

为主的手足口病的流行因素。

3.3 手足口病的流行季节性明显,5 ~ 7 月份为发病高峰期($P < 0.01$),重症病例主要集中在这一阶段^[4]。说明病原体在该时期容易繁殖和传播,该时期的气候条件,如温度、湿度、日照等因素最为适宜该类病毒的生存。

3.4 2010 年钦州市手足口病发病年龄、性别与职业分布显示:发病人群以 5 岁以下幼儿为主,男孩发病率高于女孩($P < 0.01$),可能因为男孩外向好动及外出活动较多,卫生习惯较差,受感染的机会更多所致^[5]。发病职业散居儿童高于幼托儿童。近几年,钦州市加强了对幼托机构的管理,积极对幼托机构的教师开展疾病预防教育工作,督促幼托机构与幼托儿童的家长进行沟通,并对家长进行教育,使得幼托儿童发病率有所下降,而散居儿童发病率相应升高^[6]。

3.5 目前,尚无安全有效的疫苗用于手足口病的预防,发病后又无特效药物可供治疗,因此,采取有效的预防措施显得尤为重要^[7]。今后的手足口病防控工作,重点应加大健康教育力度,要逐步改变单一的健康教育方式。一是开展有针对性、形式多样的健康教育,提高家长及幼儿监护人的卫生意识,养成

良好的卫生习惯,饭前、便后、外出返家要洗手,开窗通风,勤晒被褥和衣物^[8]。二是针对重点人群,加强幼托机构和小学的晨午检,及时发现病例。每日对玩具、用具进行清洗消毒。三是医疗机构严格执行预检分诊制度,早期识别重症病例,严格落实消毒隔离措施,避免院内交叉感染,从而达到有效预防手足口病的目的^[2]。

参考文献

1 李 俊,宋灿磊.上海市金山区 2008 - 2010 年手足口病流行病学特征分析[J].实用预防医学,2012,19(5):665 - 668.

2 邓思灵,黄福涛,罗卓文.惠州市惠阳区 2011 年手足口病流行病学分析[J].疾病监测与控制,2012,6(5):264 - 265.

3 陶志阳,王高明.武汉市东西湖区 2008 - 2009 年手足口病流行病学分析[J].公共卫生与预防医学,2010,21(6):97 - 98.

4 詹志强,李苑,余光清,等.深圳市宝安区 2006 - 2008 年手足口病流行病学分析[J].华南预防医学,2009,35(6):41 - 45.

5 殷 凯,徐久久,沈潘燕,等.柳州市 2010 年手足口病报告病例流行病学特征分析[J].应用预防医学,2012,18(1):15 - 17.

6 谢 辉.梁平县 2008 - 2011 年手足口病疫情分析[J].中国保健营养,2012,5:834.

8 孙建秋,杨耀武,程 林.荆州市沙市区 2008 - 2009 年手足口病流行病学调查分析[J].公共卫生与预防医学,2010,21(6):86 - 87.

[收稿日期 2012 - 05 - 08] [本文编辑 刘京虹 吕文娟]

博硕论坛 · 论著

巨大儿 318 例的相关因素及其预后分析

郭 华, 陈昌益, 李 静

作者单位: 530021 南宁,广西壮族自治区人民医院妇产科
作者简介: 郭 华(1978 -),女,研究生学历,医学学士,主治医师,研究方向:病理妊娠的诊治。E-mail: qyywhdf@163.com
通讯作者: 陈昌益(1967 -),男,医学硕士,主任医师,研究方向:妇科肿瘤及妇科内镜。E-mail: Tuychenchnngyi@163.com

[摘要] **目的** 分析 318 例巨大儿发生的相关因素及其预后,为降低巨大儿的发生率和减少母婴并发症的发生提供参考。**方法** 回顾分析 2007-01 ~ 2012-03 在我院产科住院分娩 318 例巨大儿的孕妇孕期体重增长、血糖检测、分娩方式、产时并发症、新生儿体重、新生儿产伤、新生儿窒息、新生儿低血糖等资料。**结果** 巨大胎儿发生的相关因素有遗传因素、孕妇肥胖与身高、妊娠期糖代谢异常、过期妊娠、种族、地区、生活习惯及经济状况、产次、男胎、羊水过多等。**结论** 积极进行早期干预,正确诊断并选择恰当的分娩方式能降低巨大儿的发生率和减少母婴并发症的发生。

