

桂林市 2017 年低出生体重儿发生影响因素情况分析

刘中 廖筱宁

广西壮族自治区桂林市妇女儿童医院 541001

[摘要]目的 探讨桂林市低出生体重儿发生的影响因素。**方法** 对桂林市在《桂妇儿健康管理信息系统》中 2017 年出生的孕周大于 28 周的活产中随机分层抽样调查了 10366 例, 对其出生体重及其影响因素进行数据分析。**结果** 桂林市低出生体重儿的发生率较高, 影响其发生的主要危险因素有: 孕周小早产、小于胎龄儿、妊娠合并症和并发症、产母年龄、产检次数等。**结论** 桂林市低出生体重儿的发生率较高, 值得高度重视; 影响桂林市低出生体重儿发生的危险因素是多方面的, 应通过健康宣教, 尽量避免或降低低龄或高龄孕产, 控制高危、早产的发生数, 加强孕期营养指导和规范孕期保健等综合措施来降低桂林市低出生体重儿的发生率。

[关键词] 低出生体重儿; 影响因素; 干预措施

[中图分类号] R174

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2019) 08-061-02

低出生体重被认为是衡量胎儿及孕妇健康状况的公共卫生综合指标之一, 有报表明新生儿出生体重为 1500-2500 克的死亡风险比正常出生体重新生儿高约 20 倍^[1]; 在早产儿中, 胎龄 <34 周、体重 <2000g 者是重点监护群体, 此阶段患儿各个器官发育尚未成熟, 易发生各种并发症, 国内病死率高达 30%-70%^[2]。出生低体重是反映新生儿生存状况的重要指标, 也是影响胎儿期、儿童期及青少年期健康状况及生长发育的重要因素之一, 世界卫生组织将低出生体重定义为出生体重小于 2500g 的活产儿。早产低体重也是排在桂林市 5 岁以下儿童死亡原因监测的前三位^[3]。我们将通过孕周、妊娠合并症或并发症、产母年龄、产检情况等几方面分析探讨桂林市的低出生体重的发生情况及相关影响因素, 提出干预措施。

1 对象和方法

本文从《桂妇儿健康管理信息系统》中桂林市 2017 年孕周大于 28 周出生数据中随机分层抽样调查了 10366 例活产, 平均体重为 3112.82, 低出生体重儿为 818 例, 低体重儿发生率为 7.89%, 与国家文献资料公布的广西发生率 7.57% 较接近。其中早产低体重为 694 例, 早产低体重占出生低体重儿的 84.84%。随机分层抽样桂林市 2017 年大于 28 周的 10366 例活产数, 占全市活产数据 15.44%, 有一定代表性, 但因为是抽样数据, 会存在一定倚偏。

2 影响因素

2.1 孕周与出生低体重

根据低出生体重发生的孕周计算标准, 28-37 周的低出生体重称为早产低体重, 出生孕周大于等于 37 周并小于 42 周的低出生体重称为足月低出生体重, 出生孕周大于等于 42 周的低出生体重称为过期低出生体重。在 818 例低出生体重儿中, 发生的早产低体重占比 84.84%, 足月产低体重占比 14.68%, 过期产低体重占比 0.48%, 孕周与低体重之间的相关性非常明显, 孕周越小发生低出生体重的风险越高, 随着孕周增加, 出生低体重呈逐步下降趋势, 与我国研究不同特征低出生体重儿的危险因素数据一致^[4]。

2.2 小于胎龄儿与低出生体重

低出生体重与多重因素有关, 并不是单一因素引起的妊娠结局, 根据 B 超数据标准, 小于胎龄儿是指活产儿的体重小于同性别同胎龄的 10%, 818 例低出生体重儿中, 只有 9.8% 是小于胎龄儿的出生低体重。作者认为随着社会进步, 医疗水平提高和孕妇加强营养, 宫内生长发育不良导致的低出生体重虽有所减少, 但仍不可忽视, 对低体重发生起决定性作用^[6]。

2.3 妊娠合并症和并发症与出生低体重

在 818 例出生低体重儿中, 妊娠合并症和并发症有 293 例, 占出生低体重儿的 35.82%, 比例较高, 也是影响低出生体重的重要因素。如妊高症、糖尿病、肾病、心脏病等内科疾病问题, 都可能影响胎儿的生长发育, 造成胎儿宫内发育受限, 也可能引起早产^[4, 6], 导致出生低体重。

