

妇科主治医师考试:《答疑周刊》2019 年第 12 期

问题索引:

一、【问题】早孕的临床表现及诊断有哪些?

二、【问题】如何积极预防早产?

三、【问题】早产如何治疗?

具体解答:

一、【问题】早孕的临床表现及诊断有哪些?

早产的主要临床表现是子宫收缩,最初为不规则宫缩,常伴有少许阴道流血或血性分泌物,以后可发展为规则宫缩,其过程与足月临产相似,胎膜早破较足月临产多、宫颈管先逐渐消退,然后扩张。临床上,早产可分为先兆早产和早产临产两个阶段。先兆早产指有规则或不规则宫缩,伴有宫颈管的进行性缩短。早产临产需符合下列条件:①出现规则宫缩(20 分钟 \geq 4 次,或 60 分钟 \geq 8 次),伴有宫颈的进行性改变;②宫颈扩张 1cm 以上;③宫颈展平 \geq 80%。诊断早产一般并不困难,但应与妊娠晚期出现的生理性子宫收缩相区别,生理性子宫收缩一般不规则、无痛感,且不伴有宫颈管缩短和宫口扩张等改变。

二、【问题】如何积极预防早产?

积极预防早产是降低围产儿死亡率的重要措施之一。

1. 定期产前检查,指导孕期卫生,积极治疗泌尿道、生殖道感染,孕晚期节制性生活,以免胎膜早破。对早产高危孕妇,应定期行风险评估,及时处理。

2. 加强对高危妊娠的管理,积极治疗妊娠合并症及预防并发症的发生,减少治疗性早产率,提高治疗性早产的新生儿生存率。

3. 已明确宫颈功能不全者,应于妊娠 14~18 周行宫颈环扎术。

4. 对怀疑宫颈功能不全,尤其是孕中、晚期宫颈缩短者,可选用:①黄体酮阴道制剂,100~200mg 每晚置阴道内,从妊娠 20 周用至 34 周,可明显减少 34 周前的早产率。②宫颈环扎术,曾有 2 次或 2 次以上晚期流产或早产史患者。可在孕 14~18 周行预防性宫颈环扎术。如孕中期以后超声检查提示宫颈短于 25mm 者,也可行应激性宫颈环扎术。如宫颈功能不全在孕中期后宫口已开张,甚至宫颈外口已见羊膜囊脱出,可采用紧急宫颈环扎术作为补救,仍有部分延长孕周。③子宫托:近年有报道,用子宫托可代替环扎术处理孕中期以后宫颈缩短的宫颈功能



不全患者。

各种预防措施主要针对单胎妊娠, 对多胎妊娠尚缺乏充足的循证医学依据。

三、【问题】早产如何治疗?

治疗原则: 若胎膜完整, 在母胎情况允许时尽量保胎至 34 周。

1. 卧床休息 宫缩较频繁, 但宫颈无改变, 阴道分泌物 fFN 阴性, 不必卧床, 住院, 只需适当减少活动的强度和避免长时间站立即可; 宫颈已有改变的先兆早产者, 需住院并相对卧床休息; 已早产临产, 应绝对卧床休息。

2. 促胎肺成熟治疗 妊娠 < 34 周, 1 周内有可能分娩的孕妇, 应使用糖皮质激素促胎儿肺成熟。方法: 地塞米松注射液 6mg 肌肉注射, 每 12 小时 1 次, 共 4 次。妊娠 32 周后选用单疗程治疗。

3. 抑制宫缩治疗 先兆早产患者, 通过适当控制宫缩, 能明显延长孕周; 早产临产患者, 宫缩抑制剂虽不能阻止早产分娩, 但可能延长孕龄 3~7 日, 为促胎肺成熟治疗和宫内转运赢得时机。