[关键词] 巨大儿; 相关因素; 分娩方式; 预后
[中图分类号] R 714.43 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674 - 3806(2012)08 - 0741 - 04

doi:10.3969/j.issn.1674 - 3806.2012.08.16

万方数据

The correlation factors of macrosomia: Analysis of 318 cases WU Hua, CHEN Chang-yi, LI Jing. Department of Obstetrics and Gynecology, the People's Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region, Nanning 530021, China

[Abstract] **Objective** To analyze the correlation factors of macrosomia in order to avoid its occurrence and provide a reliable theoretical basis for intervention. On the other hand, to explore the mode of delivery and treatment scheme of macrosomia in order to reduce maternal injury and improve the prognosis of macrosomia. **Methods** The clinical data of 318 macrosomic infants who were born in the people's Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region were analyzed retrospectively from January 2007 to March 2012. These data included pregnant women's raise of weight, blood glucose, modes of delivery, complications, weight of infants, neonatal birth injury, neonatal asphyxia and hypoglycemia of neonates. **Results** The correlation factors of macrosomia included hereditary factor, pregnant women's weight and stature, abnormal glucose metabolism, postterm pregnancy, race, district, habits of life and economic status, parity, male fetus and polyhydramnios factors. **Conclusion** Paying close attention to the correlation factors of macrosomia, early prevention, adopting appropriate mode of delivery can reduce the occurrence of macrosomia and its related complications.

[Key words] Macrosomia; Correlation factor; Modes of delivery; Prognosis

胎儿体重达到或超过 4 000 g 称为巨大胎儿^[1]。近年因营养过剩而致巨大胎儿的孕妇有逐渐增多趋势。国内发生率约为 7%, 国外发生率约为 15.1%, 男胎多于女胎。巨大胎儿剖宫产率及死亡率均较正常胎儿明显增高^[1], 因此, 了解巨大儿发生的高危因素并尽早进行干预和孕期营养保健, 对减少巨大儿围产期产伤、窒息、死亡有重要意义。现对在我院分娩的 318 例巨大儿病例资料进行回顾性分析, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 2007-01 ~ 2012-03 在我院产科住院分娩的孕妇共 15 824 例, 活产儿 15 938 例, 其中巨大儿 318 例, 均为单胎, 孕妇年龄 19 ~ 42 岁, 其中初产妇 269 例, 经产妇 49 例(第 3 次分娩 6 例)。

1.2 诊断标准 (1) 巨大胎儿: 是指胎儿体重 $\geq 4\ 000\text{ g}$ ^[1]。(2) 妊娠期糖尿病诊断: 空腹血糖测定 2 次或 2 次以上 $\geq 5.8\text{ mmol/L}$; 血糖筛查如服糖后 1 h 血糖 $\geq 7.8\text{ mmol/L}$ 为筛查阳性; 糖耐量试验正常上限为空腹 5.6 mmol/L 、服糖后 1 h 10.3 mmol/L 、2 h 8.6 mmol/L 、3 h 6.7 mmol/L 。有两项或两项以上达到或超过正常值, 可诊断为妊娠期糖尿病, 仅 1 项高于正常值, 诊断为糖耐量异常^[1];(3) 分类: 依据 1994 年美国妇产科医师联合会 (ACOG) 推荐的分类分为 A 级, 妊娠期出现或发现的糖尿病; B 级, 显性糖尿病, 20 岁以后发病, 病程 $< 10\text{ 年}$ ^[1]。改良的 White 分类标准为 A₁ 级, 空腹血糖 5.8 mmol/L , 餐后 2 h 血糖 6.7 mmol/L ; A₂ 级, 经饮食控制, 空腹血糖 $\geq 5.8\text{ mmol/L}$, 餐后 2 h 血糖 $> 6.7\text{ mmol/L}$, 妊娠期需加用胰岛素控制血糖^[2]。

1.3 方法 (1) 318 例孕妇均于孕 11 ~ 13 周立卡

时监测空腹血糖; 仅一次异常者行糖耐量试验; 如无异常者孕 24 ~ 28 周行糖筛查, 即口服 50 g 葡萄糖粉, 如筛查阳性, 进一步做 75 g 糖耐量试验, 即空腹 12 h 后, 口服 75 g 葡萄糖粉, 测定空腹血糖及服糖后 1、2、3 h 血糖; 正常及糖耐量异常者于孕 32 ~ 34 周再次做糖筛查, 必要时行糖耐量试验。(2) 对 318 例分娩巨大儿的孕妇家族史、身高、分娩时孕周、孕期体重增长、血糖检测、分娩前孕妇宫高、腹围、分娩前彩色 B 超(美国产, GE Voluson 730 Expert 四维超声诊断仪, 探头为 RAB4-8L 型腹部 4D 容积探头) 检查胎儿双顶径及腹围、分娩方式、新生儿体重、产时并发症、新生儿产伤、新生儿窒息、新生儿低血糖等情况进行回顾性分析。

