

宫颈机能不全孕产妇转诊常见问题的处理及注意事项

包琳, 张建平*

作者单位: 510120 广东 广州, 中山大学孙逸仙纪念医院妇产科

作者简介: 包琳, 毕业于中山大学中山医学院, 博士, 医师, 研究方向为复发性流产及早产; 张建平, 教授, 主任医师, 博士生导师, 中山大学孙逸仙纪念医院妇产科副主任、产科主任, 兼任世界中医药学会联合会围产医学专业委员会会长、中华妇产科学会产科学组成员、中国优生科学学会常务理事、广东省健康管理学会妇产科分会副主任委员、广东省医师协会围产医学学会副主任委员、广东省助产协会副会长、广东省医学会围产医学分会早产及流产学组组长等, 还担任中华产科急诊电子杂志副主编、中华妇产科杂志、中华围产医学杂志、中国实用妇科与产科杂志等十余本杂志编委。主要研究方向为生殖免疫学和围产医学, 尤其致力于复发性流产、试管婴儿多次失败及不明原因不孕的研究和诊疗工作。

* 通讯作者, E-mail: zjp2570@126.com

【中图分类号】R 714.2 【文献标志码】A 【文章编号】1674-4020(2018)02-009-03
doi:10.3969/j.issn.1674-4020.2018.02.03

宫颈机能不全, 是常见的孕晚期流产和早产的重要原因之一, 此类患者如积极治疗能减少孕晚期流产和早产的发生, 改善部分新生儿预后。但由于医疗资源分配不均, 部分患者需要转诊至条件更好的医院才能得到最佳的治疗。转诊是根据病情需要而进行的上下级医院间、专科医院间或综合医院与专科医院间的转院诊治过程。对于宫颈机能不全这部分已知的有早产风险的患者, 应加强围生期保健, 定期筛查(是否需要筛查要根据当地情况), 分级诊治。一方面从个案角度能让患者及时发现高危因素, 预防早产, 或在有先兆早产征象时得到积极治疗, 减少早产发生; 另一方面从卫生经济学的角度使医疗资源分配更合理。但目前国内外对此研究的文章较少, 本文结合国内情况进行一些探讨。

1 宫颈机能不全和转诊的概述

宫颈机能不全症(cervical incompetence)又称宫颈无力症(cervical insufficient), 是指由于先天性或后天性宫颈内口形态、结构和功能异常而引起的非分娩状态下宫颈病理性扩张和松弛, 不能维持妊娠

至足月的现象。临床表现为在没有宫缩的情况下, 无痛性的宫颈扩张和(或)缩短导致羊膜囊脱出、胎膜破裂、晚期流产或早产, 可反复发生。

宫颈机能不全的病因较多, 有的可能为先天性的宫颈发育不良, 有的可能与宫腔操作有关, 有的原因不明, 部分合并生殖道畸形, 但更多的不合并生殖道畸形, 有的和妊娠相关, 在非孕期可能无明显临床表现。

转诊是根据病情需要而进行的上下级医院间、专科医院间或综合医院与专科医院间的转院诊治过程。危重症患者的转诊包括院内转诊和院间转诊。危重症患者院内转诊包括将患者送至其他科室(放射、CT等)检查或治疗, 急诊室转至病房, 不同科室之间的转运等。危重症患者院间转诊是指医疗机构根据病情需要, 将本单位诊疗的患者转到另一个医疗机构诊疗或处理的一种制度。在发达国家, 院间转诊是为了充分利用医疗资源, 包括正向转诊和逆向转诊, 即根据患者病情的需要由一级医院转至二级或三级医院, 病情好转后再由三级医院转至二级或一级医院。

危重症患者的转诊环节包括:转诊前准备,转诊途中监测,患者转诊的指征及风险评估,转运人员的组成,转诊的器械药品准备,转运中的操作规范,转运后交接,转诊相关的法律程序等。然而,目前基层医生或转诊医生工作多根据主观经验进行转诊,且对产科危重患者救治的临床技术水平参差不齐,临床经验各有差异,客观上造成对转运急危重症孕产妇的病情判断不准确,导致应转诊的患者未转诊或转诊不及时,或病情危重不能耐受转诊,应该就地展开紧急救治却盲目转诊,或转诊目的医院不正确,造成多次转诊,耽误救治时间,最终影响危重症孕产妇的救治结局。因此,针对急危重症孕产妇这一特殊人群建立起安全宫内转运模式是必要的,有利于快速简便的评估转运前的病情,正确在转运途中救治危重孕产妇,降低转运风险,正确转运分流。

2 哪些患者可以考虑宫颈机能不全症?

