

- 2000, 16 (5): 3
- 3 Myles TD, Gooch J, Santolaya J. Obesity as an independent risk factor for infectious morbidity in patients who undergo cesarean delivery (J). *Obstet Gynecol*, 2002, 100 (5): 959
- 4 Smaill F. Antibiotic prophylaxis for cesarean section (Cochrane review) (J). *Cochrane Database Syst Rev*, 2000: 2
- 5 Tuzovic L, Djelmis J, Ilijic M. Obstetric risk factors associated with placenta previa development: Case to control study (J). *Croat Med J*, 2003, 44: 728
- 6 Chelmon D, Ruehli MS, Huang E. Prophylactic use of antibiotics for non-laboring patients undergoing cesarean delivery with intact membranes: a meta analysis (J). *Am J Obstet Gynecol*, 2001, 184 (4): 656
- (2011-05-11 收稿) (编校 徐 强)

早发型重度子痫前期期待治疗探讨

曾晓明 郑九生 江西省妇幼保健院产科 (江西 南昌) 330006

中国图书分类号 R714.24⁺6 文献标识码 A 文章编号 1001-4411 (2012) 01-0045-03

【摘要】 目的: 探讨早发型重度子痫前期对围生期母婴预后的影响及保守治疗的适宜时间。方法: 对 161 例早发型重度子痫前期病例进行分析, 根据其发病孕周分为 3 组, 即 A 组 (孕周 < 28 周), B 组 (28 孕周 ≤ 孕周 < 32 孕周), C 组 (32 孕周 ≤ 孕周 < 34 孕周)。观察发病情况、病情特点及母婴并发症。结果: 早发型重度子痫前期 3 组患者并发症发生率无统计学意义; 发病孕周越早, 胎儿窘迫、新生儿死亡率及围生儿死亡率越高, 3 组间差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 各组患者的分娩方式均以剖宫产为主。结论: 早发型重度子痫前期有较高的母婴并发症, 在期待治疗过程中, 应严密监护母婴情况, 适时终止妊娠, 终止妊娠方式首选剖宫产。

【关键词】 早发型重度子痫前期 并发症 新生儿窒息 围产儿死亡

重度子痫前期是孕产妇及围产儿死亡的重要原因, 更多的学者将发病于孕 34 周前的子痫称为早发型子痫前期。此文通过对江西省妇幼保健院 161 例早发型重度子痫前期患者母婴预后情况进行回顾性分析, 以进一步探讨其对围生期母婴预后的影响, 寻求最佳的终止妊娠时机和方式。

1 资料与方法

1.1 资料 2003 年 1 月 ~ 2008 年 1 月, 江西省妇幼保健院共收治早发型重度子痫前期重度患者 161 例, 年龄 20 ~ 33 岁, 初产妇 123 例, 经产妇 38 例。根据患者发病孕周分成 3 组, 即 A 组, 孕周 < 28 周, 32 例 (其中双胎 5 例); B 组, 孕周 28 ~ 32 周, 59 例 (其中双胎 6 例); C 组, 孕周 32 ~ 34 周, 70 例 (其中双胎 3 例)。所有的病例均符合乐杰主编的全国高等学校教材《妇产科学》第 7 版标准。

1.2 方法

1.2.1 一般处理 入院后注意休息、镇静, 给予优质高蛋白饮食, 补充钙剂和维生素; 对全身水肿者适当限制摄盐量。

1.2.2 母婴监护 ①血常规、尿常规、血生化全项和凝血检查每 5 天 1 次; ②眼底检查每周 1 次; ③每周 1 次 B 超检测胎儿双顶径、股骨长度、胎盘成熟度、羊水量、S/D 值及孕妇有无腹腔积液; ④孕 33 周后每周 2 次胎心监护; ⑤胎动计数。

1.2.3 药物治疗 ①解痉: 使用中、小剂量硫酸镁静脉点滴解痉, 每日总量 10 ~ 15 g, 用 3 ~ 5 天酌情减量或停用, 用药过程中监测血清镁离子的浓度。②降压: 首选硝苯地平控释片或拉贝洛尔维持血压 140 ~ 150/90 ~ 100 mmHg, 直至分娩。血压控制不满意者, 短期应用酚妥拉明 10 ~ 20 mg 缓慢静脉滴注。③扩容和利尿: 低蛋白血症且水肿明显者, 给予白蛋白

