

性和NK细胞的非MHC限制的杀瘤特点。

3.2 恶性肿瘤患者机体的免疫识别和免疫清除功能低下。细胞过继免疫治疗通过给患者提供现成的免疫力,达到抑制和杀伤癌细胞,清除手术、化疗、放疗后的微小转移灶,从而提高生活质量、延长生存期。

3.3 本研究应用化疗后输注CIK细胞治疗晚期恶性肿瘤,通常在化疗结束后2~4周进行CIK细胞输注,和单纯化疗相比较,能明显提高肿瘤缓解率,增加临床受益率,延长生存,改善症状,提高生活质量,具有统计学意义。和国内尹富华等报告的基本一致^[3]。也有学者报告,CIK细胞行肝动脉灌注,对抑制肝癌的复发转移具有重要作用,并有治疗后AFP下降,抗乙肝病毒的作用^[4]。可见,CIK过继免疫治疗确能提高和调节肿瘤患者的免疫功能、改善生活质量、延长生存期。

3.4 CIK细胞对肿瘤细胞有直接的杀伤作用,同时活化后可以产生大量的炎症细胞因子,不仅对肿瘤细胞有直接的抑制作用,还可通过调节机体免疫反

应性间接杀伤肿瘤细胞,即促进T细胞增殖、刺激NK细胞生长、增强杀瘤活性。本研究亦证实化疗联合免疫治疗能够提高缓解率,而且不增加化疗的毒副反应。

3.5 CIK细胞治疗肿瘤具有疗效肯定、安全、低毒的特点。但本研究样本量小,观察时间短,需进一步扩大样本量,总结经验,并且需要进一步研究CIK细胞疗法在术后辅助治疗中的价值,以及患者长期生存复发等方面的作用。

参考文献

- 1 孙燕,周际昌,主编.临床肿瘤内科手册[M].第4版.北京:人民卫生出版社,2004:107-113.
- 2 周际昌,主编.实用肿瘤内科学[M].第2版.北京:人民卫生出版社,2003:48,28-30.
- 3 尹富华,鲍锋,梁辉,等.肿瘤的CIK细胞过继免疫治疗观察及实验研究[J].辽宁中医药大学学报,2006,8(6):192-193.
- 4 周启明,吴沛宏,赵明,等.原发性肝癌经综合微创治疗后联合细胞因子诱导杀伤细胞灌注的近期疗效观察[J].癌症,2006,25(11):1414-1418.

[收稿日期 2009-05-15][本文编辑 韦挥德 刘京虹]

临床研究

33例重度子痫前期并发胎盘早剥的临床探讨

廖琪, 梁岚, 邹华, 施月秋

作者单位: 530021 南宁,广西壮族自治区人民医院妇产科

作者简介: 廖琪(1966-),女,大学本科,主治医师,研究方向:产科临床。E-mail: liaoqi@126.com

【摘要】 目的 探讨重度子痫前期并发胎盘早剥病例的临床发生情况。方法 回顾性分析2006-01~2008-12收治的胎盘早剥孕妇109例,其中将重度子痫前期并发胎盘早剥33例作为研究组;同期非重度子痫前期的胎盘早剥孕妇76例为对照组,比较两组孕妇及围产儿的最终结局。结果 研究组平均孕周为 (32.54 ± 2.11) 周,近90%产前无阴道出血症状或经B超检查可疑胎盘早剥;对照组平均孕周为 (37.62 ± 4.73) 周,产前以腹痛、阴道外出血为主要症状,两组差异有统计学意义($P < 0.05$),但两组分娩方式与产时并发症的发生无统计学意义($P > 0.05$)。围产儿死亡者研究组为9例,占25.7%,对照组为8例,占9.9%,两组差异亦有统计学意义($P < 0.05$)。结论 重度子痫前期是胎盘早剥的重要诱因,胎龄是影响围产儿结局的主要因素。严重并发症的发生与孕妇合并重度子痫前期无直接关系,重度子痫前期无典型症状的胎盘早剥更易引起严重的孕产妇及围产儿不良结局,应引起临床医师的警惕和重视。

【关键词】 重度子痫前期; 胎盘早剥

【中图分类号】 R 714.24 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-3806(2009)09-0922-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.09.12

A clinical analysis on 33 pregnant and lying-in women with severe pre-eclampsia complicated placental abruption LIAO Qi, LIANG Lan, WU Hua, et al. Department of Obstetrics and Gynecology, the People's Hospital of

