

398 例流动人口分娩孕妇的临床资料分析

张琳¹, 罗君生²

(1. 佛山市南海区桂城医院妇产科, 广东 佛山 528200; 2. 佛山市南海区第三人民医院)

摘要: **目的** 探讨早产孕妇的危险因素,降低流动人口早产发生率。**方法** 采用病例对照研究,对149例早产孕妇和149例足月产孕妇的临床资料进行调查,对两组病因进行分析。**结果** 流动人口中早产发生率为2.93%;早产组与足月组孕妇的年龄构成、经产与初产妇构成方面差异均有显著性($P < 0.01$),早产组未产检率高于足月组($P < 0.01$);孕妇生殖道解脲支原体、沙眼衣原体、细菌感染的孕妇早产的危险性是足月组的8.500倍,妊娠期高血压孕妇早产的危险性是非妊娠期高血压孕妇的11.0倍,胎膜早破是早产又一重要原因,多胎妊娠的孕妇早产的危险性是非多胎妊娠者的11.0倍。**结论** 早产的危险因素主要有孕妇生殖道解脲支原体、沙眼衣原体、细菌感染、妊娠期高血压、胎膜早破和多胎妊娠。

关键词: 流动人口; 早产; 高危因素

中图分类号: R714 **文献标识码:** A

早产是指妊娠满28周~37周期间分娩,此期娩出的新生儿称早产儿,体重为1 000~2 499 g,国内早产分娩率为5%~15%^[1]。早产儿并发症多、死亡率高,幸存者因后续治疗费用昂贵给家庭和社会带来沉重的负担,流动人口早产儿的负担尤甚。广东是我国外来流动人口最多的省份,佛山地处珠江三角洲腹地,流动人口比较集中,本院为基层医院,90%住院分娩孕产妇为流动人口。流动人口由于环境流动,家庭收入与文化程度低、又无医保,这些人一旦发生早产,因不能承担昂贵的后续治疗费用而选择放弃或遗弃,从而遗留潜在的社会问题。保障流动人口的母婴安全,已成为产科工作的一项长期工作,在临床实践中密切关注该类人群,掌握早产的危险因素,及时预测早产,及早处理,降低早产的发生,对社会的稳定具有重要意义。本文对149例早产的临床资料进行分析,旨在探讨早产的危险因素,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象

选择2013年1月~2013年12月在佛山南海区

桂城医院妇产科住院分娩的流动人口5 078例,其中发生早产149例为病例组,并从中选择同时期来本院进行分娩的149例足月孕产妇的资料做为足月组。

1.2 方法

制定统一调查表格,内容包括:个人基本信息、现病史、既往史,孕产史(末次月经、年龄、经产史、自然流产史),家族史,个人吸烟史,妊娠合并内外科疾病情况,孕妇生殖道解脲支原体、沙眼衣原体、细菌感染情况。按1:1比例随机抽取同期足月分娩149例孕妇为足月组,对两组的病因进行分析。

1.3 诊断标准

早产是指妊娠满28周至不满37周间分娩者,分为自发性早产和治疗性(医源性)早产^[1-3]。自发性早产^[3]包括早产临产和未足月胎膜早破性早产;医源性早产^[1-3]包括产妇并发前置胎盘、胎盘早剥等产前出血、产科并发症、子痫前期、子痫等妊娠期特有疾病、妊娠合并内外科疾病或胎儿出现宫内窘迫、胎儿生长受限、胎儿畸形、多胎妊娠等母婴原因。

1.4 统计学方法

采用SPSS统计软件进行分析,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 产妇年龄、孕产次及产检对早产的影响

流动人口中早产发生率为2.93%(149/5 078);