10 g/d, 连用 3 天; 少尿或心率明显增快者静推呋塞米 20 mg。

④从第 1 次入院时开始使用地塞米松促胎儿肺成熟。

1.3 观察指标 母体方面, 观察各组患者并发症的发生情况: 包括抽搐、脑血管意外、心力衰竭、肾功能损害、肝功能损害、肺水肿、视网膜剥离、低蛋白血症、腹水、血小板下降、HELLP 综合征、弥散性血管内凝血 (DIC)、胎盘早剥及产后出血。围生儿方面则观察胎儿窘迫、新生儿窒息、胎死宫内、新生儿死亡及围产儿死亡情况。

1.4 终止妊娠的指征及方式 尽量期待孕周达 34 ~ 35 周, 如孕 34 周前患者病情加重, 出现严重的并发症或合并症, 血压控制失败, 胎心监护呈现胎心基线变异消失、反复晚期减速或重度变异减速, B 超检查显示脐动脉舒张末期反流或缺失等均应及时终止妊娠。对于病情重且宫颈不成熟者, 剖宫产是首选分娩方式。

161 例患者中行剖宫产者 133 例。

1.5 统计学处理 所有数据均采用 SPSS 13.0 统计软件进行处理, 对不同组别计量资料采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 孕妇的并发症发生情况 161 例患者中有 58 例 (36.02%) 并发 1 个或多个脏器损害, 心力衰竭 4 例 (2.48%)、子痫 2 例 (1.24%)、胎盘早剥 16 例 (9.93%)、HELLP 综合征 5 例 (3.10%)、视网膜剥离 7 例 (4.34%)、产后出血 10 例 (6.21%) 及腹水 7 例 (4.34%), 其中胎盘早剥发生率最高, 其次是产后出血。A 组发生并发症的有 13 例 (40.62%)、B 组 22 例 (35.59%)、C 组 23 例 (32.85%)。3

组并发症的发生率以 C 组最低, 但 3 组间比较差异无统计学意义 ($\chi^2 = 0.64, P > 0.05$)。见表 1。

表 1 3 组孕妇并发症情况 (n)

组别	心力衰竭	肾功能损害	胎盘早剥	视网膜剥离	腹水	产后出血	子痫	HELLP 综合征	合计
A 组	1	1	4	1	2	2	1	1	13
B 组	1	4	6	3	2	3	1	2	22
C 组	2	2	6	3	3	5	0	2	23

2.2 各组孕妇起病孕周、分娩孕周和期待治疗时间 161 例患者早发型重度子痫前期患者期待时间 1~48 天, 平均 11.1 天。见表 2。B 组期待时间长于 A 组和 C 组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), A 组与 C 组期待时间比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。各组分娩方式均以剖宫产为主, 其中 C 组高达 92.8%。

2.3 胎儿及新生儿情况比较 3 组病例中围产儿预后, A、B、C 3 组新生儿窒息率与死亡率随孕周的延长而下降; 3 组新生儿窒息率分析各组差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。3 组

围产儿死亡率各组差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 2 各组孕妇起病孕周、分娩孕周和期待治疗时间

组别	例数 (n)	发病孕周 (周)	期待时间 (天)	终止孕周 (周)	剖宫产 (n/%)
A 组	37	25.6 ± 2.7	13 ± 3	27.3 ± 2.3	18 (56.2)
B 组	65	30.1 ± 1.6	17 ± 3	32.8 ± 3.9	50 (84.7)
C 组	73	33.1 ± 1.5	14 ± 5	35.2 ± 2.1	65 (92.8)

表 3 3 组胎儿及新生儿情况 (n (%))

组别	围产儿	胎儿窘迫	胎死宫内	新生儿窒息	新生儿死亡	小于胎龄儿
A 组	37	16 (42.24)	9 (24.32)	14 (37.83)	14 (37.83)	23 (62.16)
B 组	65	18 (27.69)	5 (3.76)	15 (23.07)	11 (16.92)	21 (32.30)
C 组	73	11 (15.06)	2 (0.02)	8 (10.95)	5 (6.84)	45 (61.64)

3 讨论

重度子痫前期的基本病理生理变化为全身小血管痉挛, 各系统脏器灌流减少, 但其发病原因和机理尚无定论。早发型重度子痫前期发病早、病程进展快, 常伴有较多并发症、合并症。因此, 早发型子痫前期患者出现阴道流血、下腹痛症状, 不能只想到早产, 还应考虑到胎盘早剥。子痫前期治疗的目的是降低孕产妇和围生儿的病死率和严重并发症, 适时终止妊娠是治疗的根本措施。但是在终止妊娠时机及方式的选择问题上, 国内外目前尚无统一的认识⁽¹⁻³⁾。

