

妊娠期预防性补铁时机的选择及其对妊娠结局的影响

梁 玲

(广东省第二人民医院珠海医院(珠海高新区人民医院), 广东 珠海 519085)

【摘要】目的 探究妊娠期预防性补铁最佳时机选择以及对妊娠结局的影响。**方法** 选择健康孕妇60例作为研究对象, 时间2019年1月至2020年3月, 随机分成对照组($n=30$ 例, 不补铁)和实验组($n=30$, 预防性补铁), 比较孕妇不同孕周血清铁蛋白与血红蛋白水平。同时比较两组孕妇妊娠结局情况。**结果** 实验组孕妇在不同孕周时段血清铁蛋白与血红蛋白水平平均高于对照组, 差异显著($P<0.05$), 孕妇血清铁蛋白与血红蛋白水平在孕周16周开始出现明显下降, 其中血清铁蛋白在孕周28-31周降到最低值, 血红蛋白在孕周32-35周降低最低值, 之后有上升。实验组早产、低出生体重儿、新生儿窒息不良妊娠结局发生率3.33%低于对照组20.00%, 差异显著, 存在统计学意义($P<0.05$)。**结论** 在妊娠期16周开始对孕妇进行预防性补铁, 可以改善患者血清铁蛋白与血红蛋白水平, 同时可以改善妊娠结局。

【关键词】 妊娠期; 预防性补铁; 缺铁性贫血; 血清铁蛋白; 血红蛋白; 妊娠结局

【中图分类号】 R714

【文献标识码】 A

【文章编号】 ISSN.2095-8803.2020.26.54.02

DOI:10.16484/j.cnki.issn2095-8803.2020.26.036

女性妊娠期内由于生理、代谢功能发生改变, 加上体内胎儿不断生长发育, 对营养物质的需求量明显增加, 如果营养补充不及时, 或者补充量不够, 十分容易发生营养缺乏性疾病, 例如缺铁性贫血^[1]。铁是人体最重要微量元素中的一种, 与胎儿的健康与母体的营养水平有重要关系。女性在妊娠过程中, 因为妊娠反应, 导致对于铁元素的吸收能力减弱, 而母婴对于铁元素的需求量增加, 就会发生缺铁性贫血, 增加不良妊娠结局风险, 如早产、低出生体重儿等。为此, 为了提高孕妇妊娠期内体内铁元素含量水平, 预防缺铁性贫血, 降低不良妊娠结局发生率, 有必要在妊娠期内为孕妇进行预防性补铁, 改善铁元素营养水平以及妊娠结局。有研究指出^[2], 妊娠期缺铁性贫血发病的危险因素主要是高龄、素食、产检不规律、经常饮用茶或咖啡等, 增加妊娠期高血压、胎儿窘迫、早产以及新生儿窒息等不良妊娠结局。所以对孕妇进行妊娠期预防性补铁有现实意义, 需要选择合适时机进行补铁。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2019年1月至2020年3月期间我院收治60例孕妇作为研究对象, 随机分组, 对照组年龄24岁-37岁, 平均年龄(30.45±2.45)岁; 实验组年龄25岁-37岁, 平均年龄(31.24±2.34)岁。患者年龄资料比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。

纳入标准: (1) 孕妇未服用过补铁药物; (2) 患者饮食正常, 无严重挑食、纯素食; (3) 对研究知情, 自愿接受调查; 排除标准: (1) 合并妊娠期高血压、糖尿病疾病; (2) 精神疾病患者; (3) 确诊缺铁性贫血患者; (4) 临床资料不全。

1.2 方法

1.2.1 对照组

本组对孕妇进行常规的孕期检查, 给予饮食建议, 为孕妇制定健康食谱, 通过饮食补充铁元素, 不使用预防性补铁措施。

1.2.2 实验组

本组对孕妇进行妊娠期预防性补铁, 使用生血宁片

(生产厂家: 武汉联合药业有限责任公司; 国药准字: Z20030088; 药品规格: 0.25g*24s), 口服, 从孕妇孕周16周开始补铁, 每天2次, 每次0.5g。

1.3 观察指标

比较两组孕妇妊娠期不同时期血清铁蛋白与血红蛋白水平, 以及不良妊娠结局发生概率。

①血清铁蛋白与血红蛋白水平: 分别在孕妇妊娠期16-19周、20-23周、24-27周、28-31周、32-35周、36周-临产, 对孕妇进行血清铁蛋白与血红蛋白水平检测。检测方法: 采集孕妇肘静脉血5mL, 使用全自动血细胞分析仪进行血常规检验, 测定血红蛋白值。对血液标本进行离心操作后分离血清, 使用全自动免疫分析仪测定血清铁蛋白含量。

