

• 经验交流 •

孕期 ABO 血型不合的治疗分析

浙江医科大学附属妇产科医院 林树侯 田中立

母子血型不合属高危妊娠范畴，常引起流产、早产、死胎、死产或新生儿死亡。本病临床常见有 Rh 型和 ABO 血型不合两大类，我国以 ABO 血型不合为多见，由于病情较 Rh 型轻，危害性较小，临床上常被忽视，但严重病例仍可发生胎儿或新生儿死亡。我们从 1982 年 6 月～1985 年 9 月，用中西医结合方法治疗孕期 ABO 血型不合 32 例，效果尚好，报告如下。

一 般 资 料

一、孕妇年龄：24～37 岁，其中 26～30 岁 21 例。

二、既往妊娠分娩史及婴儿存活数：32 例孕妇，以往共妊娠 82 次（流产 36 次、早产 24 次、足月死胎 13 次、新生儿死亡 9 次），最多 1 例妊娠 6 次，就诊前无 1 例获得活婴。

三、孕期检查

1. 血型检查：32 例均作夫妇血型检查，孕妇 O 型血 31 例，A 型血 1 例；丈夫 A 型血 11 例，B 型血 18 例，AB 型血 3 例。

2. 血清学检查：全部病例在孕中、晚期时作血清学检查，最少 1 次，最多 8 次。最高抗体效价 1:256 者 5 例（抗 A 2 例、抗 B 3 例），1:512 者 6 例（抗 A 2 例、抗 B 4 例），1:1024 者 10 例（抗 A 3 例、抗 B 7 例），1:2048 者 4 例（均为抗 B），1:4096 者 4 例（抗 A 2 例、抗 B 2 例），1:8192 者 2 例（抗 A 2 例），1:16384 者 1 例（抗 B）。

3. 其它检查：能预报 ABO 血型不合的直角坐标图中显示，属第 3 区者 11 人，属第 4 区者 20 人，不详者 1 人。母子血型不合时，存在于母体血清中的不完全抗体能通过胎盘进入胎儿体内，故测定孕妇血清中不完全抗体及其效价，对估计胎儿预后具有临床意义。为此，本组在血清学检查的同时，作盐水凝集试验、木瓜酶试验、抗人球蛋白试验，全部病例均为阴性，夫妇 Rh 均为阴性。对 9 例 ABO 血型不合高度可疑者，作羊膜腔穿刺，抽取羊水测定胎儿血型。其中 1 例为非分泌型，无法测定，另 1 例为 O 型，与母同型，余 7 例均与父同型。

治 疗 方 法

32 例孕妇均给予中药茵陈蒿汤加减治疗。处方：茵陈 30g，桑寄生 15g，杜仲 12g，黄芩、焦山栀、川断、当归、白芍各 10g，1 日 1 剂，水煎分 2 次口服，孕期全程服用；同时口服维生素 E，每次 10mg，1 日 3 次；叶酸，每次 10mg，1 日 3 次。妊娠晚期间歇吸氧，并提前住院，加强孕期监护，一旦发现危象，立即适时分娩，并做好新生儿的抢救工作。

结 果

32 例孕妇共娩出婴儿 32 名，其中活婴 28 名。22 名婴儿未出现黄疸或仅轻度黄疸，6 名出现严重黄疸（均经血清学检查证实为 ABO 溶血症），给人体白蛋白、激素、退黄合剂（维生素 C 50mg、鲁米那 5mg）等治疗而愈。死亡 4 例中，除 1 例妊娠 7+ 个月死胎，死因不明外（院外分娩），余均为畸形死胎。本组无 1 例新生儿需要换血。

32 例孕妇，治疗后 24 例复查抗体效价，与治前比较上升者 8 例，下降者 13 例，不变者 3 例。

讨 论

一、关于发病机理的认识：在 ABO 血型不合中，大多数孕妇血型为 O 型，胎儿血型为 A 型或 B 型或 AB 型，因此，当孕妇是 O 型，丈夫是 A 型或 B 型或 AB 型血时，就有发生本病的可能。

二、关于诊断问题：近年来随着对本病警惕性的提高，以及诊断技术的改进，本病的检出率亦逐步提高。因此，凡有流产、早产、死胎、死产或新生儿死亡等异常孕产史的孕妇，应注意是否存在本病的可能。首先检查夫妇双方的血型。当双方的血型不同，特别是女方为 O 型时，应进一步检查血清抗体，可作为预报新生儿溶血症的一项指标。赵桐茂提出 IgG 抗 A(B) ≥ 64 可能使 ABO 血型不合的婴儿受损^①，还认为预报新生儿溶血症的直角坐标图的第 1、2 区为正常婴儿，第 3 区为中等度新生儿溶血症，第 4 区为严重新生儿溶血症^②。本组病例 IgG 抗 A(B) 效价均在 1:256 以上，最高为 1:16384，直角坐标图全部在 3 区以上，由此可见，本组病例的病情相对较重。有条件的地方，妊娠 16 周以后作一次羊膜腔穿刺

