

重症医学科重症产妇高危因素及干预策略前移的探讨

陈小淮, 成 丽, 卢月琴, 奚正荣, 顾锦华, 高建军

【摘要】 目的 分析某医院重症医学科(ICU)中重症产妇的高危因素,为有效的干预策略提供循证医学证据。 方法 回顾性分析 2016 年 1 月至 2018 年 12 月间南通大学附属南通妇幼保健院 ICU 收治的 90 例重症产妇临床资料,分析重症产妇的高危因素与入住 ICU 疾病之间的关联性。 结果 90 例重症产妇的年龄在 21~48 岁,平均年龄为(30.43±5.34)岁。高危因素占比由高到低依次为:孕产次≥3 次 37 例(41.1%)、疤痕子宫 35 例(38.9%)、非正规产检 28 例(31.1%)、外地户籍 26 例(28.9%)、年龄≥36 岁 25 例(23.3%)。重症产妇入住 ICU 的主要疾病:产后出血 47 例(占 52.2%)、妊娠期高血压疾病 20 例(占 22.2%)、心血管疾病等其他疾病 23 例(占 25.6%)。因产后出血和妊娠期高血压疾病入住 ICU 的重症产妇存在的高危因素数量[(2.6±0.24)个和(2.55±0.29)个]显著高于心血管疾病等其他疾病[(1.35±0.26)个],差异有统计学意义($P < 0.05$)。随着年龄的增加,产后出血的发生率逐步提升,两者呈正相关(相关系数 $r = 0.9961, P = 0.0056$)。 结论 产后出血是入住 ICU 的主要疾病,高危产妇并存多个高危因素,其中年龄越大,产后出血发生率越高。

【关键词】 重症产妇;高危因素;干预策略前移

【中图分类号】 R714.4 **【文献标志码】** B **【文章编号】** 1008-8199(2020)03-0289-03

【DOI】 10.3969/j.issn.1672-271X.2020.03.014

0 引 言

我国“全面两孩”政策于 2016 年 1 月 1 日施行,高龄产妇及危重症产妇数量随之明显增加^[1]。孕期及分娩中伴有高危因素势必会加重孕产妇机体器官功能的变化,严重者甚至危及到孕产妇及婴儿的生命,增加患者死亡风险^[2]。危急重症孕产妇的救治一直是研究的热点和难点,越来越多的产科重症得到医疗界广泛关注。尽管有大量证据为重症产妇的救治提供了指导,但产科重症监护领域的研究仍非常有限^[3]。本研究通过对本院重症医学科(ICU)近 3 年收治的重症产妇临床资料进行分析,进一步加强对重症产妇的认识,为有效的干预策略提供循证医学证据。

1 资料与方法

1.1 研究对象 回顾性分析 2016 年 1 月至 2018 年 12 月间我院 ICU 收治的 90 例重症产妇的临床

资料。

1.2 方法 统计重症产妇入住 ICU 的主要病因(若合并多个疾病,以第一诊断为准),以及年龄、户籍所在地、孕产次、是否正规产检、疤痕子宫等 5 种高危因素,分析高危因素与重症产妇疾病谱的关系。

1.3 统计学分析 使用 SPSS 11.0 或 GraphPad Prim 7.0 进行统计分析,计数资料以例数和百分比(%)表示,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。高危因素与疾病谱的关系分析中,将重症产妇的疾病按合并的高危因素的数量进行等级分类,方差分析后多组比较(Dunn's 法),相关性分析采用 Pearson 法。以 $P \leq 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 重症产妇年龄分布特点 90 例重症产妇中,年龄 21~48 岁,平均(30.43±5.34)岁,各年龄段重症产妇病例数随年龄的增加呈单峰曲线变化,其中 26~30 岁为生育年龄最高峰。见图 1。

2.2 重症产妇的高危因素分布情况 本组重症产妇中存在的高危因素从高到低依次为:孕产次≥3 次、疤痕子宫、非正规产检、外地户籍、年龄≥36 岁。见表 1。

基金项目:国家自然科学基金(81870941)

