

上海市嘉定区重点孕妇的重点因素分析

吴咏梅,王海鸣,曹敏,荣荷花(上海市嘉定区妇幼保健院,上海201821)

重点孕妇的筛查、评估、随访管理的质量如何,直接影响孕产妇及围产儿死亡率。因而,加强对重点孕妇的管理,是孕产期保健的重点工作。上海市卫生局为降低孕产妇及围产儿死亡率下发了沪卫[2010]8号文,将原“高危孕妇”更名定义为“重点孕妇”,要求自2009年12月1日起对孕妇进行妊娠风险预警评估,按风险等级不同分为红色、橙色、紫色、黄色预警。其中,黄色为低风险;红色预警属于不宜妊娠的严重

疾病,橙色属于重点监护疾病,紫色预警属于传染性疾病。本文拟对嘉定区预产期为2012年全年的所有重点孕妇的重点因素进行统计和分析,为卫生行政部门提出针对性的措施提供参考依据,以提高重点孕妇管理质量,降低孕产妇和围产儿死亡率。

1 资料与方法

1.1 资料来源

对嘉定区所有13家社区卫生服务中心上报的重点孕妇(预产期为2012年1月1日至12月31日)季

作者简介:吴咏梅(1970—),女,主治医师,学士。

表1 枯水期和丰水期水样检测结果

取样时间	检测份数	合格份数	合格率(%)
枯水期	96	41	42.7
丰水期	96	24	25.0
合计	192	65	33.9

2.3 出厂水和末梢水检测结果

出厂水和末梢水的合格率均较低,差异无统计学意义($\chi^2=0.12, P>0.05$),见表2。

表2 出厂水和末梢水检测结果

水样类型	检测份数	合格份数	合格率(%)
出厂水	96	34	35.4
末梢水	96	31	32.3
合计	192	65	33.9

2.4 不同水源类型水质检测结果

地下水的合格率较地面水高,差异有统计学意义($\chi^2=4.03, P<0.05$),见表3。

表3 不同水源类型水质检测结果

水源类型	检测份数	合格份数	合格率(%)
地面水	72	18	25.0
地下水	120	47	39.2
合计	192	65	33.9

3 讨论

通道县农村饮用水合格率较低,主要是微生物超标,其原因为饮用水制水工艺中消毒设施建设不完

善,消毒措施得不到落实,建成后,后续管理不到位。感官性状指标超标多为丰水期山洪影响所致。毒理指标各项目均合格,说明通道县生态环境比较好,水源未受金属冶炼、化工废弃物等污染。

本次检测结果表明,枯水期水质合格率明显高于丰水期合格率,地下水合格率高于地面水合格率,出厂水、末梢水合格率无明显差异。枯水期(3—10月),雨水少,气温低,微生物生长慢,农民农作的概率低,水污染概率相对减少。丰水期(4—9月)雨水多,气温较高,有利于微生物生长繁殖,农作的概率高,水污染概率相对增高,所以枯水期合格率明显高于丰水期。地下水大多来自绿色植被覆盖的地区或高山岩石缝隙,污染少,自净程度高,而地面水易被人畜粪便、生活污水污染,故地下水合格率高于地面水,这与蒲祖伟等^[1]的结果相似,但合格率远低于后者,这与后者饮用水为集中式供水有关。

本次调查结果提示,科学选择水源,对水源周围的环境进行整治,完善水源卫生防护设施,加大农村安全饮水工程消毒设施的资金投入,加强建成后的后续管理,对保证农村饮用水安全至关重要。

4 参考文献

[1]蒲祖伟,胡昌军. 2005—2007年新晃县生活饮用水水质卫生状况分析[J]. 环境与健康杂志, 2008, 25(7): 636-637.

(收稿日期:2013-12-26)

报表进行统计分析。

1.2 方法

根据上海市《妊娠风险预警评估管理》的方法,将孕妇用5种颜色的“心形”标志进行标识:正常为绿色;低风险为黄色;高风险为红色、橙色、紫色,按分类分级专人管理。每位孕妇早孕建册时由社区服务中心根据《妊娠风险初筛表》进行初筛,疑有风险者填写“重点孕妇转诊单”,转至上级医院进行风险预警评估,在接产医院产检期间仍需多次进行风险预警评估分类,并记录在册。孕妇分娩后社区卫生服务中心根据回收的“孕产妇健康手册”进行数据统计并上报重点孕妇季报表,本文根据嘉定区内13家社区卫