②不良妊娠结局: 早产、低出生体重儿、新生儿窒息。

1.4 统计学处理

数据比较差异应用SPSS22.0统计学软件进行 χ^2 检验或 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组血清铁蛋白水平不同妊娠期比较

不同妊娠期两组血清铁蛋白水平比较, 实验组均高于对照组, 差异显著($P<0.05$), 如表1所示。

表1 两组血清铁蛋白水平不同妊娠期比较($\bar{x}\pm s$)

妊娠期/组别	实验组 ($n=30$)	对照组 ($n=30$)	t 值	P 值
16-19周	36.45±1.45	21.45±1.37	14.152	<0.05
20-23周	26.35±1.12	17.65±1.05	8.651	<0.05
24-27周	17.62±0.85	12.18±0.67	5.648	<0.05
28-31周	10.05±0.65	7.25±0.37	4.152	<0.05
32-35周	12.35±0.75	10.25±0.50	3.015	<0.05
36周-临产	12.85±0.95	10.45±0.60	2.987	<0.05

2.2 两组血红蛋白水平不同妊娠期比较

两组血红蛋白水平不同妊娠期比较, 实验组均高于对照组, 差异显著($P<0.05$), 如表2。

表2 两组血红蛋白水平不同妊娠期比较 ($\bar{x} \pm s$)

妊娠期/组别	实验组 (n=30)	对照组 (n=30)	t值	P值
16-19周	127.48±8.45	122.45±7.15	5.485	<0.05
20-23周	122.08±5.45	117.62±4.82	5.317	<0.05
24-27周	118.60±5.32	113.09±4.26	5.224	<0.05
28-31周	113.68±4.57	107.55±4.22	6.105	<0.05
32-35周	108.68±2.69	104.35±2.15	4.678	<0.05
36周-临产	111.38±3.05	107.65±2.66	4.545	<0.05

2.3 两组不良妊娠结局比较

实验组发生不良妊娠结局的概率低于对照组, 差异显著, $P < 0.05$, 如表3所示。

表3 两组不良妊娠结局比较[n(%)]

组别	早产	低出生体重儿	新生儿窒息	概率
实验组 (n=30)	1(3.33)	0(0.00)	0(0.00)	1(3.33)
对照组 (n=30)	2(6.67)	3(10.00)	1(3.33)	6(20.00)
χ^2	/	/	/	4.043
P	/	/	/	0.044

3 讨论

女性妊娠是一个漫长的过程, 随着孕周的增加, 胎儿对营养物质的需求量逐渐增加, 使得孕妇血容量不断增加, 对铁元素的需求量随之增加。通过日常的饮食无法为孕妇补充足够的铁元素, 加上孕妇妊娠期间生理、代谢改变, 对铁元素的吸收受到影响, 容易出现铁缺乏, 易发生缺铁性贫血, 影响母婴健康, 增加不良妊娠结局发生率^[3]。沈小燕^[4]研究中对孕妇进行缺铁早期干预, 对于孕妇促红细胞生成素有良好改善作用, 妊娠结局良好。冯莹^[5]研究中表明, 纠正妊娠期缺铁性贫血可以降低孕妇产后出血的概率。所以, 为了获得良好的妊娠结局, 保证母婴安全, 需要对女性进行妊娠期间预防性补铁, 以此改善铁元素含量, 但需要注意补铁时机的选择。有研究指出^[6], 孕妇妊娠期间血红蛋白值与血清铁蛋白水平均会出现下降, 且有波动情况, 一般情况下血红蛋白值在妊娠期32-35周时降到最低值, 血清铁蛋白在28-31周降

到最低值, 之后开始轻微回升, 但依然在较低水平。铁元素缺乏, 使得细胞中含铁量下降, 降低了细胞携氧能力, 抑制血红蛋白合成^[7]。妊娠期16周开始, 人体血红蛋白与血清铁蛋白开始降低, 此时进行妊娠期预防性补铁时机最为适宜, 可以维持孕妇铁元素含量, 减少铁流失、缺乏, 维持正常的生理功能, 预防缺铁性贫血, 并促使孕妇获得良好的妊娠结局, 保证母婴安全^[8]。

