

· 临床研究 ·

胎儿宫内窘迫行剖宫产术 221 例临床分析

刘 芳

(湖北省妇幼保健院产科, 武汉 430070)

摘要:目的 探讨如何预防和早期发现胎儿窘迫,减少新生儿窒息,正确诊断,及时行剖宫产术。方法 将该院以胎儿窘迫为第一手术指征行剖宫产的 221 例患者进行回顾性分析,以宫口开大情况分为未临产组、潜伏期组、活跃期组,分析各组胎儿窘迫的相关因素、新生儿 Apgar 评分情况。结果 新生儿窒息率 5.43%。胎儿窘迫发生在未临产组 115 例(52.04%),潜伏期组 54 例(24.43%),活跃期组 52 例(23.53%)。3 组诊断符合率分别为 77.39%、98.14%、98.08%。221 例病例中早产 33 例,未临产组 30 例(90.91%)。结论 加强产前、产时胎儿的胎心监护,早期发现胎儿受损迹象,及时进行干预,可以减少新生儿窒息发生率。

关键词:胎儿窘迫;窒息,新生儿;剖宫产术;胎心分娩力描记法

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.18.017

文献标识码:A

文章编号:1671-8348(2012)18-1834-02

Clinical analysis of 221 cases of cesarean section with the first indications of fetal distress

Liu Fang

(Department of Obstetrics, Hubei Maternity and Child Care Centers, Wuhan, Hubei 430070, China)

Abstract: Objective To discuss how to prevent and detect fetal distress early and to reduce neonatal asphyxia, diagnose correctly and do cesarean section reasonable. **Methods** 221 cases with first indications of fetal distress from Hubei Maternity and Child Care Centers were analysed. According to the cervical dilatation, 221 cases were divided into 3 groups, not birth group, latency group and active group. The fetal distress related factors, the intraoperative cesarean sections and neonatal Apgar scores were analysed. **Results** The neonatal suffocation rate was 5.43%. Fetal distress happened on 115 patients in no birth group (52.04%), 54 in latency group (24.43%), 52 in active group (23.53%). Coincidence rates of three groups were 77.39%, 98.14% and 98.08%. There were 33 cases of premature in 221 cases, 30 cases in no birth group, accounting for 90.91%. **Conclusion** Continuous monitoring for maternal risk factors and the fetus early signs of damage, timely intervention can reduce the newborn suffocation.

Key words: fetal distress; asphyxia neonatorum; cesarean section; cardiotocography

胎儿窘迫是产科常见并发症,严重者可遗留神经系统后遗症或发生胎死宫内^[1]。胎儿窘迫是目前国内行剖宫产术的首位原因。作者对本院 2011 年 6 月 1 日至 8 月 31 日 221 例以胎儿窘迫为第一手术指征患者的临床资料进行回顾性分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2011 年 6 月 1 日至 8 月 31 日本院产科住院分娩孕妇 2 467 例,剖宫产共计 1 317 例,其中以胎儿窘迫为第一手术指征者 221 例,占同期分娩总数的 8.96%,占剖宫产总数的 16.78%。221 例以胎儿窘迫为第一手术指征的孕妇平均年龄 28.9 岁(19~43 岁);妊娠 29~41 周;初产妇 206 例,经产妇 15 例;早产 33 例,双胎 2 例。

1.2 方法 将 221 例孕妇按宫口开大情况分为未临产组、潜伏期组、活跃期组。孕妇自测胎动,入院后每日采用电子胎心监护仪行胎心监护,一般时间 20 min,个别延长至 40 min。如药物催产,由专人记录胎心及宫缩情况,行宫缩应激试验(CST)或催产素激惹试验(OCT)。胎膜破裂者观察羊水性状。在病房待产期间间断听诊胎心,未足月妊娠、胎膜早破、孕周大于或等于 35 周的孕妇或足月妊娠、孕周大于或等于 40⁺⁵周、尚未临产的孕妇均使用地诺前列酮栓催产。如宫口开大等于或等于 2 cm 转入产房待产室,≥3 cm 转入临产室一对一导乐陪产,持续胎心监护。Apgar 评分参照文献[2]要求评分。

