

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2017.25.026

文章编号: 1005-8982(2017)25-0123-03

临床报道

40 例无生机的未足月胎膜早破成功治疗体会

何佳英

(浙江中医药大学附属广兴医院,浙江 杭州 310006)

摘要: **目的** 探讨成功保胎的 40 例 <23 周无生机的未足月胎膜早破的治疗体会。**方法** 选取 2003 年 1 月 -2015 年 1 月在该院就诊 12~23 周无生机未足月胎膜早破(PPROM)成功保胎者 40 例。入组患者均排除宫口已扩张、宫颈机能不全、子宫畸形、已明确诊断宫内感染者及继续妊娠危及母婴生命的严重并发症患者。明确诊断入组后予常规阴道病原微生物培养,根据药物敏感性选择抗生素治疗及宫缩抑制剂治疗,动态监测感染指标及 B 超宫内胎儿情况。**结果** 40 例中 33 例均在 2 周内胎膜早破愈合,6 例在 4 周内愈合,1 例至孕 36 周末愈合。28~34 周早产 5 例,34~36 周早产 9 例,36 周以后分娩者 26 例。羊水培养 1 例大肠杆菌阳性,胎盘病理检查有 11 例有不同程度中性粒细胞浸润。随访 40 例新生儿至今均无明显不良预后。**结论** 无生机的未足月胎膜早破,须综合分析病情充分估计期待治疗或立即终止妊娠的利弊,患者充分知情理解选择下积极治疗,对部分无生机的早胎膜早破保胎治疗仍有一定可行性。

关键词: 无生机的未足月胎膜早破;抗生素;宫缩抑制剂;妊娠结局

中图分类号: R714.21

文献标识码: B

未足月胎膜早破(preterm premature rupture of the membranes,PPROM)是指妊娠不足 37 周胎膜在临产前发生自发性破裂。根据孕周大小又将 <23 周的 PPROM 称为无生机的 PPROM,PPROM 发生率为 2%~4%^[1],可作为早孕的直接影响因素,30%~40%的早产与 PPROM 有关^[2]。PPROM 妊娠结局与破膜时孕周有关,孕周越小,围生儿预后越差,PPROM 孕妇中只有 7.7%~9.7%的胎膜破口能够自然愈合,而持续阴道流液的孕妇,60%在 7 d 内启动分娩。由于羊膜腔处于与外界相通的状态和羊水持续渗漏,PPROM 不仅可导致羊水过少,羊膜腔内感染,还可能引起流产、早产、胎儿畸形、围产儿病死率增加。而无生机的 PPROM,由于胎儿需继续妊娠数周才能获得生存可能,花费巨大,早产儿不良结局发生率尤其高,且母儿感染风险大,多主张不宜继续妊娠,但也要个体化处理,应和产妇充分沟通期待治疗和终止妊娠的利弊,并且包括对早产儿结局的客观评估来决定终止妊娠或期待治疗(特殊情况)。本研究探讨 2003 年 1 月 -2015 年 1 月在本院成功保胎的 40 例 <23 周前无生机儿的 PPROM 的临床治疗体会。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2003 年 1 月 -2015 年 1 月在浙江中医药大学附属广兴医院就诊 12~23 周无生机的 PPROM 成功保胎者 40 例。最大年龄 38 岁,最小 22 岁,平均年龄 27 岁;双胎 8 例,单胎 32 例;12~16 周 22 例,16~20 周 13 例,20~23 周 5 例。破水量从阴道窥视肉眼未见流液但胰岛素样生长因子结合蛋白-1(IGFBP-1)测试阳性至阴道多量流液不等。入组前均详细告知无生机的 PPROM 的风险,签署同意后坚决要求保胎,入组患者均排除宫口已扩张、宫颈机能不全、子宫畸形,已明确诊断宫内感染者及继续妊娠危及母婴生命的严重并发症患者。入组者入院后行阴道分泌物常规检测,支原体、衣原体、淋球菌、B 族链球菌(GBS)培养,其中支原体感染 21 例,衣原体 5 例,淋球菌 2 例,阴道加德纳菌 4 例,GBS 10 例,阴性 4 例,3 例支原体合并衣原体感染,1 例衣原体合并淋球菌感染。住院期间予抬高臀部,卧床休息,会阴护理,避免肛查和阴道指检,超声动态监测羊水量和胎儿状况,每天监测体温,腹部体征,每 3

