

循环。因此,严格掌握剖宫产指征对降低高危妊娠的发生有重要意义。④《办法》中所列高危因素较全,评分项目齐全,所以高危妊娠管理比较缜密,漏诊减少。

3.2 加强高危妊娠筛查、监护与管理

在孕期及早筛查出高危因素,并预防和治疗各种引起高危妊娠的病理因素,是贯彻预防为主,保障母婴健康,实行安全分娩的必要措施。3年来我院由于加强了高危妊娠的筛查、监护与管理,高危妊娠管理效果显著提高^[3],有效降低了孕产妇死亡率、围产儿死亡率。

3.3 健全和完善高危妊娠三级管理网络

健全和完善的高危妊娠三级管理网络,是高危孕妇转诊和转化过程中的有力保障。一、二级医疗机构的基层保健人员,要加强孕早、中期的高危因素筛查,强化孕期的保健管理,对筛查出的中、重度高危妊娠和妊娠并发症及时转诊。市级医疗保健机构配有相关专业的医疗保健专家队伍,技术精湛,力量雄厚,定期组织会诊,随时接待和处理基层转诊的重度高危孕妇,对高危妊娠的转化起到积极作用。三级保健机构都有专人负责管理范围内高危妊娠的转诊、追踪、随访、结案,相互之间联系密切,追踪反馈及时,掌握情况全面,及时了解高危孕妇的病情转归和诊治情况,以确保孕产妇和围产儿的健康和生命安全。

3.4 高危孕产妇病种管理

开展高危妊娠病种管理,针对居孕产妇死亡原因前

几位的“产后出血”和“妊娠合并内科疾病”,在2006年底、2007年初全市相继实施了“宁波市妊娠合并心脏病个案管理”和“宁波市产后出血报告制度”。对妊娠合并心脏病孕妇进行个案管理,病情较重或有潜在危险的病例,由市级专家组制定个体化的管理治疗方案。各级医疗保健机构做好宣教工作,告知心脏病是进行性疾病,妊娠后将会使病情发展,有以下心脏病表现的孕妇应劝说其在孕早期及时终止妊娠,如心脏病变较重、心功能Ⅲ-Ⅳ级、既往有心力衰竭史、有肺动脉高压、右向左分流型先天性心脏病、严重心律失常、风湿热活动期、心脏病并发细菌性心内膜炎、心肌炎遗留有严重心律不齐、围生期心肌病遗留心脏扩大等。妊娠结束后由管理单位及时填写“妊娠合并心脏病个案登记表”。做好高危孕产妇病种管理,目的是提高危重孕产妇的抢救成功率,最大限度地保障孕产妇和胎婴儿的生命安全。

4 参考文献

- [1] 刘芳,严彩云,张雨琼. 加强高危管理 努力降低孕产妇死亡率[J]. 中国妇幼保健,1998,13(5):260-261.
- [2] 渠川琰. 围产保健高危管理中的评分、划段及对主要危险因素的选择方法[J]. 中国农村医学,1994,22(5):39-40.
- [3] 黄惠娟. 1653例高危妊娠系统管理结果分析[J]. 中国妇幼保健,2007,22(29):4067.

(收稿日期:2010-07-08)

文章编号:1004-9231(2011)01-0018-03

· 妇幼保健 ·

围产儿死亡63例原因分析

肖丽萍, 杨晓宁 (上海复旦大学附属华山医院南汇分院, 上海 201300)

围产儿死亡率是衡量一个国家或地区产科质量和妇幼健康状况的重要指标。为了探讨围产儿死亡原因,提高围产期医疗保健工作质量,降低围产儿死亡率,我们对2007年6月—2010年6月在我院住院分娩的9 843例围产儿资料进行了回顾性分析。

1 资料与方法

1.1 资料来源

由专人负责查阅63例死亡围产儿的住院病史资料、产前检查卡及围产儿死亡评审表,并将孕妇所在地、妊娠高危因素、出院诊断、超声表现、围产儿死亡原因、评审结果等信息登记在册。

1.2 围产儿统计标准

采用围产期Ⅰ期^[1]的标准,即妊娠满28周至产后7 d,在此期间所发生的死胎、死产及新生儿死亡均统计为围产儿死亡。孕周不详者,以出生后1 h内体重达1 000 g以上或身长达35 cm以上者为统计标准。

1.3 高危妊娠诊断标准

根据2009年上海市妇保所制定的妊娠风险筛查表进行筛查,内容包括孕产妇的基本情况(年龄、身高、体重指数)、不良孕产史、妊娠合并症等可能危害孕妇、胎儿、新生儿生命安全或导致难产的高危因素,凡具有上述高危因素的孕妇均被列为高危妊娠。

1.4 围产儿死亡评审

按市妇保所的要求,由区卫生局、妇保所领导、市围产保健协作组的专家及围产儿死亡所在医院的产科、B超、儿科主任和有关医生组成围产儿死亡评审小组,每季度评审1次。围产儿死亡评审分为3类:Ⅰ类为可能避免死亡;