2 结果

2.1 孕妇家族史、身高、分娩时孕周、孕期体重增长等情况 孕妇家族中有分娩巨大儿史的孕妇有 12 例(3.77%); 孕妇身高范围为 153 ~ 178 cm, 平均身高为 160.32 cm, 身高 $> 165\text{ cm}$ 者有 56 例(18.55%), 其中 $> 170\text{ cm}$ 者有 17 例(5.35%); 孕妇分娩时孕周为 $37^{+1} \sim 41^{+6}$ 周, 其中 $37^{+1} \sim 40$ 周者有 99 例, 40 周以上者有 165 例(孕周超过 41 周者有 54 例, 占 16.98%), 无过期妊娠者; 孕妇孕期体重增长平均为 16.65 kg, 分娩时孕妇体重平均为 74.03 kg, $\geq 90\text{ kg}$ 者 16 例, 80 ~ 89 kg 者 57 例, 70 ~ 79 kg 者 142 例, $< 70\text{ kg}$ 者 103 例, 分娩时孕妇体重 $\geq 70\text{ kg}$ 者占 67.61%。

2.2 孕妇孕期血糖检测结果 (1) 318 例孕妇孕 11 ~ 13 周立卡时监测空腹血糖, 2 例异常, 此 2 例孕妇 2 次空腹血糖结果分别为 7.1/6.9 mmol/L、7.2/7.3 mmol/L, 诊断为糖尿病合并妊娠; 318 例孕妇均

于孕 24 ~ 28 周进行糖筛查, 263 例正常, 55 例异常 (血糖结果为 7.8 ~ 13.1 mmol/L), 其后进行 75 g 糖耐量试验, 7 例结果正常, 48 例异常, 其中确诊妊娠期糖尿病者 40 例 (12.58%), 妊娠期糖耐量异常者 8 例 (2.52%); 48 例异常患者中在 24 ~ 28 周确诊者 38 例, 32 ~ 34 周确诊者 10 例。(2) 2 例糖尿病合并妊娠者分期 A_1 级 1 例, 仅给予控制饮食及适当运动; B 级 1 例, 给予胰岛素治疗; 40 例妊娠期糖尿病者分期: A_1 级 38 例, 给予控制饮食及适当运动, A_2 级 2 例给予胰岛素治疗。(3) 经饮食、运动指导及药物治疗后, 50 例孕妇孕期至分娩前血糖均控制满意 (血糖结果为空腹 4.8 ~ 5.2 mmol/L, 餐后 1 h 6.5 ~ 7.8 mmol/L, 餐后 2 h 4.8 ~ 6.7 mmol/L), 无糖尿病酮症酸中毒、高渗性昏迷发生。

2.3 分娩前孕妇宫高、腹围及 B 超检查胎儿双顶径及腹围情况 (1) 宫高 + 腹围 ≥ 140 cm 者有 213 例; (2) 胎儿双顶径 ≥ 9.5 cm 者有 221 例; (3) 股骨长 ≥ 7.5 cm 者有 192 例。

2.4 分娩方式和新生儿体重 318 例巨大儿的分娩方式分别为剖宫产 249 例 (78.31%, 其中 1 例为死胎剖宫取胎), 阴道分娩 68 例 (21.38%), 阴道助产 1 例 (0.31%)。新生儿体重 4 000 ~ 4 499 g 者有 294 例 (92.45%), $\geq 4 500$ g 者有 20 例 (6.29%), $\geq 5 000$ g 者有 4 例 (1.26%)。男性新生儿 224 例 (70.44%), 女性新生儿 94 例 (29.56%)。

2.5 预后 出现产后母体产时并发症 30 例 (9.43%), 产后出血 16 例 (剖宫产 4 例, 阴道分娩 12 例), 继发阴道裂伤 3 例, 肩难产 11 例, 无新生儿产伤。出现新生儿轻度窒息 1 例, 重度窒息 1 例 (体重为 4 200 g, 分娩时羊水 III 度粪染、肩难产), 宫内死胎 1 例 (为发生羊水栓塞、死胎、DIC 由外院转诊到我院, 行剖宫取胎术)。所有新生儿出生后即 30 min 内取足跟血行微量血糖测定, 结果为 2.8 ~ 5.1 mmol/L, 均及时按需哺乳, 无新生儿低血糖发生。