作者单位:226000 南通,南通大学附属南通妇幼保健院 ICU(陈小淮、成 丽、卢月琴、奚正荣、高建军),临床药学部(顾锦华)

通信作者:高建军, E-mail:txgaojianjun@163.com

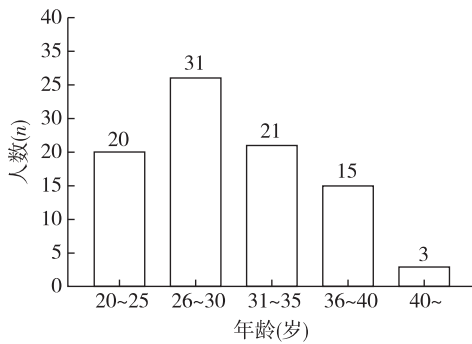


图 1 入住 ICU 的 90 例重症产妇年龄分布

表 1 入住 ICU 重症产妇的高危因素分布 (n=90)

高危因素	例数	构成比 (%)
孕产次 ≥ 3 次	37	41.1
疤痕子宫	35	38.9
非正规产检	28	31.1
外地户籍	26	28.9
年龄 ≥ 36 岁	25	23.3

2.3 高危因素与重症产妇疾病谱的关系分析

2.3.1 高危因素个数与重症产妇疾病的关系 本组 90 例重症产妇入住 ICU 的疾病包括产后出血 47 例 (52.2%)、妊娠期高血压疾病 20 例 (22.2%)、其他疾病 (包括心血管系统疾病、肝内胆汁淤积等) 23 例 (25.6%)。见表 2。其中 61 例孕妇 (67.8%) 存在 2 个以上的高危因素, 产后出血和妊娠期高血压疾病存在的高危因素数量 [(2.6 ± 0.24) 个和 (2.55 ± 0.29) 个] 显著高于心血管疾病等其他疾病 [(1.35 ± 0.26) 个], 差异有统计学意义 (P < 0.05)。

表 2 入住 ICU 重症产妇存在的高危因素情况 (n)

高危因素 (个)	产后出血	妊娠期高血压疾病	其他疾病	合计
5	3	1	0	4
4	13	4	0	17
3	11	6	6	22
2	9	4	4	18
1	6	4	5	15
0	5	1	8	14
合计	47	20	23	90

2.3.2 年龄与重症产妇的关系 本组重症产妇按照年龄区间的疾病谱分布见表 3。随着年龄的增大, 产后出血的发生率逐渐升高, 各年龄组间与产后出血呈正相关, 相关系数 $r=0.9961$ ($P=0.0056$), 见图 2。妊娠期高血压疾病和其他疾病与年龄无相关性。

表 3 入住 ICU 重症产妇疾病谱与各年龄分布情况 (n)

年龄 (岁)	产后出血	妊娠期高血压疾病	其他疾病	合计
21~25	8	5	7	20
26~30	11	5	11	27
31~35	13	6	3	22
≥ 36	15	4	2	21
合计	47	20	23	90