天复查血常规、凝血功能、血 C 反应蛋白、血沉,警惕有无胎盘早剥及羊膜腔感染征像。每治疗 1 周再评估胎膜早破与否。

1.2 诊断依据

患者自觉突然有不能控制的阴道流液,腹压增加时更加明显,量多少及持续时间不等,阴道窥视时见液体自宫颈流出或阴道后穹窿有含胎脂积液;硝嗪试纸阴道液 pH 值测定;宫颈阴道分泌物涂片干燥后显微镜下检查羊齿状结晶;对有疑问者,可通过测定宫颈-阴道分泌物中的胎儿纤维结合素 (fFN)、胰岛素样生长因子结合蛋白-1 (IGFBP-1) 等方法予以确诊。

1.3 治疗方法

1.3.1 抗生素的使用 根据阴道分泌物培养结果选取孕期可以用的抗生素静脉滴注治疗 7 d,如检查为 B 族链球菌感染 (GBS) 使用磺苄西林,淋球菌感染使用头孢曲松,支原体、衣原体、厌氧菌感染可使用阿奇霉素、甲硝唑等。40 例中 6 例细菌培养全阴性,也常规使用磺苄西林预防感染。根据动态监测的感染指标在患者充分知情选择下可以予第 2 周期抗生素治疗 7 d。

1.3.2 子宫收缩抑制剂治疗 均预防性应用宫缩抑制剂,20 周前短期间断使用硫酸镁静脉滴注 1 周及黄体酮抑制宫缩,>20 周者予安宝针静脉滴注保胎。输液及维生素 C 针治疗,监测胎儿羊水情况。

2 结果

40 例成功保胎者中 33 例均在 2 周内胎膜早破愈合,6 例到 4 周内愈合,1 例持至孕 36 周终止妊娠时仍未愈合。28~34 周早产 5 例,34~36 周早产 9 例,36 周以后分娩者 26 例。早产原因胎儿窘迫 6 例,早产临产 3 例,羊水过少持续 2 周者 2 例,胎盘早剥 2 例,宫内感染 1 例。羊水培养 1 例大肠杆菌阳性,胎盘病理检查有 11 例有不同程度中性粒细胞浸润。随访 40 例新生儿至今均无明显不良预后。

3 讨论

对于无生机儿的 PPROM 的处理一直存在着诸多矛盾。积极终止妊娠还是保胎的矛盾,若积极终止妊娠,可能导致流产及相关性并发症,甚至不孕可能;而保胎治疗,又可导致严重的宫内感染甚至羊膜腔感染、脐带事件、胎儿宫内窘迫、早产、新生儿肺透明膜病变、神经系统病变及胎盘早剥等,从而导致孕

产妇感染率与围产儿病死率上升,甚至危及母亲的安全,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]。但无论孕周大小,明确诊断的宫内感染、胎儿窘迫、胎盘早剥等不适合继续妊娠者均须立即终止妊娠,本病案中即有 6 例因不适合继续妊娠而提早医学干预终止妊娠。

本研究入组 40 例患者均为 <23 周胎膜破裂,阴道流液量从临床未见但实验室检查阳性至阴道多量流液不等,阴道宫颈分泌物培养阳性率 85% (34/40),与文献所说的胎膜早破 80% 与感染有关基本接近。积极进行抗感染治疗或预防性抗生素治疗对稳定患者生殖道感染及扩散具有重要意义,可降低新生儿感染的发生率,延长患者的孕周^[5-6]。破膜时间越长越增加宫腔感染的机会(特别是超过 72 h),破膜超过 24 h 抗生素的应用也不能完全防止宫内感染的发生^[7],对于未足月胎膜早破患者 6 h 内未分娩的患者应进行预防性抗生素治疗,选择口服及静脉滴注的方式,但治疗时间不可超过 7 d^[8-9]。因为感染包括阴道特异性与非特异性感染及全身感染,与 PPROM 有关的微生物种类也很多,故应结合药物敏感实验和阴道培养结果选择适宜的抗生素进行治疗,一般均认为用药首选青霉素、头孢霉素、B 内酰胺类等对胎儿毒性小的药物,上述药过敏者可选择红霉素或克林霉素^[10]。对于感染的微生物不明确的患者,主张给予预防性应用广谱抗生素。