3 讨论

3.1 发生巨大儿的相关高危因素 (1) 遗传因素: 本组中分娩巨大儿的产妇有家族遗传史者为 12 例, 占 3.77%。(2) 肥胖及身高: 文献报道肥胖妇女发生巨大儿的危险是正常妇女的 3 倍, 母亲体重 ≥ 70 kg 即有发生巨大儿的可能^[3]。妊娠期糖尿病孕妇过胖或体重指数过大是发生巨大儿的重要危险因素^[1]。本组资料提示, 生育巨大儿的产妇分娩时体重 ≥ 70 kg 者居多, 为 215 人, 孕期体重增长平均为 16.65 kg, 高于一般孕期体重平均增加的 12.5 kg^[1]。

本组资料中身高 > 165 cm 者有 56 例 (18.55%), 其中 > 170 cm 者有 17 例 (5.35%)。(3) 妊娠期糖代谢异常: 如出现妊娠期糖代谢异常, 胎儿长期处于母体高血糖所致的高胰岛素血症环境中, 促进蛋白、脂肪合成和抑制脂解作用, 导致躯干过度发育, 使巨大胎儿的发生率高达 25% ~ 42%^[1]。本组资料中出现糖代谢异常者有糖尿病合并妊娠 2 例, 妊娠期糖尿病 40 例, 妊娠期糖耐量异常 8 例。(4) 过期妊娠: 胎盘功能正常者, 能维持胎儿继续生长, 约 25% 成为巨大儿, 其中 5.4% 胎儿出生体重 $> 4 500$ g^[1]。本组资料中的孕妇虽无过期妊娠, 但孕周超过 40 周者有 165 例 (51.89%), 应考虑如母胎交换功能正常时随孕周的增长, 胎儿体重仍会逐渐增加, 故在孕 40 周后, 应严密观察孕妇宫高、腹围的增长以及行 B 超监测胎儿大小, 避免巨大儿的发生。(5) 种族、地区、生活习惯及经济状况等^[4]: 本组资料中无此类数据统计, 无法进一步分析。(6) 产次、男胎、羊水过多: 本组资料中分娩巨大儿的产妇有 15.41% 为经产妇, 其中有 6 例为第三胎; 男胎为 224 例, 占 70.44%。(7) 其他因素: 另有文献提及有某些病理因素亦是巨大儿发生的相关因素, 如胎儿患血型不合溶血症、大血管错位先天性心脏病、Beckwith 综合征^[4]等。

3.2 预防和干预措施 针对巨大儿发生的相关高危因素, 注重孕期营养与保健, 避免过度饮食、偏食, 通过对产妇进行正规、规范的产前检查, 严密监测体重增加幅度、血糖变化, 对体重 ≥ 70 kg、经产妇、有分娩巨大儿病史、家族遗传病史的孕妇需增加检测尿糖、血糖的次数。如经过饮食控制、适当运动后仍不能将血糖控制好, 应及时使用胰岛素治疗, 并依据孕周变化、血糖监测等及时调整胰岛素的使用剂量。目前仍无一种方法可以对巨大儿预测的灵敏度和特异度均能达到 100%, 但有研究证实通过超声测量胎儿各径线对新生儿出生体重的预测有帮助, 胎儿腹围和股骨长度能够较好地预测新生儿出生体重^[5]。有文献指出: ①宫高 + 腹围 ≥ 140 cm; ②胎儿双顶径 ≥ 9.5 cm; ③股骨长 ≥ 7.5 cm, 三者中具备二者以上的可以拟诊巨大儿^[6]。在本组资料中有 213 例患者达标准①, 有 221 例患者达标准②, 有 192 例患者达标准③, 同时达两项标准的有 189 例。可见, 仍有一部分巨大胎儿在分娩前未能预测, 这也给产科工作者提出更高的要求, 对产前检查、产程的观察需更加细心, 及时发现异常情况。我院多采用宫高 $\times$ 腹围 ± 200 、产前 B 超胎儿双顶径、股骨长度等结合

