

60例羊水过多的诊断与处理

浙江医科大学附属妇产科医院产科 杜成杰 俞玮 孙笋仙

摘要 作者回顾分析了60例羊水过多患者。资料表明,羊水过多的B超漏诊率8.5%,胎儿畸形发生率29.9%,胎儿畸形的B超漏诊率达40%,早产率37.5%;校正围产儿死亡率35.7%,而校正畸形围产儿死亡率78.6%,无畸形围产儿死亡率21.4%,两者的差异非常显著($P < 0.01$);新生儿患病率71.7%,而畸形新生儿患病率100%,无畸形新生儿患病率63.9%,两者的差异显著($P < 0.05$);新生儿死亡率21.7%,而畸形新生儿死亡率70%,无畸形新生儿死亡率8.3%,两者的差异非常显著($P < 0.01$);合并胎儿畸形者与无胎儿畸形者比较,羊水量存在显著差异($P < 0.05$);畸形类型50%为中枢神经系统畸形。作者讨论了羊水过多和胎儿畸形的诊断,指出羊水过多患者宜选择阴道分娩,并应加强围产期监护。

关键词 羊水过多/诊断;羊水过多/治疗

羊水过多是较常见的产科疾病,因母儿并发症,尤其是胎儿畸形发生率及围产儿死亡率较高,已引起产科工作者的重视。作者回顾性分析了60例羊水过多患者,探讨羊水过多和胎儿畸形的诊断及围产儿结局。

1 临床资料

1989年1月至1991年12月3年间在我院产科终止妊娠的羊水过多患者60例,占同期产科终止妊娠总数16438例的0.4%,与文献报道相近^[1,2]。年龄21~41岁,平均37岁。60例中除4例<28孕周终止妊娠外,其余56例中初产妇40例、经产妇16例,于28~43孕周终止妊娠。

1.1 羊水过多的诊断标准 本组以产前B超羊水平段>7cm和(或)产时测羊水量 ≥ 2000 ml者确诊为羊水过多。60例中除1例急症剖宫产未作B超检查外,余均作了产前B超检查,其中羊水平段>7cm有54例,最大平段为14.5cm,其余5例剖宫产术中测羊水量 ≥ 2000 ml,证实羊水过多,B超漏诊

率为8.5%(5/59)。60例中10例孕期腹部增大较快,3例因宫壁张力大而胎位不清,2例听诊胎心遥远,3例胸闷不能平卧,自觉胎动不明显和持续腹胀或腹痛各2例,未发现胎儿畸形与母亲症状有相关性。合并胎儿畸形与无胎儿畸形两组患者羊水量分布见表1。两组患者羊水量的差异显著。入院时宫高超过相应孕周宫高第90百分位有46例(76.7%),而宫高及腹围均超过相应孕周宫高及腹围第90百分位者仅17例(28.3%)。

1.2 母亲的并发症 60例患者中30例(50%)发生并发症,其中妊高征15例、胎膜早破7例、胎盘早剥1例、产后出血7例。产后出血原因皆为宫缩乏力,出血量在500~800ml之间。

1.3 胎儿畸形类型 我们根据产前记录、母亲及新生儿病案、手术记录、尸检等资料确诊畸形胎儿20个,占67个胎儿的29.9%。在单发畸形中,神经系统畸形4个,胸腹腔积液2个,肢体畸形3个,唇腭裂与先天性肠痿各1个;在多发畸形中,神经系统畸形6个,肾

输尿管缺如和先天愚型以及其他畸形各 1 个。神经系统畸形有脑积水、无脑儿、脊柱裂。多发畸形仅统计每个多发畸形儿之主要畸

形。20 个畸形胎儿中产前 B 超检查发现畸形 12 个、未发现畸形 8 个, B 超漏诊率为 40% (8/20)。

表 1 60 例患者羊水量(ml)分布(例)

组别	总例数	2 000~	3 000~	4 000~	5 000~	6 000	按对数计算		
							\bar{x}	s	
合并胎儿畸形组	20	9	6	1	2	2	3.50 (3162)*	0.15	$t = 2.16$
无胎儿畸形组	40	29	7	2	1	1	3.41 (2570)*	0.11	$P < 0.05$

