

巨大胎儿 1113 例的临床特征及围产结局研究分析

孟 伟 朱坤仪 彭 彧 孙淑湘 洪 燕

江门市妇幼保健院 (广东 江门) 529000

【摘 要】：目的 分析巨大胎儿的临床特征、妊娠合并症、并发症及围产结局。方法：收集本院 2013 年 1 月 1 日至 2020 年 12 月 31 日孕产妇分娩的巨大胎儿 1113 例病历资料，分别调查发生率、临床特征、妊娠合并症、并发症及妊娠结局。结果：(一)连续 8 年分娩数 59018 例，出生后确诊的巨大胎儿 1113 例。发生率 1.89%。年龄段分三组：15-20 岁青少年组 27 例 24.23% (27/1113)；21-34 岁适龄组 895 例 80.41% (895/1113)；≥35 岁高龄组 191 例 17.16% (191/1113)。适龄组最高 (P<0.01)。(二)临床特征：①初产妇 413 例 37.11%；经产妇 700 例 62.89%，经产妇多于初产妇 (P<0.01)。②胎儿性别：男胎 767 例 68.90%，女胎 346 例 31.09%。男胎多于女胎 (P<0.01)。③分娩方式：剖宫产 635 例 57.05%；阴道分娩 (含产钳助产) 478 例 42.95%。剖宫产高于阴道分娩 (P<0.01)。④孕次：孕 1 次 260 例 23.26%；孕 2 次 400 例 35.94%；孕 3 次 258 例 23.18%；孕 4 次及以上 195 例 18.79%。孕 2 次最高 (P<0.01)。⑤产次：产 1 次 431 例 37.11%；产 2 次 607 例 54.54%；产 3 次 84 例 7.55%；产 4 次 9 例 0.81%。产 2 次者最高 (P<0.01)。(三)妊娠合并症主要是：①妊娠期糖尿病 170 例 15.27%；②妊娠期高血压 (含轻度子痫前期) 88 例 7.91%；③胎膜早破 82 例 7.36%；④羊水量异常 80 例 7.18%；⑤胎儿宫内窘迫 78 例 7.01%。(四)分娩期并发症主要是：①产后出血 36 例 3.23%；②宫颈裂伤 21 例 1.89%。(五)围产儿并发症：①足内翻 52 例 4.67%；②先天缺陷 18 例 1.62%；③新生儿窒息 30 例 2.69%；锁骨骨折 1 例 0.08%。结论：巨大胎儿出生后方能确诊，因此加强妇幼保健和临床相结合，对孕妇的孕前孕期给予营养宣教和指导，建议并规范进行糖代谢异常的干预管理，均有利于降低巨大胎儿的发生率及对巨大胎儿的母婴安全保驾护航，努力提高孕产期保健质量，开创产科新纪元。

【关键词】：巨大胎儿 发生率 临床特征 妊娠结局

Clinical characteristics and perinatal outcomes of 1113 giant fetuses

WeiMeng Kunyi Zhu Yu Peng Shuxiang Sun Yan Hong

Jiangmen Women and Children Health Hospital (Jiangmen, Guangdong) 529000

Abstract: Objective: To analyze the clinical characteristics, pregnancy complications, complications and perinatal outcomes of giant fetuses. Methods: The medical records of 1113 cases of giant fetuses delivered in our hospital from January 1, 2013 to December 31, 2020 were collected. The incidence, clinical characteristics, pregnancy complications, complications and pregnancy outcomes were investigated respectively. Results: (I) There were 59,018 deliveries in eight consecutive years, and 1113 confirmed giant fetuses after birth. The incidence was 1.89%. The age group was divided into three groups: 15-20 years old adolescents (27 cases, 24.23%); 80.41% (895/1113) of the 895 cases in the 21-34 years old age group; There were 191 patients (17.16%, 191/1113) aged ≥35 years. The age-appropriate group had the highest value (P<0.01). (2) Clinical features: ① 413 primiparas (37.11%); There were 700 multiparas (62.89%), and multiparas were more than primiparas (P<0.01). ② Fetal sex: 68.90% in 767 male fetuses and 31.09 in 346 female fetuses. There were more male fetuses than female fetuses (P<0.01). ③ Delivery mode: Cesarean section in 635 cases 57.05%; Vaginal delivery (including forceps delivery) 478 cases 42.95%. Cesarean section was higher than vaginal delivery (P<0.01). ④ Number of pregnancies: 260 cases with 1 pregnancy, 23.26%; 400 cases of second pregnancy 35.94%; Three pregnancies 258 cases 23.18%; Four or more pregnancies 195 cases 18.79%. The second pregnancy was the highest (P<0.01). ⑤ Delivery rate: 431 cases with one delivery, 37.11%; 607 cases delivered twice, 54.54%; 84 cases delivered 3 times 7.55%; There were 9 cases with 4 deliveries, 0.81%. The second delivery was the highest (P<0.01). (iii) The main complications of pregnancy were: ① Gestational diabetes mellitus (GDM) in 170 cases (15.27%); ② Pregnancy-induced hypertension (including mild preeclampsia) in 88 cases (7.91%); ③ Premature rupture of membranes in 82 cases (7.36%); (4) 80 cases had abnormal amniotic fluid volume (7.18%); (5) 78 cases of fetal intrauterine distress (7.01%). (4) Complications during delivery mainly included: ① postpartum hemorrhage in 36 cases (3.23%); ② Cervical laceration in 21 cases (1.89%). (5) Perinatal complications: ① varus in 52 cases 4.67%; ② 18 cases of congenital defects (1.62%); ③ 30 cases of neonatal asphyxia (2.69%); Clavicle fracture in 1 case 0.08%. Conclusion: macrosomia birth can be confirmed, thus to strengthen maternal and child health care in combination with clinical pregnancy on pregnant women during pregnancy to nutrition education and