Guangxi Zhuang Autonomous Region, Nanning 530021, China

[Abstract] **Objective** To investigate the clinical status of pregnant and parturient women with severe pre-eclampsia complicated placental abruption. **Methods** A retrospective analysis was performed in 109 cases with placental abruption in our hospital from January 2006 to December 2008, the study group were 33 pregnant and parturient women with severe pre-eclampsia complicated placental abruption, the control group were 76 cases with placental abruption. **Results** The average gestational weeks in study group was (32.54 ± 2.11) weeks, there were no antepartum colporrhagia or suspicious placental abruption in nearly 90% cases. The average gestational weeks in control group was (37.62 ± 4.73) weeks, the cardinal symptom was abdominal pain and external colporrhagia. There was significant difference between the two groups ($P < 0.05$), but there was no significant difference in occurrence of delivery style and complication between two groups ($P > 0.05$). The perinatal mortality in study group and control group were 25.7% (9 cases) and 9.9% (8 cases), respectively. There was significant difference between the two groups ($P < 0.05$). **Conclusion** Severe pre-eclampsia was important inducing cause of placental abruption, gestational age was main cause of affecting outcomes of perinatal infant. There is no direct relation between the occurrence of severe complications and severe pre-eclampsia in pregnant woman, Severe pre-eclampsia complicated asymptomatic placental abruption was more susceptible to cause severe adverse outcomes in pregnant and parturient women and perinatal infant, which should be vigilant and attached great importance.

[Key words] Severe pre-eclampsia; Placental abruption

妊娠期高血压疾病是妊娠期特有的疾病,是孕产妇和围产儿发病率及死亡率高的主要原因。重度子痫前期对胎盘的影响是血管痉挛导致胎盘灌注下降,若胎盘血管破裂可致胎盘早剥,严重时母儿均死亡。本文回顾分析了本院 2006-01~2008-12 收治的胎盘早剥孕妇的临床资料,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 资料来源 本院 2006-01~2008-12 收治的胎盘早剥孕妇共 109 例,其中将重度子痫前期并发胎盘早剥患者 33 例作为研究组;同期非重度子痫前期的胎盘早剥孕妇 76 例作为对照组,对两组患者资料进行回顾性分析,比较两组孕产妇及围产儿的最终结局。

1.2 诊断标准 按《妇产科学》第 6 版诊断标准进行诊断,本组 33 例和 76 例分别符合重度子痫前期和胎盘早剥的诊断。

1.3 统计学方法 计数资料组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学显著性意义。

2 结果

2.1 基本情况比较 研究组平均孕周为 (32.54 ± 2.11) 周,其中孕周 ≤ 33⁺⁶ 周者 16 例,34 周 ~ 36⁺⁶ 周者 11 例, ≥ 37 周者 6 例;对照组平均孕周为 (37.62 ± 4.73) 周,其中孕周 ≤ 33⁺⁶ 周者 5 例,34 周 ~ 36⁺⁶ 周者 22 例, ≥ 37 周者 54 例,两组差异有统计学显著性意义 ($P < 0.05$)。两组年龄无统计学显著性意义 ($P > 0.05$)。

2.2 产前出血症状与胎盘早剥分级的关系比较 研究组近 90% 的孕妇产前无阴道出血症状或经 B 超检查可疑胎盘早剥,只有极少数的人有腹痛、阴道外出血等典型胎盘早剥症状,而对照组则以腹痛、阴道外出血为主要症状,两组三者间差异有统计学显著性意义 ($P < 0.05$)。虽然大多数患者产后发现仅为轻度早剥,但少数重度早剥的发生则对孕产妇造成严重的后果,两组差异有统计学极显著意义 ($P < 0.01$)。见表 1。

表 1 两组胎盘早剥孕妇产前出血症状与早剥分级的关系比较 [n(%)]

组别	例数	产前阴道出血症状			早剥分级	
		无出血	显性出血	隐性出血	I	II ~ III
研究组	33	20 (60.6)	4 (12.1)	9 (27.3)	28 (84.8)	5 (15.5)
对照组	76	26 (34.2)	31 (40.8)	19 (25.0)	67 (88.2)	9 (11.8)
χ^2	-		9.734		14.229	
P	-		<0.05		<0.01	

2.3 两组胎盘早剥孕妇分娩方式和产时并发症的发生率比较 产后出血、子宫卒中、凝血异常均是严

重的产科并发症,两组间差异无统计学显著性意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表2 两组胎盘早剥孕妇分娩方式和产时并发症比较[n(%)]