1.3 胎儿窘迫的诊断标准 参照文献[2]中的标准:(1)胎心监护无反应持续 20~40 min,胎动时胎儿心率小于或等于 15 次/分,持续时间小于或等于 15 s;(2)在无胎动及宫缩时,胎儿心率大于 180 次/分或小于 120 次/分,持续 10 min 以上;(3)基线变异频率小于 5 次/分;(4)CST 或 OCT 出现频繁重度变异减速或晚期减速;(5)羊水胎粪污染;(6)胎动异常,缺氧初期为胎动频繁,继而胎动减弱及胎动次数减少(正常情况下,12 h 胎动数不得少于 10 次)。

2 结果

2.1 胎儿窘迫相关因素分析 221 例患者中有脐带因素的 62 例(28.05%),包括脐带缠绕 1~2 周 35 例,扭转 4 例,打结 5 例,脐带过细或过短 8 例,单脐动脉 3 例,脐带帆状附着 4 例,脐带缠绕 3 周以上 3 例;羊水Ⅲ度污染 109 例(49.32%),羊水过少 6 例(2.71%);母体因素的 24 例(10.86%),包括妊娠期高血压 2 例,糖尿病 6 例,上呼吸道感染、发热 2 例,肾炎 1 例,贫血 4 例,血小板减少 1 例,自觉胎动减少 8 例;胎盘因素 8 例(3.62%),包括钙化 1 例,植入 2 例,早剥 5 例;胎儿因素 5 例(2.26%),包括胎儿生长受限 1 例,双胎及三胎各 1 例,胎儿畸形 2 例;其他因素 7 例(3.19%),包括孕前 B 超提示脐动脉 S/D 升高 2 例,产程异常 5 例。

2.2 胎儿窘迫发生率及诊断符合率 在 221 例孕妇中胎儿窘迫发生在未临产组 115 例(52.04%),潜伏期组 54 例

(24.43%)，活跃期组 52 例(23.53%)；三组诊断符合率分别为 77.39%、98.14%、98.08%。

2.3 新生儿结局 221 例中早产 33 例(14.93%)，分别在未临产组 30 例，潜伏期组 3 例，活跃期组 0 例。新生儿出生后 2 h 转新生儿科共 26 例(11.76%)，其中未临产组 22 例，潜伏期组 4 例，活跃期组 0 例。新生儿 Apgar 评分 5~7 分 9 例(4.07%)，其中未临产组 6 例，潜伏期组 3 例，活跃期组 0 例；新生儿 Apgar 评分小于或等于 4 分 3 例(1.36%)，其中未临产组 3 例，潜伏期组及活跃期组 0 例。新生儿重度窒息 3 例，其中 1 例出生后 1 周内死亡。

3 讨 论

3.1 引起胎儿窘迫相关因素 (1)脐带因素：如脐带缠绕、过短、过细、过紧、扭转、脱垂、脐带帆状附着、脐带病变、单脐动脉等。产时急性缺氧多由脐带因素导致，是较常见的胎儿窘迫原因；(2)胎盘因素：过期妊娠、前置胎盘产前出血、胎盘早剥、妊娠高血压、糖尿病、胎盘钙化及梗死、胎盘功能不良、胎盘肿瘤、多胎妊娠、地诺前列酮栓催产宫缩过强、产程延长；(3)母血含氧量不足、孕妇贫血、失血、产前发热、感染等；(4)胎儿因素如胎儿先天性心脏病、畸形、双胎输血综合征等；(5)羊水粪染可致胎儿窘迫，尤其是重度污染，新生儿窒息概率高，产程中处理要积极，羊水过少合并羊水粪染时，更易发生胎粪吸入综合征^[3]。

3.2 胎儿窘迫的诊断 由于无法接触宫内胎儿，诊断存在一定困难，目前临床常用的诊断指标包括产时胎心监护、羊水胎粪污染程度检测、出生时低 Apgar 评分^[4]，诊断应结合多项临床指标综合评估。临产前诊断方法较单一，仅能通过胎心监护及结合 B 超判断胎儿窘迫；产后宫口开大，可以行人工破膜或 OCT 加以评判，且有导乐一对一陪产，持续电子胎心监护使得诊断准确率提高。通过检查胎儿脐血流 S/D 值、脐动脉舒张末期血流、胎盘分级情况、羊水情况、胎儿体质量来综合判定有无宫内缺氧^[5]。

