应该注重查询孕妇的生育史及产时输血史。本文4例均有流产、胎儿内脏水肿史,例3还有新生儿黄疸死亡史。例1本次产后阴道出血休克,因忽视其多次难免流产史,未考虑由母儿血型不合而引起而误输Rh(+)血,及至出现输血后黄疸,再复查血型证实为Rh(-),由于及时治疗,抢救成功,应引为教训。例4新生儿被救活亦与产前明确诊断、产时及时治疗有关。

2.2 羊膜腔穿刺抽羊水作检查在诊断和处理上的价值 通过羊水检查:(1)了解胎儿血型,决定是否要换血;(2)从羊水中胆红素的含量来了解新生儿的溶血程度^[1]。王氏指出^[2]:孕36周羊水胆红素正常为3mg/L~6mg/L,若高于20mg/L,提示胎儿有严重溶

血,其诊断准确率可达94.4%。亦便于选择分娩时机,并可注入激素促使胎儿肺成熟。如例4,羊水胆红素40mg/L, L/S比值1.9:1,提示胎儿存有严重溶血及胎儿肺已成熟而及时剖宫产。术中抽脐血测定胆红素为850mg/L,提示羊水胆红素含量与胎儿溶血程度密切相关。产前羊水检查很有价值。

2.3 计划分娩及分娩方式的选择 计划分娩可避免胎儿宫内死亡或减轻受累程度。因孕期越长,母体抗体产生越多,对胎儿影响也越大。例3虽孕早期已确诊为Rh溶血病,因未计划分娩,孕36⁻²周胎心消失,若能提前收治或有挽救希望。例4孕35⁺周剖宫产并及早给新生儿换血而得救。有报道^[2]孕30至32周后行计划分娩,可以挽救60%胎儿免于宫内死亡。说明计划分娩和选择性剖宫产可以减少围产儿死亡。

2.4 新生儿治疗 要掌握以下三点原则:(1)处理高胆红素血症,预防核黄疸的发生;(2)纠正贫血以免发生心衰;(3)除去免疫抗体,阻止溶血继续发生。如例4,新生儿立即行换血,输白蛋白、鲜血及糖皮质激素,口服鲁米那糖浆及照兰光等综合治疗而获痊愈出院。据郑氏记载^[3]:Rh溶血者要注意母亲的Rh血型,若有IgG抗D阳性者必须输D阴性血,若抗E或抗C IgG阳性,则需输E或C阴性血。在新生儿治疗上换血是关键,一定要在分娩前先准备好Rh(-)血液400ml,分娩后立即换血,才可救新生儿生命。

参 考 文 献

1. 方凤鸿,等. 天津医药 1985;11(5):683
2. 王淑贞主编. 实用妇产科学. 第一版. 北京:人民卫生出版社出版,1989;279
3. 郑宝琴,等. 浙江医学 1987;4(9):14

(1992年6月4日收稿,同年11月修回)