本研究结果, 实验组孕妇在不同孕周时段内, 血清铁蛋白与血红蛋白水平均高于对照组, 差异显著 ($P < 0.05$), 总体上看, 红蛋白值在妊娠期32-35周时降到最低值, 血清铁蛋白在28-31周降到最低值, 且血清铁蛋白与血红蛋白水平从孕周16周开始出现下降, 因此在16周开始预防性补铁是最合适时机。实验组发生不良妊娠结局的概率低于对照组, 说明在妊娠期间从16周开始预防性补铁可以降低不良妊娠结局发生率。

综上所述, 对孕妇进行妊娠期预防性补铁应该从孕周16周开始, 直到临产, 可以获得良好的补铁效果。妊娠期预防性补铁有助于降低不良妊娠结局发生率, 应该进行推广。

参考文献

- [1] 王小新, 邹丽颖, 侯磊, 王欣. 铁耗尽早期与妊娠期缺铁性贫血的临床研究[J]. 中国临床医生杂志, 2018, 46(06): 740-742.
- [2] 战芳, 程蔚, 岳晓玲. 妊娠期缺铁性贫血干预时机对妊娠结局的影响[J]. 中外女性健康研究, 2018(09): 21-22+33.
- [3] 唐洁, 刘爱民, 朱玉芳. 琥珀酸亚铁联合饮食干预治疗妊娠期铁缺乏的疗效观察[J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(23): 73-74.
- [4] 沈小燕. 妊娠期妇女铁缺乏的早期干预应用研究[J]. 影像研究与医学应用, 2017, 1(12): 190-192.
- [5] 冯莹, 张慧玲. 探讨纠正妊娠期缺铁性贫血对产后出血的影响[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(63): 181.
- [6] 李占辉, 阮冀. 依据孕期血清铁蛋白及血红蛋白水平预防性补铁的效果观察[J]. 吉林医学, 2019, 40(02): 220-222.
- [7] 刘艳华, 宁书芬, 张惠欣. 妊娠期预防性补铁时机的选择对妊娠结局的影响[J]. 中国妇幼保健, 2017, 32(19): 4685-4687.
- [8] 陆霞. 妊娠期铁缺乏和缺铁性贫血发病情况的临床调查及预防性补铁时机的分析[J]. 中外医疗, 2017, 36(13): 95-96+99.

(上接20页)

手术牵拉痛则主要是因为麻醉阻滞平面不足。以往临床上预防椎管内麻醉寒战、牵拉痛主要使用布比卡因, 获得一定效果, 但是整体预防效果不够理想^[3]。李皓^[4]研究中在椎管内麻醉中辅助使用舒芬太尼获得良好的麻醉效果。本研究中对患者进行椎管内麻醉时, 应用布比卡因基础上, 给予小剂量舒芬太尼, 减少了布比卡因用药剂量, 在预防寒战、牵拉痛方面效果好于单纯应用布比卡因。舒芬太尼属于阿片类镇痛药, 容易通过血脑屏障、细胞膜, 镇痛、镇静效果好, 起效快, 麻醉效果好, 减轻牵拉痛^[5]。应用舒芬太尼可以提高患者交感神经兴奋度, 使得患者术中冷感反应减弱, 并通过肾上腺髓质活动促进产热, 预防寒战。同时, 使用小剂量舒芬太尼进行椎管内麻醉诱导, 可以减少布比卡因的用药剂量, 减少因为麻醉药物过量使用对患者造成的其它类型麻醉不良反应, 提高麻醉安全性。

本研究中, 试验组寒战0级比例高于对照组, 发生牵拉痛概率低于对照组, 均说明使用小剂量舒芬太尼对妇科椎管内麻醉手术患者预防寒战、牵拉痛有很好作用。

综上所述, 妇科椎管内麻醉手术中应用小剂量舒芬太尼, 在预防寒战和牵拉痛方面具有良好的临床效果, 值得推广应用。

参考文献

- [1] 张彦滨. 小剂量舒芬太尼在剖宫产术麻醉中预防寒战和牵拉痛的临床疗效探究[J]. 中国医药指南, 2020, 18(15): 19-21.
- [2] 周泓辰. 舒芬太尼、芬太尼复合咪唑安定辅助椎管内麻醉效果比较[J]. 家庭医药. 就医选药, 2018(03): 132.
- [3] 姜宏智. 椎管内麻醉术后应用舒芬太尼注射液的镇痛效果观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(17): 95-96.
- [4] 李皓, 刘特. 舒芬太尼、芬太尼复合咪唑安定辅助椎管内麻醉效果比较[J]. 中国继续医学教育, 2017, 9(28): 35-36.
- [5] 楼小军. 舒芬太尼复合咪唑安定和芬太尼复合咪唑安定辅助椎管内麻醉的效果观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(10): 105+110.