guidance, advice and regulate sugar metabolism intervention management, can reduce the incidence of macrosomia and maternal and infant security escort of macrosomia, efforts to improve the quality of maternal care, create a new era of obstetrics.

Keywords: macrofetal incidence, clinical features, pregnancy outcome

巨大胎儿出生后方能确诊,近年来营养过剩的孕产妇有逐年增加的趋势,导致巨大胎儿的发生率增加较快。国内发生率约 17%,国外发生率 15.1%,男胎多于女胎^[1]。巨大胎儿不仅增加了肩难产、剖宫产、软产道损伤及产后出血的风险,还增加了新生儿低血糖、锁骨骨折、臂丛神经损伤、窒息甚至死亡的风险。因此降低巨大胎儿的发生率是围产工作需要解决的重要问题^[2]。本研究旨在对本院连续 8 年巨大胎儿发生率及其临床特征、围产结局等相关问题回顾性总结分析。以期今后科学干预巨大胎儿诊治提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 资料来源

选取 2013 年 1 月 1 日至 2020 年 12 月 31 日在本院分娩的 5901 例孕妇相关数据及其中出生后确诊 $\geq 4000\text{g}$ 巨大胎儿共 1113 例纳入本研究。

1.2 方法

(1) 数据收集:由本院病案室提供出生后确诊的巨大胎儿完整病例资料。

(2) 研究内容:连续 8 年孕产妇分娩数,出生后确诊巨大胎儿例数,计算巨大胎儿发生率。探讨分娩巨大胎儿孕龄、孕次、产次、分娩方式、胎儿性别、临床特征、妊娠并发症、并发症及围产结局回顾性统计分析。

(3) 诊断标准:①新生儿出生体质量 $\geq 4000\text{g}$;②产后出血指标:阴道分娩后 24 小时内出血量超过 500ml;剖宫产后 24 小时出血超过 1000ml。均参照妇产科第 8 版^[1]。

(4) 统计学方法:采用 SPSS220 软件对照数据进行统计分析,计数资料采用率进行描述,组别比较采用 χ^2 检验以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 本院连续八年巨大胎儿的发生率

调查信息显示本院 2013 年 1 月 1 日至 2020 年 12 月 21 日总分娩数 59018 例,出生后确诊巨大胎儿 1113 例,发生率 1.89% (1113/59018)。较国内外报道低,但也呈逐年上升的趋势,即 2013 年巨大儿发生率为 1.96%,2014 年为 1.81%,2015 年为 1.93%,2016 年为 1.77%,2017 年为 1.54%,2018 年为 1.80%,2019 年为 2.22%,2020 年为 2.15%。年龄段的比较 15-20 岁青少年组 27 例 24.23% (27/1113); 21-34 岁适龄组 895 例 80.41% (895/1113); ≥ 35 岁高龄组 191 例 17.16% (191/1113)。适龄组发生率最高 ($P < 0.01$)。

2.2 临床特征比较

(1) 初产妇 413 例 37.11% (413/1113); 经产妇 700 例 62.89% (700/1113),经产妇多于初产妇 ($P < 0.01$)。(2)

