

上海市徐汇区 357 例抢救成功危重孕产妇病例分析

徐小芳, 李丹, 杨波, 杨剑

上海市徐汇区妇幼保健所妇保科, 上海 200235

摘要: **目的** 了解上海市徐汇区危重孕产妇的病因分布、医院分布、转诊情况等, 为提高危重孕产妇抢救成功率、进一步降低孕产妇死亡率提供依据。 **方法** 对上海市徐汇区 2008–2015 年通过三级妇幼保健网上报至上海市徐汇区妇女保健所的 357 例危重孕产妇抢救成功案例进行回顾性分析。 **结果** 357 例抢救成功危重孕产妇案例中前 3 位病因为产科出血 (25.49%)、子痫前期重度及子痫 (22.69%)、妊娠合并严重感染 (8.13%), 间接产科原因有 164 例, 占 45.94%。②抢救医院以三级综合医院–危重孕产妇抢救中心为主, 占 56.30%, 其次是专科医院, 占 23.53%。③危重孕产妇中 71.99% 为外地户籍, 外地户籍孕产妇的孕次、流产次数高于上海户籍, 而产检次数低于上海户籍 ($P < 0.01$)。④91 例产科出血的病因分析中, 排在前两位的为中央型前置胎盘 44 例 (48.35%)、子宫收缩乏力 32 例 (35.16%)。 **结论** 构建危重孕产妇抢救网络, 全覆盖孕产妇保健系统管理, 建立一系列针对重点疾病的管理模式, 是保障危重孕产妇救治成功、降低孕产妇死亡的重要方面。

关键词: 危重孕产妇; 产科抢救; 管理模式

中图分类号: R711 **文献标识码:** B **文章编号:** 1006-3110(2017)11-1368-03 DOI: 10.3969/j.issn.1006-3110.2017.11.026

危重孕产妇是指妊娠开始至产后 42 d 内发生的严重威胁孕产妇及围产儿生命健康的急危重症。为总

作者简介: 徐小芳 (1973–), 女, 副主任医师, 主要从事妇产科及妇女保健工作。

结上海市徐汇区在抢救孕产妇方面的经验教训, 本文对 2008–2015 年徐汇区抢救成功的 357 例危重孕产妇进行分析, 为今后提高危重孕产妇救治水平, 进一步降低上海市孕产妇死亡率提供依据。

急性期升高显著, 经过药物治疗后, 患者的 TBIL 更有明显的下降趋势, 提示 TBIL 可能是氧化应激中有明显的、进行性的消耗^[9–10]。

尿酸是人体嘌呤降解代谢的终产物。它也是一种重要的内源性抗氧化剂, 其水平的升高也是氧化应激的一个标志。本研究中, UA 水平随着病程的增加和药物治疗而逐步提高, 患者在治疗期间均严格控制饮食因素, 可以很大程度上排除饮食的影响, 但治疗过程中 UA 还有明显的上升趋势, 提示 UA 参与了氧化应激反应。

综上所述, 三氯乙烯患者体内 AODS 存在明显的损伤, 虽然从 3 个指标变化可以初步反映出氧化应激在三氯乙烯发病机制上起到一定的作用。但人体的抗氧化系统比较复杂, 可能有更多因素协同作用, 因此, OMDT 的抗氧化防御系统机制亦待进一步深入研究。

参考文献

- [1] 程敏锋, 温盛霖, 王厚亮. 齐拉西酮和喹硫平对急性期精神分裂症的疗效和血浆非酶类抗氧化物水平的短期影响[J]. 中国新药与临床杂志, 2013, 32(1): 55–58.
- [2] Kovacic P, Somanathan R. Redox processes in neurodegenerative disease involving reactive oxygen species[J]. Curr Neuropharmacol, 2012, 10(4): 289–302.

