

早产 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__E6_97_A9_E4_BA_A7_c22_308572.htm 名称早产所属科室妇产科病因

约30%的早产无明显原因。常见诱因有：1.孕妇方面（1）合并子宫畸形（如双角子宫、纵隔子宫）、子宫颈松弛、子宫肌瘤。（2）合并急性或慢性疾病，如病毒性肝炎、急性肾炎或肾盂肾炎、急性阑尾炎、病毒性肺炎、高热、风疹等急性疾病；心脏病、糖尿病、严重贫血、甲状腺功能亢进、高血压病、无症状菌尿等慢性疾病。（3）并发妊娠高血压综合征。（4）吸烟、吸毒、酒精中毒、重度营养不良。（5）其他，如长途旅行、气候变换、居住高原地带、家庭迁移、情绪剧烈波动等精神体力负担；腹部直接撞击、创伤、性交或手术操作刺激等。2.胎儿胎盘方面（1）前置胎盘和胎盘早期剥离。（2）羊水过多或过少、多胎妊娠。（3）胎儿畸形、胎死宫内、胎位异常。（4）胎膜早破、绒毛膜羊膜炎。临床表现早产与流产相仿，亦有其发展过程，临床可分为两个阶段：1.先兆早产：出现子宫收缩，至少10分钟有一次，每次持续30秒，历1小时以上。2.难免早产：除有规律性子宫收缩，间歇期渐短、持续时间渐长，且强度不断增加之外，伴有子宫颈容受 $\geq 2\text{cm}$ ；或有进行性子宫颈容受及子宫颈扩张，且伴血性分泌物或胎膜已破，情况与足月妊娠临床相仿。诊断子宫收缩与产程进展仅仅意味着妊娠即将结束，至于判定是否属于早产范畴，要害还在于确定孕周及胎儿大小。临床可从以下几方面推算孕周及估计胎儿大小：1.临床推算：具体了解以往月经周期，询问末次月经日期、早孕反应开始时间及胎动开始时间；根据早孕期妇科检查时子宫体大小是

否与停经月份相符合；参照目前耻骨联合上子宫长度和腹围推算孕周。

2.超声检查：胎儿头径、头围、腹围、股骨长度与胎龄及体重密切相关。根据超声测量值可估计孕周与胎儿大小。双顶径的测量较为准确、误差少，如ge.2500g；股骨长度测量的可靠性约90%，如ge.2500g（表15-1、2、3）。表15-1 正常妊娠胎头双顶径值（cm）孕周 均值plusmn.标准差

11	2.08	plusmn.0.773
12	2.35	plusmn.0.820
13	2.58	plusmn.0.403
14	3.03	plusmn.0.682
15	3.45	plusmn.0.802
16	3.79	plusmn.0.636
17	4.10	plusmn.0.580
18	4.28	plusmn.0.367
19	4.26	plusmn.0.628
20	4.68	plusmn.0.614
21	4.79	plusmn.0.515
22	5.15	plusmn.0.566
23	5.47	plusmn.0.354
24	5.80	plusmn.0.536
25	5.81	plusmn.0.429

表15-2 头围（HC）及腹围（AC）的正常均值（cm）孕周 HC AC

孕周	HC	AC
12	7.0	5.6
27	25.2	22.9
13	8.9	6.9
28	26.2	24.0
14	9.8	8.1
29	27.1	25.0
15	11.1	9.3
30	28.0	26.0
16	12.4	10.5
31	28.9	27.0
17	13.7	11.7
32	29.7	28.0
18	15.0	12.9
33	30.4	29.0
19	16.3	14.1
34	31.2	30.0
20	17.5	15.2
35	31.8	30.9
21	18.7	16.4
36	32.5	31.8
22	19.9	17.5
37	33.0	32.7
23	21.0	18.6
38	33.6	33.6
24	22.1	19.7
39	34.1	34.5
25	23.2	20.8
40	34.5	35.4
26	24.2	21.9

表15-3 股骨长度正常值（cm）孕周 股骨长度

孕周	股骨长度
12	0.8
22	3.9
32	6.3
13	1.1
23	4.2
33	6.5
14	1.5
24	4.4
34	6.6
15	1.8
25	4.7
35	6.8
16	2.1
26	4.9
36	7.0
17	2.4
27	5.2
37	7.2
18	2.7
28	5.4
38	7.3
19	3.0
29	5.6
39	7.5
20	3.3
30	5.8
40	7.6
21	3.6
31	6.1

鉴别诊断妊娠进入晚期，子宫敏感度、收缩性逐渐增高，常在劳累、多行走后发生收缩，然而稍事休息，转瞬即逝，与先兆早产的临床表现不同。至于难免早产则需与假阵缩相鉴别。假阵缩的特点是宫缩间歇时间长且不规则，持续时间短且不恒定，宫缩强度不增加，常