可以通过孕前和孕期来诊断。对于有无痛性早产病史和晚期流产病史的患者,此类诊断较为容易,但对于首次妊娠的患者诊断较难。

2.1 孕前诊断

2.1.1 病史 既往有晚期自然流产史或早产史,多表现为无痛性宫颈管消失、宫口开大、羊膜囊膨出、早期破膜,所娩出的胎儿有生机、无畸形但多不能存活。此外,有明确的宫颈损伤史,如分娩产伤史、宫颈严重裂伤、多次人流扩张宫颈、宫颈锥切术等,需警惕有宫颈机能不全可能,临床处理上和宫颈发育不良类似,也需注意。

2.1.2 扩条探查宫颈管 宫颈内口可顺利通过8号扩条。

2.1.3 宫腔镜检查 可见宫颈内口区丧失环状结构。

2.2 孕期诊断

2.2.1 宫颈检查 妊娠中晚期无明显腹痛而宫颈内口扩张,宫颈管缩短并软化,软化更为重要。

2.2.2 超声检查 通过超声检查宫颈长度(cervical length)及宫颈管内口形状变化能够较为客观准确地预测晚期流产及早产的发生。目前B超诊断宫颈机能变化有经腹、经阴道和经会阴3种方法,但其诊断标准尚未统一。经腹B超所测得的宫颈长度易受膀胱充盈程度和胎儿阻挡的影响,使其准确性受到限制;经阴道超声(transvaginal ultrasound)是当前较为可靠的诊断方法。对于单胎

的妊娠期妇女,在18~30周之间,宫颈长度<25 mm时对此类人群提示早产风险较宫颈长度>25 mm的患者升高,可通过结合生物学检查(如胎儿纤连蛋白fFN、IGFB-1等)判断早产风险进行治疗;也可通过定期随访(每2~4周)来观察宫颈变化的程度;是否需要孕期患者常规进行宫颈长度的筛查存在争议,对18~24周无相关病史的孕妇,在有条件的地方可考虑在行胎儿排畸检查时行宫颈长度检查。对于宫颈长度进行性缩短的孕妇可考虑宫颈机能不全的诊断。

3 哪些患者需要转诊? 哪些患者不需要?

要根据患者的孕周、宫内情况,有无合并宫内感染,有无胎膜早破,有无其他产科合并症,有无近期分娩可能等情况共同判断是否需要转诊。目前临床上尚无绝对标准,参阅各地各参考文献也无统一的定论,各地应根据自己的情况制定类似的标准。

本文提出的转诊标准希望能得到国内同行的探讨,下面以一个中型城市的中型医院为例提出建议。

3.1 哪些患者不需要转诊?

定期常规产检一般宫颈长度>3 cm,无早产病史、无晚期流产病史,无近期分娩可能的,此类患者一般不需要转诊,可在当地医疗机构定期检查;

虽然有宫颈缩短,但是经过非住院治疗,病情缓解,可以考虑在当地医院继续定期复查。

3.2 哪些患者需要转诊?

定期产检,宫颈进行性缩短的;

既往有晚期流产病史,或早产史,需要做择期宫颈环扎术,需要定期随访的;

有先兆早产症状,检查提示早产风险增加,需要住院治疗,但当地医院无法完成住院治疗的;

无痛性宫口扩张<3 cm,未伴明显腹痛,患者了解预后和随后的治疗,要求行紧急性宫颈环扎,当地医院无法完成,需要转诊的;

患者有其他合并症需要转院治疗的;

经多方沟通患者仍需要转院治疗的。

3.3 患者转诊去怎样的医院?

此类患者的转运需考虑母亲和胎儿两者的情况,选择的对应医院最好能同时兼顾处理母胎两者情况。不同孕周新生儿的存活能力和当地新生儿的救治水平存在差异,要根据当地具体的情况进行转诊。一般孕周<24周,新生儿娩出后基本较难存活,此类患者可能不一定需要转运治疗,可向患者及家属交代情况后转运;孕周为24~28周时,胎儿

也较难存活但有一定的存活可能,转运时要考虑上级医院的产儿科治疗水平,充分考虑新生儿能否得到有效治疗。对新生儿而言,目前一般来说还是宫内转运优于出生后转运,对此类患者留意新生儿治疗水平。28~34 周胎儿娩出后新生儿有一定存活力,可考虑的医院又进一步增多,>34 周是否需要转运则结合当地情况。

需要行择期宫颈环扎的患者,一般转运至 II 级以上的医院进行治疗;禁忌宫颈环扎术的患者,需要转运至 III 级以上的医院处理。

4 转诊前应完善哪些检查? 转诊过程中的处理方法? 可能的风险? 特别事项?

