

佛山市禅城区 4545 例经产妇妊娠及分娩情况分析

劳力¹, 何小文¹, 叶宁²

1. 广东省佛山市禅城区中心医院, 528031; 2. 广东省妇幼保健院, 广州 511442

摘要: **目的** 探讨经产妇与非初产妇妊娠及分娩结局的不同, 对综合评估妊娠风险提供依据。 **方法** 应用回顾性对照研究方法, 分别将经产妇设为研究组、初产妇为对照组, 比较两组孕妇的妊娠合并症及并发症发生率、剖宫产率、分娩结局的差异。 **结果** 研究组出现妊娠期糖尿病、前置胎盘、胎盘早剥及产后出血情况的比例较高, 剖宫产率、早产儿及低体重儿发生率也高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。 **结论** 经产妇相对于初产妇妊娠危险因素多, 医疗机构需加强对经产妇孕期保健与监测的管理, 降低不良结局的发生率, 保障母婴安全。

关键词: 经产妇; 妊娠合并症; 妊娠结局

我国全面开放“二胎”政策的实施, 意味着生育第二个孩子的经产妇人数增加, 高龄及高危人群随之增多, 妊娠危险因素对妊娠状态及围产儿结局均将产生一定的影响。本研究选择佛山市禅城区中心医院 2014 年 7 月 - 2016 年 1 月的分娩资料进行回顾性分析, 旨在探讨经产妇相对于初产妇在妊娠情况及分娩结局方面的差异, 为医疗机构更好的应对全面开放二胎政策做好准备。同时也为卫生计生行政管理部门在人员培训、资源配置等方面提供决策依据。

1 资料与方法

1.1 临床资料选择

2014 年 7 月 - 2016 年 1 月, 在本院产科分娩的单胎孕妇 10 540 例, 选取经产妇为研究组, 共 4545 例, 占分娩总数的 43.1% (4545/10 540); 初产妇为对照组, 共 5995 例, 占分娩总数的 56.9% (5995/10 540)。高龄 (≥ 35 岁) 为一种高危妊娠因素, 不论经产妇或者初产妇, 均增加其妊娠高危风险。因此把研究对象按照是否高龄分开研究。其中高龄的经产妇为研究组 (1), 共 976 例, 占经产妇 21.5% (976/4545), 非高龄经产妇为研究组 (2), 占经产妇 78.5% (3569/4545); 高龄的初产妇为对照组 (1), 共 176 例, 占初产妇的 2.9% (176/5995), 非高龄初产妇为对照组 (2), 共 5819 例, 占初产妇的 97.1% (5819/5995)。见表 1。

1.2 方法

通过妇幼保健信息系统及病案系统导出数据,

采用回顾性分析方法, 比较经产妇与初产妇在妊娠合并症及并发症、分娩方式以及新生儿 Apgar 评分、出生体重、分娩孕周的差异, 进一步剖析经产妇的临床特点及分娩结局。

表 1 研究组与对照组一般情况及分娩情况比较

一般资料	研究组 (%)	对照组 (%)	χ^2 值	P 值
户籍				
常住	1 932 (42.5)	4 861 (81.1)	1 679.0	0.0000
非常住	2 613 (57.5)	1 134 (18.9)		
年龄				
高龄	976 (21.5)	176 (2.9)	910.6	0.0000
非高龄	3 569 (78.5)	5 819 (97.1)		
分娩方式				
阴道产	2 549 (56.1)	3 653 (60.9)	25.11	0.0000
剖宫产	1 996 (43.9)	2 342 (39.1)		
合并症与并发症				
有	1 254 (27.6)	1 094 (18.2)	130.31	0.0000
无	3 291 (72.4)	4 901 (81.8)		
合计	4 545	5 995		

1.3 统计学处理

采用 SPSS 13.0 统计软件包进行数据分析, 计数资料采用 χ^2 检验; 组间数据比较采用 t 检验, 以 $P < 0.05$ 为组间差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组分娩情况

从人口特征情况来看, 研究组以流动人口为主, 占 57.5%; 而对照组以常住人口为主, 占

81.1%。两组数据的差异有统计学意义($\chi^2 = 1679.0, P = 0.0000$)。研究组的剖宫产率为 43.9%, 合并症与并发症发生率为 27.6%, 两项数据均明显高于对照组(分别为 39.1% 和 18.2%)。两组发生率的差异均有统计学分婉意义($P = 0.0000$)。见表 1。

