

标志之一。降低产科子宫切除率关键在于:①加强三级保健网及高危妊娠管理,提高产科处理技术;②剖宫产不仅解决难产,也是处理某些高危妊娠的重要措施。为增加手术安全性,应掌握好手术的适应症及手术时机,提高手术技术和应急抢救能力;③加强对产前感染及术时的处理:剖宫产时手术粗暴造成子宫损伤,切口缝合止血不彻底,线结多而密者,易影响切口愈合及增加感染。

总之,对剖宫产同时子宫切除既要“贵在预防”,又要正确判断及果断处理,才可取得良好效果。准确适时地运用这种手术方法,能降低产妇死亡率,挽救产妇生命。滥用该手术又给育龄妇女造成不必要的损伤。为抢救某些危重病人,如果用常规的方法不能控制出血、感染和损伤,当机立断施行剖宫产子宫切除术仍是不可缺少的重要措施<sup>[6]</sup>。

#### 参考文献:

- [1] 滕清桂,程志厚,江森.剖宫产[M].济南:山东科学技术出版社,1982:255~260.
- [2] 张振钧.产科子宫切除术[J].实用妇产科杂志,1992,8(5):233.
- [3] 刘宜.宫产及分娩后子宫切除49例分析[J].实用妇科与产科杂志,1988,4(1):20.
- [4] 张志诚.临床产科学[M].天津:天津科学技术出版社,1994:471~480.
- [5] 郑宝琴.剖宫产手术的失误问题[J].实用妇产科杂志,1994,10(4):174.
- [6] 李巨,高红.剖宫产中子宫切除术[J].实用妇科与产科杂志,2000,16(5):274.

(编辑 张恩健)

## 胎儿宫内生长迟缓 83 例原因探讨

范舒舒

(韶关粤北人民医院妇产科,广东 韶关 512026)

**摘要:**【目的】分析胎儿宫内生长迟缓临床病例,并就其发生率、病因、诊断及处理进行讨论。【方法】采用回顾性病例分析的方法,对1999年1月~2002年5月间我院收治的83例胎儿宫内生长迟缓(IUGR)病例进行统计分析。【结果】在我院分娩3349例产妇中,有83例IUGR,发生率为2.48%,其主要原因:母体因素占57.8%,胎盘脐带因素占14.5%,胎儿因素占8.4%,原因不明者占19.3%。产前诊断率为45.8%。将IUGR病例分为妊高征组和非妊高征组,妊高征组的剖宫产率、围生儿窒息率、病死率均明显高于非妊高征组。(经 $\chi^2$ 检验, $P < 0.05$ )。【结论】IUGR的治疗有赖于早期诊断,包括积极治疗病因,口服以及静脉补充营养物质,分娩时,对于IUGR孕妇应当放宽剖宫产指征。

**关键词:** 胎儿生长迟缓; 产前诊断; 治疗

中图分类号: R714.431 文献标识码: A 文章编号: 1000-257X(2002)5S-0071-02

胎儿宫内生长迟缓(IUGR)是指新生儿体质量低于同孕龄正常体质量的第十百分位数或低于平均体质量的两个标准差。IUGR是围生期的常见的并发症之一,发生率为2.75%~15.53%,其围生期死亡率较正常增高6~9倍<sup>[1]</sup>。本文分析我院83例IUGR临床资料,并就其发生率、病因、诊断及处理进行讨论。

### 1 资料和方法

#### 1.1 一般情况

1999年1月~2002年3月我院共分娩孕妇3349例,其中有IUGR 83例,IUGR发生率为2.48%,孕妇年龄22~42岁,平均年龄27.6岁。其中初产妇65例,经产妇18例;孕周<37周18例,37~40周52例,41~42周12例,>42周1例。

#### 1.2 方法

采用回顾性病例分析的方法。统计学处理:计数资料采用卡方检验, $P < 0.05$ 有显著意义。

#### 1.3 结果

1.3.1 病因 IUGR病因众多且复杂,本文大致可以分为以下几种情况:①母体因素:共48例,占57.8%。又分为:

A. 产科并发症:共38例。妊高征28例,其中重度妊高征11例,前置胎盘4例,羊水过少4例,胎盘早剥1例,过期妊娠1例;B. 妊娠合并内科疾病:共8例,其中妊娠合并心脏病1例,妊娠合并糖尿病1例,妊娠合并慢性肾炎2例,中重度贫血4例;C. 其他:妊娠合并子宫肌瘤1例,双子宫1例;②胎盘及脐带因素:共12例占14.5%,其中脐带绕颈8例,分别绕颈1~4周不等,脐带过多扭转1例,脐带过短1例,脐带真结1例,球拍状胎盘1例;③胎儿因素:7例,占8.4%:双胎6例,胎儿畸形1例;④原因不明:16例,占19.3%。