分娩方式:剖宫产术分娩 635 例 57.05% (635/1113); 阴道分娩 (含阴道助产) 478 例 42.95% (478/1113),剖宫产术高于阴道分娩 ($P < 0.01$)。(3) 胎儿性别:男胎 767 例 68.90% (767/1113),女胎 346 例 31.09% (346/1113),男胎多于女胎 ($P < 0.01$)。(4) 孕次:孕 1 次 260 例 23.26% (260/1113); 孕 ≥ 2 次者 856 例 76.64% (856/1113),孕 ≥ 2 次高于孕 1 次 ($P < 0.01$)。(5) 产次:产 1 次 431 例 37.11% (431/1113); 产 ≥ 2 次 700 例 62.89% (700/1113),经产高于初产 ($P < 0.01$)。(6) 既往剖宫产史 168 例 15.09% (168/1113),增加母儿高危风险。(7) 孕周比较: ≤ 36 周 6 例 0.54% (6/1113); ≥ 37 周 1104 例 99.19% (1104/1113); ≥ 42 周 3 例 0.27% (3/1113),提示巨大儿足月分娩率最高 ($P < 0.01$)。

2.3 巨大胎儿孕产妇孕期并发症和分娩期合并症比较

(1) 并发症前三位是:①妊娠期糖尿病 (含糖尿病合并妊娠) 170 例 15.27% (170/1113); ②妊娠高血压疾病 (含轻度子痫前期) 88 例 7.91% (88/1113); ③胎膜早破 82 例 7.36% (82/1113)。(2) 分娩期并发症主要是产后出血 36 例 3.23% (26/1113)。

分娩期合并症主要是产后出血 36 例 3.23% (36/1113)。产后出血 36 例均为阴道分娩,出血量最多约 1680ml。

2.4 巨大胎儿并发症

(1) 足内翻 52 例 4.67% (52/1113); (2) 先天缺陷儿 18 例 1.62% (18/1113); (3) 轻度窒息 18 例 1.62% (18/1113); (4) 重度窒息 12 例 1.08% (12/1113); (5) 锁骨骨折 1 例 0.08% (1/1113); 合计 101 例 9.07% (101/1113)。

注:先天缺陷儿分别是:指趾畸形 5 例,室缺 3 例,二尖瓣返流 2 例,腭裂、睾丸鞘膜积液、染色体异常、永存左上腔静脉、导管未闭、房缺、单径动脉各 1 例。

3 讨论

近年来,巨大胎儿的发生率明显增加的趋向。有报道巨大胎儿的发生率为 8.26%,而体重 $\geq 4500\text{g}$ 的特巨大胎儿占巨大儿总数的 13.93%。巨大胎儿的发生率较国内报道的 6.49% (1997 年) 为高,并提出临产前或临产时子宫底高度与腹围之和 $\geq 140\text{cm}$;彩超或者 B 超探测胎儿双顶径 $\geq 9.5\text{cm}$,探测胎儿锁骨 $\geq 7.5\text{cm}$ 。三项指标中具备其中二项者,即可诊断为巨大胎儿,然后采取积极引产,放宽剖宫产指征等措施^[3]。本研究结果体重 $\geq 4000\text{g}$ 的巨大儿 1113 例中 $\geq 4500\text{g}$ 的特巨大胎儿共 82 例 7.37%。特巨大胎儿年龄组分布:青少年组 6 例 7.32%; 适龄组 58 例 70.73%; 高龄组 18 例 21.95%。适龄组特巨大胎儿最高 ($P < 0.01$)。本研究还发现 $\geq 5000\text{g}$ 特巨

大胎儿 3 例, 分别是三个年龄组各 1 例, 值得关注和防范特巨大胎儿的发生。

产后出血 (PPH) 指胎儿娩出后 24 小时内, 阴道分娩出血 $\geq 500\text{ml}$, 剖宫产者 $\geq 1000\text{ml}$, 是分娩期并发症。产后出血是我国孕产妇死亡的首要原因。严重产后出血指胎儿娩出 24 小时内出血 $\geq 1000\text{ml}$ 。国内外报道产后出血的发生率为 5%~10%^[4]。本研究中产后出血 36 例, 发生率 3.23%, 均为阴道分娩, 出血 550ml~1680ml, 其中严重产后出血 $\geq 1000\text{ml}$ 者 7 例 19.44%。由于抢救及时, 针对病因补充血容量, 纠正休克, 没有发生急症子宫切除术, 抢救成功, 无孕产妇死亡。

