

胎膜早破 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/308/2021_2022__E8_83_8E_E8_86_9C_E6_97_A9_E7_c22_308407.htm 名称胎膜早破所属科室妇产科病因创伤；宫颈内口松弛；妊娠后期性交产生气机械性刺激或引起胎膜炎；下生殖道感染，可由细菌、病毒或弓形体等引起；羊膜腔内压力升高（如多胎妊娠、羊水过多）；胎儿先露部与骨盆入口未能很好衔接（如头盆不称，胎位异常等）；胎膜发育不良至菲薄脆弱等。临床表现孕妇突感较多液体自阴道流出，继而少量间断性排出。对母儿影响胎膜早破可带来产妇精神负担，可诱发早产及增加宫内感染和产褥感染。破膜48小时后分娩者，产妇感染率为5%~20%，败血症率为1：145，产妇死亡率约为1：5500。胎儿吸入感染的羊水可发生胎儿性肺炎、胎儿宫内窘迫；无症状者，分娩后也可发生先天性新生儿肺炎；脐带脱垂发生气会增加。有报道早期破膜矫正的新生儿死亡率为1.7%。越临近妊娠足月，破膜后产兆发动率越高。破膜一般不影响产程进展。诊断腹压增加时，如咳嗽、打喷嚏、负重等羊水即流出，肛诊将胎先露部上推时见到流液量增多，则可明确诊断。1.液酸碱度检查 平时液pH值为4.5~5.5，羊水pH值为7.0~7.5，尿液为5.5~6.5。以硝秦纸（nitrazine paper）测试，***液偏碱性，pH值permil.美蓝染色可见淡黄色或不着色胎儿皮肤上皮及毳毛；用苏丹III染色见桔黄色脂肪小粒，用0.5%硫酸尼罗蓝染色可见村黄色胎儿上皮细胞，结果比用试纸测定pH值可靠，可确定为羊水。3.羊膜镜检查 可以直视胎先露部，看不到前羊膜囊，即可确诊胎膜早破。治疗1.胎膜早破孕妇应住院待产，密切注重胎心音变化，胎先露部未衔接者应绝对卧床

休息，以侧卧为宜，防止脐带脱垂。已临产者，均不阻止产程继续进行。2.若有羊膜炎，应设法及早结束分娩，不考虑孕龄。妊娠近足月或感染明显，考虑剖宫产。3.若未临产，又无感染征象，胎儿已达妊娠足月（孕37周，胎儿体重已达2500g），可观察12~18小时。若产程仍未发动，则开始引产或根据情况行剖宫产。4.若孕龄未达37周，无产兆，无感染征象，应保持外阴清洁，严密观察，以争取适当延长孕龄。5.妊娠不足月，产程已发动，为头先露，可给予***分娩的机会。6.妊娠不足月，但孕龄在30周以上，臀位已临产，应考虑行剖宫产，但产妇不同意则不必勉强，小于妊娠30周者最好经***分娩。7.分娩结束，应给予抗生素控制感染。预防及预后积极预防和治疗下生殖道感染，重视孕期卫生指导；妊娠后期禁止性交；避免负重及腹部受撞击；宫颈内口松弛者，应卧床休息，并于妊娠14周左右施行宫颈环扎术，环扎部位应尽量靠近宫颈内口水平。对破膜后是否预防性给予抗生素，多数学者认为，预防性用药对产妇发病率的减少作用甚微，且对围生儿的发病率及死亡率并不减少，此外，抗生素通过胎盘可使新生儿日后产生抗药效，故主张产后积极进行治疗。优于预防性应用抗生素。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com