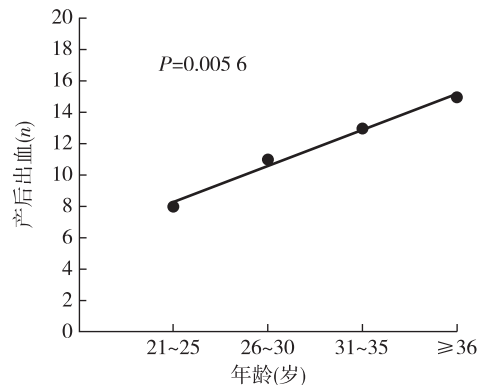


图 2 入住 ICU 重症产妇产后出血与年龄的相关性分析

3 讨 论

随着两孩政策全面放开, 生育妇女的结构发生显著变化, 就诊的高龄孕产妇、二胎产妇越来越多, 成为重症产妇增加的重要因素, 导致危急重症产妇数量急剧上升^[4-5], 产科重症患者作为一类特殊的患病人群越来越被重视。在死亡的孕产妇原因中, 80% 以上可通过孕期保健和提高救治水平而得到预防和避免^[6]。罗美玲等^[7]对孕产妇死亡各影响因素的多因素分析结果显示, 孕产妇文化程度、丈夫文化程度、产前检查、分娩地点、分娩方式、计划生育指标、胎盘非自然娩出和妊娠合并症, 均为危险因素。本研究对我院 ICU 进行抢救的重症产妇回顾性数据分析显示, 出现病情变化的产妇中存在的高危因素分布依次为: 孕产次 ≥ 3 次、疤痕子宫、非正规产检、外地户籍、年龄 ≥ 35 岁。目前随着国家政策的健全、人们保健意识的不断增强, 孕产妇的围产保健也得到不断完善, 但外籍户口的孕妇孕期保健存在意识薄弱, 不正规进行产检而对孕产妇及胎儿健康造成巨大的安全隐患。需要重视孕期评估、产前检查, 控制高危因素, 对高危孕妇建立电子档案、高危孕妇追踪管理等多个环节层层把关, 做到及时发现、及时上报、及时追踪管理。

本研究分析显示, 重症产妇入住 ICU 原因前 3 位是产科出血、妊娠期高血压疾病、心血管系统疾病等

其他疾病,产后出血为当前重症产妇患者抢救榜首,其次为妊娠期高血压疾病。产后出血和妊娠期高血压疾病依然是入住 ICU 的最常见原因,与既往研究报道相符^[8-9]。在美国,每年大约有 1%~3% 孕产妇需要重症监护医疗,共约 40 000~120 000 例患者(基于每年 400 万次分娩计算)^[3]。在一项为期 6 年半的研究表明,产科患者中入住 ICU 的比列为 0.1%~0.9%^[4]。而我院从 2016 年 1 月至 2018 年 12 月平均入住 ICU 的比例为 0.21%,远远低于发达国家水平。但从本研究结果来看,存在的高危因素并不低于发达国家,说明对存在高危因素的孕产妇未得到充分重视和提前干预。结合本地区的情况可能存在以下原因:①患者及家属意识淡薄,认为生孩子是水到渠成的事情,拒绝去 ICU 监护治疗;②产科医师认识上的偏差或对风险的评估不到位,不能及时把患者转入 ICU,等到出现危急情况甚至出现不可逆转的情况时才转 ICU 监护治疗,错过最佳抢救时机,在入住 ICU 的孕产妇患者抢救中 85% 是产后的^[5]。同时由于 ICU 医师不熟悉产科处理措施,也不愿意接受带孩子的孕产妇,从而导致入住率降低;③对入住 ICU 的孕产妇没有统一的收治指征或评分标准,应用综合 ICU 患者的收治指征进行评估往往标准太高,不能体现孕产妇的专科性及特殊的生理变化。对存在高危因素的孕产妇都应收治 ICU 进行加强监护,需要明确和区分不同级别的监护,提前给予干预措施,其中大多数患者仅需要简单的干预、监护和支持治疗就可以减少孕产妇病情变化的发生。产科 ICU 的建立可降低孕产妇病死率,这已成为不争的事实^[10]。

多项研究报告也显示^[11-13],高龄孕产妇较合理生育年龄孕产妇而言,高危风险因素明显升高。不同年龄段发生的风险不同,随着妊娠年龄的增长其风险也在增加,与有关报道一致^[14-15]。本研究表明,26~35 岁孕产妇为我院产科重症患者抢救的高发年龄段,与张广霞等^[16]报道一致,因此,高龄仍是孕产妇预防风险和治疗的要点。