临床上用宫缩抑制剂治疗 PPROM,其目的就是延长孕周,多数文献报道只能暂时抑制宫缩 48 h~10 d,并不能很好起到延迟分娩作用,但本研究 40 例患者均间断周期使用宫缩抑制剂,预后均可。但使用子宫收缩抑制剂需注意对孕妇及胎儿的带来的副作用,使用前提是:①对药物无禁忌;②无延长妊娠的禁忌;③胎儿健康并可继续妊娠。PPROM 发生后,早产往往不可避免,故应立即使用宫缩抑制剂,而不应等到出现宫缩后才使用。对于胎膜已破者,发生胎膜早破时有时已合并绒毛膜羊膜炎,盲目使用宫缩抑制剂可能使炎症加重,危及母胎生命。故使用宫缩抑制剂过程中,应密切监护母胎情况,权衡利弊,选择最适时机终止妊娠,提高新生儿存活率,同时减少并发症^[11]。近年来有文献报道^[12]维生素 C 被证实能有效地预防胎膜早破的发生,本研究也同时使用维生素 C 针治疗。

终止妊娠指征:①宫内感染。典型的宫内感染不难诊断,一些无症状的宫内感染包括:红细胞沉积率升高 $>60 \text{ mm/h}$, 孕妇外周血白细胞计数 $>15 \times 10^9/\text{L}$, C 反应蛋白高于正常 30%以上, 宫颈黏液 C 反应蛋白 $>800 \text{ ng/ml}$, 羊水或血性分泌物细菌培养阳性, 无负荷实验无反应, 胎儿生物物理监测低评分, 胎心率 $>160 \text{ 次/min}$, S/D 比值超过正常的 15%。②出现危及孕妇健康的疾病时, 如胎盘早剥、大出血、心肺疾病、栓塞等。③如羊水持续泄漏, 可致羊水过少, 羊水过少 >2 周可导致胎肺发育不全和胎儿畸形, 一旦出现持续性羊水过少应在 2 周内即应终止妊娠。④连续监测中出现宫内感染、脐带脱垂、胎儿窘迫或产程发动无法抑制征像, 无论孕周大小, 均应及时终止妊娠。本文入组病例胎儿窘迫 6 例, 早产临产 3 例, 羊水过少持续 2 周者 2 例, 胎盘早剥 2 例, 宫内感染 1 例, 均行医学干预及时终止妊娠。

综上所述, 发生无生机儿 PPRM, 对母婴有极高的危险, 治疗中不仅要考虑胎儿成熟, 而且要警惕感染发生, 在预防感染, 密切监护胎儿的前提下, 须综合分析病情充分估计期待治疗或立即终止妊娠的利弊, 患者知情理解充分选择下积极治疗, 对部分无生机儿的早胎膜早破保胎治疗仍有一定可行性。

参 考 文 献:

- [1] CAUGHEY A B, ROBINSON J N, NORWITZ E R. Contemporary di-agnosis and management of preterm premature rupture of membranes[J]. Rev Obstet Gynecol, 2008, 1(1): 11-22.
- [2] 乐杰. 妇产科学[M]. 第 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 145.
- [3] SHAARAWY M, EL-MINAWI A M. Prolactin and calcitropic hormones in preterm premature of membraness [J]. Int Gyneol 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.
- [5] 李金枝. 足月前胎膜早破 108 例分析[J]. 中外医学研究, 2009, 7(9): 62.
- [6] 刘芳, 漆洪波. 早产胎膜早破的治疗[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2008, 24(5): 343-345.
- [7] 黄谱, 苟文丽. 未足月胎膜早破促肺成熟治疗[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2006, 22(6): 409-411.
- [8] 宋美兰, 贾艳艳. 妊娠晚期未足月胎膜早破 208 例临床分析 [J]. 华中科技大学学报(医学版), 2011, 40(4): 486-489.
- [9] 靳瑾, 张燕, 王志坚, 等. 胎膜早破伴新生儿感染的高危因素分析及其临床意义[J]. 南方医科大学学报, 2011, 31(3): 465-468.
- [10] SEGEL S Y, MILES A M, CLOTHIER B, et al. Duration of antibiotic therapy after preterm premature rupture of fetal membranes[J]. Am J Obstet Gynecol, 2003, 189: 799-802.
- [11] 漆洪波, 吴味辛. 重视未足月胎膜早破的研究[J]. 中华妇产科学杂志, 2006, 41(1): 3-6.
- [12] 刘禄斌, 刘菊莲, 张华, 等. 未足月胎膜早破的临床治疗: 终止妊娠还是保胎[J]. 中国妇幼临床医学杂志, 2008, 4(3): 224-227.

(张蕾 编辑)