

胎膜早破对孕产妇分娩结局的影响分析

张东梅, 林 红

作者单位: 530011 广西 南宁市妇幼保健院妇产科

作者简介: 张东梅(1973-) ,女, 大学本科, 医学学士, 主治医师, 研究方向: 产科危重症救治。E-mail: 467300052@qq.com

[摘要] 目的 探讨胎膜早破发生的原因及胎膜早破对分娩方式及分娩结局的影响。方法 随机抽取 2007-09 ~ 2010-09 在该院住院分娩发生胎膜早破的孕产妇 300 例为早破组, 对其发生的原因进行分析; 另随机抽取同期入院未发生胎膜早破的孕产妇 300 例作为对照组, 对比分析两组孕产妇的分娩方式和分娩结局。结果 胎膜早破发生的主要原因是生殖道感染, 占 60.33%, 其次是消瘦和多胎妊娠, 占 26.00%。早破组剖宫产、早产、胎儿窘迫的发生率分别为 40.67%、15.67%、19.00%, 明显高于对照组 ($P < 0.01$); 两组的宫缩乏力、产后出血、新生儿窒息、产后尿潴留发生率比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论 做好孕期保健及宣传工作, 积极预防及治疗胎膜早破, 可降低早产儿的发生率, 减少母婴不良结局的发生。

[关键词] 胎膜早破; 妊娠; 分娩结局

[中图分类号] R 714 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2012)11-1057-04

doi: 10.3969/j.issn.1674-3806.2012.11.20

Influence of premature rupture of membranes on delivery mode and outcome of pregnant women ZHANG Dong-mei, LIN Hong. Department of Gynecology and Obstetrics, Nanning Women and Children Health Hospital, Guangxi 530011, China

[Abstract] **Objective** To study the causes of premature rupture of fetal membranes and the influence of premature rupture of membranes on mode of delivery and delivery outcome. **Methods** Three hundred with pregnant women premature rupture of membranes from July 2007 to September 2010 were randomly selected as early broken group, three hundred with pregnant women without the occurrence of premature rupture were randomly selected as control group. The causes and delivery outcomes were retrospectively analyzed. **Results** The first causes of Premature rupture were reproductive tract infections 60.33%, followed by weight loss and multiple pregnancy, 26.00%. The preterm birth rate, incidence rate of fetal distress, cesarean section rate of research group was respectively 15.67%, 19.00%, 40.67%, compared with the control group with significant difference ($P < 0.01$). Between two groups of uterine atony, incidence rate of neonatal asphyxia, the incidence rate of postpartum hemorrhage, postpartum urinary retention rate has no significant difference ($P > 0.05$). **Conclusion** Good prenatal care and advocacy work, good prevention and treatment of premature rupture of membranes, can reduce the incidence of prematurity, reduce the maternal and fetal adverse outcomes.

[Key words] Premature rupture of membranes; Pregnancy; Delivery outcome

胎膜早破是指临产前发生的胎膜自然破裂。通常孕产妇在足月妊娠且宫口近开全的情况下胎膜才自然破裂, 但许多胎膜早破的情况并不发生在妊娠足月, 有的孕 37 周以前甚至更早即发生胎膜破裂, 因此, 胎膜早破是分娩期的常见并发症。胎膜早破对母体容易引起羊膜腔感染而发生产后出血, 严重者引起胎盘早剥; 对胎儿可诱发流产、早产或导致新生儿出现吸入性肺炎、败血症、颅内感染、脐带脱垂等而危及胎儿生命。现将在我院住院分娩发生胎膜

早破的 300 例孕产妇进行临床及妊娠结局分析, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机抽取 2007-09 ~ 2010-09 在我院住院分娩发生胎膜早破的孕产妇 300 例为早破组, 另随机抽取同期入院未发生胎膜早破的孕产妇 300 例作为对照组。两组孕产妇均具有南宁市常住户口, 且居住时间 1 年以上, 年龄在 20 ~ 39 岁, 其中初产妇 359 例, 经产妇 241 例, 孕周 (35 ± 5) 周, 两组

孕产妇的年龄、孕产次、孕周等方面比较差异无统计学意义(P 均 >0.05) ,具有可比性。见表1。

表1 两组孕产妇年龄、孕周、孕次的比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	年龄(岁)	孕周(周)	孕次(次)
早破组	300	27.5 \pm 3.95	34.52 \pm 4.32	2.60 \pm 1.32
对照组	300	25.6 \pm 5.16	35.36 \pm 3.44	2.56 \pm 1.19
t	-	1.444	0.761	0.112
P	-	0.155	0.451	0.911