综上所述,基于我院近年来 ICU 重症产妇患者的资料,对二孩政策放开后的孕产妇管理需要更新思路。对多次孕产、瘢痕子宫、外地户籍的孕产妇要加强产前检查,孕妇保健管理可以前移到婚前甚至更早,孕妇怀孕期间的信息采取信息化、连续性管制,可以建立唯一的识别卡,这样不管孕妇在哪家医院就诊,使用识别卡医师都能查看到孕妇怀孕期间的所有

信息,同时对存在的高危因素进行显著标注;对非正规产检的孕妇入院后必须进行全面、系统的检查,排除隐患;首诊医师对存在高危因素的孕产妇思想上要提高警惕,尽早入 ICU 对其实施整体监护和早期的干预,以控制病情的进展,更有效地降低孕产妇危急重症的发生率,提高救治成功率,保证围产期母婴安全。本研究资料属于单中心研究,可能会影响到数据的准确性,我们将进一步开展多中心前瞻性的临床研究,力求进一步提高 ICU 重症产妇的治疗效果,全面提高治愈率和有效率。

【参考文献】

- [1] 刘 强,张绍权,刘洪颜,等.“全面二孩”政策下 ICU 收治危重症孕产妇情况分析[J].中国计划生育学杂志,2018,26(11):1126-1128.
- [2] 毛 云,盛孝燕.危重症产妇疾病构成及围产结局分析[J].中国妇幼健康研究,2018,29(5):641-644.
- [3] Practice Bulletin No. 158: Critical Care in Pregnancy[J].Obstet Gynecol,2016,127(1):188-189.
- [4] 范建霞,杨 帅.单独二胎政策开放高龄产妇面临的临床问题[J].中国临床医生杂志,2015,42(8):1-3.
- [5] 刘 强,张绍权,刘洪颜,等.“全面二孩”政策下 ICU 收治危重症孕产妇情况分析[J].中国计划生育学杂志,2018,11(11):1126-1128.
- [6] 李建华,郑华勤.产科联合重症监护室抢救危重症孕产妇 81 例临床分析[J].岭南急诊医学杂志,2013,18(5):372-374.
- [7] 罗美玲,谭红专,周 权.孕产妇死亡影响因素的 Meta 分析[J].实用妇产科杂志,2012,28(7):586-590.
- [8] 吴晓英.南宁市危重症孕产妇转运平台建设效果评价[J].中国妇幼健康研究,2017,28(9):1053-1056.
- [9] Ailes EC, Newsome K, Williams JL, et al. CDC Pregnancy Flu Line: monitoring severe illness among pregnant women with influenza[J]. Matern Child Health J,2014,18(7):1578-1582.
- [10] 杜培丽,陈敦金.产科重症监护病房在重症孕产妇救治中的作用[J/CD].中华产科急救电子杂志,2015,4(2):65-67.
- [11] 牛建民.高龄妇女再生育的产时及产后风险[J].中国计划生育和妇产科,2014,6(7):7-9.
- [12] 周 辉,闫清波.320 例高龄产妇临床妊娠分析[J].中国计划生育和妇产科,2015,7(6):4-6.
- [13] 汤凯萍,郑燕玲,冯炜栋,等.2008-2015 年广州市荔湾区华林街孕产妇高危因素分析[J].中国初级卫生保健,2017,31(4):20-22.
- [14] 陈翠妍,梁少玲,何伟红.8830 例高危孕妇的高危因素分析[J].广东医科大学学报,2017,35(1):68-70.
- [15] 孙惠敏,邹妹阳.流动人口早中孕期高危妊娠相关因素分析[J].医学研究生学报,2012,25(12):1265-1268.
- [16] 张广霞,郭保岩,张鹏云,等.二胎政策放开前后产科住院孕产妇高危因素的变化分析[J].中外女性健康研究,2018,3(6):3-4.

(收稿日期:2019-11-04; 修回日期:2020-02-24)

(责任编辑:叶华珍)