

# 漆洪波:做好登记是死胎管理规范化第一步

●本报记者 张思玮

“死胎的发生不仅严重影响孕产妇的身心健康,还给家庭和社会支持系统带来冲击。”近日,重庆医科大学附属第一医院副院长漆洪波表示,在我国当前出生率断崖式下跌和人口老龄化的新形势下,降低死胎发生率对于围产工作者而言任重道远。这不仅关乎一个家庭,更影响国家的人口素质和社会稳定。

近年来,虽然随着产前保健和助产技术的发展与改进,全球死胎发生率总体呈下降趋势,但下降速度远低于孕产妇死亡率和新生儿死亡率。

数据显示,全球死胎发生率约为1.39%,大部分死胎发生于撒哈拉以南的非洲和南亚地区,发生率高达2.17%,美国的死胎发生率自2016年起维持在0.6%的水平。一项关于中国死胎发生率的荟萃分析结果显示,过去近20年我国死胎发生率从1994年的1.45%下降至2020年的0.72%。

漆洪波表示,目前亟须对我国死胎现状开展真实世界研究。建立健全的死胎登记系统是死胎管理走向规范化的第一步,通过制定标准化的死胎数据采集表,实现死胎数据的精准采集与共享。按地区、经济水平、医院等级分组统计死胎发生率,分析医疗资源、产前筛查覆盖率等因素与死胎的关联,为制定适宜不同地区、不同级别医疗机构的围产管理策略提供依据,对降低死胎发生率、提升出生人口素质具有重大意义。

## 死胎发生是多因素交织的结果

死胎包括分娩之前的胎儿宫内死亡和分娩过程中的胎儿死亡(死产),目前其诊断标准全球尚未统一,尤其是以哪个孕周作为计算死胎的起始点尚存争议。

我国目前采用的是美国妇产科医师学会(ACOG)对死胎的定义,即妊娠 $\geq 20$ 周或胎儿体重 $\geq 350$ g,胎儿分娩时无呼吸、心跳、脐带搏动或随意肌的明确运动等生命迹象。

“死胎的发生是多因素交织的复杂过程,涉及母体、胎儿以及外界环境等多方面因素。”漆洪波表示。

2020年ACOG发布的死胎管理



漆洪波

指南中指出,死胎的危险因素包括初产、高龄、肥胖、糖尿病、慢性高血压、吸烟、饮酒、辅助生殖技术受孕、多胎妊娠以及既往产科病史等。

有研究显示,孕28周前发生的死胎主要由先天畸形、感染、胎儿生长受限(FGR)和妊娠合并症或并发症引起,而妊娠晚期死胎及死产则主要源于感染、胎盘早剥、脐带异常等围分娩期并发症。死胎中不明原因者占比为25%~60%,该比例受病因分类标准及病因评估技术水平的影响,存在较大差异。

漆洪波强调,FGR是导致死胎的最常见原因之一,其可以是独立的诊断,也可能是其他病因的征兆或线索,且发生风险与生长受限程度呈正相关。另外,在发达国家,10%~20%的死胎与感染相关,而在发展中国家这一比例高达50%。

此外,孕前糖尿病、妊娠合并慢性高血压、妊娠期肝内胆汁淤积症(ICP)、未足月胎膜早破等都与死胎密切相关。

“在我国现有的复杂生育背景下,早期预测和筛查是减少死胎发生的关键环节。”漆洪波表示,当前我国的孕期筛查系统在大部分地区已普及,但对于死胎的预测能力仍然有限。

这主要因为死胎病因分析是一个多维度、多学科交叉的过程,涉及妇产科学、病理学、遗传学、免疫学、流行病学、环境卫生学等跨学科、跨领域的深入合作。

“因此,亟须建立一个覆盖全国的死胎多中心数据库,通过全国范围内的数据采集与共享,整合临床、病理、遗传等多学科资源,构筑一个探究死胎病因的综合性平台。”漆洪波表示。

