文章编号:2095-1116(2014)03-0298-02

妊娠期高血压危险因素病例对照分析

李巧云,邱贵华
(南华大学附属第三医院妇产科,湖南 衡阳 421900)

摘 要: **目的** 研究妊娠期高血压发生的危险因素,为预防和控制其发生提供参考。 **方法** 回顾性选取本院住院并诊断为妊娠期高血压的孕产妇作为病例组,选择同期住院的健康孕产妇作为对照组,分析影响妊娠高血压发生的影响因素。 **结果** 单因素分析比较发现,年龄≥35 岁(OR=2.22,95% CI:1.07~2.98)、孕前体质指数(BMI)≥28 kg/m^2(OR=1.66,95% CI:1.23~2.65)、流产次数≥2 次(OR=1.71,95% CI:1.24~2.71)和高血压家族史(OR=1.88,95% CI:1.22~3.31)是妊娠高血压发生的危险因素;多因素 Logistic 回归模型分析发现,年龄≥35 岁(OR=2.224,95% CI:1.356~3.237)、流产次数(OR=1.308,95% CI:1.025~1.914)、高血压家族史(OR=1.774,95% CI:1.312~3.669)和孕前 BMI≥28 kg/m^2(OR=1.698,95% CI:1.234~2.564)为妊娠高血压发生的危险因素。 **结论** 高龄、孕期超重、高血压家族史是妊娠高血压发生的危险因素,针对重点人群应该加强控制,预防妊娠高血压的发生。

关键词: 妊娠高血压; 危险因素; 病例对照
中图分类号:R714.246 **文献标识码:**A

妊娠期高血压疾病在全世界的发病率都较高,每年超过 500 000 例孕产妇死于该病,并且大多数发生于发展中国家[1-2]。大约有 10% ~20% 的妊娠高血压发展为子痫前期[3],子痫前期增加了孕产妇的死亡风险,妊娠高血压在发达国家发生率是 1.8%,发展中国家是 14%[4-6],也是导致孕产妇和胎儿死亡的主要原因之一。当前妊娠高血压产生的机制和影响因素比较复杂,国内外还没有一个统一的观点。本研究以本科室妊娠期高血压患者为研究对象,分析影响妊娠期高血压产生的危险因素,为筛查和重点保护对象,预防、控制妊娠高血压疾病的发生提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性选取本院 2010 年 1 月 ~2013 年 1 月住院分娩的 96 例妊娠高血压患者为病例组,选取同期住院的健康孕产妇 96 例作为对照组。病例组年龄 31.0±8.9 岁(20~42 岁),对照组年龄 32.0±9.4 岁(20~41 岁)。纳入标准:(1)病例组明确诊断为妊娠期高血压[2],对照组为正常孕妇;(2)两组患者及家属具有较好的配合度,能够配合完成本次调查;(3)排除患者合并发生其它恶性疾病。

1.2 观察指标

收集患者年龄、身高、体重、孕次、流产次数、高血压家族史、是否早产、孕期情绪(以患者的主观感受为主)等情况,并进行分析比较。

1.3 统计学方法

数据采用 SPSS 16.0 统计软件进行分析,单因素比较采用单因素 Logistic 回归分析,多因素分析采用多元 Logistic 回归分析,$P<0.05$ 为差异有显著性。

2 结 果

2.1 妊娠高血压危险因素的单因素分析

把年龄、孕前体质指数(BMI)、孕次、流产次数、高血压史、早产、孕期情绪睡眠质量以及饮食习惯分别纳入回归模型进行单因素分析比较发现,年龄≥35 岁、孕前体质指数(BMI)≥28 kg/m^2、流产次数≥2 次和高血压家族史是妊娠高血压发生的危险因素;而饮食习惯与睡眠质量与妊娠高血压发生无显著相关。具体见表 1。

收稿日期:2013-09-27
作者简介:李巧云,本科,主治医师,研究方向:妇产科常见病与多发病的诊断与治疗,E-mail:285346234@qq.com. 通讯作者邱贵华,本科,主任医师,研究方向:妇产科常见病与多发病的诊断与治疗,E-mail:5645033@qq.com.

表 1 妊娠高血压危险因素的单因素分析

影响因素		病例组(例)	对照组(例)	OR 值	95% CI	*P* 值
年龄(岁)	< 35 岁	62	74	2.22	1.07 ~ 2.98	<0.05
	≥35 岁	34	22			
高血压家族史	否	60	75	1.88	1.22 ~ 3.31	<0.05
	是	36	21			
孕次	1 次	40	44	1.13	0.79 ~ 1.94	<0.05
	2 次	30	31			
	≥3 次	26	21			
流产次数	0 次	56	70	1.71	1.24 ~ 2.71	<0.05
	1 次	25	14			
	≥2 次	15	12			
孕前 BMI	< 28 kg/m^2	15	26	1.66	1.23 ~ 2.65	<0.05
	≥28 kg/m^2	81	70			
睡眠时间	< 8 h	75	40	1.55	0.84 ~ 2.88	>0.05
	≥8 h	21	56			
饮食习惯	高蛋白食品	46	52	1.23	0.75 ~ 2.34	>0.05
	低蛋白食品	50	44			

2.2 妊娠高血压危险因素的多元 Logistic 回归模型

把单因素分析有统计学意义的因素纳入多因素 Logistic 回归模型分析发现,年龄≥35 岁、流产次数、高血压家族史和孕前 BMI≥28 kg/m^2 为妊娠高血压发生的危险因素,具体见表 2。

