维普资讯 http://www.cqvip.com

227~230 羊水粪染与胎儿窘迫

第一医院妇产科 姜淑芬 曹珍修 陈建宗 吴咏辛

R714.43

提 要 本文对250例头位分娩伴羊水粪染病例进行了分析，发现在250例中新生儿Apgar评分≤7分者共26例(10.40%)，新生儿窒息发生率明显高于同期羊水清晰者(1.78%)。其中Ⅱ度粪染者14例(20.59%)，伴有高危因素者20例(13.16%)，在产程中羊水粪染有不同程度加重者9例(24.32%)，其新生儿窒息亦高于对照组。由此认为羊水粪染者的处理应结合多方面的因素加以分析，当羊水粪染合并高危因素，以及产程中羊水粪染程度有加重者，或破膜时羊水粪染即为Ⅱ度者均应尽快终止妊娠。

关键词 胎粪；羊水；胎儿窘迫
中图分类号 R714.4

在头位分娩时羊水中出现胎粪、被认为是宫内窘迫的表现之一，为判断羊水粪染在胎儿窘迫诊断中的意义，兹对我院头位分娩250例羊水粪染者进行分析如下。

资 料

1. 羊水粪染与新生儿窒息

1989年1月至1989年12月之间我院头位分娩总数为1311例，其中有羊水粪染者共250例，发生率为19.07%。将羊水粪染以决定处理时的程度分为三度[1]：Ⅰ度黄色85例(34%)，Ⅱ度黄绿色97例(38.8%)，Ⅲ度深棕色68例(27.2%)。

250例羊水粪染者均为单胎，Apgar评分≤7分的新生儿窒息26例(10.40%)，见表1，同期头位分娩无羊水粪染者1061例，其中双胎5例，共计新生儿1066例，新生儿窒息19例(1.78%)。两组相比有显著差异，$P<0.005$。羊水粪染愈重，新生儿窒息率愈高，$P<0.01$。

表1 250例羊水粪染与新生儿窒息

		Apgar≤7分		
	例数	(%)	新生儿死亡	(%)
Ⅰ(N=85)	5	5.88	1	1.18
Ⅱ(N=97)	7	7.22	1	1.03
Ⅲ(N=68)	14	20.59	2	2.94
总计(250)	26	10.40	4	1.60

新生儿死亡4例，其中Ⅰ度1例，为妊高征及妊娠肝内胆淤；Ⅱ度1例，为妊娠肝内胆淤，Ⅲ度2例，1例为脐带绕颈，另1例为小于胎龄儿。

2. 在产程中羊水粪染程度加重的危害：

250例羊水粪染者其中213例产程中粪染无加重，或胎粪仅于胎儿娩出时出现者，新生儿窒息仅17例(7.98%)，37例在产程中粪染有不同程度的加重，其新生儿窒息[illegible]9例(24.32%)。两者有十分显著差异，$P<$[illegible]。有便产程中粪染加重情况见表2。

维普资讯 http://www.cqvip.com

表 2　37 例产程中羊水粪染加重与新生儿窒息

破膜时羊水情况(37 例)	产程中加重的程度	例数	Apgar≤7 分	
			例数	%
羊水清(n=20)	Ⅰ	4		
	Ⅱ	10	2	20
	Ⅲ	6	3	50
Ⅰ 度(n=15)	Ⅱ	9	1	11.11
	Ⅲ	6	2	33.33
Ⅱ 度(n=2)	Ⅲ	2	1	50

3. 羊水粪染与高危妊娠的关系

羊水粪染者大多存在一项或多项高危因素，表中仅例举主要因素。250 例中有高危因素者 152 例(60.8%)，其中有新生儿窒息 20 例(13.16%)，无高危因素者 98 例(39.2%)，新生儿窒息 6 例(6.12%)。

4. 羊水粪染者的孕周分布

自表 4 可见羊水粪染时新生儿窒息均发生在 38 周至 41^{-6} 周之间，而妊娠≥42 周时新生儿窒息反较 $40—41^{-6}$ 周低。

5. 羊水粪染的处理

250 例羊水粪染者剖宫产 68 例(27.02%)，阴道分娩(包括产钳及胎头吸引)182 例(72.08%)。其中Ⅰ度粪染剖宫产为 8/85(9.41%)，Ⅱ度 29/97 得注意的是后者新生儿窒息率最高(21.88%)。