在夜间出现而于清晨消失。此种宫缩仅引起下腹部稍微胀痛，子宫颈管长度不短缩，子宫颈口无明显扩张，可被镇静剂抑制。

治疗1.先兆早产的处理（1）左侧卧位，以提高子宫胎盘血流量，降低子宫活性，使子宫肌松弛，从而减少自发性宫缩。（2）静脉滴注平衡液500~1000ml，以扩张子宫胎盘血流灌注量，减少子宫活动，按100ml/h的速度进行。（3）在进行上述处理的同时，作肛查或***检查，以了解子宫颈容受及扩张情况。观察1~2小时后，如宫缩变稀、消失，不再复查，以免刺激***、子宫颈，激发前列腺素及缩宫素的分泌。通过以上处理，40%~70%的患者不需其他治疗即愈。若情况不见改善，应再次肛查或***检查，以明确是否进展至难免早产而给予相应处理。

2.难免早产的处理（1）药物抑制宫缩1）应用条件：凡符合以下条件者，可应用宫缩抑制剂以延长妊娠数天，为肾上腺皮质激素促胎肺成熟争取时间；或数周，使胎儿能继续在宫内发育生长，以降低新生儿死亡率及病率：难免早产诊断明确；妊娠28周以上；无继续妊娠的禁忌证；胎儿能继续健康成长；子宫颈扩张beta.2-肾上腺能受体兴奋剂、降压药等。如不能阻止产程进展，应立即停用。目前常用的药物有以下几种：吲哚美辛（消炎痛）：前列腺素有刺激子宫收缩和导致子宫颈软化容受作用。吲哚美辛可抑制前列腺素合成酶而抑制前列腺素的合成。常用剂量25mg口服，每6小时一次；或50mg肛栓，每12小时一次，直至宫缩停止。吲哚美辛对母体的不良反应极小，妊娠<34周时，胎儿对药物的不良反应不敏感，尤其短期用药，不至于促使胎儿动脉导管提前关闭以致肺高压、心力衰竭和死亡。硫酸镁：镁离子可与钙离子竞争进入肌质网，并可直

接作用于肌细胞，使肌细胞膜的电位差降低而不产生肌肉收缩，抑制作用与剂量有关。血清镁浓度为 $2 \sim 4\text{mmol/L}$ （ $4 \sim 8\text{mEq/L}$ ）时，可完全抑制子宫肌的自然收缩和缩宫素引起的宫缩。首次剂量为 4g ，加入 5% 葡萄糖液 $100 \sim 250\text{ml}$ ，静脉滴注，在 $30 \sim 60$ 分钟内滴完。尔后将 $5 \sim 10\text{g}$ 硫酸镁加入 5% 葡萄糖液 500ml ，以 $1 \sim 2\text{g/h}$ 的速度静脉滴注，直至宫缩停止或在产程已明显进展，治疗无效时停用。滴注过程中，密切注重镁中毒症状，监护孕妇呼吸、膝反射及尿量。如出现呕吐、潮热等不良反应，适当调节滴速。若宫缩一度消失后再现，可重复应用。有严重心肌损害、传导阻滞、肾功能损害者禁用。此外，应避免与其他呼吸抑制药物同用。 β_2 -受体主要在子宫、血管、支气管及横隔平滑肌内。药物直接作用于平滑肌细胞膜上的受体，与相应受体结合后，激活腺苷环化酶而使平滑肌细胞中的环磷酸腺苷（cAMP）含量增加，抑制肌质网释放钙，细胞质内钙含量减少，使子宫肌松弛而抑制宫缩。此外，由于 μg ，逐渐加量，每次增加 $5\mu\text{g/min}$ 至最低有效量，维持8小时。以后改用皮下注射 $250\mu\text{g}$ ，以后每10分钟增加 $50\mu\text{g}$ ，至宫缩消失后1小时为止。如心率 > 120 次/分，则依次逐步减量，直至心率正常。一般静脉给药不超过12小时，在停止静脉给药前半小时，开始口服 10mg ，每2小时一次，持续24小时，然后逐渐减量，每日 $20 \sim 60\text{mg}$ ，分2~3次口服。钙拮抗剂：主要作用在于阻止钙离子进入细胞膜，阻止细胞内肌纤维膜释放钙及增加平滑肌中的钙逐出，使细胞质内钙含量降低，子宫肌因而松弛。这类药物中，药效最强的是硝苯地平（心痛定，nifedipine）。剂量为 10mg ，每日3次口服，舌下含服作用较快，可减弱宫缩的振

幅及肌张力。但可致外周血管扩张、房室传导减慢及随后的反射性心动过速、头痛、皮肤潮热以及降低子宫胎盘血流量。

（2）药物促胎肺成熟：估计早产已难以避免，应在给予产妇产缩抑制剂的同时，肌肉注射、静脉滴注或羊膜腔内注射肾上腺糖皮质激素以促胎肺成熟而预防早产儿出现呼吸窘迫综合征，提高早产儿生存率。常用地塞米松5mg，肌肉注射，每日3次，连续2～3日；或倍他米松12～24mg，肌肉注射，每日1次，共2日。一般在24～72小时后有效。

