

- 2013,28(4):657-658.
- 应丹,孙妍.超声、X线和CT检查子宫内节育器异位的对比分析[J].医学影像学杂志,2014,9(8):1452.
  - 赵红利,龚钿,徐曦,等.42例节育器异位诊疗分析[J].中国医药科学,2014,9(16):194.
  - Graupera B, Hereter L, Pascual MA.Normal and abnormal images of intrauterine devices: Role of three-dimensional sonography[J].Clin Ultrasound, 2012, 40 (7): 433-438.
  - 沈小玲,吕国荣,吴淑芬,等.三维超声自由解剖成像新技术在诊断胎儿唇腭裂中的应用[J].中华超声影像学杂志,2016,25(2):155-158.
  - 张红彬,栗河舟,李洁.三维阴超联合断层成像技术在节育器位置异常中的应用[J].中国妇幼保健,2015,30(26):4495-4496.

(收稿日期 2018-12-12)

(本文编辑 蔡华波)

## ·经验交流·

## 早发型胎膜早破孕妇不同终止妊娠时机与分娩方式对母婴预后的影响

谢锦肖

胎膜早破是妊娠期的一个并发症,在临床较为常见,指孕妇胎膜在临产前自然破裂,如果其在妊娠37周前发生,则称为早发型胎膜早破<sup>[1]</sup>。其通常情况下会引发早产,增加胎儿窘迫、新生儿窒息等风险。只有准确把握终止妊娠的时机,选取合适的分娩方式,才能切实有效地改善母体及胎儿预后。本次研究比较了早发型胎膜早破孕妇不同终止妊娠时机与分娩方式对母婴预后的改善效果。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 随机选取2015年5月至2018年5月温岭市妇幼保健院收治的早发型胎膜早破孕妇400例,年龄37~53岁,平均(45.31±7.50)岁;孕周29~36周,平均(35.71±1.42)周;经产妇370例、初产妇30例;所有孕产妇均符合早发型胎膜早破的诊断标准<sup>[2]</sup>,均自觉阴道流出大量液体;排除双胎妊娠、瘢痕子宫等因素需要剖宫产的孕产妇。依据终止妊娠时机将这些孕产妇分为28~33周组( $n=80$ )和大于33周组( $n=320$ )两组,同时依据分娩方式将这些孕产妇分为自然分娩组( $n=280$ )和剖宫产组( $n=$

120)两组。各组孕产妇的一般资料比较见表1。不同孕周组、不同分娩方式组的一般资料比较,差异均无统计学意义( $P$ 均 $>0.05$ )。

表1 各组孕产妇的一般资料比较

组别	年龄/岁	孕周/周	产妇类型(初产妇/经产妇)
28~33周组	45.21±7.62	-	10/70
大于33周组	44.45±7.36	-	20/300
自然分娩组	44.69±7.40	35.81±1.02	20/260
剖宫产组	44.13±7.04	35.05±1.26	10/110

注:“-”代表已按孕周分组,无需进行统计。

1.2 方法 各组孕产妇入院后常规备产准备。如果孕产妇的孕周在34周以下注射肾上腺皮质激素,为胎肺成熟提供良好的前提条件。如果孕产妇的破膜时间在12h以上应用抗生素预防感染。观察各组孕产妇的产后出血、产褥病、羊膜腔内感染、绒毛膜羊膜炎等不良妊娠结局及胎儿窘迫、胎儿窒息、新生儿缺血缺氧性脑病、新生儿感染性肺炎(infectious pneumonia of newborn, NIP)等围产儿不良结局。

1.3 统计学方法 采用SPSS 21.00进行统计学分

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2019.02.029

作者单位:317500 浙江温岭,温岭市妇幼保健院产科

析。计量资料以均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示。计数资料比较采用 $\chi^2$ 检验。设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 不同孕周组终止妊娠对母婴预后的影响 孕周28~33周组中出现产褥病10例,绒毛膜羊膜炎10例,不良妊娠结局发生率为25.00%;胎儿窘迫10例,NIP10例,围产儿不良结局发生率为25.00%。孕周大于33周组出现产后出血10例,产褥病10例,不良妊娠结局发生率为6.25%;胎儿窘迫10例,围产儿不良结局发生率为3.13%。孕周大于33周组孕产妇的不良妊娠结局和围产儿不良结局发生率明显低于28~33周组,差异均有统计学意义( $\chi^2$ 分别=14.45、13.34,  $P$ 均 $<0.05$ )。

