

·临床研究报道·

95例新生儿羊水吸入综合征的临床分析

陈妍, 朱建幸

(上海第二医科大学附属新华医院新生儿病房, 上海 200092)

【摘要】目的 探讨新生儿羊水吸入综合征的转归。**方法** 对该院1993~1996年收治诊断为羊水吸入综合征的95例新生儿进行临床分析。**结果** 羊水吸入综合征患儿呼吸衰竭的发生与胎龄密切相关, 即胎龄小, 呼吸衰竭的发生率高, 病情重。**结论** 死亡率与出生体重和胎龄有关, 即出生体重低, 胎龄小, 死亡率高。症状消失时间则与高危因素多少有关。

【关键词】 羊水吸入综合征; 呼吸衰竭; 死亡率; 新生儿

【中图分类号】 R722 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1008-8830(2001)06-0679-02

肺羊水吸入综合征(amniotic fluid aspiration syndrome, AFAS)及由此引起的吸入性肺炎是新生儿期常见的重要疾病之一。对我院1993~1996年收治的95例本综合征(非胎粪污染)的临床特征及相关影响因素作一分析。

1 资料与方法

1.1 诊断标准

生后较早出现气急, 鼻扇, 口唇青紫, 吸气性凹陷和口吐白沫等症状并具有下列一项者。①有宫内窒息或产时窒息史, 娩出时由胎儿口、咽或气道内吸出较多量羊水; ②胸片示肺纹扩散, 肺野呈条索状或片状密度增高阴影, 通气不良, 局部通气过度或通气不均匀; ③羊水中无胎粪污染史^[1]。

1.2 一般资料

本资料95例均符合上述标准, 其中男63例, 女32例, 男女之比为2:1。出生体重<2 500 g 16例, ~3 000 g 21例, ~4 000 g 48例, >4 000 g 10例。胎龄<37周14例, ~40周43例, ~42周37例, >42周1例; 其中足月小于胎龄儿16例, 大于胎龄儿20例。起病时间以症状出现为标志, 生后即刻发病47例, ~12 h 17例, ~24 h 18例, ~48 h 5例, ~72 h 1例, 无法确定者7例。产前、产时窒息或两者兼有者共85例。

1.3 临床表现

青紫64例, 气促51例, 部分患儿出现吸入性凹

陷、鼻扇、屏气、口吐白沫、点头呼吸等症状。肺部粗湿罗音31例, 合并呼吸衰竭者29例(30%), 颅内出血29例, 脑水肿7例, 缺血缺氧性脑病4例, 先天性心脏病18例。

1.4 方法

为观察本文95例肺羊水吸入综合征患儿的胎龄、出生体重、Apgar评分及围产期高危因素与呼吸衰竭及预后的关系, 将上述相关因素各分为两组, 分组方法见下文, 对胎龄、出生体重与呼吸衰竭的关系作Ridit分析; 对出生体重、胎龄、Apgar评分与死亡的关系作 χ^2 检验; 对围产期高危因素与症状消失时间的关系作 t 检验。 $P < 0.05$ 为有显著性差异。

2 结果

2.1 胸片结果

散在或片状密度增高阴影79例, 多数病例以右下肺为明显; 两肺纹理增粗13例; 左侧肺气肿伴右侧肺膨胀不全1例。无X线资料2例。

2.2 血气分析结果

29例临床症状严重或/和胸片明显异常者血气分析显示呼吸衰竭, 其中I型(低氧血症)14例, II型(低氧血症伴高碳酸血症)15例。

2.3 胎龄、出生体重与呼吸衰竭的关系

胎龄<37周者发生II型呼衰6例, I型呼衰2例, 无呼衰6例; ≥37周者发生II型呼衰9例, I型呼衰12例, 无呼衰60例。Ridit分析 $u = 2.288$,

【收稿日期】 2001-01-09; 【修回日期】 2001-03-15

【作者简介】 陈妍(1969-), 女, 大学, 主治医师。

$P < 0.05$, 差异有显著性意义。出生体重 < 2500 g 者发生 II 型呼衰 5 例, I 型呼衰 2 例, 无呼衰 9 例; 出生体重 ≥ 2500 g 者发生 II 型呼衰 10 例, I 型呼衰 12 例, 无呼衰 57 例。Ridit 分析 $u = 0.906$, $P > 0.05$, 差异无显著性意义。结果显示胎龄小, 呼吸衰竭发生率高, 病情重; 出生体重与呼吸衰竭的发生无显著性差异。