2.2 妊娠合并症及并发症

2.2.1 研究组(1)与对照组(1)妊娠合并症及并发症:研究组(1)中,妊娠高血压的发病数占 11.6%, 对照组(1)占 13.6%, 两组差异无统计学意义($P > 0.05$);研究组(1)中妊娠期糖尿病发生率为

26.0%, 高于对照组(1)的 19.1%, 两组的差异有统计学意义($P < 0.05$);妊娠期肝内胆汁淤积在研究组(1)中发病数占 1.0%, 在对照组(1)占 1.1%, 两组差异无统计学意义($P > 0.05$);前置胎盘发病率在研究组(1)中为 1.9%, 对照组(1)为 1.7%, 两组差异无统计学意义($P > 0.05$);胎盘早剥发病率在研究组(1)中为 0.5%, 对照组(1)为 0.6%, 两组差异无统计学意义($P > 0.05$);产后出血发病率在研究组(1)中为 3.1%, 对照组(1)为 1.7%, 两组差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 研究组与对照组妊娠合并症及并发症统计分析

妊娠合并症及并发症	研究组(%)	对照组(%)	χ^2 值	P 值
妊娠期高血压	113(11.6)	24(13.6)	0.6030	0.4374
妊娠期糖尿病	254(26.0)	33(19.1)	4.2183	0.0400
妊娠期肝内胆汁淤积	10(1.0)	2(1.1)	0.0723	0.7880
前置胎盘	19(1.9)	3(1.7)	0.0069	0.9338
胎盘早剥	5(0.5)	1(0.6)	0.0090	0.9245
产后出血	30(3.1)	3(1.7)	1.0047	0.3126
合计	976	176		

2.2.2 研究组(2)与对照组(2)妊娠合并症及并发症在研究组(2)中,妊娠期糖尿病发病率为 12.7%, 前置胎盘发病率为 1.8%, 两者均明显高于对照组(2)的妊娠期糖尿病发病率(10%)及前置胎盘发病率(0.6%), 两组发病率有显著性差异。($P < 0.001$);研究组(2)中,胎盘早剥发病率为 0.6%, 产后出血发病率为 1.8%, 两者均高于对照组(2)的胎

盘早剥发病率(0.3%)及产后出血发病率(1.2%), 两组的差异有统计学意义($P < 0.05$);在妊娠期高血压及肝内胆汁淤积方面,研究组(2)的发病率分别为 5.6% 与 0.5%, 对照组(2)的发病率分别为 5.1% 与 0.5%, 两组差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 3。

表 3 研究组(2)与对照组(2)妊娠合并症及并发症统计分析

妊娠合并症及并发症	研究组(2)		对照组(2)		χ^2 值	P 值
	n	%	n	%		
妊娠期高血压	201	(5.6%)	296	(5.1%)	1.3108	0.2523
妊娠期糖尿病	452	(12.7%)	582	(10.0%)	16.0052	0.0001
妊娠期肝内胆汁淤积	18	(0.5%)	32	(0.5%)	0.0868	0.7683
前置胎盘	66	(1.8%)	35	(0.6%)	32.3629	0.0000
胎盘早剥	20	(0.6%)	15	(0.3%)	5.4538	0.0195
产后出血	66	(1.8%)	68	(1.2%)	7.2847	0.0070
合计	3569		5819			

2.3 两组围产儿情况

研究组的新生儿出生后 1 分钟 Apgar 评分($\bar{x} \pm s = 9.71 \pm 0.71$), 高于对照组($\bar{x} \pm s = 9.68 \pm 0.75$), 两组差异有统计学意义($P < 0.05$);研究组的新生儿早产发生率为 6.8%、低体重儿发生率为 5.3%, 均明显高于对照组的发生率(分别为 4.2% 及

3.2%), 两组差异有统计学意义($P < 0.001$)。见表 4。

3 讨论

我国自 20 世纪 80 年代开始实施独生子女计划生育政策, 多数家庭都只能生育一胎。2013 年开始

表 4 两组围产儿结局分析

组别	Apgar 评分($\bar{x} \pm s$)	早产(%)	低体重儿(%)
研究组	9.71 \pm 0.71	308(6.8)	242(5.3)
对照组	9.68 \pm 0.75	251(4.2)	189(3.2)
t/χ^2 值	$t = 2.10$	$\chi^2 = 34.52$	$\chi^2 = 31.09$
P 值	0.018 0	0.000 0	0.000 0