早产组与足月组孕妇的年龄构成、经产与初产妇构成差异均有显著性($P < 0.01$),早产组未产检率高于足月组($P < 0.01$),见表 1。

2.2 早产危险因素分析

从表 2 可见,早产的原因主要有孕妇生殖道解脲支原体、沙眼衣原体、细菌感染、妊娠期高血压、胎膜早破、多胎妊娠;有孕妇生殖道解脲支原体、沙眼

衣原体、细菌感染的孕妇发生早产的危险性是足月组的 8.50 倍,妊娠期高血压孕妇早产的风险性是非妊娠期高血压孕妇的 11.0 倍(OR 95% CI 1.438 ~ 84.131),胎膜早破是早产又一重要原因(OR = 2.278,95% CI 1.374 ~ 3.776),多胎妊娠的孕妇发生早产的危险性是非多胎妊娠者的 11.0 倍(OR 95% CI 1.438 ~ 84.131)。

表 1 产妇年龄、孕产次及产检情况对早产的影响(例,%)

因素		早产组	足月组	χ^2	P	OR(95% CI)
年龄(岁)	<20	21(14.09)	10(6.71)	19.85	0.000	—
	20 ~ 35	106(71.14)	135(90.60)			
	>35	22(14.77)	4(2.68)			
孕产次	初产妇	51(34.23)	35(23.49)	4.18	0.041	1.457(1.011 ~ 2.100)
	经产妇	98(65.77)	114(76.51)			
产检	无	95(63.76)	36(24.16)	47.42	0.000	2.639(1.937 ~ 3.595)
	有	54(36.24)	113(75.84)			

表 2 早产原因分析(例,%)

变量	早产组	足月组	χ^2	P	OR(95% CI)
臀位	7(4.70)	3(2.01)	1.66	0.198	2.333(0.615 ~ 8.852)
BV、CT、UU 感染	17(11.41)	2(1.34)	12.65	0.000	8.500(1.999 ~ 36.144)
妊娠期高血压	11(7.38)	1(0.67)	8.68	0.003	11.000(1.438 ~ 84.131)
前置胎盘	3(2.01)	1(0.67)	0.253	0.615	3.000(0.316 ~ 28.513)
胎膜早破	41(27.52)	18(12.08)	11.18	0.001	2.278(1.374 ~ 3.776)
双胎妊娠	11(7.38)	1(0.67)	8.68	0.003	11.000(1.438 ~ 84.131)
胎盘早剥	7(4.70)	2(1.34)	1.66	0.198	2.333(0.615 ~ 8.852)

2.3 早产的原因分析

149 例早产孕产妇中,早产的发生原因排序中,自发性早产(81.88%,122/149)中,未足月胎膜早破早产(33.61%,41/122)占首位,其次是孕妇生殖道解脲支原体、沙眼衣原体、细菌感染、羊水过多;医源性性早产占(18.12%,27/149),医源性性早产中主要分别原因是:双胎、胎儿宫内窘迫、先兆子宫破裂。见表 3。

3 讨 论

早产发病机理并不完全清楚,普遍认为是多因素的结果,既有生物学因素,也存在社会因素。郭战坤等^[4]对北京市 4 家医院的早产病例分析发现,北京地区早产儿发生率 5.3% ~ 13.3%,综合医院明显高于专科医院。国内外相关文献报道缺乏对流动人口中早产原因的研究报道。本项研究人群为流动人口,在流动人口中早产发生率 5.86%,其中自发

表 3 自发性与医源性早产原因分析(例,%)

项目	自发性早产	医源性早产
例数	122	27
双胎	6(4.91)	5(18.52)
臀位	6(4.91)	1(3.70)
妊娠期高血压	7(5.74)	3(11.11)
前置胎盘	0(0.00)	3(11.11)
生殖道 BV、CT、UU 感染	17(13.93)	0(0.00)
胎儿宫内窘迫	4(3.28)	6(22.22)
胎盘早剥	4(3.28)	3(11.11)
未足月胎膜早破	41(33.61)	0(0.00)
羊水过少	2(1.64)	3(11.11)
先兆子宫破裂	0(0.00)	4(14.81)
羊水过多	9(7.38)	0(0.00)

说明:自发性早产原因中其他因素:妊娠期糖尿病 4 例,肝功能异常 4 例,子宫畸形 2 例,胎儿宫内生长受限 2 例,上呼吸道感染 2 例,胎儿畸形 3 例,妊娠合并甲状腺疾病 4 例,妊娠合并内外科疾病 5 例