围产儿不良合并症共 101 例, 均转本院新生儿科诊治和随访。

产前对胎儿体重准确预测及筛查, 对指导产程及选择分娩方式、降低母婴并发症至关重要, 但目前临床上对巨大胎儿的预测仍是一个难题, 相关文献报道预测符合率为 50.94%、61.37% 和 56.48%^[5-7]。测量宫高、双顶径+股骨长度对胎儿大小预测有重要意义。并提示巨大胎儿一经诊断或疑为巨大胎儿时必须在产程图的监护下, 严密观察产程的进度。如果出现原发性继发性宫缩乏力或迟迟不入盆或胎头停滞“O”位下降时, 应放宽剖宫产指征^[8], 确保母婴安全。

本院是地级市三甲保健院, 建院 70 周年, 是广东省五邑侨乡首家妇幼保健院, 分娩数呈逐年上升的趋势。特别是当前二孩、三孩政策开放, 产科面临新的挑战。本研究巨大胎儿发生率虽然较国内外低, 但也呈上升的趋势。要继续提高围产期质量, 传统的产前保健, 特别是产前检查次数、内容、孕周及间隔时间等缺乏循证医学证据的支持, 已经不适

应产前保健的要求^[9], 因此中华医学会妇产科分会产科学组于 2010 年制定了孕前及孕期保健指南^[10], 其制定参考了美国、英国和加拿大等三个发达国家的最新保健指南及循证医学证据, 并遵循我国母婴保健法和卫生法制定了五个法规实践, 对孕前保健、孕期保健均提出了具体要求, 规范了产前检查次数, 按不同孕周至少检查 8 次, 伴高危因素可加密, 每次产检均突出健康教育及指导, 并指定了常规检查内容, 辅助检查项目及备检项目。如能认真地执行指南必能提高孕早期管理质量, 减少某些高危妊娠的发生。强化孕期营养管理、生活方式指导, 随时评估胎儿体重增长是否合理, 可减少巨大胎儿的发生, 对巨大胎儿采取积极干预措施, 改善围产儿预后的临床研究, 其实验证明: 常规筛查巨大胎儿, 采取积极的干预措施, 适时终止妊娠, 放宽剖宫产指征, 可明显改善围产儿预后^[10]。随着目前剖宫产手术质量的提高, 我们认为在巨大胎儿的产妇中, 应适当放宽剖宫产的指征, 因为无论采用什么样的分娩方式, 其最终的目的是母婴的安全。因此提高巨大胎儿的产前预测率, 综合评估产妇条件, 为产妇提供合适的分娩方式, 将会减少不必要的痛苦, 同时降低母婴的并发症的发生^[5]。近年来, 由于生活水平的提高, 巨大胎儿有增加的趋势。有时由于诊断及处理的疏忽, 而导致分娩或出生后围产儿死亡, 或虽然幸存下来也留有严重后遗症, 特别是肩难, 巨大胎儿要比正常体重儿多 10 倍。加之胎方位的异常, 产后出血、手术助产率也都明显提高。所以产科医务工作者对其必须有足够的认识, 对巨大儿的诊治不断探索和研究, 提高孕产期保健质量, 为母婴安全谱写新篇章。

参考文献

- [1] 谢幸, 苟文丽, 段涛. 妇产科学 (人民卫生出版社), 1913 年 3 月第 8 版: 116.
- [2] 任江红, 王晨, 魏玉梅. 北京地区单胎足月巨大儿的发生率及危险因素分析. 中华妇产科杂志, 2016, 5(6): 410-411.
- [3] 尚丽新, 巴来春, 王小卫, 等. 对巨大儿采取积极干预措施改善围产儿预后的临床研究. 中华实用妇科与产科杂志, 1998, 14(4): 240.
- [4] 谢幸, 孔北华, 段涛主编. 妇产科学第 9 版 (人民卫生出版社), 2018, 14(4): 240.
- [5] 杨林东, 吴元赭, 林锦芬. 非糖尿病性巨大胎儿 368 例临床分析. 中国实用妇科与产科杂志, 2009, 25(8): 613-615.
- [6] 王晓兰. 巨大胎儿 337 例临床分析[J]. 中国优生与遗传杂志, 2007, 15(1): 86-87.
- [7] 陈淑芬. 巨大儿发生因素探讨[J]. 中国妇幼保健 2007, 22(8): 1133.
- [8] 张首杰, 安启哲. 巨大胎儿的诊断及处理. 实用妇科与产科杂志, 1990, 6(2): 106
- [9] 王德智, 王晓玲. 提高孕产期保健质量开创产科新纪元. 中国实用妇科与产科杂志, 2021, 7(27): 520-521.
- [10] 中华医学会妇产科分会产科学组. 孕前和孕期保健指南[J]. 中华妇产科杂志, 2011, 44(2): 150-153.