评估预测胎儿体重。

3.3 分娩方式的选择问题 有明显头盆不称者应择期剖宫产。估计非糖尿病孕妇胎儿体重 $\geq 4\,500\text{ g}$ 、糖尿病孕妇胎儿体重 $\geq 4\,000\text{ g}$ 、正常女性骨盆者,为防止母儿产时损伤应行剖宫产结束分娩。第一产程及第二产程延长,估计胎儿体重 $> 4\,000\text{ g}$ 、胎头停滞在中骨盆者,也应行剖宫产^[1]。若有第二产程延长趋势,一旦发现胎头在 $+2$ 或 $+2$ 以上,需要立即对产妇进行剖宫产^[7]。如产妇身材高大、骨盆宽大、头盆相称,产妇及家属充分了解巨大儿阴道分娩的风险性后仍坚持阴道试产,可在严密观察下试产,充分做好处理肩难产、新生儿窒息复苏、处理产后出血等预防措施。若出现产程异常等情况时应适当放宽剖宫产手术指征。若胎头双顶径已达坐骨棘下 3 cm 、宫口已开全者,应作较大的会阴后侧切开,以产钳助产,同时做好处理肩难产的准备。在本组资料中有11例出现肩难产(其中2例发生在剖宫产手术中),提示在考虑巨大胎儿行剖宫产手术前要根据预计胎儿体重充分考虑手术难度,由有经验的医师进行,不要一味的追求小切口,必要时可采用大的横切口或纵切口。如为阴道分娩后应行宫颈及阴道检查,了解有无软产道损伤,并预防产后出血^[1]。本组资料发现产妇分娩巨大儿后出现产后出血16例,占5.03%,发生率明显高于一般分娩中

的2%~3%^[1]。

3.4 加强新生儿的监护 巨大儿为高危儿,分娩时应经验丰富的产科医师、儿科医师在场监护,如出现肩难产、新生儿窒息等及时处理;分娩后及时检查新生儿有无产伤及发育异常等,如有条件者,可留脐带血进行血糖、胰岛素、胆红素、红细胞比容、血红蛋白、钙、磷、镁等的测定。新生儿分娩后应在30 min内测血糖,尽早开奶;如出现低血糖者,及时补糖,必要时静脉输注,并加强喂养和行血糖及血钙监测,防止出现低血糖、低钙血症等。

参考文献

- 1 乐杰. 妇产科学[M]. 第7版. 北京:人民卫生出版社,2008;38, 90, 123-125, 150-154.
 - 2 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2000;508-522.
 - 3 Essel JL, Opal-Tetteb E. Macrosomia-maternal and fetal risk factors [J]. S Mr Med J, 1995, 85:43.
 - 4 杨锡强, 易著文. 儿科学[M]. 第6版. 北京:人民卫生出版社, 2003;112.
 - 5 蒋晓敏, 吕晓燕, 宗亚玲, 等. B超测量胎儿径线预测新生儿体重的临床研究[J]. 中国妇幼保健研究, 2011, 22(3):325-326, 354.
 - 6 宋爱琴, 刘慧俭, 董增义, 等. 巨大儿206例临床分析[J]. 青岛大学医学院学报, 2006, 42(3):265-266.
 - 7 凌萝达, 顾美礼. 难产[M]. 第2版. 重庆:重庆出版社, 2001;5.
- [收稿日期 2012-05-06][本文编辑 黄晓红 蓝斯琪]

《国外英文生物医学期刊中文译名对照手册》

征订启事

随着医学科学和信息技术的快速发展,医学学术论文写作和医学期刊编辑出版的标准化、规范化的要求越来越严格。目前我国生物医学药学类期刊已达1400多种,每年所刊发的学术论文数十万篇,但我们在长期的期刊编辑工作中发现,在众多的医学论文中发生引用、参考、著录、编译外文医学期刊期名不全、不规范、不标准、错漏及缩写语不正确等问题较为普遍,严重影响了论文和期刊的学术质量。因此,为了更方便、有效、快捷地使广大的医药卫生科技人员和广大的读者、论文作者、期刊编者全面、正确地掌握和标准、规范使用和参考及著录国外英文期刊及缩写语,我们收集了国外3000多种英文生物医学、药学期刊,对其规范的英文全名、缩写语和中文名称进行了编译,并注明出版(地),按英文字母顺序进行编排,便于读者、论文作者和期刊编者查阅和对照。本书能有效地帮助广大的医学科研、教学、临床业务人员,在校的博士生、硕士生、本科生,医学期刊编辑人员和图书情报信息人员解决在撰写、修改和编辑科研报告、学位论文,学术论文中查阅、参考外文医学期刊不方便,引用、著录不规范、不标准的问题,以提高广大医学业务技术人员学术论文写作的水平和期刊的编辑学术质量。

本书大32开本,彩色封面,精美印刷,由接力出版社出版,定价每册30元,由《中国临床新医学》杂志编辑部发行。订购者请通过邮局直接汇款(书价30元,挂号邮寄费5元,共计35元)到编辑部订购(请在汇单上注明“购手册”)。款到即发书并开具正式发票。

汇款邮编、单位及地址:530021 广西南宁市桃源路6号《中国临床新医学》杂志编辑部

收款人:韦颖

• 本刊编辑部 •