3.分娩的处理：重点在于避免创伤性分娩、新生儿窒息以及为出生后的复苏与保暖作好充分预备。

（1）吸氧。（2）第一产程中，使临产妇取左侧卧位以增加胎盘灌注量。（3）避免应用镇静剂和镇痛剂。（4）肌肉注射维生素K110mg，以降低新生儿颅内出血发生率。（5）进入第二产程后，适时在阴部神经阻滞麻醉下作会阴切开术，以减少盆底组织对胎头的阻力，必要时施行预防性产钳助产术，但操作须轻柔，以防损伤胎头。

4.早产儿的处理

（1）出生时的处理

1）体位：为防新生儿的血液向胎盘逆流，娩出后，使其躯体低于胎盘水平；为促进咽喉部的粘液、血液和羊水排出，先使新生儿面朝下或取头偏向一侧的仰卧位，用盐水纱布轻轻挤捏鼻腔及揩拭口腔。

2）清理呼吸道：在第一次呼吸前，清除呼吸道内的粘液、血液和羊水至关重要。使新生儿的头部伸展，用电动负压或口衔导管吸净咽喉部液，尔后轻击足底，刺激啼哭。早产儿对子宫外生活环境的适应能力随胎龄及出生体重而异。如出生前胎盘功能良好，出生时多数能适应新环境而在娩出后1～2分钟内开始自然呼吸。若出生时体重过低（ $<2000\text{g}$ ），则其延髓中的呼吸中枢对物理和化学刺激反应性弱。此外，早产儿

在娩出过程中脑部易受损伤，而发育不成熟、缺氧、颅内出血等均为呼吸中枢反应性迟钝的诱因；胸廓肌肉薄弱，又不能充分维持呼吸运动，以致出生后出现肺泡扩张不全，呈肺不张状态，往往发生呼吸障碍。呈苍白窒息者，应迅速气管插管，吸出气管内液后，输氧、加压呼吸。出生后肺呼吸的转换越迟，以后遗留永久性中枢神经系统障碍的可能性越大。

3) 断脐：在清理呼吸道、复苏的同时，立即断脐，以减少高胆红素血症的发生而增加肝脏负担。

4) 保温：断脐后迅速擦干全身，但不必擦去皮肤表面可起保温作用的胎脂，以暖干布包裹躯体避免散热过多。

(2) 出生后的处理

1) 保暖：室温保持在 $24 \sim 26^{\circ}\text{C}$ ，相对湿度 $55\% \sim 65\%$ 。体重越轻，四周环境温度应越接近早产儿体温。体重 $< 2000\text{g}$ 的早产儿，应置于暖箱内。体重 $1501 \sim 2000\text{g}$ 者，暖箱温度为 $30 \sim 32^{\circ}\text{C}$ ；体重 $1001 \sim 1500\text{g}$ 者，暖箱温度为 $32 \sim 34^{\circ}\text{C}$ 。

2) 日常护理：除每日一次在固定时间（哺乳前）测一次体重外，喂奶、测体温、更换衣服与尿布等一切护理工作均在暖箱中完成。避免不必要的检查及移动。初起每2小时测腋下体温一次，于体温恒定后，每4~6小时测体温一次。体温应保持在皮温 $36 \sim 37^{\circ}\text{C}$ ，肛温 $36.5 \sim 37.5^{\circ}\text{C}$ 。

3) 供氧：仅在发生青紫及呼吸困难时给予吸氧，且不宜长期使用。氧浓度以 $30\% \sim 40\%$ 为宜，浓度过高、吸氧时间过长，易引起眼晶体后纤维组织增生，导致视力障碍。

4) 防止低血糖：据统计，出生后1天内，约半数早产儿出现低血糖。如出生后血糖值两次低于 1.1mmol/L （ 20mg/dl ），即可诊断而须立即治疗。可静脉推注葡萄糖 1g/kg ，尔后以每分钟 10mg/kg 的速度持续滴入，待血糖稳定后再继续24小时，以后根据喂养情况逐渐减量。

5) 补充维生

素及铁剂：早产儿体内各种维生素贮量少，生长快而需要多，易于缺乏，故出生后应给予维生素K₁1~3mg和维生素C50~100mg，肌肉注射或静脉滴注，共2~3日。生后第3天起，给口服复合维生素B半片和维生素C50mg，每日2次。生后第10天起，予以浓鱼肝油滴剂，由每日1滴渐增至每日3~4滴，或维生素D₃15万~30万U，肌肉注射一次。生后1月，给予铁剂，10%枸橼酸铁胺每日2ml/kg。出生体重<1500g者，生后第10天起，给服维生素E每日30mg，共2~3个月。6) 喂养：出生后6小时开始母乳喂养，喂奶前，先试喂糖水1~2次。体重过低或一般情况弱者，适当推迟喂奶，给予静脉补液。吮吸力差者，以胃管或肠管喂养。早产儿对热能及水分的需要量有较大个体差异。多数在出生后1周内，热能可按每日502.32kJ/kg (120kcal/kg) 计算，水分按每日60~80ml/kg计算供给。7) 预防感染：加强早产儿室内日常清洁消毒，严格执行隔离制度。早产儿如有感染，及时治疗。

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