1.2 诊断标准 胎膜早破的诊断标准^[1]: (1) 生殖道感染。阴道壁潮红结合阴道分泌物培养出非阴道正常菌群。(2) 宫内感染。①孕产妇连续3次体温 $>38^{\circ}\text{C}$; ②脉搏 >100 次/min; ③连续行胎心监测,胎心基线在160次/min以上; ④检查子宫有压痛; ⑤羊水有臭味,或者呈脓性; ⑥血常规WBC $>15 \times 10^9/\text{L}$, $\text{N}>90\%$ 。(3) 消瘦。指孕早期体重指数(BMI) <17.5 , BMI=体重(公斤)/身高(厘米)的平方。

1.3 方法 对300例已经发生胎膜破裂而面临产的孕产妇,根据胎膜早破的诊断标准,经检查诊断后一律取宫颈阴道分泌物做致病菌培养+药敏试验及支原体培养+药敏试验,分析培养结果及发生胎膜早破的原因并对两组孕产妇的分娩方式及分娩结局进行比较。

1.4 分析及观察指标 (1) 观察分析孕产妇胎膜早破发生的原因; (2) 分析胎膜早破孕产妇宫颈阴道分泌物培养结果; (3) 对比分析胎膜早破组与对

照组孕产妇的分娩方式及分娩结局。

1.5 统计学方法 应用SPSS17.0统计软件进行数据处理,计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,两组比较采用 t 检验,计数资料组间率比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 胎膜早破发生原因 300例胎膜早破孕产妇发生早破的原因为生殖道感染181例,占60.33%; 消瘦69例,占23.00%; 多胎妊娠9例,占3.00%; 宫颈机能不全9例,占3.00%; 原因不明32例,占10.67%。见表2。

表2 300例孕产妇胎膜早破发生原因

胎膜早破发生原因	例数	发生率(%)
生殖道感染	181	60.33
消瘦	69	23.00
多胎妊娠	9	3.00
宫颈机能不全	9	3.00
原因不明	32	10.67
合计	300	100.00

2.2 两组细菌培养结果比较 两组均进行了有关细菌培养(培养结果有重叠),早破组300例中培养出解脲支原体150例,白色念珠菌49例,肺炎链球菌12例,肠球菌15例,大肠埃希菌9例,克雷伯菌8例;对照组则分别为31例、21例、3例、4例、7例和1例。两组比较除大肠埃希菌之外,其他细菌培养结果差异均有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。见表3。

表3 两组细菌培养结果比较[n(%)]

组别	例数	解脲支原体	白色念珠菌	肺炎链球菌	肠球菌	大肠埃希菌	克雷伯菌
早破组	300	150(50.00)	49(16.33)	12(4.00)	15(5.00)	9(3.00)	8(2.67)
对照组	300	31(10.33)	21(7.00)	3(1.00)	4(1.33)	7(2.33)	1(0.33)
χ^2	-	112.035	12.679	5.538	6.500	0.257	4.061
P	-	0.000	0.000	0.019	0.011	0.612	0.044

2.3 两组孕产妇分娩方式及分娩结局比较 早破组剖宫产、早产、胎儿窘迫的发生率分别为40.67%、15.67%、19.00%,明显高于对照组($P<0.01$); 两

组的宫缩乏力、产后出血、新生儿窒息、产后尿潴留发生率比较差异无统计学意义($P>0.05$)。见表4。

表4 两组孕产妇分娩方式及分娩结局比较[n(%)]

组别	例数	阴道分娩	剖宫产	早产	胎儿窘迫	宫缩乏力	产后出血	新生儿窒息	产后尿潴留
早破组	300	178(59.33)	122(40.67)	47(15.67)	57(19.33)	58(19.33)	9(3.00)	11(3.67)	13(4.33)
对照组	300	219(73.00)	81(27.00)	23(7.67)	20(6.67)	6(2.33)	8(2.66)	7(2.33)	6(2.00)
χ^2	-	12.515	12.515	9.315	10.784	0.819	0.061	0.916	2.300
P	-	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

3 讨论

由于胎膜早破可引起早产、脐带脱垂及母儿感染等并发症^[1],而早产儿的患病率及死亡率均明显高于足月儿,孕周越小,围生儿预后越差,故如何预防及处理胎膜早破极为重要。

3.1 胎膜早破发生原因 本组资料显示,胎膜早破发生的主要原因是生殖道感染,占 60.33%,早破组宫颈阴道分泌物中检出解脲支原体及其他病原体明显高于对照组,而病原体中又以解脲支原体及白色念珠菌感染占多数。可见针对生殖道感染的治疗对防止胎膜早破有极其重要的意义。