## 推进死胎管理的本土化与个性化

随着围产期医学领域的快速发展,全球范围内的死胎预防和管理指南相继发布。然而,现有的国际指南多基于全球范围内的共识和某些发达国家的经验。

但我国的现实情况是,幅员辽阔,各地区经济发展水平、医疗资源配置、文化传统以及健康服务的普及程度差异显著。

“特别是东部地区与中西部地区孕产妇在围产期保健和健康状况上的差距,决定了死胎管理和预防措施需要因地制宜。”漆洪波表示,我国应重点制定基于公共卫生干预的部分策略,加强基础保健、产前筛查、接种疫苗等基本公共卫生措施,减少因营养不良或传染病等可预防因素导致的死胎风险。

特别值得重视的是,随着中国经济的发展,肥胖和妊娠期糖尿病的发生率逐年上升,成为影响围产期健康的重要因素之一。因此,漆洪波认为,在制定相关指南时,应考虑中国现有的围产期保健实际情况,强化对孕期体重管理的指导,以及针对妊娠期常见的合并症与并发症的管理。

立足于全球化,围产期保健和死胎管理已经进入了一个国际化合作的时代。漆洪波表示,在制定我国的死胎管理指南时,应积极吸纳国际经验与最佳实践,同时考虑我国的特色,将全球先进经验与中国国情结合,推进死胎管理的本土化与个性化。

据悉,中华医学会围产医学分会胎儿医学学组正在制定死胎管理方面的指南,有望在今年发布。

## 继续构建我国死胎病因研究平台

受访中,漆洪波特别提醒,应重点关注死胎后孕产妇的心理健康问题,包括焦虑、抑郁、创伤后应激障碍等,甚至包括自杀倾向。特别是经历死胎后

短时间内再次怀孕的妇女更容易受到情绪波动或创伤后应激的影响,导致不良围产期结局。

有研究建议,死胎史的产妇应适当推迟再次受孕时间,至少为12个月,但此时间间隔尚需更多的临床证据予以支持。

而对于前次死胎与胎儿畸形或染色体异常相关的孕产妇,研究认为,应重视再次妊娠后胎儿的遗传学筛查,建议孕妇于中孕期进行羊膜腔穿刺产前诊断,以排除胎儿相关风险。同时应加强胎儿超声检查,尽早发现胎儿畸形或生长发育受限等异常情况。

此外,对于因妊娠并发症或合并症发生死胎的孕产妇,应在再次妊娠时进行早期预防、密切监测与及时治疗,如对肥胖、糖尿病、高血压等疾病进行积极的孕前及孕期管理,减少死胎高危因素的发生。

近年来,新兴的针对宫内感染病原体筛查的二代测序技术(NGS),可通过血液、羊水、胎盘或宫颈分泌物等临床标本检测病原体的全基因组序列,有助于快速、准确地识别病原体类型及感染程度。

另外,胎盘成像及胎盘功能测定的相关研究也崭露头角,有助于死胎原因的精准识别。

不过,漆洪波表示,目前没有证据表明提前终止妊娠可以降低死胎风险,且需与早产可能带来的呼吸窘迫综合征、肺炎、新生儿低血糖等风险相权衡。

最新的指南也给出建议,若胎儿无异常且产妇无妊娠合并症或并发症、高龄或肥胖等危险因素,应尽量在39周之后终止妊娠。

最后,漆洪波表示,亟须出台符合我国现阶段实际情况的死胎病因研究平台和指南,将规范化管理贯穿于产前、产时、产后及再次妊娠的全阶段。同时,结合人工智能赋能,综合利用临床数据、影像学数据、生物标志物和基因等信息建立高识别度的死胎预测模型,改良死胎的危险分层,制定针对性的围产期管理方案,研发死胎“防-筛-诊-治”一体化管理体系都是未来的重点关注方向。