1.3.2 产前诊断及治疗情况 83例孕妇中,根据孕妇宫高、腹围及B超检查双顶径和股骨长,产前诊断IUGR者仅38例,产前诊断率仅为45.8%,其中最早者于28周诊断,最晚者于孕42周分娩前诊断。IUGR的治疗包括卧床休息,给氧,静脉输入营养物质如复方氨基酸和能量合剂,疏通微循环如低分子右旋糖酐,复方丹参,阿斯匹林等,治疗时间最短6d,最长3周,治疗后宫高、腹围,胎头双顶径增长较快,有效者27例,占71.1%(27/38)。

1.3.3 围生儿体质量 83名IUGR孕妇共分娩胎儿89名,其中活胎86名,死胎3名。将83例IUGR孕妇分为妊高征组(28例)和非妊高征组(55例),其围生儿体质量分布见于

收稿日期:2002-06-15

作者简介:范舒舒(1970-),女,湖南娄底人,主治医师。

表 1.

表 1 两组围生儿体重分布

	例			
	< 1500 g	1500~2000 g	2001~2500 g	> 2500 g
妊高征组	5	8	12	6
非妊高征组	2	8	32	16

1.3.4 分娩方式见 本文病例中妊高征组自然分娩 7 (25%) 例, 剖宫产 21 (75%) 例, 非妊高征组分别为 31 (56.4%) 例和 24 (43.6%) 例。本院同期分娩 3 266 例, 剖宫产率 32.51%, 低于 IUGR 病例的剖宫产率 ( $P < 0.05$ ), 而本文病例妊高征组剖宫产率又显著高于非妊高征组 ( $P < 0.05$ )。剖宫产的主要指征包括: 母亲高危因素 (32.4%), 胎儿窘迫 (30.5%), 产前出血 (9.5%), 羊水过少 (12.7%), 双胎等等。

1.3.5 围生儿结局 妊高征组出现新生儿窒息 8 例, 死胎 2 例, 围生儿死亡 3 例, 非妊高征组分别为 2、1、1 例, 两组比较, 均有显著性差异 ( $P < 0.05$ )。

## 2 讨论

IUGR 是围生期常见的并发症之一。我国全国出生缺陷协组调查表明 IUGR 发生率为 6.39%, 其围生儿死亡率比体重正常的约高 3%~10%, 而且其近期和远期并发症均明显增高。本文 IUGR 的发生率为 2.48%, 与文献报道<sup>[1]</sup>的一致。IUGR 主要分为二种类型: 内因性匀称型 IUGR (I 型) 和外因性不匀称性 IUGR (II 型), I 型 IUGR 少见, 由于染色体异常和宫内感染等导致胎儿本身发育异常引起。II 型 IUGR 约占 70%~80%。II 型 IUGR 的预后较 I 型 IUGR 好。引起 IUGR 的原因很多, 目前国内外的研究主要集中在母体, 胎儿和胎盘脐带因素, 此外, 仍约有 1/3 的病例原因不明。本文大多是 II 型 IUGR, 其中母体因素占 57.8%, 以妊高征和慢性血管疾病居多, 共占 38.6%。与文献<sup>[2]</sup>报道一致。

Long<sup>[3]</sup>报道 2 343 例先兆子痫患者 IUGR 的发生率为 8.7%, 并注意到的妊高征发病早的 IUGR 发生率为 18.2%, 比发病晚的 5.6% 为高。国内林宜珍<sup>[4]</sup>报道妊高征中 IUGR 发生率为 9.88%, 围生儿病死率为 7.767%, 并指出 IUGR 的严重程度随妊高征病情加重而上升。卢云石<sup>[4]</sup> 1986~1990 年的资料, 妊高征合并 IUGR 的发生率为 15.9%, 占同期 IUGR 病例的 26.3%。由此可见, 引起 IUGR 的原因虽然很多, 而妊高征为其主要的高危因素。本组资料中, 同期妊高征发生总数为 94 例。其中妊高征合并 IUGR 发生率为 29.8% (28/94), 占同期 IUGR 总病率的 33.7% (28/83)。