表 3　152 例羊水粪染与妊娠高危因素的关系

妊娠高危因素	羊水粪染		新生儿窒息	
	例数(152)	%	例数(20)	%
脐带因素	43	28.29	5	11.63
脐带绕颈	41			
脐带脱垂	1			
脐带过短	1			
妊娠肝内胆淤	32	21.05	7	21.88
☆产程异常	30	19.74	4	13.33
妊高征	26	17.11	4	15.38
过期妊娠	9	5.92		
☆其　它	12	7.89		

☆产程异常：包括潜伏期、活跃期和第二产程的异常以及宫颈扩张和胎头下降阻滞。

☆☆其它：包括妊娠合并心脏病、胎儿宫内发育迟缓、胎膜早破、等。

与羊水粪染有关的高危因素最多见的是脐带因素(28.29%)，其次为妊娠肝内胆淤(21.05%)。而值

表 4　羊水粪染时的孕周与新生儿窒息

孕周	生产总例数(1311)	羊水粪染例数(250)	%	新生儿窒息例数(26)	%
<37	75	9	12.0		
$37—37^{+6}$	110	17	15.45		
$38—38^{+6}$	215	37	17.21	4	1.86
$39—39^{+6}$	376	78	20.74	8	2.13
$40—40^{+6}$	322	64	19.88	9	2.80
$41—41^{+6}$	153	36	23.53	5	3.27
≥42	60	9	15.0		

维普资讯 http://www.cqvip.com

(29.9%)，Ⅲ度 31/68(45.59%)。说明粪染程度愈重剖宫产率愈高。

讨　论

1. 羊水粪染的临床意义

250 例羊水粪染者新生儿 Apgar 评分≤7 分者有 26 例(10.40%)，与同期羊水清无胎粪污染 Apgar≤7 分者 19 例(1.78%)比较，P<0.005，两者有显著差异。250 例中伴有妊娠高危因素者占有 60.8%，各种高危因素中以脐带原因最常见(28.29%)，而新生儿窒息率却以妊娠肝内胆淤最高(21.88%)。故有妊娠肝内胆淤者羊水中发现胎粪应予高度重视。

本文 250 例中有 224 例羊水胎粪污染但 Apgar 评分 8—10 分，占 89.6%。Marx 等[2]认为胎粪排出是成熟儿或足月儿的正常生理功能引起的自发性胃肠道蠕动、和迷走神经占有优势的结果，以致在子宫内有"生理性"胎粪排出。羊水中有轻度粪染，并不一定表示胎儿在宫内严重缺氧、酸中毒或有急性胎儿窘迫[2]。因为有些高危因素可使胎儿有慢性窘迫，发生胎粪排出污染羊水。但如产程中羊水粪染程度加重，则表示胎儿处于持续窘迫缺氧的状态，或在慢性缺氧基础上产程中的宫缩使窘迫加重。我们的资料也证明，在产程中粪染加重尤其演变成Ⅲ度者对胎儿影响最为严重。

在早产儿中，羊水的粪染发生率较低，可能是早产儿肠道中胎粪存积较少，或早产儿对组织缺氧或低氧血症敏感性低的缘故[2]。早产儿甚至在缺氧晚期羊水中仍不出现胎粪。所以早产儿羊水中无胎粪出现亦不能排除宫内窘迫的存在。

2. 羊水粪染的防治

本文病例中Ⅰ度粪染者 90.59%自阴道分娩，故羊水Ⅰ度粪染不是立即结束产程的指征，应结合多方面的因素加以综合分析。凡出现以下情况应尽快终止妊娠：①羊水粪染合并有高危因素或产程异常，或伴有胎心异常时；②产程中羊水粪染加重者；③破膜时羊水粪染为Ⅲ度。应采用剖宫产。

羊水粪染可导致胎粪吸入综合征，而当前胎粪吸入综合征仍是围产儿死亡的主要原因之一。因此，除积极预防，及时诊断和处理胎儿窘迫外，有羊水粪染者，新生儿出生后第一口呼吸前均应仔细清理呼吸道，必要时将导管插入气管进行吸引，以防在建立呼吸后将胎粪吸至声门以下，造成支气管或肺泡阻塞，引起胎粪吸入综合征。此外，凡有羊水粪染者其新生儿在婴儿室内均应重点监护。

