

# 二孩政策开放前后 88 例危重孕产妇临床分析

王彩珊

作者单位: 530031 广西, 南宁市第二人民医院产科

作者简介: 王彩珊(1965-), 女, 大学本科, 学士学位, 副主任医师, 研究方向: 围产医学。E-mail: Wangcaishan07@163.com

**[摘要]** **目的** 探讨二孩政策开放前后影响危重孕产妇抢救的相关因素。**方法** 收集二孩政策开放前 2015-01-01 ~ 2015-12-31 及二孩政策开放后 2016-01-01 ~ 2016-12-31 在该院分娩的危重孕产妇临床资料, 回顾性分析二孩政策开放前后两年中危重孕产妇一般情况、病因分布及母婴结局。**结果** 二孩政策开放前后危重孕产妇发生率无明显变化, 但 2015 年与 2016 年比较危重孕产妇的产次差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 危重孕产妇病因分布: 2015 年全年胎盘因素所致产后出血 11 例 (26.83%), 2016 年全年胎盘因素所致产后出血 30 例 (63.83%), 两者比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论** 加强经产妇围产期保健工作能够及时、有效地对孕产妇危重症早诊断、早治疗; 对瘢痕子宫的孕产妇进行产前检查及术前评估是减少二孩政策开放后危重孕产妇发生的关键因素。

**[关键词]** 二孩政策; 危重孕产妇; 瘢痕子宫; 相关因素

**[中图分类号]** R 714 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2018)07-0680-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2018.07.14

**Clinical analysis on 88 cases of maternal near miss before and after two-child policy** WANG Cai-shan. Department of Obstetrics, the Second People's Hospital of Nanning City, Guangxi 530031, China

**[Abstract]** **Objective** To study the related factors of rescuing maternal near miss before and after allowing an extra child (two-child policy). **Methods** The clinical data of maternal near miss during January 1, 2015 and December 31, 2015 (before allowing an extra child), and during January 1, 2016 and December 31, 2016 (after allowing an extra child) were analyzed retrospectively. The basic situation, etiology distribution and maternal-infant outcomes were compared between the two periods. **Results** There were no significant differences between 2015 and 2016 in the incidence rates of maternal near miss, but there were significant differences in delivery times between 2015 and 2016 ( $P < 0.05$ ). Postpartum hemorrhage occurred in 11 cases (26.83%) due to placental disorder in 2015, and in 30 cases (63.83%) in 2016, with a significant difference between 2015 and 2016 ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Strengthening multiparous perinatal care can diagnose and treat maternal near miss promptly and effectively, and prenatal examination and preoperative evaluation of pregnant women with scar uterus are the key factors to reduce the occurrence of critical pregnant women after two-child policy.

**[Key words]** Two-child policy; Maternal near miss; Scar uterus; Related factors

众所周知, 孕产妇死亡率是衡量一个国家或地区的经济、文化、医疗保健水平及社会发展状况的重要指标。危重孕产妇通常指在妊娠、分娩或产后 42 d 内患有严重产科并发症或内外科合并症, 濒临死亡但最终存活的孕产妇。危重孕产妇围生期母婴风险和死亡率较普通孕产妇高, 严重危及母婴安全, 降低孕产妇死亡率及围产儿死亡率的关键是能否成功抢救危重症孕产妇<sup>[1]</sup>。随着二孩政策开放, 我国育龄妇女的分娩量增加, 随之而来的高龄高危孕产妇人数也显著增加。本研究通过对我院 88 例急危重孕产妇诊疗经过进行回顾性分析, 了解危重孕产妇的年龄、