如在妊娠期, 特别是胎儿较快发育阶段 28~36 周及早诊断和处理 IUGR, 能改善其预后使围生儿的死亡率明显下降。但是 IUGR 的产前诊断往往较困难, 一般仅有 1/3 可产前确诊。本组产前诊断率为 45.8%, 比文献报道较高, 可能与目前 B 超广泛应用于胎儿生长发育的评价有关。IUGR 的诊断应综合参考各项指数予以考虑, 特别是有高危因素的孕妇, 如宫高腹围连续 3 周在第十百分位数以下筛选 IUGR

的指标, 预测准确性可达 85% 以上, 胎儿发育指数 = 宫高 - 3 × (月份 + 1), 如胎儿指数 < 3 有发生 IUGR 的可能, 孕妇体质量于孕晚期一般每周增长 0.5 kg, 若孕妇体质量连续 3 周不增长可能为 IUGR。B 超判断 IUGR 较准确, 常用指标有双顶径、股骨长、腹围、胸围等, 单一指标中, 腹围是预测胎儿体质量最敏感的指标<sup>5,6</sup>。

内因性 IUGR 治疗效果差, 治疗主要针对外因性 IUGR。治疗越早, 效果越好。孕 38 周以后胎盘已呈老化图像, 绒毛间隙的血管逐渐关闭, 此时给予母体的治疗措施已无法通过胎盘传递营养物质的途径到纠正宫内育迟缓的目的。本文有 1 例妊娠 42 周方诊断为 IUGR, 分娩后新生儿重度窒息, 评分仅 2 分, 转到儿科后抢救无效死亡, 另外有 2 例 IUGR 均在 38 周后诊断, 治疗 1 周后效果不佳发生宫内死胎。Kramer 等<sup>[7]</sup>认为若 34 孕周前发现并予以及时治疗, 70% 围生儿死亡可以避免。治疗分为 IUGR 的治疗和产科的处理。IUGR 的治疗包括积极治疗产科并发症和母亲合并症外, 应全面补充孕妇的营养, 补充叶酸、多种维生素及钙、铁、锌, 左侧卧位, 给氧, 增强子宫胎盘血流量。静脉点滴复方氨基酸及能量合剂; 用低分子右旋糖酐, 复方丹参通微循环, 改善血液黏稠度。治疗应至少 1 周以上, 治疗期间应连续监测, 如孕妇宫高、腹围及 B 超检测胎儿有所增长, 可于 37 周以后及时终止妊娠, IUGR 孕妇胎盘功能差, 延长孕龄不一定增加胎儿的存活能力, 因此, 孕龄达 37 周应根据胎儿胎儿是否成熟以及胎心监护情况来决定是否终止妊娠, 如果胎儿成熟, 应及时终止妊娠。产科方面, 由于 IUGR 的胎儿对缺氧的耐受性差, 储备功能不足, 因此, 分娩时按高危妊娠处理, 加强对胎儿的监护, 适当放宽剖宫产的指征。

影响 IUGR 发生的原因是复杂的, 首先要提高对 IUGR 发生的警惕性, 仔细询问病史, 及时发现导致 IUGR 的高危因素。加强围生期的保健, 积极发现和治疗妊高征, 对预防 IUGR 的发生, 减少围生儿的死亡率, 具有极其重要的意义。

### 参考文献:

- [1] Wladimiroff J W. A review of the etiology, diagnostic techniques and management of IUGR, and the clinical application of Doppler in the assessment of placental blood flow [J]. J Perinat Med, 1991, 19 (1-2): 11.
- [2] 方凤鸿. 胎儿宫内发育迟缓 (附 299 例分析) [J]. 天津医药, 1990, 18(5): 286.
- [3] Long P A, Abell D A, Beischer N A. Fetal growth retardation and Pre-eclampsia [J]. Br J Obstet Gynecol, 1980, 87(1): 13.
- [4] 卢云石. 妊高征与胎儿宫内发育迟缓 [J]. 实用妇产科杂志, 1995, 11(3): 183.
- [5] 司徒夏映, 黄醒华. 单项超声测量指标预测胎儿体质量的临床应用 [J]. 中华妇产科杂志, 1997, 32(1): 299.
- [6] 王延涛, 司徒夏映, 高永花, 等. 超声测量胎儿腹围, 小脑横径预测胎儿体重的研究 [J]. 现代妇产科进展, 2000, 9(2): 112.
- [7] Kramer M S, Olivier M, McLean F H, et al. Impact of intrauterine growth retardation and body proportionality on fetal and neonatal outcome [J]. Pediatrics, 1990, 86(5): 707.

(编辑 张恩健)