- [3] Ruiz-Litago F, Seco J, Echevarria E, et al. Adaptive response in the antioxidant defence system in the course and outcome in first-episode schizophrenia patients: a 12-months follow-up study [J]. Psychiatry Res, 2012, 200(2–3): 218–222.
- [4] Raffa M, Mechri A, Othman LB, et al. Decreased glutathione levels and antioxidant enzyme activities in untreated and treated schizophrenic patients[J]. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry, 2009, 33(7): 1178–1183.
- [5] 谭云龙, 周东丰, 曹连元, 等. 抗精神病药所致迟发性运动障碍患者血浆超氧化物歧化酶、过氧化氢酶、谷胱甘肽过氧化物酶活性及丙二醛浓度的改变[J]. 中华精神科杂志, 2005, 38(3): 142–145.
- [6] 黄丽英, 邱萍英, 徐宁, 等. 精神分裂症患者不同病期血清非酶抗氧化物浓度变化分析[J]. 热带医学杂志, 2014, 14(2): 191–193.
- [7] 林慰慈. 生物标志物 8-羟基脱氧鸟苷研究概况[J]. 卫生毒理学杂志, 1994, 8(4): 249–253.
- [8] Wu JQ, Kosten TR, Zhang XY. Free radicals, antioxidant defense systems, and schizophrenia[J]. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry, 2013, 46: 200–206.
- [9] 温盛霖, 程敏锋, 王厚亮. 利培酮和奥氮平对精神分裂症患者血浆非酶类抗氧化物水平的影响[J]. 中国临床药理学与治疗学, 2011, 16(9): 1039–1042.
- [10] 李艳丽, 杨甫德, 谭云龙, 等. 首发精神分裂症患者血浆非酶抗氧化物浓度与临床特征[J]. 中国心理卫生杂志, 2011, 25(10): 756–759.

收稿日期: 2016–12–19

1 资料与方法

1.1 资料来源 2008-2015 年由上海市徐汇区各助产医疗机构抢救成功的共 357 例危重孕产妇病例,所有病例符合“上海市危重孕产妇上报的标准”,并填写统一的“上海市危重孕产妇抢救成功病例个案表”。

1.2 危重孕产妇诊断标准 按沪卫疾妇(2007)1 号文规定上海市危重孕产妇上报的标准,即:“危重孕产妇系指产科出血[>2 000 ml 或出现休克、血管内弥散性出血(DIC)者],子痫,重度子痫前期出现心、肝、肾、脑重要脏器并发症者,羊水栓塞,子宫破裂,各种产科疾病所致的 DIC,妊娠合并心力衰竭,重症肝炎,急性脂肪肝,重症感染,重症胰腺炎,多脏器功能衰竭(MODS)等主治医师有充分理由认为是重危的患者。孕产妇系统保健管理率指按孕产妇系统保健管理程序要求,从妊娠至产后 28 d 内有过早孕检查、至少 5 次产前检查、住院分娩和产后访视的孕产妇保健率。

1.3 统计学分析 采用描述性分析的方法对 2008-2015 年由上海市徐汇区各助产医疗机构抢救成功的共 357 例危重孕产妇病例进行分析。计数资料采用卡方检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 危重孕产妇基本情况 危重孕产妇中上海户籍 100 人(占 28.01%),年龄 20~43 岁,平均年龄为(31.5±4.9)岁;外地户籍 257 人(占 71.99%),年龄范围 18~43 岁,平均年龄为(30.5±5.9)岁;不同户籍在年龄上差异无统计学意义($P>0.01$),外地户籍孕次、流产次数高于上海户籍,差异有统计学意义($P<0.05$)。在产前保健方面,上海户籍产前检查次数高于外地户籍,差异有统计学意义($P<0.01$)。见表 1。

表 1 危重孕产妇基本情况(n,%)

组别	上海户籍	外地户籍	合计	χ^2 值	P 值
例数	100	257	357		
年龄(岁)					
<35	79(79.00)	193(75.10)	272(76.19)		
≥35	21(21.00)	64(24.90)	85(23.80)	0.61	>0.01
孕次(次)					
1	47(47.00)	79(30.74)	126(35.29)		
2	23(23.00)	71(27.63)	94(26.33)		
3	30(30.00)	107(41.63)	137(38.38)	8.53	<0.05
流产次数(次)					
0	55(55.00)	102(39.69)	157(43.98)		

