

· 临床研究 ·

未足月胎膜早破 365 例临床分析

梁碧秀, 李 莉, 刘菊莲

(重庆市妇幼保健院 400013)

摘要:目的 探讨未足月胎膜早破的临床特征和治疗策略。方法 回顾性分析重庆市妇幼保健院 2003 年 1 月至 2008 年 12 月收治的未足月胎膜早破患者 365 例的临床资料, 总结其临床特征及围产结局。结果 未足月胎膜早破的发病率是 2%; 发生未足月胎膜早破的相关因素依次是感染、子宫张力高、胎位异常等; 其围产儿并发症以早产、胎儿窘迫、RDS 为主; 其围产儿结局与孕周直接相关。结论 针对未足月胎膜早破的发生的相关因素采取相应的临床处理, 增加孕期保健, 综合治疗, 可减少母儿病率, 改善早产儿预后。

关键词: 未足月胎膜早破; 围产儿

中图分类号: R714.433

文献标识码: A

文章编号: 1671-8348(2009)24-3070-02

A clinical analysis on 365 cases of premature rupture of membranes

LIANG Bi-xiu, LI Li, LIU Ju-lian

(Chongqing Maternal and Child Health Hospital, Chongqing 400013, China)

Abstract: Objective To explore the clinical characteristics and treatment strategies in preterm premature rupture of membranes. **Methods** The clinical data of 365 cases of preterm premature rupture of membranes from January 2003 to December 2008 in our hospital were retrospectively analyzed. The characteristics and perinatal outcomes were summarized. **Results** The incidence rate of preterm premature rupture of membranes was 2%. The relative factors developing preterm premature rupture of membranes were in turn infection, high tension of uterus and abnormal fetal position. The perinatal complications were mainly preterm, fetal distress and RDS. The perinatal outcomes were directly related to the gestational weeks. **Conclusion** According to the relative factors leading to preterm premature rupture of membranes, adopting the relative clinical treatment, strengthening the gestational health and comprehensive treatment may reduce the morbidity of maternal and newborn and improve the prognosis of preterm neonates.

Key words: preterm premature rupture of membranes; perinatal newborn

胎膜早破 (preterm premature rupture of membranes, PROM) 是指胎膜在临产前自然破裂, 是围产期常见并发症, 而未足月胎膜早破 (PPROM) 是指妊娠未满 37 周前胎膜在临产前自然破裂, 易导致母婴一系列并发症, 对孕妇易导致宫内感染, 产后出血, 胎盘早剥, 难产, 剖宫产率增加等风险, 对胎儿可导致早产, 胎儿窘迫, 脐带脱垂, 胎儿宫内感染, 新生儿窒息, 颅内出血等风险, 严重影响新生儿预后, 增加孕产妇病率及围产儿病率, 适当正确处理 PPROM 是减少母儿病率的关键, 本文将本院 2003 年 1 月至 2008 年 12 月 PPROM 病例 365 例进行分析报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 患者平均 (30±3) 岁, 经产妇 112 例, 初产妇 253 例, 其中 28~34 周为 124 例, 34⁺¹~36⁺⁶ 周为 241 例, 其中 28~34 周占 PPROM 的 33.97%。回顾性分析重庆市妇幼保健院 2003 年 1 月至 2008 年 12 月收治的未足月胎膜早破患者 365 例的临床资料, 总结其临床特征及围产结局

1.2 PPROM 的诊断 孕期满 28 周而未满 37 周, 胎膜在临产前自然破裂的病例可诊断为 PPROM, 诊断依据: (1) 孕妇自感阴道内突然大量液体流出, 以后持续或间断流液; (2) 窥阴器检查见阴道后穹窿有羊水池; (3) 阴道分泌物 pH≥7; (4) 阴道液涂片可见羊齿状结晶; (5) B 超检查前羊膜囊消失, 羊水量持

续性减少, 或羊水指数 (AFI) < 3cm。

2 结果

2.1 发生胎膜早破原因 见表 1。

2.2 治疗情况 本院具体治疗方案如下: (1) 入院后卧床休息, 左侧卧位, 抬高臀部, 以期增加羊水重新积累和胎膜重新封闭的机会, 保持会阴清洁卫生, 避免不必要的盆腔检查以减少宫内感染机会; (2) 严密监护孕妇体温、脉搏、血象、羊水性状、胎心, 定期查孕妇血常规, CRP, 定期 B 超了解胎儿相关情况, 胎儿 NST 监护; (3) 小于或等于 34 周 PPROM 取阴道分泌物涂片检查及培养加药敏试验, 指导下一步用药; (4) 抑制宫缩治疗: 选用硫酸镁、安宝; (5) 小于或等于 34 周排除感染后予以地塞米松促胎肺成熟治疗, 地塞米松 5mg im bid 共 2d; (6) 同时积极促进胎儿生长发育治疗; (7) 破膜 12h 常规使用抗生素, 一般选用青霉素类抗生素, 时间不宜超过 7d; (8) 一旦出现感染征象, 加强抗感染同时尽快终止妊娠。经积极期待治疗, 孕周平均延长 (7±3)d, 最长者达 20d。

2.3 分娩方式 阴道分娩 178 例, 剖宫产 187 例, 其中臀位 26 例、感染 22 例、胎儿窘迫 29 例、双胎 6 例、其他有指征手术 25 例, 要求手术 79 例。

