

placental villous fragments through AT1 receptor activation[J]. *Am J Physiol Endocrinol Metab*, 2006,291(5):E1009-1016. DOI: 10.1152/ajpendo.00134.2006.

[30] Laughon SK, Catov J, Powers RW, et al. First trimester uric acid and adverse pregnancy outcomes[J]. *Am J Hypertens*, 2011, 24(4):489-495. DOI: 10.1038/ajh.2010.262.

[31] Corominas AI, Balconi SM, Palermo M, et al. [Serum uric acid levels and risk of developing preeclampsia][J]. *Medicina (B Aires)*, 2014,74(6):462-471.

[32] Chen Q, Lau S, Tong M, et al. Serum uric acid may not be involved in the development of preeclampsia[J]. *J Hum Hypertens*, 2016,30(2):136-140. DOI: 10.1038/jhh.2015.47.

[33] Hawkins TL, Roberts JM, Mangos GJ, et al. Plasma uric acid

remains a marker of poor outcome in hypertensive pregnancy: a retrospective cohort study[J]. *BJOG*, 2012,119(4):484-492. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2011.03232.x.

[34] Livingston JR, Payne B, Brown M, et al. Uric Acid as a predictor of adverse maternal and perinatal outcomes in women hospitalized with preeclampsia[J]. *J Obstet Gynaecol Can*, 2014, 36(10):870-877.

[35] Zhou J, Zhao X, Wang Z, et al. Combination of lipids and uric acid in mid-second trimester can be used to predict adverse pregnancy outcomes[J]. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 2012, 25(12):2633-2638. DOI: 10.3109/14767058.2012.704447.

(收稿日期: 2016-01-06)

(本文编辑: 李晔)

• 国外医学动态 •

美国妇产科医师学会 2016 年《早产诊治标准（临时更新）》摘译

2016 年 1 月，美国妇产科医师学会（American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG）在 *Obstetrics & Gynecology* 杂志发布了《早产诊治标准（临时更新）》<sup>[1]</sup>。该标准与 2012 年发表的标准<sup>[2]</sup>相比未作大的修订，但与我国制定的《早产临床诊断与治疗指南（2014）》<sup>[3]</sup>相比，仍存在一些差异，现将部分内容整理如下。

一、早产的诊断

在 ACOG 的诊治标准中，将早产定义为 20 孕周<sup>10</sup>至 36 孕周<sup>16</sup>之间的分娩，而我国将早产定义为 28 孕周<sup>10</sup>至 36 孕周<sup>16</sup>之间的分娩或新生儿出生体重≥1 000 g，这与不同国家新生儿诊疗水平相关。早产的诊断需依赖于临床诊断标准，即规律宫缩，伴有宫颈的进行性缩短及宫口扩张。不推荐单纯地通过胎儿纤维连接蛋白试验阳性或宫颈缩短，作为预测早产及进行早产管理的依据。

二、早产进行保胎治疗的时机

ACOG 对早产患者的保胎治疗干预时机进行了阐述，包括（1）无生机儿没有使用保胎治疗的指征，当然对于由已知原因引发宫缩（如腹腔内手术）者可使用保胎治疗；（2）进行早产干预的上限孕周是 34 孕周；（3）对有规律性宫缩，但无宫颈改变的未足月孕妇，尤其是宫口扩张<2 cm 者，不建议常规予以保胎治疗。

三、糖皮质激素的使用

产前使用糖皮质激素是改善早产儿预后结局最有效的干预措施。2016 年标准就早产孕妇糖皮质激素的使用，尤其是对使用糖皮质激素的时机及疗程进行了调整，而这部分并未在我国指南中提及。这些内容包括：（1）对 24~34 孕周之间，可能在 7 d 内发生早产的孕妇，推荐使用单疗程糖皮质激素治疗，2016 年诊治标准还建议，将 23 孕周的早产孕妇也考虑在内；（2）对已使用单疗程糖皮质激素治疗 7 d 后的患者，

如仍有 34 孕周前发生早产的风险，可考虑再次使用单疗程糖皮质激素治疗；（3）不建议常规使用双疗程或多疗程的糖皮质激素。

糖皮质激素的疗程为 12 mg 倍他米松每 24 小时 1 次，共 2 次肌注，或地塞米松 6 mg 每 12 小时 1 次，共 4 次肌注。研究表明，未足疗程的糖皮质激素也能明显降低新生儿的患病率和死亡率，但缩短糖皮质激素的注射间隔或增加单次剂量并未显示对新生儿更大的益处。

四、其他

ACOG 诊治标准及我国指南均推荐将硫酸镁作为胎儿中枢神经系统保护剂，应用于 32 孕周前的早产者。此外，宫缩抑制剂的短期应用是为了尽可能地完成分娩前糖皮质激素治疗和硫酸镁保护神经治疗，或完成宫内转移至上级医院，不建议 48 h 后持续宫缩抑制剂的治疗，也不推荐在多胎妊娠中应用宫缩抑制剂。有关抗生素的使用，不建议用于未破膜的先兆早产患者，但对早产型胎膜早破患者及 B 型链球菌携带者则建议使用抗生素。

参 考 文 献

[1] Practice Bulletin No. 159: Management of Preterm Labor[J]. *Obstet Gynecol*, 2016,127(1):e29-38. DOI: 10.1097/AOG.0000000000001265.

[2] ACOG practice bulletin no. 127: Management of preterm labor[J]. *Obstet Gynecol*, 2012,119(6):1308-1317. DOI: 10.1097/AOG.0b013e31825af2f0.

[3] 中华医学会妇产科学分会产科学组. 早产临床诊断与治疗指南（2014）[J]. *中华围产医学杂志*, 2015, 18(4):241-245. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-9408.2015.04.001.

（北京大学第一医院妇产科 张慧婧 杨慧霞 供稿）