由于期待治疗不能改变已存在的病理生理变化, 所以其代价可能是母亲严重并发症的发生率升高, 故治疗中应在保证母亲安全的前提下提高新生儿存活率。陈海霞等⁽⁴⁾研究显示, 过长的期待治疗并不能改善新生儿的结局, 反而会增加胎儿窘迫和小于胎龄儿的发生率; 期待治疗应有期限, 孕 34 周左右为最佳分娩时机。延长孕龄至 30 周与 32 周终止妊娠, 新生儿结局无差异; 延长至 >34 孕周终止妊娠, 新生儿窒息和围产儿死亡的发生率均明显下降; 延长至 34~35 周, 与 >35 周, 其 Apgar 评分与围产儿死亡率无统计学差异。

适时终止妊娠是早发型重度子痫前期期待治疗中极重要的措施之一, Longo⁽⁵⁾认为孕 34 周前终止妊娠指征应为: ①难以控制高血压和出现严重并发症是主要的母体指征, 血压难以控制是指, 用药期间单次舒张压超过 120 mmHg, 或者 24 h

内舒张压两次超过 110 mmHg; 出现严重并发症的征象; 血小板计数 $< 100 \times 10^9/L$, 肝肾功能进行性恶化, 发生胎盘早剥, 持续头痛或视力障碍, 持续性严重上腹痛, 恶心, 呕吐, 子痫发作; ②胎儿窘迫, 严重生长受限, 舒张期血流逆转, 羊水过少等。

终止妊娠的方法有剖宫产、水囊引产、缩宫素引产等。胎龄 <28 周的胎儿多难以存活, 一般选择引产经阴道分娩, 以减少产妇的创伤; 对于胎龄 >31 周的胎儿, 由于大部分早发型重度子痫前期患者的宫颈条件不成熟, 且胎盘功能减退, 剖宫产可使胎儿迅速脱离宫内不良环境, 剖宫产是终止妊娠的主要手段。但是对于胎龄 28~31 周, 应慎重考虑胎儿成熟度、早产儿远期后遗症及生存质量, 切忌盲目实施剖宫产。

硫酸镁目前仍然是国内经典的解痉治疗用药, 其可以预防子痫及其并发症 (如子痫持续状态、骨折、自伤和误吸), 但不能预防重度子痫前期引起的严重孕妇并发症, 如肺水肿、脑溢血、肝肾衰竭等。重度子痫前期患者应用硫酸镁不会改变新生儿窒息发生率、呼吸窘迫发生率、插管率、低张力发生率和新生儿入 NICU 率。关于硫酸镁的最佳给药时机、持续时间、剂量和给药方式, 目前的临床研究尚未达成共识。Sibai⁽⁶⁾建议只在产程中和产后 12~24 h 应用硫酸镁, 因为这一时段为子痫高发期。但是由于发展中国家产前保健和医疗条件相对落后, 国内重度子痫前期硫酸镁的应用时机、时间

以及如何根据病情程度给药还有待商榷,此研究中用中、小剂量(15~20 g/d)是患者能够配合治疗的重要因素,其结果与文献报道^[3,4]接近。

目前,治疗早发型重度子痫前期常处于两难境地,一方面为了提高新生儿的成活率,迫切需要延长妊娠时间;另一方面,病情的发展又不得不选择提前终止妊娠,以保证母亲的生命安全。因此,迫切需要探索一种能够彻底改善其预后的治疗方法。早发型重度子痫前期因内皮细胞受损,存在血液浓缩及血液高凝状态,近几年来抗凝治疗已成为热点,在国内多个研究中^[7~10]均证明有较好的疗效,能明显改善围生儿结局,减少母体的并发症,其中低分子肝素不良反应少,作用时间长,用药方便,对胎儿安全,有望成为治疗早发型重度子痫前期的普及药物。

总之,对早发型重度子痫前期行适当的期待治疗是可行的,在保证母亲的生命安全前提下,延长孕周能改善围产儿结局。严格掌握期待治疗适应证,充分评估母儿发生并发症的危险性与胎儿娩出后的生存能力,选择理想的终止妊娠时机和方式,是非常重要的。目前,更有效的治疗方法还需进一步的研究。