续表 1

组别	上海户籍	外地户籍	合计	χ^2 值	P 值
1	19(19.00)	81(31.52)	100(28.01)		
2	17(17.00)	49(19.07)	66(18.49)		
3~	9(9.00)	25(9.73)	34(9.52)	8.73	<0.05
产科检查次数(次)					
0	8(8.00)	69(26.85)	77(21.57)		
1~3	12(12.00)	54(21.01)	66(18.49)		
4~6	20(20.00)	51(19.84)	71(19.89)		
7~	60(60.00)	83(32.30)	143(40.05)	28.81	<0.01

注:() 内为百分比。

2.2 危重孕产妇抢救情况分析

2.2.1 抢救医院分布 抢救医院以三级综合医院-危重孕产妇抢救中心为主。危重孕产妇抢救中心救治的病例 201 例(56.30%),接受本区、外区转诊的病例 121 例,占转诊总数的 78.10%;其次是专科医院,病例数 84 例(23.53%),剩余的为综合医院的病例 72 例(20.17%)。

2.2.2 危重孕产妇疾病种类及其分布 按规定上报的危重孕产妇抢救成功案例共 357 例,直接产科原因 193 例(54.06%),高于间接产科原因 164 例(45.94%),病因前 3 位为产科出血 91 例(25.49%)、子痫前期重度及子痫 81 例(22.69%)、妊娠合并严重感染 29 例(8.13%),见表 2。

表 2 2008-2015 年徐汇区抢救成功危重孕产妇病因构成

病因分类	上海户籍		外地户籍		合计	
	例数	构成比(%)	例数	构成比(%)	例数	构成比(%)
直接产科原因(合计)	58	58.00	135	52.53	193	54.06
产科出血	24	24.00	67	26.07	91	25.49
子痫前期重度及子痫	23	23.00	58	22.56	81	22.69
异位妊娠	4	4.00	5	1.96	9	2.52
子宫破裂	6	6.00	1	0.38	7	1.96
羊水栓塞	1	1.00	4	1.56	5	1.40
间接产科原因(合计)	42	42.00	122	47.47	164	45.94
合并严重感染	6	6.00	23	8.95	29	8.13
合并心血管疾病	1	1.00	22	8.56	23	6.44
合并脑出血及脑部肿瘤	9	9.00	18	7.00	27	7.57
重症血小板减少、白血病等	5	5.00	19	7.39	24	6.72
妊娠期急性脂肪肝	2	2.00	14	5.45	16	4.48
合并急性胰腺炎	6	6.00	6	2.34	12	3.36
合并肺栓塞	4	4.00	7	2.72	11	3.08

续表 2

病因分类	上海户籍		外地户籍		合计	
	例数	构成比(%)	例数	构成比(%)	例数	构成比(%)
合并恶性肿瘤	4	4.00	7	2.72	11	3.08
合并重症肝炎	3	3.00	4	1.56	7	1.96
合并肾衰	2	2.00	2	0.78	4	1.12

2.3 产科出血的病因分析 91 例产科出血的病因分析中,排在前两位的为中央型前置胎盘 44 例(48.35%)、子宫收缩乏力 32 例(35.16%),其次分别为软产道损伤 4 例(4.40%),胎盘早剥 4 例(4.40%),子宫破裂 4 例(4.40%),凝血功能障碍 3 例(3.30%)。

2.4 徐汇区孕产妇系统保健管理率 2010-2015 年,本市户籍的孕产妇系统保健管理率较平稳,维持在 95%~97%之间;外地户籍中,2010 年为 55.6%,2011-2015 年维持在 70%~77%左右。

3 讨论

据世界卫生组织统计,世界上每天有超过 1 000 个妇女死于与妊娠相关的疾病,且这些病例大部分分布在发展中国家^[1]。在中等收入国家,孕产妇死亡仍然是一个重大的公共卫生问题,早期发现危重孕产妇并及时干预是降低孕产妇死亡率的关键措施之一^[2]。根据本文分析结果,认为需从以下几方面加强危重孕产妇管理。