2.2 不同分娩方式对母婴预后的影响 自然分娩组中出现产后出血10例,不良妊娠结局发生率为3.57%;胎儿窘迫10例,围产儿不良结局发生率为3.57%。剖宫产组出现产后出血10例,产褥病10例,羊膜腔内感染10例,不良妊娠结局发生率为25.00%;胎儿窘迫10例,NIP10例,围产儿不良结局发生率为16.67%。自然分娩组孕产妇不良妊娠结局发生率和围产儿不良结局发生率明显低于剖宫产组,差异均有统计学意义( $\chi^2$ 分别=11.14、9.35,  $P$ 均 $<0.05$ )。

## 3 讨论

目前认为,在处理早发型胎膜早破过程中,应用宫缩抑制剂延长孕周,糖皮质激素促进胎肺成熟,同时积极预防感染,从而有效提升新生儿存活率<sup>[6]</sup>。本次研究结果显示,孕周大于33周组孕产妇不良妊娠结局发生率和围产儿不良结局发生率均明显低于28~33周组( $P$ 均 $<0.05$ )。说明孕产妇、胎儿及新生儿不良结局发生风险随着孕周的延长而降低,孕周达到34周后,早发型胎膜早破孕产妇妊娠终止能够在极大程度上降低母体及胎儿不良结局发生率,有效改善母婴预后。分析原因可能为不断增加的胎龄促进胎肺成熟,从而减少呼吸窘迫综合征等不良结局发生风险。因此,如果没有特殊情况,应该尽量使早发型胎膜早破孕产妇保胎到34周后,保胎具体措施有对孕产妇应用沙丁胺

醇激动 $\beta_2$ 受体降低细胞内钙离子浓度,抑制平滑肌收缩;或对孕产妇应用硫酸镁阻止钙离子内流,松弛子宫平滑肌,最终达到延长孕周的目的。然后再根据胎儿情况选择合适的分娩时机<sup>[7]</sup>。本次研究结果还表明,自然分娩组孕产妇不良妊娠结局发生率围产儿不良结局发生率均明显低于剖宫产组( $P$ 均 $<0.05$ ),说明在没有感染及剖宫产指征的情况下,应该尽量选择自然分娩,从而改善母婴预后。但若孕产妇有宫内感染、胎儿窘迫等情况发生,则应尽快终止妊娠,不考虑孕周及分娩方式,最大限度降低母婴风险<sup>[8]</sup>。

综上所述,早发型胎膜早破孕产妇34周后终止妊娠时机与自然分娩分别较28~33周与剖宫产更能有效改善母婴预后。另外,本次研究也有不足之处,研究样本数量较少、治疗时间短,没有追踪远期疗效,研究结果可能存在偏差,今后临床应该扩大研究样本数量,延长随访时间,进行进一步深入细致的研究。

## 参考文献

- 1 谭燕,黄泳华,徐焯.双胎妊娠分娩方式、分娩时机与妊娠结局分析[J].广东医学院学报,2012,30(3):287-289.
- 2 郭玲,苑桂殊.MMP-2、TIMP-2在胎膜早破合并绒毛膜羊膜炎中的表达及意义[J].海南医学院学报,2014,20(2):169-171,176.
- 3 朱秋敏.妊娠合并先天性心脏病的母婴结局分析[J].中国妇幼保健,2015,30(13):1994-1996.
- 4 裘晓乐,戴佩佩,林甲进.Rh(D)阴性孕妇妊娠晚期预存自体输血效果观察[J].中国输血杂志,2011,24(11):958-959.
- 5 李蕾,孙晓媛,李斌.妊娠合并大动脉炎8例临床治疗体会[J].心肺血管病杂志,2014,33(1):34-37.
- 6 谢兰,林丽,岳军.304例重度子痫前期患者终止妊娠时机和妊娠结局分析[J].四川医学,2012,33(7):1147-1149.
- 7 郑金意,郑元回.孕妇学校健康教育对胎膜早破病人分娩方式选择及其行为结果的影响[J].全科医学临床与教育,2013,13(4):473-475.
- 8 王彩芳,刘妙珍,黄丽君,等.应用logistic回归模型分析孕妇产前的高危因素[J].全科医学临床与教育,2015,15(5):522-525.

(收稿日期 2018-08-06)

(本文编辑 蔡华波)