

导致流产。此外,血栓前状态的出现可在一定程度上影响子宫胎盘循环,导致微血栓形成^[3]。D2 聚体是纤溶过程中交联纤维蛋白的降解产物,对活化血栓具有较高敏感性,主要反映纤维蛋白溶解功能,D2 聚体升高表明患者处于高凝状态^[4]。

阿司匹林为乙酰水杨酸类药物,可通过促使脂肪环氧化酶乙酰化,抑制 TXA₂ 与 PGI₂ 合成^[5]。小剂量阿司匹林还可有效抑制血小板 TXA₂ 的合成,且不影响血管壁 PGI₂ 的合成,从而抑制血小板活性,预防微血栓形成,改善患者局部血循环;同时,还可抑制炎症介质引起的血小板聚集与血管收缩,改善患者局部血液循环,调节宫内微环境,降低流产的发生^[6]。维生素 E 是一种较强的抗氧化剂,可减少抗原的产生,加强抗体的清除,促进性激素分泌,保护细胞与细胞器的稳定性。维生素 E 与小剂量阿司匹林联合应用可发挥协同作用,对改善患者血液高凝状态及患者宫内环境具有重要意义。

本研究结果显示,治疗前两组 TXA₂、PGI₂、D2

聚体浓度比较无显著性差异($P>0.05$);治疗后 1 个月,观察组 TXA₂、PGI₂、D2 聚体浓度均高于对照组($P<0.05$);观察组复发性流产发生率明显低于对照组($P<0.05$);两组患者均无严重不良反应发生($P>0.05$)。说明小剂量阿司匹林联合维生素 E 孕前干预 D2 聚体升高型复发性流产效果显著,可有效降低 TXA₂、PGI₂、D2 聚体浓度,减少复发性流产的发生,具有较高的临床应用价值。

参考文献

- [1]刘莉萍.阿司匹林联合低分子肝素治疗 D-二聚体增高复发性流产的临床效果观察[J].中国煤炭工业医学杂志,2015,18(2):225-227
- [2]马玉祥.D-Dimer、AT-III、t-PA 和 PAI-1 水平对复发性流产患者血栓前状态的诊断价值[J].临床和实验医学杂志,2016,15(22):2226-2228
- [3]汤丽莎,高超,高莉,等.miRNA-4497 在复发性流产绒毛组织中的表达及其对滋养细胞凋亡的影响[J].中华医学杂志,2015,95(46):3737-3740
- [4]宋丽敏.阿司匹林单独用药或联合低相对分子质量肝素治疗血栓前状态下复发性流产患者的对比研究[J].血栓与止血学,2017,23(1):102-104
- [5]邹琳,何红华,庞小艳,等.低分子肝素在人类辅助生殖技术获得妊娠后发生复发性流产患者中的临床研究[J].医学研究生学报,2017,30(4):399-404

(收稿日期:2017-08-01)

早产合并胎膜早破对产妇和早产新生儿的影响

陈丽芳

(河南省商丘市中心医院妇产科 商丘 476000)

摘要:目的:探讨早产合并胎膜早破对产妇和早产新生儿的影响。方法:选取我院 2015 年 8 月~2016 年 12 月收治的 80 例胎膜早破孕妇及 120 例早产但未伴胎膜早破孕妇为研究对象。80 例早产合并胎膜早破孕妇中,孕周 28~33⁺6 周 50 例,34~36⁺6 周 30 例;120 例早产孕妇中,孕周 28~33⁺6 周 48 例,34~36⁺6 周 72 例。观察孕妇及新生儿的临床结局。结果:孕 28~33⁺6 周胎膜早破和同孕周早产新生儿 NRDS、窒息率及死亡率高于孕 34~36⁺6 周胎膜早破和同孕周早产新生儿($P<0.05$),且 28~33⁺6 周合并胎膜早破组新生儿 NRDS、窒息率及死亡率显著高于同孕周早产组($P<0.05$);两组孕妇产褥感染、产后出血、胎盘剥离发生率比较无明显差异($P>0.05$)。结论:早产合并胎膜早破对产妇及新生儿的危害较大,新生儿并发症发生率高,应积极预防胎膜早破,加强产前宣教和临床检查,适当延长保胎时间,改善母婴结局。