生服务中心2012年1月1日至12月31日的季报表进行分析。

1.3 统计学分析

采用SPSS 13.0软件进行统计分析。

2 结果

2.1 重点孕妇风险预警等级

2012年1月1日至12月31日户籍孕妇2 863人,其中重点孕妇1 054人,占36.81%;非户籍孕妇6 737人,其中重点孕妇2 862人,占42.48%。黄色、橙色、紫色、红色预警孕妇分别占重点孕妇总数的80.49%、18.77%、0.71%、0.03%(表1)。

表1 重点孕妇风险预警等级

类别	黄色		橙色		紫色		红色		重点孕妇	
	例数	构成比(%)	例数	构成比(%)	例数	构成比(%)	例数	构成比(%)	例数	构成比(%)
户籍	846	80.27	203	19.26	4	0.38	1	0.09	1 054	26.92
非户籍	2 306	80.57	532	18.59	24	0.84	0	0.00	2 862	73.08
合计	3 152	80.49	735	18.77	28	0.71	1	0.03	3 916	100

2.2 重点孕妇的重点因素

全区重点孕妇居前10位的重点因素分别为:瘢痕子宫、不良孕产史、体质指数(BMI) > 24、年龄 ≥ 35岁、前置胎盘、乙型肝炎病毒携带者、妊娠期糖尿病、羊水过多、胎儿宫内发育迟缓、先兆流产,其中户籍孕妇居前3位的重点因素分别为BMI > 24、瘢痕子宫、妊娠期糖尿病,非户籍孕妇居前3位的重点因素分别为瘢痕子宫、不良孕产史、年龄 ≥ 35岁(表2)。

表2 重点孕妇的重点因素构成比

重点因素	户籍		非户籍		合计	
	例数	构成比(%)	例数	构成比(%)	例数	构成比(%)
瘢痕子宫	148	14.04	764	26.69	912	23.29
不良孕产史	67	6.36	357	12.47	424	10.83
BMI > 24	190	18.03	216	7.55	406	10.37
年龄 ≥ 35岁	60	5.69	343	11.99	403	10.29
前置胎盘	104	9.87	260	9.08	364	9.29
乙型肝炎病毒携带者	48	4.55	293	10.24	341	8.71
妊娠期糖尿病	108	10.25	148	5.17	256	6.54
羊水过多	50	4.74	162	5.66	212	5.41
胎儿宫内发育迟缓	38	3.61	153	5.35	191	4.88
先兆流产	52	4.93	122	4.26	174	4.44
其他	189	17.93	44	1.54	233	5.95
合计	1 054	100.00	2 862	100.00	3 916	100.00

3 讨论

3.1 瘢痕子宫

本次调查显示,瘢痕子宫是重点孕妇的主要重点因素,在非户籍孕妇中居首位,占重点因素的

26.69%,在户籍孕妇中占居第二位,为14.04%。分析其主要原因是剖宫产率居高不下,据统计,上海市嘉定区妇幼保健院2012年剖宫产率达46.41%,其中社会因素占34.22%,瘢痕子宫占21.66%,由此导致恶性循环。目前,剖宫产率居高不下在我国普遍存在,经济发达城市尤甚。2010年云南省级医疗机构剖宫产率达51.45%,市级医疗机构达42.88%,区级医疗机构达31.56%^[1]。上海市2010年上半年全市平均剖宫产率为55.4%,非医学指征(社会因素)剖宫产占28.74%^[2]。所以应采取有效措施,加强健康宣教,提高孕产妇及家属对剖宫产的科学认识,加强助产专业队伍的培训,提升助产专业技能,并积极推广产时适宜技术促进自然分娩,降低剖宫产率。针对这个问题上海市嘉定区妇幼保健院今年申请到了区内的重点学科,通过加强健康宣教、开展多项适宜技术,如药物镇痛分娩、导乐陪伴分娩、自由体位分娩等,降低剖宫产率,保障母婴安全。

3.2 不良孕产史

调查结果显示,有不良孕产史的孕妇比例较高,尤其是非户籍孕妇,占重点因素的12.47%。受西方文化的影响,青少年早熟、早恋,未婚先孕现象越来越普遍,流产率持续上升,以致不良孕产史者比例增高。所以要扩大健康教育的外延,呼吁家庭、学校、社会从青春期开始对青少年进行相关的教育,使其树立正确的人生观、价值观、恋爱观。通过各种形式开展青春

