

早发型与晚发型重度子痫前期器官受累及围产儿预后的比较

杨智清

(江西省上高县妇幼保健院 上高 336400)

摘要:目的:分析早发型重度子痫前期与晚发型重度子痫前期器官受累特点,探讨两种类型重度子痫前期不同临床表现与其围产结局的关系。方法:对 40 例重度子痫前期患者进行回顾性研究,将 34 周作为早发型和晚发型重度子痫前期的分界,根据器官受累多少分为单器官、多器官(≥ 2)受累。比较两种类型重度子痫前期一般临床资料、器官受累以及围产儿结局。结果:早发型重度子痫前期以多器官受累为主,而晚发型以单器官受累为主;早发型重度子痫前期围产儿死亡率明显高于晚发型。结论:早发型重度子痫前期对母儿的损害较大。两种类型的重度子痫前期可能存在不同的发病机制。

关键词:早发型;晚发型;重度子痫前期;器官受累;围产结局

中图分类号:R 714.245 文献标识码:B doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.04.031

重度子痫前期是产科临床的常见病,而早发型重度子痫前期是产科医生面临的难题。本研究对本院产科收治的重度子痫前期的患者进行分析,比较早发型与晚发型重度子痫前期患者的临床表现及母儿预后,以探讨这两种类型重度子痫前期的器官受累特点及其与母亲、新生儿预后的关系。

1 资料与方法

1.1 资料来源 选择 2009 年 2~7 月我院收治的重度子痫前期患者 40 例作为研究对象,剔除合并慢性高血压、糖尿病、慢性肾炎等病患者。

1.2 诊断标准及分型 重度子痫前期的诊断标准按照《威廉姆斯产科学》第 21 版中的标准^[1]。按照重度子痫前期患者发病时间不同分为:(1)早发型,即发病孕周 ≤ 34 周;(2)晚发型,即发病孕周 >34 周。

1.3 治疗方法 (1)入院时合并严重并发症者,给予对症治疗控制病情,病情稳定后及时终止妊娠,孕 34 周之前结束分娩者应用地塞米松促胎肺成熟。(2)入院时不伴有严重并发症者:妊娠在 33 孕周前给予期待治疗,妊娠在 34 孕周后,短期治疗后适时终止妊娠。

1.4 观察指标 (1)血压、尿蛋白、肝肾功能、血常规、凝血功能检测;眼底检查;临床症状的观察。(2)胎儿的监测:无负荷试验(NST);超声检查。(3)按照各终末器官如脑、心、肺、肝、肾、视网膜、胎盘等受累情况分为:单器官受累(仅 1 个器官受累)、多器官受累(≥ 2 个器官受累)。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 11.0 统计软件进行统计学处理,所有数据用($\bar{X} \pm S$)表示。

2 结果

2.1 两组一般资料比较 早发型和晚发型两组间在年龄、产次上无统计学意义($P>0.05$),而在血压、发病孕周、治疗时间上均有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组一般临床资料的比较 ($\bar{X} \pm S$)							
分组	n	年龄/岁	产次/次	平均动脉压/mmHg	发病孕周/周	治疗时间/d	
早发型	20	28.8±4.8	1.2±0.4	128±9	31.1±2.1	12.2±6.5	
晚发型	20	29.3±4.5	1.4±0.6	110±8	37.2±4.4	3.2±2.5	
P 值		>0.05	>0.05	<0.05	<0.01	<0.01	

2.2 器官受累情况 40 例重度子痫前期患者中发生单器官受累 23 例,占 57.5%,发生多器官受累 17 例,占 42.5%。而早发型以多器官受累者居多,占 60.0%,而晚发型以单器官受累者居多,占 75.0%,有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组器官受累情况的比较 例(%)			
分组	n	单器官受累	多器官受累
早发型	20	8(40.0)	12(60.0)
晚发型	20	15(75.0)	5(25.0)
合计	40	23(57.5)	17(42.5)

2.3 两组围产儿情况 早发型组胎儿新生儿死亡率明显高于晚发型组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组胎儿新生儿死亡的比较 例		
分组	胎儿新生儿总数	胎儿新生儿死亡数
早发型	20	4
晚发型	23	0

3 讨论

早发型重度子痫前期早在 20 世纪 80 年代末即被提出,近年来已逐渐引起围产医学界的重视与研究兴趣,但迄今为止其孕龄界定尚无统一标准,有学者将发病于妊娠 32 周之前的重度子痫前期计为早发型^[2],但更多学者认同于妊娠 34 周前^[3]。无疑,目前唯一能治愈子痫前期的方法是终止妊娠。但早发型重度子痫前期如过早终止妊娠,母亲安全性虽得到保障,却因胎儿未成熟,常导致较高的围产儿病死率;相反,盲目延长孕周,会使妊娠妇女发生严重并发症,甚至致命。因此,对于早发型子痫前期的研究很有必要。

Sibai 认为母儿预后与分娩孕周、发病孕周、疾病进程的严重程度等有关^[4]。本研究结果显示早发型患者的器官受累多于晚发型,提示早发型较晚发型对母亲的危害更大。因此,对早发型患者的期待治疗,除了考虑延长孕周,增加胎儿新生儿的存活力之外,不能忽略对母亲的器官损害。有关期待治

间歇泵奶加非营养性吸吮在早产儿中的应用

方惠清

(江西省赣州市妇幼保健院 赣州 341000)