3.2 胎膜早破与生殖道感染 取孕产妇宫颈分泌物进行细菌培养+药敏试验,并对培养结果进行分析,旨在了解病原菌检出率及主要致病菌及其对药物的敏感性,进而指导临床预防和治疗用药。本组资料显示,300 例胎膜早破孕产妇宫颈分泌物中病原菌的检出率为 60.33%,其中又以解脲支原体及白色念珠菌占多数,分别为 50.00% 及 16.33%,药敏试验结果支原体主要对罗红霉素及阿奇霉素敏感,而白色念珠菌对氟康唑及制霉菌素敏感。临床医生要重视孕期宫颈分泌物的细菌培养结果,及时采取控制措施,预防胎膜早破,胎膜早破后 12 h 内用抗生素防止宫内感染,能够延长孕周,有利于促胎肺成熟。目前许多学者研究支持继发于亚临床感染的前列腺素生成是大多数早产的起因^[2]。

3.3 胎膜早破与分娩结局 胎膜破裂后,羊水不能自控地流出,剩余羊水过少,不能有效缓解宫缩时宫壁对胎儿的压力,甚至造成脐带受压,增加胎儿窘迫的发生率;羊水过少不能使宫腔压力均匀分布,造成宫缩不协调,从而形成头盆不称,难产发生率升高;继发宫内感染需要紧急终止妊娠,同时孕周过小,早产儿对缺氧的耐受性差,为防止新生儿窒息及颅内出血选择剖宫产,以上原因均导致剖宫产率升高。本组资料显示,胎膜早破组剖宫产率明显高于对照组,与有关报道相似^[3]。另外未足月胎膜早破由于继发宫内感染及剩余羊水过少,为了挽救胎儿生命提早终止妊娠而造成早产发生率升高。

3.4 胎膜早破的处理 (1) 期待治疗:适于妊娠 28~35 周、胎膜早破不伴感染、羊水平段 ≥ 3 cm 者。处理包括:①卧床休息,先露未入盆者抬高臀部,防止脐带脱垂,未足月胎膜早破抬高臀部能够减少羊水流出;②外阴清洁,每日早晚 2 次进行外阴抹洗消毒,垫无菌消毒巾,防止上行感染,同时有利于观察

羊水性状;③抗生素使用,破膜超过 12 h,应给予抗生素预防感染(按照药敏试验结果选择抗生素)。根据动态查血象、C-反应蛋白(CRP)及观察体温、脉搏、胎心、子宫有无压痛、羊水有无臭味等确定有无宫内感染^[4],一旦发现宫内感染迹象及时终止妊娠;④促胎肺成熟;⑤定期复查 B 超了解羊水情况,查雌三醇了解胎盘功能变化。(2) 选择终止妊娠的时机,选择合适的终止妊娠时机十分重要,这关系到母儿的预后。①妊娠 < 28 周的胎膜早破,建议放弃胎儿行引产术,但是对于受孕困难、生育愿望强烈的孕产妇可以在做好预防感染的情况下期待治疗尽量延长孕周;②妊娠 < 32 周,在使用抗生素、排除感染的条件下尽可能延长孕周以提高早产儿的存活率,但要防止感染并动态观察羊水变化。一旦发生体温及血象升高或者羊水有臭味时应及时终止妊娠;③妊娠 32~35 周者经过积极促胎肺成熟,估计胎儿能够存活时应终止妊娠;④妊娠 > 35 周的胎膜早破按足月妊娠处理^[1]。(3) 终止妊娠方式(根据孕产次、孕产妇对胎儿期望值、宫颈成熟度和有无宫内感染决定)。①孕 28~34 周由于胎儿不成熟,对产道压迫及缺氧的耐受性较差,阴道分娩易出现胎儿窘迫及新生儿颅内出血,且家属对胎儿有较高的期望值者,可酌情放宽剖宫产指征^[5];②妊娠 > 35 周,宫颈成熟,无禁忌证者可引产,产后继续抗生素治疗。本组资料显示,胎膜早破组的剖宫产、早产、胎儿窘迫的发生率分别为 40.67%、15.67%、19.00%,明显高于对照组的 27.00%、7.67%、6.67% ($P < 0.01$);但两组的宫缩乏力、产后出血、新生儿窒息、产后尿潴留发生率比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