实施“单独二胎”政策以及 2016 年全面开放“二胎”政策,将导致经产妇的数量急速增加。由于社会历史原因,导致目前备孕二胎的经产妇很大一部分为高龄、高危孕妇,妊娠合并症及并发症相应增加,从而影响母婴结局。因此,提示医疗机构必需重视经产妇的孕期管理、分娩期评估,确保母婴安全。

3.1 分娩情况分析

本研究经产妇占 43.1%,以非常住人口为主(57.5%)。比例高于其他多数省份,可能与佛山市是工业城市,外来务工人员较多,而且我院地处佛山石湾陶瓷名镇,陶瓷工业发达,外来流动务工人员更密集,生育二胎的孕妇较多。此外佛山部分农村户口实施“第一胎为女孩,可生育二胎”的政策,增加了经产妇比例。而流动人口卫生知识缺乏,经产妇孕期保健意识不足,产检不规范可能也是高危妊娠的诱导因素之一。因此,加强流动人口的管理,规范进行经产妇的孕期宣教,对减低孕期风险,有极大的促进作用。

传统思想认为,经产妇多数经历过阴道分娩,软产道及骨盆较初产妇松弛,可缩短产程,有利于再次阴道分娩。可是,很多经产妇由于有既往怀孕经验,再次妊娠时孕期保健意识薄弱,产检不规范,而且经产妇中高龄孕妇比例较大,占 21.5%(976/4545),其分娩时间间隔较长,围生期容易出现各种妊娠合并症及并发症,从而增加剖宫产机率。另一方面,由于传统的认识误区及社会因素影响,以及部分孕妇对阴道分娩的疼痛恐惧,忽略了剖宫产手术并发症,增加了孕妇对剖宫产的要求。由此衍生出很多瘢痕子宫经产妇,当她们面临再次分娩时,分娩方式多数选择剖宫产,也是导致我国的剖宫产率上升原因之一^[1]。

3.2 妊娠合并症及并发症

从机体疾病的发病规律来看,妊娠合并症及并发症随着年龄增大而增多。为了更直观了解产次是否为影响妊娠期合并症及并发症的影响因素,本文将研究对象划分为高龄组[研究组(1)与对照组(1)]与非高龄组[研究组(2)与对照组(2)]进行对

比分析。本研究中,产次对于妊娠期高血压发生率无影响,与赵春艳等^[2]的报道相似。但由于 35 岁高龄妇女多潜在有心、脑、肾等系统改变及功能衰减,高龄人群的妊娠期高血压发病率明显高于非高龄人群,妊娠期高血压病位列高龄妊娠的第二并发症,经产妇中高龄人群比例较大,因此产检也必须提高重视。随着生活水平不断提高及饮食结构改变,妊娠期糖尿病发病率不断增长。国内报道其发生率为 10% 以上,且有逐年增加的趋势^[3]。本研究显示产次在高龄组及非高龄组妊娠期糖尿病发病率的差异均有统计学意义。一方面可能产次的增加常伴随年龄增长及体重增加;另一方面经产妇以流动人口及农村人口为主,文化水平、社会地位较低,孕期保健知识匮乏及饮食结构紊乱,增加了患妊娠期糖尿病可能。

前置胎盘与胎盘早剥均为妊娠晚期严重并发症,本研究中,高龄人群中的经产妇及初产妇,出现这两种并发症的机率无明显差异,考虑高龄亦是其主要因素之一,与产次的相关性则减少,故发病率差异性不明显。而非高龄组的经产妇前置胎盘发病率为 1.8%,明显高于初产妇发病率 0.6%;经产妇的胎盘早剥发病率为 0.6%,也高于初产妇发病率 0.3%。主要由于经产妇多有宫腔手术史或剖宫产史,导致子宫内膜损伤及子宫内膜炎增多,再次妊娠时出现子宫蜕膜血管发育不良,血供不足,刺激胎盘面积增大,容易形成前置胎盘。前置胎盘与胎盘早剥容易导致产后出血,产后出血为分娩期严重并发症,位于我国产妇死亡病因首位(占 40%)。非高龄组经产妇的产后出血发病率明显高于初产妇,分析原因与经产妇前置胎盘及胎盘早剥发生率高相关;经产妇妊娠合并巨大儿、子宫肌瘤,剖宫产史多,致使子宫肌纤维过多伸展或变形、子宫肌壁受损,影响了子宫正常收缩,导致产后出血增加。

