

早产

华西附二院 妇产科
刘兴会

早产

preterm labor, PTL

定义：

指妊娠满28周至不满37足周（196-258日）间分娩者。

此时娩出的新生儿体重1000-2499g，各器官发育不成熟，易发生各种疾病。

早产占分娩总数的5%-15%。

病因

胎膜早破、绒毛膜羊膜炎，30-40%早产与此相关；

下生殖道及泌尿道感染；

妊娠并发症与合并症；

子宫膨胀过度及胎盘因素；

子宫畸形；

宫颈内口松弛；

临床表现

主要表现：妊娠满28周至不满37周前，出现较规则宫缩，间隔时间5-6min，持续时间达30秒以上。

肛门检查或阴道检查：宫颈管消失，宫口扩张。

既往史：可有晚期流产、早产及产伤史。
部分患者可伴有少量阴道流水或阴道流血。

诊断

我国早产临产之标准：

- 1， 妊娠满28周至不满37周；
- 2， 出现规则宫缩（20min内>4次或60min内>8次）；
- 3， 伴有宫颈管缩短>75%、宫颈进行性扩张2cm以上。

预测

目前常用的两种方法:

阴道B超检查宫颈长度及宫颈内口漏斗形成情况;

阳性: 宫颈内口漏斗长度大于宫颈总长度的25%, 或功能性宫颈内口长度 $<30\text{mm}$;

阳性提示早产可能性大, 应予治疗。

阴道后穹窿棉拭子检测胎儿纤维连接蛋白 (fetal fibronectine, fFN)。

阳性: 妊娠20周后, 宫颈、阴道分泌物中 $\text{fFN} > 50\text{ng/ml}$ 。

阳性提示胎膜与蜕膜分离, 有早产可能。预测敏感性达93%, 特异性82%。

病因分析

1, B型超声检查

排除胎儿畸形、确定胎儿数目及多胎妊娠类型、明确胎儿先露部、了解胎儿生长状况及宫内安危、排除死胎、估计羊水量,排除前置胎盘及胎盘早剥等。

2, 阴道窥器检查及阴道流液涂片

了解有无胎膜早破。

3, 宫颈及阴道分泌物培养

4, 羊膜穿刺

胎膜早破者可抽羊水送细菌培养,检测卵磷脂/鞘磷脂,以了解胎儿肺成熟度。

治疗

治疗原则：

胎儿存活，无明显畸形、无明显绒毛膜羊膜炎及胎儿宫内窘迫、无严重妊娠并发症及合并症、宫口开大2cm以下，以及早产预测阳性者，应设法延长孕周，防止早产；早产不可避免时，应设法提高早产儿的存活率。

卧床休息：左侧卧位

药物治疗：

抑制宫缩

控制感染（抗生素）

预防新生儿呼吸窘迫综合征（糖皮质激素）

早产分娩处理

经阴道分娩（会阴侧切，缩短第二产程）

剖宫产（评估早产儿的存活可能后）

抑制宫缩药

β 受体激动剂

ADR: 母儿心率加快, 收缩压升高, 血糖增高、水钠潴留, 血容量增加;

此类药物: 利托君、沙丁胺醇

硫酸镁

钙拮抗剂

前列腺素合成酶抑制剂

预防

- 1， 积极治疗泌尿生殖道感染， 妊娠晚期节制性生活， 预防胎膜早破；
- 2， 妊娠前积极治疗基础疾病， 把握好妊娠时机； 妊娠后积极预防各种妊娠合并症的恶化及并发症的发生；
- 3， 宫颈内口松弛者宜于妊娠14周-16周行宫颈内口环扎术。



Thank you!