为了预防慢性宫内窘迫的发生，我们在产前加强对高危孕妇的监护，尤其孕 40 周以后，对胎儿情况均予以重点监护，发现异常立即给予相应处理。所以，我们妊娠≥42 周的胎婴儿并发证反较<42 周者少。

在产程进入活跃期后，特别有高危因素者应尽早人工破膜，既可加强产力，缩短产程，又可直接了解羊水的量和性状，并随时观察产程中羊水有无粪染出现或加重，从而有可能及早发现胎儿窘迫和给予积极处理，以降低围产儿病率及死亡率。

参 考 文 献

1. 郑怀美，等主编　妇产科学　北京：人民卫生出版社，1984：6

2. 刘绚云. 国外医学儿科学分册 1983；(1)：27

MECONIUM STAINING IN AMNIOTIC FLUID AND FETAL DISTRESS

维普资讯 http://www.cqvip.com

OBSTETRIC AND GYNECOLOGY DEPARTAMENT

Jian Shufen, el al
The First Hospital

Two hundred and fifty cases of cephalic deliveries with meconium staining were analysed. Among these cases, 26neonates (10.4%) got Apgar score less than 7, which is significantly higher than those (1.78%) whose amniotic fluid was clear. The ratio of neonatal asphyxia in those with Ⅱ degree meconium staining was 20.59%, mecomum staining accompanied with was 13.16%. high risk factors During labor, the meconium staining in 37 cases became deeper, 9 newborn infants got asphyxia. The ratio (24.32%) was higher than those whose amniotic staining did not change in labor (7.98%). These findings suggested that meconium staining in amniotic fluid was caused by multiple reasons. It is nessesary to terminate pregnancy as soon as possible when meconuim staining accompanied by high risk factors, or become deeper during labor or Ⅱ degree staining at the rupture of membranes.

KEY WORDS Meconium; Amniotic fluid; Fetal distress

(上接 226 页)

不困难，对于不典型的临产较难确定。对于强镇静剂不能阻断的不协调宫缩应列为临产。对潜伏期延长临床重视不够，往往被忽视，因而使难产发生率增加。对潜伏期已超过 8 小时有延长倾向的患者必须警惕并进行有效处理。

(2)活跃期异常多表现为活跃期延长及活跃期停滞，本组占 66.03%，活跃期在产程中十分重要，绝大多数难产均发生在此期。临床上活跃期异常多因头盆不称及胎头位置异常所致。头盆不称多见于骨盆入口狭窄或胎儿过大；胎头位置异常多见于持续性枕后位、持续性枕横位、胎头高直后位、前不均倾位、额先露、面先露等，由于胎头在骨盆入口处受阻，可表现宫颈扩张和先露下降在活跃期延缓或阻滞，也可表现延缓与阻滞同时存在，必须及时做阴道检查了解骨盆及胎头位置是否异常。若无明显异常可人工破膜、静脉滴注催产素，严密观察产程，处理后如有进展，宫颈口开全、先露下降可阴道助产；如经积极处理，产程仍无进展，或出现胎儿窘迫考虑剖宫产结束分娩。

(3)第二产程异常：宫颈近开全后胎头下降延缓或阻滞，应严密观察积极处理，胎头短期内下降至"+3"，可考虑阴道助产；如处理后无进展，阴道检查为持续性枕横位或持续性枕后位可徒手转胎位，胎位下降至"+3"可阴道助产；若旋转胎头失败，胎头变形及颅骨重叠明显，双顶径未达坐骨棘水平，不宜阴道助产需以剖宫产结束分娩。

产程异常所致头位难产率明显增高，本组产程异常手术产率高达 80.43%，其中剖宫产率为 49.37%。

对影响分娩及产程的三大因素必须重视，对头盆不称、胎位异常及产力异常者必须警惕，尽量减少产程异常的发生，及时诊断、认真处理产程异常是减少头位难产提高产科质量的关键。

参 考 文 献

(1)陈 康等. 中华妇产科杂志 1985, 20(3): 167
(2)凌萝达，等主编 头位难产 重庆出版社 1990: 221—223Z
(3)凌萝达. 中华妇产科杂志 1978, 13(2): 104

(收稿日期 1993—11—22)