关键词:早产;胎膜早破;临床影响

中图分类号:R714.433

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.09.045

早产合并胎膜早破是产妇胎膜在临产前发生破裂、脱落的产科常见并发症,也是难产、围产儿死亡的重要原因。因此,积极预防胎膜早破,减少孕妇及新生儿并发症,对保障母婴健康和安全具有重要意义^[1]。本研究通过比较胎膜早破孕妇及早产但未伴有胎膜早破孕妇的并发症及新生儿结局,分析早产合并胎膜早破对产妇和新生儿的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2015 年 8 月~2016 年 12 月收治的早产合并胎膜早破孕妇 80 例,年龄 20~35 岁,平均年龄(26.7±1.2)岁;体重 45~78 kg,平均体重(52.8±1.5)kg;孕 28~33⁺6 周 50 例,孕 34~36⁺6 周 30 例;初产妇 68 例,经产妇 12 例。选取

同期早产但未伴胎膜早破孕妇 120 例,年龄 20~36 岁,平均年龄(26.4±1.5)岁;体重 45~78 kg,平均体重(52.5±1.7)kg;孕 28~33⁺6 周 48 例,孕 34~36⁺6 周 72 例;初产妇 92 例,经产妇 28 例。所有孕妇年龄、体重等资料比较无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 临床表现及发生原因 胎膜早破孕妇的临床表现为:自觉阴道有大量液体流出或少量间歇性流出,混合有胎粪、胎脂,无腹痛和阴道流血征兆;阴道液 pH 值 ≥ 6.6 ,阴道涂片检查可见羊齿状、植物叶状结晶,超声检测羊水量降低。80 例胎膜早破孕妇的发病原因为:阴道炎 27 例(33.75%),不良孕史 16 例(20.00%),双胎 15 例(18.75%),胎位异常 12 例

(15.00%), 宫颈损伤 6 例 (7.50%), 疤痕子宫 4 例 (5.00%)。

1.3 治疗方法 对确诊为胎膜早破孕妇实施有效护理, 具体如下: 保证卧床休息, 避免随意走动, 注意会阴部清洁卫生, 预防相关感染疾病; 采用超声波监测胎儿情况, 观察孕妇体温、脉搏、羊水及血常规。胎膜早破孕妇中, 3 例宫口开大, 早产不可避免, 未进行保胎治疗。其余孕妇均采取以下治疗方法: (1) 留取宫颈及阴道分泌物进行培养, 完善临床相关检查; (2) 肌注地塞米松, 促进胎肺成熟; (3) 静滴 25% 硫酸镁 40 ml+5% 葡萄糖注射液 500 ml 抑制宫缩; (4) 密切监测孕妇及胎儿状况, 如出现胎儿窘迫或宫内感染, 应及时终止妊娠。

1.4 观察指标 比较胎膜早破对不同孕周孕妇及新生儿的影响。孕妇指标包括: 产褥感染、产后出血、胎盘剥离。新生儿指标包括: 新生儿呼吸窘迫综合征 (NRDS)、感染率、窒息率、死亡率。

1.5 统计学方法 采用统计软件 SPSS20.0 进行数据处理, 计数资料以 % 表示, 进行 χ^2 检验, 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 进行 t 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组孕妇结局比较 胎膜早破和同孕周早产孕妇并发症发生率比较无明显差异, $P > 0.05$ 。见表 1。

表 1 两组孕妇结局比较[例(%)]

孕周	n	产褥感染	产后出血	胎盘剥离
28~33 ⁺ 周 胎膜早破	50	6(12.00)	8(16.00)	2(4.00)
同孕周早产	48	5(10.42)	7(14.58)	2(4.17)
34~36 ⁺ 周 胎膜早破	30	3(10.00)*	4(13.33)*	1(3.33)*
同孕周早产	72	7(9.72)*	9(12.50)*	2(2.78)*

注: 与 28~33⁺周比较, * $P > 0.05$ 。

2.2 两组新生儿结局比较 孕 28~33⁺周胎膜早破和同孕周早产新生 NRDS、窒息率、死亡率高于孕 34~36⁺周后新生儿, $P < 0.05$, 且 28~33⁺周合并胎膜早破组新生儿 NRDS、窒息率及死亡率显著高于同孕周早产组 ($P < 0.05$); 两组新生儿感染率比较无显著性差异, $P > 0.05$ 。见表 2。