摘要:目的:比较间歇泵奶加非营养性吸吮与常规鼻饲早产儿的喂养效果。方法:将 100 例早产儿随机分为间歇泵奶加非营养性吸吮组与常规鼻饲组,每组 50 例,用同一种配方奶喂养,记录早产儿喂养不耐受情况、胃管留置时间、住院天数。结果:间歇泵奶加非营养性吸吮喂养不耐受明显低于常规鼻饲组($P<0.01$),平均住院与胃管留置时间明显低于常规鼻饲组($P<0.05$)。结论:间歇泵奶加非营养性吸吮喂养比常规鼻饲喂养出现喂养不耐受少,可锻炼其吸吮能力,减少住院天数,而且安全、方便、可行。

关键词:早产儿;微量泵;鼻饲;非营养性吸吮

中图分类号:R 473.72

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.04.032

由于围产医学和 NICU 技术不断发展,早产儿存活率不断提高。随着呼吸治疗和管理不断完善,决定早产儿住院时间长短和生存质量的关键是喂养问题。目前已知 34~36 周早产儿才具有有效的吸吮和吞咽动作,<34 周早产儿,特别是极低出生体重儿吸吮和吞咽能力差,食管下端括约肌发育不成熟及胃排空缓慢,进行胃肠喂养时极易发生喂养不耐受。为改善胃肠喂养的耐受性,尽快过渡到自行吸奶,需改进喂养方法,使早产儿顺利渡过喂养关。我院 NICU 将 2007 年 6 月~2009 年 6 月住院的 100 例 <34 周早产儿随机分为间歇泵奶加非营养性吸吮喂养组和常规鼻饲喂养组,并对其喂养耐受性、住院时间和留置胃管时间进行比较。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 100 例,男 65 例,女 35 例;入院时间为生后 30 min~10h;胎龄 26~34 周;出生体重 900~2 380g;院内出生 38 例,院外出生 62 例;经阴道分娩 42 例,剖宫产 58 例。随机分为实验组(间歇泵奶加非营养性吸吮喂养组)和对照组(常规鼻饲喂养组)各 50 例。两组性别、胎龄、出生体重、分娩方式差异无统计学意义($P>0.05$),两组早产儿均无基础疾病及并发症,吸吮和吞咽能力差。

1.2 方法

疗的时间长短目前尚存在争议。Hall 等^[1]认为延长孕周 10~15.4d,围生儿结局明显改善,而孕产妇并发症的发生率无明显增加。对于早发型重度子痫前期的治疗应实施个体化原则,严格选择病例,严密监测母儿状况,适当进行期待治疗,若出现孕妇病情恶化或产科并发症,则应及时终止妊娠。本研究结果显示早发型患者的胎儿新生儿死亡率较晚发型明显升高,提示早发型不仅对母亲的危害大,对围产儿的危害亦大。有人提出早发型与晚发型重度子痫前期可能存在着不同的发病机制,因此针对早发型重度子痫前期的研究,需要对其发病机制进行系统的基础研究。本研究病例数较少,尚需进一步

1.2.1 材料 两组均选用苏州市鑫达医疗器材有限公司生产的 F6 新生儿胃管。微量泵系浙江大学仪器有限公司生产,型号为 wz-50G。

1.2.2 操作方法 选用雀巢公司生产的早产儿特别能恩配方奶粉,遵医嘱配制温度适宜的奶量,两组患儿均以常规方法插入固定胃管。实验组:用注射器抽取每次所需奶量,排尽空气,连接到胃管,按使用微量泵的方法固定好注射器,调节泵速,使奶量在 40~60min 内均匀滴入,q2h 泵奶,泵奶的同时给予安慰奶嘴吸吮,锻炼其吸吮能力。对照组:常规鼻饲,用注射器抽取每次所需奶量,连接胃管,将奶量一次性注到胃内,10~15min 注完,q2h 鼻饲。

1.3 观察项目 观察记录两组喂养不耐受的情况、胃管留置时间及住院时间。

1.4 喂养不耐受诊断标准^[1] (1)频繁呕吐,每天超过 3 次以上。(2)奶量不增加或减少,持续 3d 以上。(3)腹胀,24h 腹围增加 >1.5cm,伴有肠型。(4)胃残余量超过上次奶量的 1/3 或 24h 胃残余量超过喂养总量的 1/4。符合以上任何一点就算喂养不耐受。

2 结果

两组喂养不耐受情况见表 1。对照组平均住院 21.5d,实验组平均住院 16.8d,实验组明显优于对照组($P<0.05$);对照组胃管平均留置时间 14.2d,实验组 10.5d,实验组明显优于对照组($P<0.05$),扩大样本量,继续深入探讨。

参考文献

[1]Cunningham FC, Gant NF, Leveno KJ, et al. Williams Obstetrics[M]. 21st Ed. New York: McGraw-Hill Com Inc,2001.569-570
[2]Withagen M,Wallenburg H, Steegers E, et al.Morbidity and development in childhood of infants born after temporizing treatment of early onset preeclampsia [J].BJOG,2005,112(7):910-914
[3]Wessel G,Annelies R, Gouke J, et al. A randomised controlled trial comparing two temporizing management strategies, one with and one without plasma volume expansion, for severe and early onset preeclampsia[J].BJOG, 2005,112(10):1 358-1 368
[4]Sibai BM. Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia[J].Obstet Gynecol, 2003, 102:181-192
[5]Hall DR,Odendaal HJ, Steyn DW, et al. Urinary protein excretion and expectant management of early onset, severe preeclampsia [J].Int J Gynecol Obstet,2002,77:1-6

(收稿日期: 2010-04-19)