术,用羊水测定胎儿血型。若胎儿血型与父同,则可提示本病的可能;若与母同型,则可排除本病。我院曾对9例ABO血型不合可疑的孕妇作过羊水血型测定,其中1例与母同型,娩出婴儿无异常发现,7例与父同型,娩出婴儿血型与羊水预测相符。

三、关于治疗问题:孕期存在ABO血型不合,如何使胎儿免受影响,目前尚无有效办法。岛田信宏采用巴比妥类药物用于预产期前两周预防新生儿溶血症⁽³⁾。本组病例因有流产史,需要妊娠早期治疗,故采用中西药综合治疗。本方茵陈、黄芩、焦山栀清热利湿;当归、白芍有改善子宫血液循环的作用,具有养血功能;桑寄生、川断、杜仲为补肾安胎要药。有学者通过动物血凝抑制试验及凝集吸收抑制试验,初步认为茵陈、黄芩等含有A(B)血型物质,可在胎儿

体内与红细胞竞争抗体,减低A(B)抗体对A(B)红细胞的凝集力,从而保护胎儿。本组32例孕妇,无1例发生流产,婴儿存活率为88.1%,证实本方对胎儿确有保护作用。此外,从本组病例来看,抗体效价高低与胎儿受损程度并不一致,经本方治疗后,抗体效价有升有降或保持不变,可见本方无降抗体的作用,因此我们认为孕前不必为降抗体而进行无效的治疗。

参 考 文 献

1. 赵桐茂. ABO 新生儿溶血症血清学检查. 新医学 1976; 7(9):246.
2. 赵桐茂. 母亲IgG抗A(B)抗体的滴定预报新生儿溶血症的探讨. 上海医学 1982; 5(10):573.
3. 岛田信宏, 他. 前回高ビリルビン血症新生儿. 围产期医学 1982; 12:1241.

经皮穿刺外引流法配合中药治疗胰腺假性囊肿 3 例

河北省怀来县医院 唐宝山

手术治疗胰腺假性囊肿操作复杂,创伤较大,出血和并发症较多,甚至遗留瘘管或逆行感染。我们采用经皮穿刺外引流法配合中药治疗无感染胰腺假性囊肿3例,报告于下。

临床资料 患者男2例,女1例;年龄15~65岁。囊肿形成原因:脾破裂合并胰腺尾部挫伤2例,于伤后10天和2个月发病;胰腺炎后1个半月发病1例。诊断依据:(1)上腹部钝伤或胰腺炎后上腹部囊性包块;(2)尿淀粉酶(温氏法)增高(1例尿淀粉酶为256u,2例囊内液尿淀粉酶值分别为1024、4096u);(3)X线钡餐造影胃大弯侧常受压变形或将胃体部向右前方推移。

方法与结果 (1)经皮穿刺置管外引流术:经B型超声波扫描明确胰腺区液性暗区径线大小、囊肿壁厚薄及与周围器官的关系,并选定距体表最近的穿刺点。在选定的最佳穿刺点处作局部浸润麻醉,用套管针穿刺进入囊肿后置入F14号导尿管即可,逐日记录引流液量。(2)内服中药煎剂:此证系瘀血与痰饮搏结中脘,形成“积”或“癥”,脉象弦缓或弦滑,舌质红,苔白厚或黄。治宜祛瘀散积,健脾化痰,取沈氏血癥丸随症加减,每日1剂,水煎300ml分2次服。自引流后服22~54剂,囊肿全部消失,经3~11年随访均健在无复发。

典型病例 李××,女,65岁。于2个月前上腹部突发剧烈疼痛,呕吐频繁,不能进食,诊断“急性

胰腺炎”,经治好转,半个月后复发一次。近半个月左上腹憋胀有包块,进食减少,有时呕吐。左上腹肋弓下可触及12×10cm大小囊性包块,质中等硬,光滑,活动度差,轻压痛。B型超声波扫描在胰腺尾部有15×13×10cm大小液性暗区,囊壁较薄。X线钡餐胃大弯受压,胃体部被推向右前方。血红蛋白9g,白细胞13900,尿淀粉酶16u。诊断为胰腺尾部假性囊肿。在B超引导下经皮穿刺置F14号导尿管,引流出褐色液体1000ml,测尿淀粉酶1024u。引流液初为每天200~250ml,7天后不足50ml,35天后引流液消失,40天拔管。B超扫描仍有6×5cm大小液性暗区。脉象弦滑,舌红尖部有红点,苔白厚,治以活血化瘀,软坚散结。当归12g 赤芍12g 桃仁12g 川芎10g 红花10g 三棱12g 莪术12g 大贝母10g 花粉12g 枳壳12g 白花蛇舌草30g,水煎服10剂。100天后B超扫描检查,囊肿完全消失,随访3年无复发。

讨 论 (1)应用经皮穿刺外引流治疗胰腺假性囊肿是由传统的外引流术简化而成的,在B超引导下选择最佳穿刺点,引流畅通且囊液不外漏,不会发生腹膜炎。不必等待囊壁增厚,可争取及早引流。(2)配合活血、化痰中药能调节改善局部血流量和微循环功能,改善毛细血管通透性,减少囊内渗出液,刺激吞噬细胞功能,加速囊肿组织的吸收愈合过程。活血药多有抗菌消炎作用,可防止逆行性感染。