期保健宣传,如进学校讲课、面对面咨询或制作宣传折页等,让青少年了解该如何保护自己,避免意外妊娠及人流手术带来的伤害。

3.3 体质指数超标

嘉定区户籍重点孕妇首要重点因素为 BMI > 24, 占 18.03%。随着人们生活水平的提高和生活习惯的改变,肥胖者比例呈现逐渐上升趋势,严重威胁人类健康。孕期肥胖和体重增加过快易导致妊娠期高血压和妊娠糖尿病的发生,而妊娠期高血压、妊娠期糖尿病不仅对孕期母婴健康带来危害,还会对母亲产生远期影响,妊娠期高血压使流产、死胎及子痫的危险性增高,妊娠期糖尿病易致巨大儿、新生儿窒息的发生率增高。胎儿体重过大既影响正常的阴道分娩,又影响新生儿今后的身体健康,易导致成长后肥胖、高血压的发生率增高^[3]。因此,孕前应重视高 BMI,全面开展孕前保健。虽然目前嘉定区政府提供免费的孕前保健服务,但大部分人怀孕前仍未意识到孕前保健的重要性,不做孕前保健检查。所以,必须通过各种途径如线上媒体、线下讲课等,大力宣传免费孕前保健教育,提高孕前保健知晓率和检查率,做好出生缺陷的一级预防。计划怀孕时即应通过合理膳食及良好的生活方式来保持均衡体重,一方面减少高能量和高脂肪食物的过多摄入;另一方面应适度活动,增加能量的消耗,使能量摄入及消耗达到动态平衡。孕期更要重视体重管理,通过孕妇学校、发放宣传手册、播放宣传片等方式进行宣教,提高孕妇对体重管理重要性的认识,使之自觉管理自己的孕期体重,将整个孕期的体重控制在正常增长范围,从而减少妊娠并发症的发生。

3.4 生育年龄

一方面,因个人、家庭、经济、社会等方面因素,越来越多的育龄妇女选择晚育,生育年龄偏大;另一方面,现在有一部分人生育第二胎,甚至计划外超生三胎、四胎,生育年龄大于 35 岁的越来越多,尤其是非户籍孕妇,占重点因素的 11.98%,增加了妊娠风险。加强对婚前、孕前期女性生育知识的宣教,使之对最

佳生育年龄、最佳备孕状态等有充分的了解,以更好地规划生育年龄。

3.5 妊娠期糖尿病

妊娠期糖尿病位居户籍重点孕妇重点因素的第三位,占 10.25%。妊娠期间的糖尿病有两种情况,一种为妊娠前已有糖尿病的患者妊娠,又称糖尿病合并妊娠;另一种为妊娠前糖代谢正常或有潜在糖耐量减退,妊娠期才出现或发现糖尿病,又称为妊娠期糖尿病(GDM)。我国 GDM 发生率为 1%~5%,近年有明显增高趋势^[4]。有研究显示, GDM 的发生随着年龄的增加而增加,高龄导致的孕妇 GDM 及不良妊娠结局发生率明显增高;孕前超重或肥胖已经是 GDM 较明确和公认的高危因素;有糖尿病家族史的孕妇发生 GDM 的危险性远高于无糖尿病家族史的孕妇。另外,孕妇血糖增高,易引起胎儿高血糖、高胰岛素血症、巨大儿的发生;易导致胎儿宫内缺氧,引起新生儿窒息、新生儿红细胞增多症、新生儿高胆红素血症、新生儿低血糖;巨大儿易引起难产、产伤并增加剖宫产率^[5]。因此,必须选择最佳的生育年龄,维持标准体重,重视对糖尿病家族史的调查,孕期平衡膳食,孕期及时筛查发现妊娠期糖尿病,及早治疗,避免不良妊娠结局。

4 参考文献

- [1] 余跃萍. 2008—2010 年云南省住院分娩产妇剖宫产状况分析[J]. 中国妇幼保健, 2012, 27(25): 3869-3871.
- [2] 纪若思, 杜莉, 秦敏, 等. 上海市剖宫产现状调查[J]. 中国妇幼保健, 2012, 27(30): 4772-4773.
- [3] 夏芳莲, 苏宜香. 孕前体质指数对妊娠并发症和妊娠结局的影响[J]. 中国妇幼保健, 2012, 27(27): 4197-4199.
- [4] 乐杰. 妇产科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 150.
- [5] 侯凌云, 李爱乔, 顾成敏, 等. 秦皇岛地区妊娠期糖尿病发病现状及其对母婴的影响[J]. 中国妇幼保健, 2012, 27(35): 5680-5682.

(收稿日期: 2013-10-14)