本研究中 94.57% 新生儿 Apgar 评分正常，新生儿结局良好，说明绝大多数孕妇产前未必真正有胎儿缺氧。但临床医师仍需严密监护，早期发现胎儿受损迹象，避免不良妊娠结局。电子胎心监护仍然是目前可用的最好的筛查工具，且应用最广泛。国外学者也有将脉搏血氧测量仪应用于胎儿监护，直接测量胎儿血氧饱和度，同时还有胎儿心电图，胎儿头皮血 pH 值测定等直接检测方法，来提高胎儿监护结果的准确性。本研究中临产前早产占早产总数 90.90%。由于早产儿比足月儿更易受宫内缺氧的影响，一旦出现胎盘功能不良、胎膜早破、宫缩过强，则更易发生胎儿窘迫、低 Apgar 评分及新生儿窒息，所以临产前早产的病例诊断更要结合多项指标综合分析，避免医源性早产^[6]。

Young 等^[7]研究了分娩前干预的有效性，发现 Apgar 评

分低的新生儿中，74% 存在产时监护处理不足的证据。然而对所有相关医护人员进行关于胎心监护图形强制训练后，该比例下降为 9%。2008 年美国国立儿童健康与人类发展研究院对于电子胎心监护的定义和判定标准也进行了统一^[8]。医务人员应加强责任心，通过培训及学习，借鉴国外评判标准，提高胎心监护不良图形、警告信号及危险信号的识别能力^[5]，早期发现，正确合理诊断及剖宫产，避免漏诊、过度诊断，减少不必要的手术干预。

3.3 处理 对于高危妊娠孕晚期嘱孕妇行胎动计数，增加产检及胎心监护的次数，特别是孕妇合并糖尿病、胎儿生长受限、子痫前期、既往曾有胎儿死亡史或不良孕产史等情况者，每周至少监护两次，若在监护中发现异常，应进行多种监护方式证实，并持续监护直至正常为止。本研究中有 1 例主诉胎动减少、胎心监护无反应，及时入院治疗，术中见脐带绕颈 5 周。对于已临产的患者，产程中可采取有效的临床处理方法，力争早期宫内复苏，常用方法有：(1)改变患者体位；(2)快速静脉补液；(3)母亲给氧；(4)停用刺激子宫收缩药物；(5)阴道检查排除脐带脱垂或受压；(6)纠正麻醉引起的母体低血压；(7)持续胎心监护；(8)如紧急分娩请新生儿科医师到场参与新生儿复苏^[5]。

参考文献：

- [1] 孙芳,陈风华,李穗芬.胎儿窘迫相关临床因素 702 例分析[J].中国实用妇科与产科杂志,2005,21(9):565-566.
- [2] 乐杰.妇产科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2008:135-136.
- [3] 曹泽毅.中华妇产科学(上册)[M].2版.北京:人民卫生出版社,1999:393-395.
- [4] 余海燕,刘兴会.胎儿窘迫诊断标准的国外指南解读[J].现代妇产科进展,2011,20(10):764-767.
- [5] 段涛.妇产科主治医师手册[M].南京:江苏科学技术出版社,2008:566-567.
- [6] 杨慧霞.重视胎儿宫内监测[J].中国实用妇科与产科杂志,2010,26(2):84-85.
- [7] Young P,Hamilton R,Hodgett S,et al.Reducing risk by improving standards of intrapartum fetal care[J].J R Soc Med,2001,94(5):226-231.
- [8] Macones GA,Hankins GD,Spong CY,et al.The 2008 National institute of child health and human development workshop report on electronic fetal monitoring:update on definitions,interpretation,and research guidelines[J].Obstet Gynecol,2008,37(5):510-515.

(收稿日期:2011-10-10 修回日期:2012-02-19)

《重庆医学》——中国科技论文核心期刊, 欢迎投稿, 欢迎订阅!