* ()内数值为按原单位的均值。

1.4 围产儿结局 60 例中单胎妊娠 53 例, 双胎妊娠 7 例, 胎儿总数 67 个, 其中畸形胎儿 20 个。除去 7 个流产的胎儿外, 余下 60 个胎儿围产结局见表 2。畸形胎儿中产前死亡有 3 个为雷凡诺羊膜腔引产致死, 产间死亡有 1 个因穿颅术致死。患病新生儿有 3 个自动出院, 其中 2 个为畸形儿。本组围产儿死亡率为 40% (24/60), 除雷凡诺羊膜腔引产及穿颅术致死的 4 个外, 校正围产儿死亡率为 35.7% (20/56), 而畸形围产儿死亡率为 83.3% (15/18), 校正死亡率为 78.6% (11/14), 无畸形围产儿死亡率为 21.4% (9/42), 两者的差异非常显著 ($t = 3.87, P < 0.01$)。新生儿患病率 71.7% (33/46), 其中畸形新生儿患病率为 100% (10/10), 无畸形新生儿患病率为 63.9% (23/36), 两者的差异显著 ($t = 2.24, P < 0.05$)。新生儿死亡率为 21.7% (10/46), 其中畸形新生儿死亡率为 70% (7/10), 无畸形新生儿死亡率为 8.3% (3/36), 两者之间的差异非常显著 ($t = 4.19, P < 0.01$)。

表 2 60 个胎儿围产结局(例)

组别	胎儿总数	产前死亡	产间死亡	新生儿情况		
				总数	患病数	死亡数
畸形胎儿	18	5	3	10	10	7
无畸形胎儿	42	5	1	36	23	3
合计	60	10	4	46	33	10

1.5 终止妊娠的孕周和方式 终止妊娠孕周 < 28 周 4 例、28 周~9 例、34 周~12 例、37 周~33 例、≥ 42 周 2 例, 本组早产率为

37.5%。终止妊娠方式(除 4 例流产外): 阴道分娩 33 例(58.9%), 其中顺产 26 例、产钳助产 2 例、臀位助产 3 例、穿颅术 2 例(分别因脑积水和脐带脱垂胎儿死亡而施行); 剖宫产 23 例(41.1%), 其指征为: 胎儿窘迫 6 例, 相对头盆不称 5 例, 骨盆狭窄、疤痕子宫、引产失败各 2 例, 臀位、妊高征、原发宫缩乏力、胎膜早破、甲亢、巨大儿各 1 例。有 2 例患者产前 B 超检查未发现胎儿畸形, 分别于孕 36、37 周剖宫产分娩, 其中 1 例新生儿有畸形、体重 1300g, 另 1 例新生儿无畸形、体重 1400g, 产后均死亡。

2 讨论

羊水过多被认为是胎尿产生和胎儿吞咽羊水水平平衡所引起的^[3]。影响胎儿吞咽能力的疾患, 包括染色体、中枢神经系统、胃肠道结构、胸内等畸形, 均可引起羊水过多。羊水过多的发生与胎儿畸形、多胎、母亲疾患等有关, 本组患者中胎儿畸形 20 例、无畸形双胎 5 例、合并妊高征 15 例, 与文献报道^[3~6]相符。胎儿畸形中, 中枢神经系统畸形、唇腭裂、先天愚型等均可影响胎儿吞咽能力而引起羊水过多; 合并胎儿胸腹腔积液者可能因积液使胃肠道受压影响胎儿吞咽, 以及增高的胸腹腔压力使胎儿心肺功能和静脉回流障碍, 导致液体从血管渗出, 继而进入羊膜腔, 引起羊水过多。