4.1 转诊前需完善的检查

产检的一般资料:孕周的核实、母体和胎儿一般情况的评估;宫颈发育不良相关病史的评估:孕史、宫颈长度的测量、阴道检查;有关情况的检查:血常规、感染指标、C 反应蛋白、阴道分泌物、心电图检查等。亚临床的感染可能会使转诊的风险升高,容易在转运过程中发生母体感染、胎儿娩出,如顺利到达上级医院后也可能不能达到延长孕周的期待治疗目标,需向患者进行充分的说明。此类患者转诊风险高、治疗效果较差。

4.2 转运过程中的处理方法

处理的方法、原则和早产的处理类似,可参考早产指南上相关章节处理。

4.2.1 母胎一般情况监测 母体心率、血压、体温、有无阴道流血、有无阴道排液、有无胸闷;胎儿情况监测:间断听胎心。

4.2.2 促胎肺成熟和抗生素治疗 首先要了解患者的病情是否需要促胎肺成熟和抗生素治疗;促胎肺成熟可考虑使用地塞米松或倍他米松,一般用于孕 26 周后的患者,使用方式可为肌注、羊膜腔注射、静注或先静注再肌注;具体可参考早产指南。如果需使用,促胎肺成熟和抗生素建议在转院前或转院治疗后完成,减少相关罕见的并发症如过敏等的发生。

4.2.3 药物使用 可考虑在转运过程中使用宫缩抑制剂,若转运前就开始使用,待宫缩抑制剂治疗效果稳定并无明显不良作用可考虑开始转运。盐酸利托君类药物能引起母体心率快、心衰、血管扩张,在转运过程中做好心率、血压的监测,留意患者有无胸闷、气促、浮肿等表现,必要时可行心电监测,尽早发现早期心衰的表现;患者合并胎盘或胎

儿血管位置异常时使用利托君可能会增加产前出血,需留意阴道出血情况及时处理;阿托西班治疗过程中一般情况较为稳定,但是仍需进行心率血压等一般体征监测并留意患者有无不适;使用钙离子拮抗剂类药物需留意患者血压,避免因出血血压波动太快引起胎盘血流灌注减低引起一系列的不良反应。

4.2.4 硫酸镁的使用 首先明确是否需要使用,如需要使用也建议在当地用一段时间待情况稳定后再转诊,密切留意有无镁离子中毒的风险。

4.3 可能的风险

在转运过程中有胎儿娩出的可能,应就近医院结束分娩,终止妊娠。严重时可能产生分娩时的并发症如产后出血、感染等。

4.4 注意事项

在转运前需向患者交代当时的病情及风险、是否建议转运、到达上级医院时可能的治疗方案,转运前联系上级医院做好沟通;交代转运过程中可能会随时分娩,或出现其他意外情况;转运的方式和路途等可能影响结局的情况。

【参考文献】

- [1] DE L t - c, NGBICHI J M, UNFRIED K, et al. WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes [J]. [Geneva,Switzerland],WHO,2015 Aug, 2015, 19(1): 234 - 243.
- [2] TYSON J E, PARIKH N A, LANGER J, et al. Intensive care for extreme prematurity - Moving beyond gestational age [J]. New England Journal of Medicine, 2008, 358(16): 1672 - 1681.
- [3] PENNELL C E, JACOBSSON B, WILLIAMS S M, et al. Genetic epidemiologic studies of preterm birth: guidelines for research [J]. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 2007, 196(2): 107.
- [4] QIN Jia - bi, SHENG Xiao - qi, WANG Hua, et al. Worldwide prevalence of adverse pregnancy outcomes associated with in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection among multiple births: a systematic review and meta - analysis based on cohort studies [J]. Archives of Gynecology and Obstetrics, 2017, 295(3): 577 - 597.
- [5] BLENCOWE H, COUSENS S, OESTERGAARD M Z, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications [J]. Lancet, 2012, 379(9832): 2162 - 2172.
- [6] 沈庆君,王蕴慧,刘颖琳,等. 67 例紧急宫颈环扎术疗效及影响因素分析 [J]. 实用妇产科杂志,2014,30(4): 270 - 273.
- [7] 于松. 宫颈环扎术防治早产的疗效 [J]. 中国实用妇科与产科杂志,2008,24(5): 334 - 336.
- [8] 张燕,余艳红,任利容,等. 宫颈机能不全 554 例的临床疗效 [J]. 中华围产医学杂志,2016,19(4): 274 - 277.

(收稿日期:2017 - 11 - 30 编辑:舒砚)