性早产占 81.88%;未足月胎膜早破性早产占 33.61%;医源性早产占 18.12%。

感染已被认为是早产的首要原因,胎膜早破后宫腔压力降低,体积缩小,宫腔与外界相通,导致早产,并可以引起宫腔感染,导致胎死宫内的危险。下生殖道上行感染是主要因素^[5]。妊娠期间感染生殖道后,可破坏邻近羊膜上的溶酶体膜,释放出磷脂酶 A2,促进胎膜上的花生四稀酸转化为前列腺素并诱发宫缩;同时细胞毒素作用,导致胎膜被破坏;CT 可以在羊膜细胞上增值以及 CT 的独特生物习性,使胎膜细胞不断被破坏,从而减弱胎膜的张力,导致胎膜早破^[6]。羊水过多、多胎妊娠可导致羊膜腔压力过高,臀位等胎位异常由于先露部的不规则性,对前羊水囊作用力的不均衡,容易出现胎膜早破,进一步诱发宫缩导致早产。生殖道感染与胎膜早破关系密切。孕前筛查 UU、CU、BV 进行相应治疗减少 37 孕周前早产的风险。对发生胎膜早破孕周 < 37 周入院后常规进行阴道分泌物 CT + UU + BV 培养 + 药敏检查,并以相应药物治疗,降低绒毛膜炎发生,对存在感染的孕妇进行相应治疗,延长孕周适时终止妊娠。

外来人口大多数来自文化相对落后地区,流动性较大,生活环境不固定,缺乏对孕前保健的主观要求,对保健的内容不了解,对分娩时产生的风险认识不足,加上经济原因,影响其主动接受孕产期保健,未进行正规产前检查。产前检查次数,按不同孕周至少检查 8 次,伴高危因素可增加,如能认真执行指南^[2]必能提高孕期管理质量,减少高危妊娠,有利于减少妊娠合并症和并发症^[7-8]。本组资料显示,早产组产前检查次数明显低于足月组。有规律的系统产前检查,均衡饮食、孕期保健、及早发现胎位异常并纠正胎位;对多胎妊娠、羊水过多者应卧床休息,减少羊膜腔张力,对妊娠合并症早治疗可以降低早产率。

早产的预防是一个关系到国计民生的问题,对流动人口中进行早期教育、开展产前保健知识、改善其居住环境,使其规律产检,对早产高危人群进行严格监护,积极处理其合并症或并发症可以减少早产的发生,降低新生儿死亡率。

参考文献:

- [1] 谢幸,苟文丽. 妇产科学[M]. 8 版. 北京:人民卫生出版社,2013:58-63,142-143.
- [2] 中华医学会妇产科学会产科学组. 早产的临床诊断与治疗推荐指南(草案)[J]. 中华妇产科杂志,2007,42(7):498-500.
- [3] Di Renzo GC, Roura LC, Facchinetti F, et al. Guidelines for the management of spontaneous preterm labor: identification of spontaneous preterm labor, diagnosis of preterm premature rupture of membranes, and preventive tools for preterm birth[J]. J Matern Fetal Neonatal Med, 2011, 24(5):659-667.
- [4] 郭战坤,马京梅,范玲,等. 北京地区发生现状及早产儿结局的调查分析[J]. 中华妇产科杂志,2010,45(2):99-103.
- [5] 徐志红,徐爱群,曾蔚越. 早产的定义和分类[J]. 实用妇产科杂志,2005,21(11):643.
- [6] 戴钟英. 胎膜早破的病因和发病机理[J]. 实用妇产科杂志,2001;17(1):3-5.
- [7] 王德智,王晓玲. 提高孕产期保健质量,开创产科新纪元[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2011,187(5):2766-2774.
- [8] Yu J, Shixia CZ, Wu Y, et al. Inhibin activin plcental growth factor and uterine artery Doppler pulsatility index in the prediction of preeclampsia[J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2011, 37(5):528-533.

(此文编辑:蒋湘莲)