孕产史等基本情况, 分析其病因及孕产妇和围产儿结局, 以更好地提高我院对急危重孕产妇的救治水平。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 收集 2015-01-01 ~ 2016-12-31 在我院住院分娩的符合 2009 年世界卫生组织 (WHO) 标准<sup>[2]</sup> 危重孕产妇共 88 例, 并将开放二孩政策前的 2015-01-01 ~ 2015-12-31 收治的 41 例危重孕产妇分为 A 组, 将二孩政策开放后的 2016-01-01 ~ 2016-12-31 的 47 例危重孕产妇分为 B 组。危重孕产妇中初产妇 38 例 (43.18%), 经产妇 50 例 (56.82%); 早产 37 例 (42.05%); 足月产 51 例 (57.95%); 规律产检 57 例

(64.77%), 不规则产检 31 例(35.23%); 年龄 18~43 (32.4 ± 5.94) 岁; 单胎妊娠 83 例, 双胎妊娠 5 例; 人类辅助受孕 7 例, 自然受孕 81 例。2015 年本院全年危重孕产妇 41 例, 占本院同期孕产妇的 0.91% (41/4 509); 2016 年本院全年危重孕产妇 47 例, 占本院同期孕产妇的 0.91% (47/5 166)。A 组危重孕产妇年龄 19~43 (32.4 ± 5.82) 岁, B 组年龄 18~42 (32.1 ± 6.27) 岁。两组危重孕产妇年龄、孕周、产检与否差异无统计学意义, 而两组产次比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组孕产妇一般资料比较 [ $n, (\bar{x} \pm s)$ ]

组别	例数	年龄(岁)	孕周			产次		产检	
			早产	足月	过期	初产妇	经产妇	规律	不规律
A 组	41	32.4 ± 5.82	18	23	0	24	17	28	13
B 组	47	32.1 ± 6.27	19	28	0	14	33	29	18
$t/\chi^2$	-	0.252	0.109			7.377		0.417	
$P$	-	0.588	0.742			0.007		0.519	

**1.2 方法** 收集符合 2009 年 WHO 标准<sup>[2]</sup> 危重孕产妇标准的病例资料, 详细记录各危重孕产妇一般情况、产前检查、分娩方式、抢救过程、新生儿结局及孕产妇结局等临床资料, 对资料进行回顾性分析。

**1.3 统计学方法** 应用 SPSS16.0 统计软件进行数据处理, 计量资料以均数 ± 标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 组间比较采用  $t$  检验, 计数资料以百分率 (%) 表示, 组间比较采用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组危重孕产妇病因分布** 两组危重孕产妇病因分布如下: A 组前三位为胎盘因素所致产后出血 11 例(26.83%), 重度子痫 11 例(26.83%) 及溶血、肝酶升高、血小板减少 (HELLP) 综合征 4 例(9.76%); B 组前三位为胎盘因素所致产后出血 30 例(63.83%), 重度子痫 5 例(10.64%) 及宫缩乏力所致产后出血 4 例(8.51%)。其中两组因胎盘因素所致产后出血比较差异有统计学意义 ( $\chi^2 = 2.38, P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组危重孕产妇病因分布

病因分类	A 组(41 例)		B 组(47 例)	
	例数	构成比 (%)	例数	构成比 (%)
妊娠期并发症	34	82.93	44	93.62
妊娠期高血压疾病	18	43.90	9	19.15
重度子痫	11	26.83	5	10.64
子痫	3	7.32	2	4.26
HELLP 综合征	4	9.76	2	4.26
产科出血	16	39.02	35	74.47
宫缩乏力	3	7.32	4	8.51
胎盘因素	11	26.83	30	63.83
羊水栓塞	2	4.88	1	2.13
妊娠合并症	7	17.07	3	6.38
心脏疾病	3	7.32	2	4.26
血液疾病	1	2.44	1	2.13
消化疾病	1	2.44	0	0.00
其他	2	4.88	0	0.00