2.4 产母年龄与出生低体重

产母年龄分组 15-19 岁、20-24 岁、25-29 岁、30-34 岁、35-39 岁、40-44 岁、45-49 岁, 各年龄段低出生体重发生率分别为 8.51%、5.93%、4.50%、5.32%、7.45%、8.00%、8.93%。数据表明, 产母低龄 (<20 岁) 和产母高龄 (≥35 岁), 是出生缺陷和低出生体重发生的危险因素, 这与国外研究保持一致^[5]; 尤其母亲怀孕年龄大于 35 岁以后, 机体器官功能发育程度和血管弹性的降低会影响到胎儿发育, 也是出生体重的危险因素^[4, 6]。另外国家二胎政策放开, 全社会普遍生育年龄推迟导致高龄产妇增多, 也使得低出生体重儿有所增加。

2.5 产检情况与出生低体重

孕期孕母产前检查次数分组: 0 次产检, 1-3 次产检, 4-6 次产检, 7-9 次产检, 大于 9 次产检。各产前检查组的低体重发生率为 8.95%、6.83%、5.01%、4.99%、4.41%, 低出生体重发生与产检次数有着非常明显的相关性, 随着产前检查次数减少 (特别是农村孕妇), 胎儿体重未得到医疗保健机构及时监测, 出生低体重发生率明显增加^[4]。

3 干预措施

3.1 根据桂林市定期召开的市级医疗机构产科、新生儿科、围产保健门诊专家讨论会总结早产低体重儿发生率高的原因可能有: 一是随着二胎生育、高龄产妇增加、辅助生殖技术广泛应用, 活产儿当中早产和多胎的发生率逐年升高, 导致其中的低出生体重儿增加; 二是医疗条件的改善和医疗技术的发展, 使早产儿的死亡率显著降低, 其中极低体重以及超低体重得以存活, 导致早产低体重率上升。如果针对早产和多胎采取有效干预措施, 尽可能延长妊娠时间, 预防早产, 是低体重儿的发生率可以被有效控制措施之一。

3.2 孕妇孕前体重偏低和孕期营养不均衡也是小于胎龄儿重要影响因素, 通过孕期科学营养指导, 合理饮食调节好孕期增重, 特别是孕前体重偏低的孕妇适当提高孕期增重标准, 促进胎儿在宫内的发育, 对小于胎龄儿的出生低体重还是有降低空间, 这也是低出生体重发生率可以被有效控制措施之二。

3.3 做好孕前保健和孕期保健可以及时发现与低体重儿相关的并发症和合并症等其他孕前、孕期高危因素,以及监测胎儿发育情况,孕前和孕期到医疗保健机构进行孕前优生检查、孕期规范定期产检,早发现早干预,积极采取有效措施预防孕期并发症和合并症是降低出生低体重发生率的措施之三。

3.4 孕母年龄关乎胎儿是否存在出生缺陷和出生体重,因此在青少年期开始健康教育,提倡适龄婚育,增强群众优生优育意识;并加强医疗机构对低龄和高龄孕妇管理、孕期各种保健指导与胎儿体重监测。特别是国家二胎政策的开放导致的高龄产妇的增加,需要加大宣传提高高龄孕妇本人重视程度,是干预低出生体重的措施之四。

3.5 产前检查是孕产期保健的重要内容之一,孕妇得到有效孕期保健的指导,并能及时发现孕期的不良影响因素,早期干预或治疗,有的先兆早产孕妇可以孕期检查中及时发现并处理,得以延长孕周,降低早产率和低出生体重发生率。因此,通过提高基层围产保健的服务质量和产科医务人员的服务能力,做好孕产妇保健管理与随访,督促孕妇按时产前检查,孕期到医疗保健机构进行建卡卡和早干预,大力宣传定期产前检查的重要性,是降低出生低体重发生率的有效措施之五。

低出生体重发生率的影响因素是多种多样的,本研究主要涉及了孕周不足早产、小于胎龄儿、妊娠合并症和并发症、产母年龄、产检次数等因素。桂林市低出生体重儿发生率处于较高水平,要完成《中国儿童发展纲要(2011~2020)》和

《广西儿童发展规划(2011~2020)》确定的低出生体重发生率到2020年降至4%以下的目标,任务仍然非常艰巨,应当引起足够的重视。需要综合各措施并举,才能有效降低出生低体重的发生,达到提高出生人口素质的目的,促进儿童全生命周期的健康成长。

[参考文献]

[1] Unicef UNCF. Tracking Progress on Child and Maternal Nutrition: A Survival and Development Priority [R]. New York: United Nations Children's Fund, 2015.