组别	例数	分娩方式		并发症			
		剖宫产	阴道产	产后出血	子宫卒中	凝血异常	子宫切除
研究组	33	33(100.0)	0(0.0)	12(36.4)	5(15.2)	10(30.3)	0(0.0)
对照组	76	60(78.9)	16(21.1)	39(51.3)	8(10.5)	12(15.8)	2(2.6)
χ^2	-	0.619		4.739			
P	-	>0.05		>0.05			

2.4 两组新生儿情况及围产儿结局比较 109例胎盘早剥孕妇共有围产儿116例(双胎7例),两组新生儿窒息的发生率差异无统计学显著性意义($P>0.05$)。研究组围产儿死亡9例,占25.7%,其中死胎2例;对照组围产儿死亡8例,占9.9%,死胎4例,其中1例双胎一死一活,活胎于产后5d因感染死亡,围产儿死亡两组差异有统计学显著性意义($P<0.05$)。见表3。

表3 两组胎盘早剥新生儿窒息及围产儿结局对比[n(%)]

组别	例数	新生儿窒息		围产儿死亡
		轻度	重度	
研究组	35	9(25.7)	6(17.1)	9(25.7)
对照组	81	16(19.8)	7(8.6)	8(9.9)
χ^2	-	0.369		4.446
P	-	>0.05		<0.05

3 讨论

3.1 重度子痫前期并发胎盘早剥的病理变化 其主要病理变化是重度子痫前期孕妇全身小血管痉挛,全身各系统各脏器灌流减少导致多器官系统的病理性损伤,且病理基础的改变发生在临床症状出现之前^[1],特别是未足月的重度子痫前期,在保守期待治疗的过程中,降压药的使用在降低血压的同时也降低重要器官的血流量,特别是子宫胎盘血流量^[2],硫酸镁的解痉作用再加上孕妇体内内源性血管舒张因子的合成和释放减少、血管内皮素的产生增多等因素,使脆弱的胎盘血管破裂,胎盘底蜕膜出血,形成血肿,使胎盘从附着处分离导致早剥,直接的后果是胎儿生长受限、早产、低出生体重儿、小于孕龄儿发生率增加^[3],甚至胎死宫内,伴有较高的孕产妇和围产儿病死率。本研究重度子痫前期并发胎盘早剥组中 $\leq 33^{+6}$ 孕周病例占48.5%(16/33), <37 孕周病例占81.8%(27/33),平均孕周(32.54 ± 2.11)周,围产儿死亡明显高于非重度子

痫前期胎盘早剥组,与国内陈蕾^[4]认为胎龄是影响围生儿结局的主要因素一致。

3.2 重度子痫前期并发胎盘早剥的诊断及并发症防治 突然发生的持续性腹痛和阴道异常出血是胎盘早剥的典型症状,但无典型临床症状的隐性早剥易被忽视并可能造成误诊。重度子痫前期孕妇由于疾病发生早,血管改变病程长,以慢性、小量出血为特征,因此,无腹痛及阴道出血症状者,应行B超检查以便及时诊断。对非重度子痫前期孕妇因胎盘早剥发生孕周较晚,或因外伤、脐带、子宫致静脉压突然升高可表现有明显的阴道出血症状,或虽无出血症状,但因已临近孕足月临产,产程监护过程中出现产程和胎心异常者应及时终止妊娠。对重度子痫前期孕妇,应每日监测胎心率、胎动次数;每日或隔日行无负荷试验(NST);每周进行1次B超检测胎儿双顶径、股骨长度及羊水量。另外,行脐动脉血流检测S/D比值或B超检测胎盘厚度的变化是早期发现和诊断胎盘早剥的可行措施^[5]。一旦高度疑诊或确诊重型胎盘早剥,及时终止妊娠是抢救母婴生命的关键,剖宫产是主要选择手段。

参考文献

1 杨孜,王伽略,黄萍,等.重度子痫前期临床发病类型及特点与围产结局的关系[J].中华妇产科杂志,2006,41(5):305.
2 刘兴会,主编.产科临床热点[M].北京:人民军医出版社,2008:97.
3 Hielt AK, Brown HL, Britton KA. Outcome of infants delivered between 24 and 28 weeks' gestation in women with severe pre-eclampsia[J]. J Matern Fetal Med,2001,10(5):301-304.
4 陈蕾,杨孜.早发型重度子痫前期早产婴儿存活影响因素分析[J].中国妇产科临床杂志,2008,9(6):420-423.
5 廖琪,施月秋.早发型重度子痫前期37例临床分析[J].广西医学,2007,29(5):700-701.

[收稿日期 2009-05-12][本文编辑 宋卓孙 黄晓红]