3.3 围产儿结局

本研究经产妇发生早产(6.8%)及低体重儿(5.3%)的情况均高于初产妇。经产妇孕期保健不足以及部分孕妇年龄较大,容易出现微量元素缺乏,导致胎膜张力下降,而且宫颈弹性减弱,均可导致胎膜早破发生,早产儿机率增加。除了营养失衡,经产妇高发妊娠期糖尿病,可出现微血管硬化,胎盘血管异常,血供相应减少,胎儿容易出现生长受限。

综上所述,目前生育政策的改变,使经产妇群体日益庞大,其妊娠合并症及并发症、剖宫产率高

于初产妇,且围产儿不良结局增多。但是经产妇通常认为自己有分娩经验,对产检不重视,缺乏正确的临床评估与指导。临床产科医师根据这些情况必需对经产妇做好产前保健宣教,督促其定期产检,进行围产期饮食咨询指导,加强对高龄、高危经产妇管理,规避妊娠危险因素,选择合适分娩方式,保障母婴安全。

参考文献

- [1] 苗俊娥,张晓慧,张宇虹. 537 例经产妇产前分娩方式及难产因素分析[J]. 中国妇幼保健,2012,27(35): 5707-5710.
- [2] 赵春艳. 首次患妊娠期高血压疾病的经产妇与初产妇妊娠结局对比研究[J]. 中国现代医生,2015,53(24):46-50.
- [3] 郝宝珺,沈洁,万亨,等. 广州市天河区妊娠期糖尿病发病率回顾性调查[J]. 中国糖尿病杂志,2014,22(7):620-621.
- [4] 刘朝晖,李翠英,张君丽. 经产妇的分娩特点及新生儿情况分析[J]. 中国全科医学,2004,7(2): 89-90.
- [5] Delbaere I, Verstraelen H, Goetgeluk S, et al. Pregnancy outcome in primiparae of advanced maternal age[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol,2007,135(1):41-46.
- [6] 黄雅青,王亮. 高龄经产妇围生期临床特点及妊娠结局分析[J]. 全科医学临床与教育,2012,10(4): 400-402.
- [7] Klatsky PC, Tran ND, Caughey AB, et al. Fibroids and reproductive outcomes: a systematic literature review from conception to delivery[J]. Am J Obstet Gynecol, 2008,198(4): 357-366.
- [8] 曹泽毅. 中华妇产科学. 2 版. 北京:人民卫生出版社, 2004:798-815.
- [9] 于荣,韩小英. 经产妇产前及分娩现状相关因素分析[J]. 中国优生与遗传杂志,2005,13(12):65-67.
- [10] 周慧敏,张松涛,郝丽霞. 浅析剖宫产率增高的社会因素及干预[J]. 中国实用医药,2011,6(23): 256-257.
- [11] 周莉,张为远. 高龄妊娠与糖尿病[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2006,22(10):734-736.
- [12] 张蓉. 高龄经产妇产前 500 例临床分析[J]. 中国临床医学,2009,16(2):258-258.
- [13] 陈燕,邢军. 高龄产妇产前围生期妊娠结局分析[J]. 实用妇产科杂志,2009,25(2):97-99.
- [14] 罗华梅. 高龄初产妇产前并发症临床分析[J]. 河北医药,2012,34(20):3128.
- [15] 刘爱兰. 高龄初产妇产前分娩方式及围产儿结局的临床分析[J]. 山东医药,2013,53(29):76-77.
- [16] 罗红,罗晓琴,王云霞. 高龄产妇并发妊娠期高血压疾病对围生期结局的影响[J]. 中国优生与遗传杂志,2007,15(6):58-59.
- [17] 苏平平. 高龄孕妇再生育分娩方式的选择与评估[J]. 中国临床医生,2015,0(8):11-13.
- [18] 黄少丽,姚映淑,郑宋英,等. 高龄孕妇妊娠结局与妊娠并发症临床分析[J]. 中国妇幼保健,2007,22(7): 875-876.
- [19] 刘馨,刘巍,洪梅. 684 例经产妇产前分娩情况临床资料分析[J]. 中国妇幼保健,2012,27(7):994-995.
- [20] Bianco A, Stone J, Lynch L, et al. Pregnancy outcome at age 40 and older[J]. Obstet Gynecol, 1996, 84(6): 917-918.