[2] 侯红艳. 极低出生体重儿的早期干预性治疗与护理 [J]. 吉林医学, 2011, 32(31):6702-6703.

[3] 秦吉秀. 2000~2010年桂林市5岁以下儿童死亡监测结果分析 [J]. 华夏医学, 2011, 24(4): 427-430.

[4] 张新利, 刘玉琳, 林良明, 等. 中国低出生体重儿危险因素病例对照研究 [J]. 中华预防医学杂志, 2002, 36(3): 158-160.

[5] Agbozo F, Abubakari A, Der J, et al. Prevalence of low birth weight, macrosomia and stillbirth and their relationship to associated maternal risk factors in Hohoe Municipality, Ghana [J]. Midwifery, 2016, (40): 200-206.

[6] 章一鸣, 张斌, 尹平. 武汉市2011-2015年低出生体重儿发生率及危险因素分析 [J]. 中国社会医学杂志, 2017, 34(6): 570-573.

(上接第58页)

2017, 33(12):68-68.

[3] 李吉梅, 孙成英, 娄明远, 等. 多索茶碱注射液对急性支气管哮喘患者血清IL-18, IL-33及TNF- α 水平的影响 [J]. 现代生物医学进展, 2017, 17(21):4116-4119.

[4] 付明森. 支气管哮喘应用氨茶碱和多索茶碱治疗的效果对比评析 [J]. 现代诊断与治疗, 2017, 28(1):82-83.

[5] 洪康耀. 无创正压通气联合多索茶碱注射液对老年COPD并发呼吸衰竭的疗效观察 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2016, 3(46):9120-9120.

(上接第59页)

表2: 子宫内异位症伴不孕患者的不良反应发生情况

患者组别	患者例数	切口感染 (n,%)	发热 (n,%)
对照组	35	5 (14.29)	6 (17.14)
观察组	35	0 (0)	1 (2.86)
χ^2	-	3.16	4.05
P	-	< 0.05	< 0.05

2.3 子宫内异位症伴不孕患者术后5个月妊娠状况对比治疗5个月后,对70例子宫内异位症伴不孕患者进行电话随访调查,统计结果如下:观察组患者的妊娠率为40.87%;对照组患者的妊娠率为23.15%,两组患者之间的差异有统计学意义(P < 0.05)。

3 讨论

(上接第60页)

了主钉的牢固性^[3],并且此次研究的结果也显示,带锁髓内钉远近端加钉对下肢骨折患者有着较好的治疗效果。

综上所述,对于下肢骨折患者的临床治疗来说,带锁髓内钉远近端加钉的方法有着较好的效果,对于患者下肢功能的改善以及临床指标的改善均有着较好的积极效果,因此,值得在临床上进行推广及应用。

临床研究认为,子宫内异位症的病因主要包含内分泌功能失调、免疫防御功能缺陷等。对于伴有不孕症状的子宫内异位症患者,其治疗工作不仅需要缓解患者机体的各类临床症状,还需要解决患者的不孕问题^[2]。上述研究表明,腹腔镜手术治疗可降低患者的出血量,缩短手术之间,抑制各类不良反应的发生,并有效提高患者的妊娠率。医院可于子宫内异位症伴不孕患者的治疗中推广腹腔镜治疗模式。

[参考文献]

[1] 秦海霞, 陈友国, 沈宗姬, 等. 腹腔镜手术联合GnRH-a类药物治疗子宫内异位症伴不孕的疗效观察 [J]. 医学信息(手术学分册), 2007, 20(10):867-869.

[2] 王敬华, 祁建青, 任琼珍. 子宫内异位症伴不孕患者经腹腔镜手术和开腹手术治疗的临床疗效比较 [J]. 中国妇幼保健, 2015, 30(09):1353-1355.

[参考文献]

[1] 麻丽先. 带锁髓内钉联合血府逐瘀汤治疗下肢骨折的护理分析 [J]. 中医临床研究, 2019, 11(03):128-129.

[2] 何宁. 下肢骨折带锁髓内钉内固定治疗下肢长骨骨折的临床疗效观察 [J]. 影像研究与医学应用, 2017, 1(07):185-187.

[3] 韦胜高. 带锁髓内钉固定术治疗下肢骨折的并发症及预防措施 [J]. 临床合理用药杂志, 2014, 7(33):114-115.