(1) β -肾上腺素能受体激动剂: 为子宫平滑肌细胞膜 β_2 受体兴奋剂, 可激活细胞内腺苷酸环化酶, 促使三磷酸腺苷合成环磷腺苷 (cAMP), 降低细胞内钙离子浓度, 阻止子宫肌收缩蛋白活性, 抑制子宫平滑肌收缩。此类药物抑制宫缩的效果肯定, 但在兴奋 β_2 受体的同时也兴奋 β_1 受体, 其副作用较明显, 主要有母胎心率增快、心悸耗氧量增加、血糖升高、水钠潴留、血钾降低等, 严重时可出现肺水肿、心衰, 危及母亲生命。故对合并心脏病、高血压、未控制的糖尿病和并发重度子痫前期、明显产前出血等孕妇慎用或禁用。用药期间需密切监测生命体征和血糖情况。常用药物有利托君, 方法: 100mg 加于 5%葡萄糖液 500ml 静脉滴注, 初始剂量为 5 滴/分, 根据宫缩情况进行调节, 每 10 分钟增加 5 滴, 最大量至 35 滴/分, 待宫缩抑制后持续滴注 12 小时, 停止静脉滴注前 30 分钟改为口服 10mg, 每 4~6 小时 1 次。用药期间需密切观察孕妇主诉及心率、血压、宫缩变化, 并限制静脉输液量 (每日不超过 2000ml), 以防肺水肿。如患者心率 > 120 次/分, 应减滴数; 如心率 > 140 次/分, 应停药; 如出现胸痛, 应立即停药并行心电监护。长期用药者应监测血钾、血糖、肝功能和超声心动图。

(2) 硫酸镁: 高浓度的镁离子直接作用于子宫平滑肌细胞, 拮抗钙离子对子宫收缩活性, 有较好抑制子宫收缩的作用。常用方法为: 25%硫酸镁 16ml 加于



5%葡萄糖液 100ml 中, 在 30~60 分钟内静脉滴注完, 后以 1~2g/h 的剂量维持, 每日总量不超过 30g。用药过程中必须监测镁离子浓度, 密切注意呼吸、膝反射及尿量。如呼吸 < 16 次/分、尿量 < 17ml/h、膝反射消失, 应立即停药, 并给予钙剂拮抗。因抑制宫缩所需的血镁浓度与中毒浓度接近, 肾功能不良、肌无力、心肌病患者禁用。

有学者对硫酸镁的抗早产作用提出质疑, 但发现早产临产前治疗至少 12 小时对胎儿脑神经损伤有保护作用, 可减少早产儿脑瘫的发生率。

(3) 阿托西班: 是一种缩宫素的类似物, 通过竞争子宫平滑肌细胞膜上的缩宫素受体, 抑制由缩宫素所诱发的子宫收缩, 其抗早产的效果与利托君相似。但其副作用少, 在欧洲国家广泛使用。

(4) 钙通道阻滞剂: 是一类可选择性减少慢通道 Ca^{2+} 内流、干扰细胞内 Ca^{2+} 浓度、抑制子宫收缩的药物。常用药物为硝苯地平, 其抗早产的作用比利托君更安全、更有效。用法: 10mg 口服, 每 6~8 小时 1 次, 应密切注意孕妇心率及血压变化。已用硫酸镁者慎用, 以防血压急剧下降。

(5) 前列腺素合成酶抑制剂: 能抑制前列腺素合成酶, 减少前列腺素合成或抑制前列腺素释放, 从而抑制宫缩。因其可通过胎盘, 大剂量长期使用可使胎儿动脉导管提前关闭, 导致肺动脉高压; 且有使肾血管收缩, 抑制胎尿形成, 使肾功能受损, 羊水减少的严重副作用, 故此类药物仅在孕 32 周前短期 (1 周内) 选用。常用药物为吲哚美辛, 初始剂量 50mg, 每 8 小时口服 1 次, 24 小时后改为 25mg, 每 6 小时 1 次。用药过程中需密切监测羊水量及胎儿动脉导管血流。

4. 控制感染 感染是早产的重要原因之一, 应对未足月胎膜早破、先兆早产和早产临产孕妇做阴道分泌物细菌学检查, 尤其是 B 族链球菌的培养。有条件时, 可做羊水感染指标相关检查。阳性者应根据药敏试验选用对胎儿安全的抗生素, 对未足月胎膜早破者, 必须预防性使用抗生素。

5. 终止早产的指征 下列情况, 需终止早产治疗: ①宫缩进行性增强, 经过治疗无法控制者; ②有宫内感染者; ③衡量母胎利弊, 继续妊娠对母胎的危害大于胎肺成熟对胎儿的好处; ④孕周已达 34 周, 如无母胎并发症, 应停用抗早产药, 顺其自然, 不必干预, 只需密切监测胎儿情况即可。

6. 分娩期处理 大部分早产儿可经阴道分娩, 临产后慎用吗啡、哌替啶等抑

制新生儿呼吸中枢的药物；产程中应给孕妇吸氧，密切观察胎心变化，可持续胎心监护；第二产程可作会阴后一侧切开，预防早产儿颅内出血等。对于早产胎位异常者，在权衡新生儿存活利弊基础上，可考虑剖宫产。



〔医学教育网版权所有，转载务必注明出处，违者将追究法律责任〕