3.1 设立危重抢救中心,构建危重孕产妇抢救网络,是保障危重孕产妇救治的重要措施 2007 年起,为了加强对危重孕产妇的救治^[3],上海市在全市建立了 5 家危重孕产妇抢救中心,以此为龙头,通过网络化的布局,由点到面,解决了基层医院危重孕产妇转诊难、会诊难的问题。徐汇区某三级医院就是其中一所危重抢救中心,负责本区及邻近四个区的危重孕产妇抢救。本组病例中,抢救医院分布以危重抢救中心救治的病例最多,201 例(56.30%),其中接受本区、外区转诊的病例 121 例,占转诊总数的 78.10%。正是因为充分利用危重抢救中心的抢救实力、多学科的密切配合,才使得本区、外区的危重病例得到顺利转诊和救治;危重病例涵盖范围广,涉及全身各个脏器,间接产科原因占 45.94%。这些危重病例,特别是间接产科原因抢救成功,更加需要危重抢救中心的参与和强有力的支撑。这些都证实了构建危重孕产妇抢救网络是保障危重孕产妇救治的重要措施。

3.2 全覆盖孕产妇保健系统管理是保障危重孕产妇救治的基础 2007 年起,上海市在全市实行全覆盖孕

产妇保健系统管理,将孕产妇系统保健覆盖至整个服务人群,包括户籍人口、常住人口和流动人口,体现国家公共卫生基本医疗服务的公平性;夯实并拓展以社区为基础的妇女保健服务网络。徐汇区近 5 年来的孕产妇系统保健管理率,系统管理率逐年上升,户籍的管理率已近 96%,而非户籍的管理率虽有所上升,维持在 75%左右,远低于本市户籍。在本组危重孕产妇数据中,非户籍的产检率低于本市户籍。所以加强对外地户籍的全覆盖孕产妇系统保健管理仍是本区今后工作的重点。

3.3 重视重点疾病的防治,建立一系列可操作的管理模式 如建立规范合理的产科出血管理模式。危重孕产妇病因分析中,排在前两位的是产科出血(25.49%)、子痫前期重度及子痫(22.69%),与朱秋蓉和宁美华^[4]、刘智昱^[5]报道相符。这些产科出血的病因分析中,排在前两位的为中央型前置胎盘 44 例(48.35%)、子宫收缩乏力 32 例(35.16%),这些病例导致的产科出血极其凶险,抢救时也非常困难。为此,徐汇区各医疗机构在区妇幼保健院的统一管理下,针对瘢痕子宫引起的产科出血,制定一系列管理措施:控制剖宫产率,特别是控制无手术指征的社会因素的剖宫产率,每年产科质控中将其作为重点指标加以考评,这样在源头上控制剖宫产率,减少由此而导致的产科出血发生率。徐汇区某三级专科医院专门探讨对瘢痕子宫孕产妇的管理模式:在产科门诊设置瘢痕子宫门诊,由副主任医师统一管理;在产科病房专门设置瘢痕子宫管理小组,由经验丰富的产科主任、护士、助产士等统一管理。这也大大保证此类孕妇的安全,提高产科出血的成功救治率。优化用血机制,对于危重孕产妇的用血采取特殊照顾,提供充足的血源。徐汇区各医疗机构采取产科用血、优先满足的原则,充分保障产科孕产妇救治的血源。本组中有一例病例产科出血达 1 万多毫升,在本区妇幼保健院的协调下,给予输血达 1 万多毫升,最终救治成功。因此重视重点疾病的防治,建立一系列可操作的管理模式非常必要。

参考文献

- [1] Ross JA, Blanc AK. Why aren't there more maternal deaths? A decomposition analysis[J]. Matern Child Health, 2012, 16(2): 456-463.
- [2] Maine D. Detours and shortcuts on the road to maternal mortality reduction[J]. Lancet, 2007, 370(9595): 1380-1382.
- [3] 华嘉增, 朱莉萍. 现代妇女保健学[M]. 上海: 复旦大学出版社, 2011: 17.
- [4] 朱秋蓉, 宁美华. 邵阳市 631 例危重孕产妇病因及治疗情况分析[J]. 实用预防医学, 2012, 19(5): 725-727.
- [5] 刘智昱. 湖南省危重孕产妇发生率及影响因素[J]. 实用预防医学, 2016, 23(7): 791-793.

收稿日期: 2016-12-15