表 2 妊娠高血压危险因素的多元 Logistic 回归模型

影响因素	B	S. E.	Wald	P	OR	95% CI
年龄	0.755	0.232	7.712	0.010	2.224	1.356 ~ 3.237
高血压家族史	0.444	0.211	3.79	0.038	1.774	1.312 ~ 3.669
流产次数	0.574	0.256	4.731	0.017	1.308	1.025 ~ 1.914
孕前 BMI	0.612	0.188	5.567	0.018	1.698	1.234 ~ 2.564

3 讨 论

妊娠高血压是指妊娠期首次出现高血压,收缩压≥140 mmHg 和(或)舒张压≥90 mmHg,于产后 12 周内恢复正常,尿蛋白阴性,产后方可确诊,少数患者可伴有上腹部不适或血小板减少。按发病基础、脏器损害程度将妊娠期高血压疾病分为 5 类,即妊娠期高血压、子痫前期、子痫、慢性高血压伴子痫前期、慢性高血压。导致妊娠高血压产生的因素是复杂的[7],目前尚未定论,其中包括免疫学说、肾素-血管紧张素-醛固酮学说、遗传学说、血管内皮损伤学说等。

本研究从流行病的角度出发,通过对妊娠期高血压疾病可能发生的危险因素进行 Logistic 回归分析,发现产前肥胖与妊娠高血压的发生明显相关,与其它研究结果一致[8-9],研究显示,产前肥胖与巨大胎儿的发生率相关[9],提示,产前肥胖不仅是妊娠期高血压疾病发生的独立危险因素,而且也与异常妊娠的发生相关。高龄是妊娠期高血压疾病发生的独立危险因素。Suzuki 等[11]发现年龄≥35 岁在单胎妊娠中与子痫前期的发生率明显相关。Favilli 等[12]报道年龄≥40 岁的孕妇与妊娠高血压综合症和妊娠糖尿病的发生相关。本研究亦显示高龄与妊娠高血压的发生相关,与上述文献结果相符。Ganesh 等[13]发现慢性高血压病史、糖尿病史、肾病史以及高血压家族史是子痫前期发生的重要独立影响因素。本研究通过 Logistic 回归分析发现高血压家族史与妊娠高血压的发生明显相关,提示妊娠期高血压疾病可能具有一定的家族遗传性。

总之,妊娠高血压对产妇的健康有极大的危害,积极研究和探讨其危险因素,针对危险因素筛查和干预重点人群,对降低其危害性具有十分重要的意义。

(下转第 324 页)

（上接第 299 页）

参考文献：

[1] Delahaije DH, van Kuijk SM, Dirksen CD, et al. Cost-effectiveness of recurrence risk guided care versus care as usual in women who suffered from early-onset preeclampsia including HELLP syndrome in their previous pregnancy (the PreCare study) [J]. BMC Pregnancy Childbirth, 2010, 10(1): 60.

[2] Ghulmiyyah L, Sibai B. Maternal mortality from preeclampsia/eclampsia [J]. Semin Perinatol, 2012, 36(1): 56-59.

[3] Davis GK, Mackenzie C, Brown MA, et al. Predicting transformation from gestational hypertension to preeclampsia in clinical practice: a possible role for 24 hour ambulatory blood pressure monitoring [J]. Hypertens Pregnancy, 2007, 26(1): 77-87.

[4] Bodnar LM, Catov JM, Roberts JM. Racial/ethnic differences in the monthly variation of preeclampsia incidence [J]. Am J Obstet Gynecol, 2007, 196(4): 324-325.

[5] Cripe SM, O'Brien W, Gelaye B, et al. Perinatal outcomes of Southeast Asians with pregnancies complicated by gestational diabetes mellitus or preeclampsia [J]. J Immigr Minor Health, 2012, 14(5): 747-753.

[6] Barton JR, Sibai BM. Prediction and prevention of recurrent preeclampsia [J]. Obstet Gynecol, 2008, 112(2 Pt 1): 359-372.

[7] 刘映舜，牛秀敏，陈叙. 妊娠特发及相关性疾病诊治 [M]. 上海：第二军医大学出版社，2005：1-11.

[8] Sebire NJ, Jolly M, Harris JP, et al. Maternal obesity and pregnancy outcome: a study of 287 213 pregnancies in London [J]. Int J Obes Relat Metab Discord, 2001, 25: 1175-1182.

[9] Weiss JL, Malone FD, Emig D, et al. FASTER research consortium. Obesity, obstetric complications and cesarean delivery rate—a population-based screening study [J]. Am J Obstet Gynecol, 2004, 190(4): 1091-1097.

[10] Lu GC, Rouse DJ, DuBard M, et al. The effect of the increasing prevalence of maternal obesity on perinatal morbidity [J]. Am J Obstet Gynecol, 2001, 185(6): 845-849.

[11] Suzuki S, Igarashi M. Risk factors for preeclampsia in Japanese twin pregnancies: comparison with those in singleton pregnancies [J]. Arch Gynecol Obstet, 2009, 280(3): 389-393.

[12] Favilli A, Pericoli S, Acanfora MM, et al. Pregnancy outcome in women aged 40 years or more [J]. J Matern Fetal Neonatal Med, 2012, 25(8): 1260-1263.

[13] Ganesh KS, Unnikrishnan B, Nagaraj K, et al. Determinants of Pre-eclampsia: A Case-control Study in a District Hospital in South India [J]. Indian J Community Med, 2010, 35(4): 502-505

（此文编辑：朱雯霞）