**2.2 两组产妇及围产儿结局** A 组危重孕产妇治愈 39 例(95.12%), 子宫切除 2 例(4.88%); B 组危重孕产妇治愈 45 例(95.74%), 子宫切除 2 例(4.26%), 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。A 组围产儿活产 32 例(74.42%), 窒息 9 例(20.93%), 死亡 2 例(4.65%); B 组围产儿活产 38 例(76.00%), 窒息 11 例(22.00%), 死亡 1 例(2.00%), 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。见表 3。

表 3 两组产妇及围产儿结局

组别	例数	产妇			围产儿		
		治愈	子宫切除	死亡	活产	窒息	死亡
A 组	41/43	39	2	0	32	9	2
B 组	47/50	45	2	0	38	11	1
$\chi^2$	-	6.710			11.250		
$P$	-	0.089			0.058		

## 3 讨论

**3.1** 近年来, 随着人们对妇幼保健要求的提高, 降低孕产妇死亡率和围产儿死亡率成为提高妇幼保健水平的重要指标, 提高危重孕产妇的抢救水平是控制危重症孕产妇及围产儿死亡率的关键<sup>[3]</sup>。2016-01-01 我国全面开放二孩政策, 2017-01-20 国家统计局公布了去年的数据: 全年出生人口 1 786 万人, 比上年多增 131 万人, 人口出生率为 12.95‰; 人口自然增长率为 5.86‰, 比上年提高 0.9 个百分点<sup>[4]</sup>。十八届五中全会通过我国全面实施一对夫妇可生育两个孩子政策, 有生育需求的高龄女性明显增多; 调查显示, 9 000 万对夫妇符合二孩政策, 60% 是在 35 岁以上, 50% 在 40 岁以上。据广西桂妇儿健康服务信息管理系统统计, 2016-01~2016-11, 全区出生 71.20 万人, 按产次计算产妇产数, 其中一产产妇 26.87 万人, 二产产妇 32.05 万人, 二孩出生超过一孩<sup>[5]</sup>。面对日益增加的高龄多产次的孕产妇, 本文通过研究二孩政策开放前后危重孕产妇的基本情况、病因分布及母婴结局, 旨在分析影响危重孕产妇发生发展及抢救的关键因素, 为提高抢救水平提供理论依据。

**3.2** 因多种因素影响, 我国剖宫产率持续较高, 我国基本达到了 45%~50%, 有些地方甚至达到 60%, 凶险型前置胎盘等围产期并发症的发生率也逐步提高, 致使产后出血已经成为比较常见的产科并发症之一<sup>[6]</sup>。产科出血是妊娠期的严重并发症, 目前居孕产妇死亡首位, 主要原因包括前置胎盘、胎盘早剥、产后出血和子宫破裂等。本研究结果中显示, 2015 年胎盘因素所致产后出血 11 例(26.83%), 宫

缩乏力所致产后出血 3 例(7.32%);B 组前三位为胎盘因素所致产后出血 30 例(63.83%),宫缩乏力所致产后出血 4 例(8.51%)。其中,瘢痕子宫的危重孕产妇数量较前增加,胎盘植入及凶险型前置胎盘的发生率较往年明显升高,该结果提示开放二孩政策后既往初次剖宫产孕产妇再次手术时因胎盘因素而增加产科出血风险;同时二孩政策开放后高龄经产妇及生殖辅助技术应用后双胎数量的增加,导致分娩过程中更易发生宫缩乏力所致的产后出血。

**3.3** 妊娠期高血压疾病是妊娠期特有的疾病,其主要包括重度子痫前期、子痫及 HELLP 综合征,在我国报道发病率为 9.4%,国外报道为 7%~12%,是孕产妇和围生儿发病及死亡的主要原因。随着妊娠的进展,由于孕妇机体生理机能发生变化,孕妇各大脏器负担加重,容易诱发心、肝、肾功能衰竭等合并症,从而危及母儿生命。本研究提示,A 组及 B 组由妊娠期高血压疾病所致的危重孕产妇比例仍较高,2015 年危重孕产妇中妊娠期高血压疾病 18 例(43.90%),2016 年 9 例(19.15%),其中重度子痫前期仍占据主要地位。该结果提示产科医务人员在孕妇产检过程中需及时有效分辨发生妊娠期高血压疾病的孕妇,同时临床工作中对于因妊高征住院的孕妇应积极予镇静、降压、解痉等处理,避免子痫发生。