作者简介:肖丽萍(1963—),女,主任医师,学士。

Ⅱ类为创造条件可能避免死亡;Ⅲ类为不可避免死亡。

2 结果

2.1 围产儿死亡率

2007年6月—2010年6月在我院住院分娩的孕产妇共计9 843例,围产儿死亡63例,围产儿死亡率为6.40‰。63例围产儿死亡中,死胎48例,占76.19%,死产6例,占9.52%,新生儿死亡9例,占14.29%。

外地孕妇产围产儿死亡率高于本地孕妇,高危妊娠孕妇的围产儿死亡率高于非高危妊娠孕妇(表1)。

表1 围产儿死亡率比较

孕妇情况	围产儿数	死亡数	死亡率(‰)
所在地			
外地	5020	43	8.57
本地	4823	20	4.15
高危妊娠			
是	2512	25	9.95
否	7331	38	5.18

2.2 围产儿死因顺位

出生缺陷居死亡原因的第一位,其次为脐带因素、妊娠高血压疾病、胎盘因素等(表2)。

表2 63例围产儿死亡原因

死亡原因	死亡数	构成比(%)
出生缺陷	16	25.40
脐带因素	12	19.05
妊娠高血压疾病	10	15.87
胎盘因素	9	14.29
早产	6	9.53
胎儿宫内发育迟缓	4	6.35
妊娠合并糖尿病	2	3.17
新生儿窒息	2	3.17
原因不明	2	3.17
合计	63	100.00

2.3 围产儿死亡评审结果

63例围产儿死亡中,评审结果为Ⅱ类的6例,Ⅲ类的57例。

3 讨论

目前,世界范围围产儿死亡率在7‰~10‰,较多发达国家在7‰左右^[2]。近几年上海市通过严格规范孕产期保健,执行孕产妇系统管理,围产保健水平已有很大提高。我院近3年围产儿死亡率为6.40‰,已达到发达国家水平,但仍可采取措施使围产儿死亡率进一步降低。

3.1 加强流动人口孕产妇管理

流动人口妇女大部分文化素质较低,对孕期保健的重要性缺乏认识,甚至对服务内容、如何进行保健都不了解,从而影响了孕妇主动接受孕产期保健服务的行为。

本组资料表明,外地孕妇产围产儿死亡率高于本地孕妇产围产儿死亡率,提示对流动人口孕产妇的健康教育仍是一个薄弱环节。因此,要加大对流动人口孕期保健的宣传力度,采取多渠道、多层次、有针对性的宣教工作,使流动人口妇女得到易获得、免费、易接受的保健常识,动员、督促其进行孕产期保健,从而降低围产儿死亡率。

3.2 注重高危妊娠筛查

孕期的高危因素对孕妇自身的身体状况、胎儿、胎盘和羊水等造成综合影响,从而增加围产儿死亡的风险。本组资料表明,高危妊娠孕妇产围产儿死亡率高于非高危妊娠孕妇产围产儿死亡率。为了较早发现高危妊娠孕妇,并使她们得到及时有效的治疗,取得良好的妊娠结局,我院在每位孕妇产建卡及定期产检时,详细筛查出高危因素并登记在册,根据病情制定相应的治疗方案,同时进行追踪管理,对于病情恶化、胎动异常等及早采取有效措施,适时终止妊娠,必要时启动危重孕妇产抢救绿色通道。本组资料中,有妊娠合并糖尿病延期妊娠最终胎儿宫内死亡病例1例,被评审为Ⅱ类,如果孕晚期发现巨大儿再次进行血糖筛查,指导孕妇提前住院分娩可能避免围产儿死亡,提示仍需加强高危产科门诊工作的责任心。

3.3 提高宫内诊断技术

据国家卫生部的信息显示,我国是出生缺陷高发国家,全国每年有近100万出生缺陷儿发生,其中30%在出生前后死亡,出生缺陷已成为我国围产儿死亡的主要原因之一^[3]。本组资料表明,出生缺陷是我院围产儿死亡的首位原因。加强孕期监护、检查及治疗,提高宫内诊断技术对于降低出生缺陷率是十分必要的。我院常规在孕20~24周行超声大畸形筛查,对于不能确诊病例联系上级医院行羊水、染色体检查,争取绝大多数先天畸形在孕28周前得到诊断并行优生引产。对于孕28周后发现的非致死性先天畸形,如唇腭裂、肠外翻和先天性无肛门等畸形,一般可通过现代医学予以矫正或根除,因此不予引产。