3.5 胎膜早破的预防(尤其是对未足月胎膜早破的预防) (1) 加强围生期卫生宣教与指导:平时注意个人卫生,尤其是性卫生,孕 3 个月以前及孕 6 个月以后禁止性生活;孕早期进行白带常规检查,发现阴道炎应及时治疗,根据培养出的致病菌及对药物的敏感性选用合适的抗菌药物治疗;另外,需注意的是清洁度在 III 度以上,有大量杂菌、线索细胞等,而无明确的致病菌也应该考虑非特异性阴道炎,在积极治疗阴道炎的同时做一些恢复阴道正常菌群的治疗。(2) 消瘦、BMI 偏低的孕产妇均容易导致胎膜早破、流产,因此,应加强孕期营养,多进高蛋白饮食,注意加强锻炼。(3) 对宫颈机能不全者,应在孕 14~18 周之间行宫颈内口环扎术以预防胎膜

早破^[5]。

参考文献

- 1 乐杰. 妇产科学[M]. 第7版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 137-138.
- 2 Yoneyama K, Kimura A, Kogo M, et al. Clinical predictive factors for preterm birth in women with threatened preterm labour or preterm premature ruptured membranes? [J]. Aust N Z J Obstet Gynaecol,

2009; 49(1): 16-21.

- 3 司平香. 胎膜早破 647 例临床分析[J]. 基层医学论坛, 2011, 15(5): 104-105.
- 4 刘红英, 马鸿雁. 未足月胎膜早破 147 例临床分析[J]. 中国生育健康杂志, 2011, 22(6): 370-371.
- 5 漆洪波, 吴味辛. 重视未足月胎膜早破的研究[J]. 中华妇产科杂志, 2006, 41(1): 3-6.

[收稿日期 2012-03-31] [本文编辑 宋卓孙 蓝斯琪]

学术交流

心脏破裂伤 12 例诊治体会

钟齐庆, 杜正隆, 凌毅

作者单位: 535000 广西钦州市第二人民医院心胸外科

作者简介: 钟齐庆(1978-), 男, 大学本科, 医学学士, 主治医师, 研究方向: 心脏外科临床。E-mail: zqgxmu@163.com

[摘要] 目的 探讨心脏破裂伤的早期诊断和治疗方法。方法 对 12 例心脏破裂伤患者的临床资料进行回顾性分析。全组患者男 8 例, 女 4 例, 平均年龄 38 岁。其中刀刺伤 6 例, 高处坠落伤 1 例, 车祸伤 5 例。需心肺转流 8 例。结果 12 例经手术治疗后痊愈出院。结论 早期诊断、尽快建立周围体外循环是救治心脏破裂伤成功的关键。

[关键词] 心脏破裂; 周围体外循环; 心肺转流

[中图分类号] R 654.2 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2012)11-1060-03

doi: 10.3969/j.issn.1674-3806.2012.11.21

Diagnosis and treatment of cardiac rupture: analysis of 12 cases ZHONG Qi-qing, DU Zheng-long, LING Yi.
Department of Cardiothoracic Surgery, Qinzhou City Second People's Hospital, Guangxi 535000, China

[Abstract] **Objective** To explore the method of the early diagnosis and treatment of cardiac rupture. **Methods** A retrospective review was carried out on 12 patients with cardiac rupture, including 8 male and 4 female patients, the average age was 38 years. Of them, knife stab injury was found in 6 patients, high falling injury in 1 patient, traffic accident injury in 5 patients. Eight patients received cardiac pulmonary bypass. **Results** Twelve patients were cured after operation. **Conclusion** Early diagnosis and establishing the femorofemoral extracorporeal circulation as soon as possible is the key to a successful treatment for cardiac rupture.

[Key words] Cardiac rupture; Femorofemoral extracorporeal circulation; Cardiac pulmonary bypass

心脏破裂大部分是由于尖锐器物穿透胸壁导致的心脏损伤, 少部分致病原因是由于暴力冲撞前胸而引发的心脏破裂。本文通过对我院 2005~2011 年收治的 12 例外伤性心脏破裂患者的临床资料进行回顾性分析, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组患者 12 例, 其中男 8 例, 女 4 例; 年龄 15~52 岁, 平均 38 岁。创伤原因: 刀刺伤 6 例, 高处坠落伤 1 例, 车祸伤 5 例。损伤部位: 右

心房 3 例, 右心室 7 例, 左心室 1 例, 升主动脉 1 例。心脏裂口 0.3~2.5 cm。合并肺挫裂伤 4 例, 肋骨骨折 3 例, 腹腔出血 1 例, 血气胸 4 例。患者受伤至手术时间 45 min~2 h。患者入院时 7 例出现休克症状, 5 例观察到急性心包压塞征象。术前行 B 型超声检查, 心包腔明显积液 8 例。

1.2 手术方法 在输血输液抗休克的同时, 紧急开胸急诊手术者均全麻下紧急插管, 呼吸机辅助通气。建立体外循环: 右腹股沟处纵切口, 长 2~3 cm, 分