4 参考文献

- 1 杨 竹. 重度妊娠高血压综合征的治疗进展 [J]. 实用妇产科杂志, 2002, 18 (2): 259
- 2 杨 孜, 李 蓉, 石凌懿 *et al.* 早发型重度先兆子痫的临床界定及保守治疗探讨 [J]. 中华妇产科杂志, 2005, 40 (5): 302
- 3 林 莉, 张丽娟, 丁依玲 *et al.* 87 例早发型重度子痫前期待治疗的临床分析 [J]. 实用妇产科杂志, 2008, 24 (6): 368
- 4 陈海霞, 李 明, 骆秀翠. 早发型重度子痫前期待治疗探讨 [J]. 现代妇产科进展, 2007, 16 (9): 715
- 5 Longo SA, Dola CP, Pridjian G. Preeclampsia and eclampsia revisited [J]. South Med J, 2003, 96: 891
- 6 Sibai BM. Diagnosis and management of gestational hypertension and pre-eclampsia [J]. Obstet Gynecol, 2003, 102: 181
- 7 徐永萍, 刘立新, 潘 因 *et al.* 低分子肝素治疗重度子痫前期患者效果的研究 [J]. 现代妇产科进展, 2006, 15 (1): 53
- 8 崔宝奎, 钟 梅. 肝素联合阿司匹林治疗重症妊娠高血压综合征 [J]. 广东医学, 2002, 23 (11): 1207
- 9 卢莉萍, 李忠祥. 低分子肝素对重度子痫前期患者肾功能保护作用的临床探讨 [J]. 中国妇产科临床杂志, 2007, 8 (6): 423
- 10 吕秀翠, 刘群英, 高峰玉. 低分子肝素结合常规疗法治疗重度子痫前期的疗效探讨 [J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2006, 22 (7): 515

(2010-04-26 修回)

(编校 狄 宁)

标准化孕期保健操对促进分娩的效果研究^①

唐惠艳 邱忠君 邢凤梅^{②③} 河北省唐山市妇幼保健院 063000

中国图书分类号 R174 文献标识码 E 文章编号 1001-4411 (2012) 01-0047-02

【摘 要】 目的: 通过观察标准化孕期保健操对产妇产前分娩的影响, 为孕期保健提供依据。方法: 将孕妇分成 3 组: 实验组 1、实验组 2 各 50 名, 对照组 100 名。实验组 1 每天做操 1 次、每次 30 min, 实验组 2 每天做操 2 次、每次 30 min, 对照组不做操。比较 3 组孕妇剖宫产率、产程时间方面的差异。结果: 对照组剖宫产率 (65%) 高于实验组 1 (48%) 与实验组 2 (44%) ($P < 0.05$), 实验组 1 与实验组 2 的第一产程与总产程时间与对照组比较明显缩短 ($P < 0.01$)。结论: 孕妇科学规范地做孕期保健操能降低剖宫产率, 缩短第一产程和总产程。孕期保健操是一项安全、切实可行的孕期保健项目。

【关键词】 标准化 孕期保健操 分娩

当今社会孕妇营养过剩及缺乏运动的现象越来越普遍, 剖宫产率居高不下、妊娠期并发症发病率不断升高。孕期保健操作为孕期运动的一种方式, 可有目的地锻炼孕妇在分娩时产生肌力的肌群并减轻妊娠反应所致的不适, 有助于自然分娩^①。因此, 为降低剖宫产率, 提高产科质量, 唐山市妇幼保健院在唐山地区率先开展了孕期保健操, 并观察了其

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用便利抽样的方法, 选取 2010 年 3~9 月在唐山市妇幼保健院产科门诊行产前检查建册的孕妇 200 名分成 3 组, 实验组 1、实验组 2 各 50 名, 对照组 100 名。实验组入选标准: ①自愿参加孕期保健操; ②参加孕妇学校培训; ③年龄在 23~30 岁之间, 孕 12 周时身体健康, 无妊娠期合并症及并发症; ④初产妇、意愿选择顺产分娩的孕妇。实验组排除标准: ①有孕中晚期引产、流产史; ②多胎及孕晚期胎位异常; ③有妊娠期运动禁忌证者。对照组入选标准: 除不参加孕期保健操外, 其余同实验组。对照组排除标准同实验组。

1.2 方法 实验组从孕 12 周开始做标准化的孕期保健操,

①唐山市科技局立项课题 (10130256C)

②河北联合大学

③通讯作者