表 2 两组新生儿结局比较[例(%)]

孕周	n	NRDS	感染	窒息	死亡
28~33 ⁺ 周 胎膜早破	50	12(24.00)	6(12.00)	9(18.00)	8(16.00)
同孕周早产	48	7(14.58) [△]	5(10.42)	4(8.33) [△]	5(10.42) [△]
34~36 ⁺ 周 胎膜早破	30	4(13.33)*	3(10.00) [#]	1(3.33)*	2(6.67)*
同孕周早产	72	2(2.78)*	7(9.72) [#]	0(0.00)*	1(1.39)*

注: 与 28~33⁺周比较, * $P < 0.05$, [#] $P > 0.05$ 。与胎膜早破组相比, [△] $P < 0.05$ 。

3 讨论

早产是产科常见并发症, 发生率达 6%; 在早产孕妇中, 胎膜早破的发生率高达 25% 左右^[1]。胎膜早破是妊娠阶段的并发症, 其发病影响因素较多, 主要与阴道流血病史、早产史、生殖道感染等密切相关^[2-4]。一旦发生胎膜早破, 若不及时采取相关措施, 可对孕妇和围产儿预后造成严重危害。研究表明^[5], 阴道疾病是造成孕妇胎膜早破的重要诱因。本研究中发生胎膜早破的孕妇主要致病因素为阴道炎。

本研究结果显示, 孕 28~33⁺周胎膜早破对孕妇及新生儿的危害较大, 34~36⁺周新生儿 NRDS、窒息率、死亡率则较低 ($P < 0.05$)。提示适当延长孕周, 促使新生儿发育成熟, 可有效减少孕妇及新生儿并发症的发生, 改善母婴结局。目前, 对于胎膜早破的治疗以预防为主, 加强健康宣教和重视产前检查是重要手段。此外, 医院还应开展教育活动, 尽可能避免胎膜早破的致病因素, 如不良孕史、胎位异常、生殖系统感染等, 指导产妇养成良好的生活及卫生习惯, 及时纠正胎位不正, 降低胎膜早破发生率及相关并发症发生率。由于炎症可通过宫颈口感染胎膜, 继而播散在子宫及胎盘上, 导致胎膜组织变脆并发生破裂, 在诱因预防中尤其应注意阴道炎的预防和治疗^[6]。此外, 有阴道流血症状的孕妇凝血酶发生改变, 可增加宫颈软化及扩张的可能性。综上所述, 早产合并胎膜早破对产妇及新生儿的危害较大, 新生儿并发症发生率高, 应积极预防胎膜早破, 加强产前宣教和临床检查, 改善母婴结局。

参考文献

- [1] 张慧丽, 刘叶花, 何玉甜, 等. 有无明显诱因致早产合并胎膜早破的临床对比分析[J]. 实用妇产科杂志, 2013, 29(2): 129-132
- [2] 王妙英, 赵媛媛, 焦朋增, 等. CRP 联合胎儿胸腺横径诊断未足月胎膜早破合并亚临床绒毛膜羊膜炎的价值[J]. 现代中西医结合杂志, 2015, 24(26): 2866-2868
- [3] 冯方方, 洛若愚. 胎膜早破与孕妇 UU、CT 感染的关系及其对妊娠结局影响[J]. 现代仪器与医疗, 2015, 21(1): 59-60, 73
- [4] 张媛, 崔金晖, 韩振艳, 等. 早产胎膜早破并发胎盘病理炎症改变与新生儿预后的相关性研究[J]. 中国实用医药, 2014, 9(12): 48-50
- [5] 杜书华, 刘照平, 杨莉, 等. 未足月胎膜早破的相关危险因素及新生儿结局的临床分析[J]. 中国妇幼保健, 2017, 32(2): 311-313
- [6] 冯秀敏. 不同时限分娩对胎膜早破患者分娩结局和新生儿的影响[J]. 医学综述, 2016, 22(23): 4782-4784

(收稿日期: 2017-08-04)

欢迎广告惠顾!

欢迎订阅!

欢迎投稿!