2.4 出生体重、胎龄、Apgar 评分与死亡的关系

出生体重 < 2500 g 者共 16 例, 死亡 4 例, 治愈 12 例; 出生体重 ≥ 2500 g 者共 79 例, 死亡 6 例, 治愈 73 例, 卡方检验 $\chi^2 = 2.631$, $P < 0.05$, 差异有显著性意义。胎龄 < 37 周者共 14 例, 死亡 4 例, 治愈 10 例; ≥ 37 周者共 81 例, 死亡 6 例, 治愈 75 例, $\chi^2 = 2.001$, $P < 0.05$, 差异有显著性意义。Apgar 评分 ≤ 3 分者共 37 例, 死亡 5 例, 治愈 32 例; Apgar 评分 > 3 分者共 58 例, 死亡 5 例, 治愈 53 例, $\chi^2 = 0.172$, $P > 0.05$, 差异无显著性意义。结果显示出生体重低, 胎龄小, 死亡率高, Apgar 评分高低与死亡无相关性。

2.5 围产期高危因素与症状消失时间的关系

对本组病例的围产期高危因素列出 7 项: ①胎龄 < 37 周; ②宫内窒息; ③出生体重 < 2500 g; ④呼吸 > 60 次/min; ⑤Apgar 评分 ≤ 3 分; ⑥胸片示大片密度增高阴影; ⑦低氧血症伴高碳酸血症。将具有以上任 3 项或 3 项以上者列为 A 组, 不足 3 项者列为 B 组。A 组共 15 例, 症状消失时间为 (7.89 ± 5.73) h; B 组共 67 例, 症状消失时间为 (2.26 ± 0.71) h; $t = 6.427$, $P < 0.01$, 差异有显著性意义。结果显示高危因素 < 3 项者症状消失时间短, ≥ 3 项者症状消失时间长。

3 讨论

本综合征是由于新生儿在宫内或产时缺氧状态

下, 呼吸触发以后吸入大量羊水, 致娩后出现窒息或生后因肺部气体交换障碍而出现的一系列症状。

一般认为肺大量羊水吸入综合征大多发生于足月儿及过期产儿, 早产儿的发生率仅 3%, 但本组资料中早产儿占 14.7%, 值得重视。77 例 AFAS 患儿症状发生在生后 24 h 内, 占 81%, 与文献报道相符^[3], 但有 1 例症状出现在 72 h 左右, 其母孕 27 周时因哮喘发作, 一直服用强的松至分娩, 故该患儿症状出现时间的延迟可能与强的松的作用有关。本资料血气分析示: 呼衰的发生及其严重程度与胎龄成熟度有密切关系, 而与出生体重无关。胎龄小则呼衰发生率高, 病情严重。在早产儿, 由于早期发现与预防呼衰直接影响预后^[4], 因此对有吸入史的早产儿应及早临床密切观察, 多次摄取胸片, 心肺监护, 血气监测等, 及早诊断, 及时处理。本资料提示本病的死亡率与出生体重、胎龄有关。此与低体重儿及早产儿器官结构及功能不成熟有关。本病的症状消失时间与胎龄、出生体重、Apgar 评分及胸片等单一因素无明显关系, 而与上述诸因素中三个或三个以上的总和有明显关系, 作者认为这些因素可作为对预后的综合判断指标。

[参 考 文 献]

- [1] Adihikari M, Gouns E, Velaphi SC, et al. Meconium aspiration syndrome: Importance of the monitoring of labor [J]. J Perinatol, 1998, 18(1): 55-60.
- [2] 金汉珍, 黄德珉, 官希吉. 实用新生儿学 [M]. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1997, 356-357.
- [3] Yuksel B, Greenough A, Gamsu HR. Neonatal meconium aspiration syndrome and respiratory morbidity during infancy [J]. Pediatr Pulmonol, 1993, 16(6): 358-361.
- [4] 董声焕. 小儿呼吸衰竭治疗进展 [J]. 临床儿科杂志, 1994, 12(1): 6-8.

(本文编辑: 吉耕中)