2.4 PPROM 与妊娠结局 见表 2。

表 1 PPROM 的相关因素

| 破裂因素 | n(%) |
|--|------------|
| 生殖道感染(阴道分泌物涂片或培养阳性,羊水异味,血象、体温升高除外其他感染) | 115(31.50) |
| 羊膜腔压力增高(双胎,三胎,羊水过多) | 99(27.12) |
| 胎膜受力不均(臀位,横位,头盆不称) | 57(15.61) |
| 外伤、性交 | 27(7.39) |
| 子宫畸形 | 15(4.10) |
| 宫颈机能不全 | 7(1.91) |
| 其他因素 | 45(12.32) |

表 2 PPROM 与妊娠结局[n(%)]

| 孕周 | n | 宫内感染 | 产后出血 | RDS | 新生儿肺炎 | 新生儿颅内出血 | 围生儿死亡 |
|------------------------------------|-----|-----------|----------|-----------|-----------|---------|----------|
| 28~34 | 124 | 18(14.51) | 11(8.87) | 16(12.90) | 14(11.29) | 7(5.64) | 11(8.87) |
| 34 ⁺¹ ~36 ⁺⁶ | 241 | 4(1.65) | 5(2.07) | 8(3.31) | 10(4.14) | 4(1.65) | 1(0.41) |
| P | | ≤0.01 | ≤0.01 | ≤0.01 | ≤0.01 | ≤0.01 | ≤0.01 |

3 讨 论

3.1 早产胎膜早破,尤其是小于或等于 34 周 PPROM 主要病因是感染,其次是羊膜腔压力升高,胎膜受力不均,性交,外伤等原因,本文收集病例中有 115 例合并生殖道感染,占 31.50%,根据本院的阴道分泌物涂片及培养结果,其致病菌依次是大肠杆菌、链球菌、阴道滴虫、淋球菌等。妊娠期存在于阴道内的条件致病菌及致病菌可由阴道、宫颈上行感染,累及胎膜,引起胎膜的局部感染引起羊膜炎,使局部张力下降而破裂,积极治疗妊娠期生殖道感染对于预防 PPROM 至关重要^[1-2]。双胎,三胎及羊水过多导致羊膜腔压力升高而造成胎膜早破,本院由于辅助生殖技术成熟,双胎乃至三胎均有增多趋势,本组资料中三者占 27.12%。因此加强孕期保健指导,积极治疗孕期下生殖道感染,建议孕妇平衡膳食,补充维生素及微量元素,孕晚期避免性交、外伤,宫颈机能不全者在孕中期行宫颈缝扎术等综合治疗对降低 PPROM 的发生率有重要意义。

3.2 小于或等于 34 周 PPROM 的治疗 PROM 尤其小于或等于 34 周者可导致一系列严重并发症,危及母儿生命,并随着胎膜破裂的时间延长出现并发症的机会增多,孕周越小围生儿预后越差,临床处理难度越大^[3-4]。本组资料显示小于或等于 34 周 PPROM 母亲宫内感染,产后出血及胎儿早产,胎儿窘迫,新生儿 RDS,颅内出血,新生儿肺炎及围生儿死亡率均明显高于大于或等于 34 周组。另外,由于胎膜早破导致的胎盘早剥,脐带脱垂危及母儿生命病例未在统计之列,小于或等于 34 周早产儿预后差,死亡率高,大于 34 周早产儿预后相对较好,正确的治疗小于或等于 34 周 PPROM,在保障母亲安全的情况下,尽量延长孕周至 34 周后对改善早产儿预后有重要作用。

3.3 分娩方式的选择 适时终止妊娠及选择合适的分娩方式是避免孕产妇不良结局及改善早产儿预后的关键。本组资料显示大于 34 周早产儿发生 RDS 及颅内出血相对较低,分娩方式可依据足月的选择原则。对于小于或等于 34 周者应该综合评估母儿情况后作决定,原则上先积极期待疗法,分娩方式可以根据宫颈成熟度,孕周,是否合并感染以及当地新生儿科的水平决定,本组资料根据孕周和本院新生儿水平决定分娩方式,结合本院新生儿治疗水平较高优势,考虑 28~32 周胎肺已有一定成熟度,阴道分娩,胎头受挤后易造成大脑镰、脑幕撕裂导致颅内出血,放宽剖宫产指征,32~34 周阴道分娩危害性较 32 周前明显降低,征求孕妇及家属意见适当放宽剖宫产指征,手术终止妊娠。

参考文献:

[1] 李玮,漆红波. 未足月胎膜早破的研究进展[J]. 中华围产医学杂志,2005,8(1):57.
 [2] 蔡查清. 未足月胎膜早破 256 例临床分析[J]. 中华现代妇产科杂志,2006,3(11):39.
 [3] Shaarawy M, EL-Minawi AM. Prolactin and calcitropic hormones in preterm premature of membraness [J]. Int Gynecol Obstet, 2004, 84: 200.
 [4] 徐建平,王彦林,徐玉苑. 未足月胎膜早破并发早产分娩方式分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2003, 19(8): 495.

(收稿日期:2009-06-05)

启 事

《重庆医学》拟开设博士生专栏,此专栏专为各院(校)博士生服务,本刊将开设绿色通道。欢迎全国医学院校博士生投稿。本刊收稿网址: <http://cqyx.journalserv.com>, 投稿后注明:博士生专栏文章。

《重庆医学》编辑部