3.4 继续完善围产儿死亡专家评审制度

根据上海市围产儿死亡评审制度,我院每例死亡围产儿都先进行院级评审,然后由专人填写评审表并上报区妇幼保健所,再由妇幼保健所组织市围产保健协作组的专家进行区级评审,提出评审意见及干预措施。通过建立围产儿死亡专家评审制度,提高了各相关部门对降低围产儿死亡的重视程度,加强了全市的学科之间及各级医院之间的沟通与协作,也使各级医院的产、儿科人员的专业技能有所提高。2008年围产儿死亡评审中发现新生儿窒息是围产儿死亡的主要原因之一,于是在全市范围内进行了新生儿窒息复苏技术的培训、推广,2009年因新生儿窒息引起死亡的比例有显著下降。本组资料中Ⅱ类死亡6例,占围产儿死亡的9.52%。期望继续发挥围

产保健协作组的专家指导作用,减少创造条件可能避免的Ⅱ类围产儿死亡,切实提高产科质量,进一步降低围产儿死亡率。

4 参考文献

[1] 丰有吉,沈铿. 妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:48.

[2] 郭华,黄跃华,曾红友. 935 例围产儿死亡分析[J]. 广西医学,2003, 25(6):1037-1038.

[3] 王子莲,梁莹莹,陈宝江,等. 284 例围产儿死亡病例分析[J]. 中国妇幼保健,2008,23(5):644-646.

(收稿日期:2010-09-16)

文章编号:1004-9231(2011)01-0020-02

· 妇幼保健 ·

婴幼儿 1 359 例缺铁性贫血状况调查及干预措施

韦雪香 (广西壮族自治区南宁市第二人民医院, 广西 南宁 530031)

贫血不仅影响儿童的生长发育,阻碍智力发展,还可导致其远期智力低下^[1]。我们于 2009 年 1—12 月对我院儿童保健门诊进行体检的 6 月龄~3 岁儿童进行了缺铁性贫血状况的调查及干预,现将结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象

在我院儿童保健门诊进行体检且家长自愿接受血常规筛查的 6 月龄~3 岁婴幼儿 1 359 例。

1.2 方法

取左手无名指末梢血,使用全自动血细胞分析仪,测定血红蛋白值(HGB),红细胞平均容积(MCV)、红细胞平均血红蛋白含量(MCH)、红细胞平均血红蛋白浓度(MCHC),专人负责详细记录每次检查结果及治疗情况。

1.3 营养性缺铁性贫血诊断标准^[2]

HGB < 110 g/L 作为初步诊断,同时伴有 MCV < 80 fl, MCH < 26 pg, MCHC < 30%,涂片中红细胞变小,染色中间透亮区加大。根据 HGB 的水平将贫血分为轻、中、重度,HGB 90~110 g/L 为轻度贫血,60~89 g/L 为中度贫血,<60 g/L 为重度贫血。对轻、中度缺铁性贫血予铁剂治疗,并指导合理饮食,2 个月后复查,HGB ≥ 110 g/L 为治愈。

2 结果

2.1 贫血患病率

筛查 6 月龄~3 岁婴幼儿 1 359 例,检出缺铁性贫血患儿 243 例,患病率为 17.88%,6 月龄~1 岁组患病率最高(表 1)。

表 1 缺铁性贫血检出情况

年龄	受检人数	贫血人数	患病率(%)
6 个月~	558	132	23.65
1 岁~	485	73	15.05
2 岁~	316	38	12.02
合计	1359	243	17.88

2.2 贫血程度

轻度贫血 219 例,中度 23 例,重度 1 例,分别占 90.12%、9.46%、0.41%,以轻度为主。

2.3 铁剂治疗效果

243 例缺铁性贫血患儿中,有 192 例接受铁剂治疗,用药 2 个月后,轻、中度贫血治愈率分别为 95.86%、73.91%(表 2)。

表 2 缺铁性贫血患儿铁剂治疗效果

贫血程度	人数	治愈人数	治愈率(%)
轻度	169	162	95.86
中度	23	17	73.91
合计	192	177	92.18

3 讨论

本观察的 6 月龄~3 岁婴幼儿缺铁性贫血患病率为 17.88%,以轻度贫血为主,与张文霞等^[3]报道相似。儿童贫血的原因是多方面的,有调查结果表明,缺铁性贫血的发生与年龄、喂养方式、辅食添加情况及饮食习惯等因素有关^[4]。因此,加强科学膳食和平衡营养知识的宣传,提倡婴幼儿科学喂养方法是今后儿保工作的重点。

本组观察表明,6 月龄~1 岁组婴幼儿缺铁性贫血患病率最高,提示 6 月龄~1 岁散居儿童是预防营养性缺铁性贫血的重点人群。婴儿 6 月龄后,仅母乳喂养无法满足孩子快速生长的需要^[5],随着小儿的生长,母乳中的铁已经不能满足小儿的需要而导致贫血的发生。要引导她们合理喂养儿童,提倡母乳喂养,按时添加辅食,可从 4~6 月龄开始添加辅食,先由少量到多量,由单一到多样化食物,添加含铁丰富而且铁吸收率高的辅助食品。