**3.4** 本研究显示,2015 年及 2016 年危重孕产妇的年龄差异并无统计学意义,提示可能政策开放后生育意愿强烈的高龄女性一年内尚未成功受孕及分娩,人类辅助生殖技术的发展可能进一步增加了高龄孕妇的数量。随着二孩政策开放,经产妇数量较前明显增多,本研究表明,2016 年发生病情危重的经产妇数量较 2015 年更多,与 2015 年相比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。而规律产检者与 2015 年相比并无明显差异,说明围产期保健工作中应强调经产妇的规律产检。本研究发现,2015 年危重孕产妇抢救过程中行子宫切除 2 例(4.88%),2016 年切除子宫 2 例(4.26%),均无产妇死亡;2015 年围产儿发生窒息 9 例(20.93%),死亡 2 例(4.65%);2016 年围产儿发生窒息 11 例(22.00%),死亡 1 例

(2.00%)。2015 年母儿结局与 2016 年比较差异无统计学意义,说明可能随着产科及重症监护室(ICU)工作人员技术水平的提高及病情的严密监测,在一定程度上减少了母儿不良结局的发生。

**3.5** 二孩政策的开放,随之而来的是具有较为强烈生育意愿的高龄孕产妇,产科工作人员在提高人口生育质量的同时也应注意危重孕产妇的防治。有研究指出,针对危重症孕产妇,在对其进行全面的孕期保健护理以及紧急救治后,80% 以上的孕产妇都能够获得康复<sup>[7]</sup>。大多经产妇认为对生育有经验,对规律产检往往不够重视。正规产前检查和及时有效的医疗干预可以使孕产妇严重合并症的发生率和严重程度大大降低,孕产期保健应加强产科出血,尤其是瘢痕子宫再次剖宫产和妊高征的防治。所以在当下全面放开二孩政策的背景下,更要注意培养经产妇的正规产检意识,做好围产期保健工作。我院为南宁市急救中心,同时医联体的建立对我院产科的救治水平提出了更高的要求,在此基础上探讨建立适宜的产科 ICU,更好地利用医疗资源,提高危重孕产妇救治水平,降低孕产妇死亡率。

#### 参考文献

- 1 黄涛,温永顺,廖冬英,井冈山地区城市孕妇妊娠期高血压疾病危险因素调查研究[J]. 卫生研究,2009,38(2):216.
- 2 Say L, Souza JP, Pattinson RC, et al. Maternal near miss—towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care[J]. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol,2009,23(3):287-296.
- 3 蒋美芳,秦超.上海市浦东新区流动人口母婴健康现况和影响因素分析[J]. 中国妇幼保健,2008,23(23):3289-3292.
- 4 中华人民共和国国家统计局. 2016 年国民经济实现“十三五”良好开局(2017 年 1 月 20 日) [http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201701/t20170120\\_1455942.html](http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201701/t20170120_1455942.html).
- 5 广西壮族自治区卫生和计划生育委员会. 2016 年自治区卫生计生委工作绩效展示(7):全面两孩政策依法有序实施 计划生育服务管理有效推进 <http://www.gxhfp.gov.cn/gzdt/bt/2016/1208/32186.html>.
- 6 刘敏,祖月娥,杨丽艳. 2013-2014 年长沙市危重孕产妇监测资料分析[J]. 中国妇幼保健,2016,31(3):480-483.
- 7 马存丽,罗佳,孙丽娟. 危重症孕产妇 121 例救治分析[J]. 临床合理用药杂志,2016,9(5):66-67.

[收稿日期 2017-11-25][本文编辑 蓝斯琪]