2.1 羊水过多与胎儿畸形的诊断 本组患

者入院时宫高超过相应孕周宫高第 90 百分位有 46 例,占 76.7%,提示对宫高超过相应孕周宫高第 90 百分位者,应重视用 B 超测羊水量。但目前临床普遍采用的,以超声测单个羊水池最大平段来确定羊水量的方法,其准确性尚存在问题。本组以上述超声方法测量的 59 例中,有 5 例羊水平段 $\leq 7\text{cm}$,而产时测得羊水量均 $\geq 2\ 000\ \text{ml}$,属 B 超漏诊。为缩小羊水的 B 超测量值与实际羊水量间的误差,我院已开始采用 Phelan 羊水指数(AFI)法,AFI $> 18\ \text{cm}$ 为羊水过多。据报道^[7] AFI 是最敏感最准确的方法,可克服测量单个羊水池的片面性。此外,本组资料表明合并胎儿畸形与无胎儿畸形两组患者羊水量存在显著差异($P < 0.05$)。虽然还不能为有无胎儿畸形划定一个羊水量界限值,但羊水过多患者在终止妊娠前,应尽早采取超声二维或三维扫描、测定母血清或(和)羊水 AFP 及羊水乙酰胆碱酯酶、羊膜腔造影、胎儿造影、胎儿镜等手段,以明确是否合并有胎儿畸形。

2.2 羊水过多孕妇的分娩方式 本组无畸形围产儿死亡率及新生儿患病率较高,除羊水过多者早产率高外,与医务人员认为羊水过多的胎儿不是畸形也可能存在某种缺陷,因而轻视了羊水过多孕妇的围产监护不无关系。就目前我国围产医学水平及优生要求,

结合本组资料,我们认为应加强对羊水过多孕产妇,尤其是经多种方法检查未发现胎儿畸形的孕产妇的围产期监护。孕期积极治疗羊水过多,预防早产,改善围产儿结局。对于确诊胎儿畸形的患者,尽可能在孕 28 周前终止妊娠;若孕周已超过 28 周,则应避免活产,以减少社会及家庭的压力。羊水过多孕妇的分娩方式以阴道分娩为宜,对于多次检查未发现胎儿畸形的羊水过多孕妇,若胎儿发育正常,又有产科指征,亦可考虑剖宫产;但若合并胎儿宫内发育迟缓,即便有剖宫产指征,也应权衡利弊,谨慎选择,以免重蹈本组剖宫产分娩 2 个宫内发育迟缓儿夭折之复辙。

参 考 文 献

1. Hill LM, et al. *Obstet Gynecol*, 1987,69(1) : 21
2. Quinlan RW, et al. *Am J Obstet Gynecol*, 1983,145(5) : 306
3. Sivir CJ, et al. *Radiology*, 1987,165(2) : 467
4. Landy HJ, et al. *Am J Obstet Gynecol*, 1987,157(1) : 114
5. 赵瑞琳. *实用妇科与产科杂志*,1989,5(2) : 59
6. Stoll CG, et al. *Am J Obstet Gynecol*, 1991, 165(3) : 586
7. 陈汉平. *实用妇科与产科杂志*,1992,8(2) : 67

(1993 年 12 月 31 日收稿,1994 年 9 月 30 日修回)

(上接第 55 页)

2 体 会

目前,鼻额管重建术的各种做法都是在 Sewall-Bayder 术式的基础上加以变通而来的,作者根据前组筛窦的实际高度,设计用囊壁来复盖外侧壁,用中甲粘膜瓣修复内侧壁,这样新形成的鼻额管不仅宽大,而且裸露区很小,不需放置扩张管,从而减轻了病人的痛苦,避免了扩张管带来的一系列麻烦。

过去额窦囊肿手术常规将囊壁全部剥除,并非常重视囊壁残留与复发的关系,即使目前鼻额管重建术已逐渐完善,这一传统步

骤仍作为常规进行。作者体会术中保留囊壁有许多优点:①简化了手术步骤;②免除剥囊壁所引起的并发症;③为鼻额管重建提供了良好的复盖材料;④手术创面小,愈合早;⑤可防止额部畸形发生,增厚的囊组织具有一定的弹性支架作用,即使前壁骨质缺损面积较大也不会造成额部塌陷。唯一不足之处是术后短期内鼻腔粘液较多,2 个月后能逐渐消失,说明囊粘膜病变为可逆性,而功能恢复则需更长时间。1 例随访 2 年,另 1 例随访 5 年均无复发。

(1994 年 8 月 25 日收稿,同年 12 月 14 日修回)