

孕前ACI保健服务模式对母婴结局的影响

吴卓¹, 潘芳², 王宏星^{3*}

¹南通市妇幼保健院生殖健康科, ²妇女保健科, ³内科, 江苏 南通 226018

[摘要] 目的:探讨孕前系统性风险评估、孕前咨询和干预行动(assessment, counseling and intervention, ACI)保健服务模式对母婴妊娠结局的影响。方法:以200例本院生殖健康科就诊的计划妊娠女性作为研究组,采用ACI保健服务模式干预;同期将营养门诊数据库中未接受孕前保健服务意外怀孕但有完整围产档案的妇女200例作为对照组,比较两组女性妊娠期高血压、糖尿病、亚临床甲状腺功能减退、贫血等的发病率以及母婴不良妊娠结局情况。结果:研究组妊娠期高血压、妊娠期糖尿病、妊娠期亚临床甲状腺功能减退、妊娠期贫血等发生率均明显低于对照组,巨大儿、胎儿宫内窘迫情况、新生儿低血糖、早产、出生儿缺陷发生率以及剖宫产率、产后出血量均明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:规范系统的ACI孕前保健模式可以明显降低妊娠并发症的发生,能较好地改善妊娠结局。

[关键词] 孕前保健;保健模式;风险评估;妊娠结局

[中图分类号] R174

[文献标志码] B

[文章编号] 1007-4368(2018)10-1451-03

doi:10.7655/NYDXBNS20181027

孕前保健对降低妊娠期疾病及不良妊娠结局风险、促进母婴安全有重要作用^[1]。但我国孕前保健尚处于初步阶段,尚未形成孕前保健的规范流程和保健模式。基于这些情况,我们针对孕前女性进行了风险评估、孕前咨询和干预行动(assessment, counseling and intervention, ACI)系统性的保健模式,现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 资料

2015年1—12月在我院生殖健康科就诊的200例计划妊娠女性作为研究组,采用ACI保健服务模式干预(即风险评估、孕前咨询和干预行动三部分组成);同期将营养门诊数据库中有完整围产档案的未接受孕前保健服务意外怀孕的妇女200例作为对照组。两组女性在年龄、文化程度、职业稳定性、体质指数、经济情况、家族性疾病史、生育史等方面比较,差异无统计学意义($P > 0.05$,表1)。本项目实施经医院伦理委员会审核批准,并且研究对象均签署知情同意书。

[基金项目] 南通市科技局社会事业科技创新与示范项目(HS149009)

*通信作者(Corresponding author), E-mail: wanghongxing83@163.com

1.2 方法

1.2.1 风险评估

对研究组女性进行孕前风险评估,具体采用美国北卡罗大学开发的孕前风险评估工具,收集包括社会、营养、医疗、传染性疾病、用药、生育史以及家族史等7大类53个可能对孕妇和胎儿健康造成影响的潜在风险因素^[2]。

A类人群:不健康的生活方式:吸烟、饮酒、营养不均衡等;不良的生活工作环境:放射线、电磁辐射、有机溶剂、噪声等;心理因素:生活、工作、经济压力大,人际关系紧张等。B类人群:各种可治愈的全身性疾病:单纯性结核、病毒性心肌炎、缺铁性贫血等;各种可治愈的妇科疾病:阴道炎、宫颈炎、子宫内膜异位症等;风疹、巨细胞、弓形虫IgM阳性者。C类人群:难以治愈的全身性疾病:高血压、风湿性关节炎、类风湿性关节炎、甲亢、甲减等;难以治愈的妇科疾病:异位妊娠、卵巢肿瘤、子宫肌瘤、子宫附件炎、多囊卵巢综合征、子宫肌腺症等;巨细胞、弓形虫IgM、IgG均阴性者;血型不合。D类人群:女方大于35周岁;夫妇一方或双方有遗传性疾病;有遗传性疾病家族史;生育过出生缺陷儿。X类人群:严重全身性疾病:心功能Ⅲ、Ⅳ级、高血压合并肾功能不全、肾衰等;严重而无控制手段的遗传病:高遗传风险精神病、高遗传风险的原发性癫痫、

女方血友病等。U类人群:暂时无法确定的体征或实验室结果:丙氨酸氨基转移酶、血糖轻度增高、血压轻度增高等;某些疾病:外阴纤维瘤、脂肪瘤、平滑肌瘤等。

A类:孕前不需要干预,通过改变或戒除不良生活方式,规避有害环境因素就可以转变为一般人群。B类:目前具有有效的医学治疗手段,通过治疗可转为一般人群。C类:目前的医学治疗手段虽然难以治愈,但孕前通过医疗干预可以控制疾病,在妊娠期需要密切的医疗监控。D类:孕前需作再发风险评估及预测,孕前应做产前诊断。X类:不宜妊娠。U类:无法明确风险分类,需进一步检查,最终仍要归入上列分类中。有两种或以上风险的人群,按最高风险分类,但每个风险均需给予干预和指导。

1.2.2 孕前咨询与干预

对研究组拟准备怀孕女性针对其相关情况由专业医务人员按照孕前检查、孕前饮食、孕前生活作息、孕前心理等,以及产前检查、产前饮食与生活习惯、产前心理等方面进行指导,系统性集中讲课,有专人给孕前女性制订专门的干预计划(含门诊咨询、QQ平台、电话随访约定、定期就诊检查事项等常规要求,特殊疾病的孕期规范诊治计划等)。要提供特别的干预或关心措施帮助发生过死产、流产或曾生育出生缺陷儿和低出生体重儿的妇女,保护其身心健康的良好发展。所有研究组对象在初次孕前门诊就诊时即为其建立保健档案,并同步录入电子档案,在孕前门诊、营养门诊、心理门诊等部门建立信息共享,共同制订完善的干预策略。

1.2.3 围产期保健

研究组与对照组妇女均采取系统性的围产期保健,保证定期的产前检查、产前诊断及孕期并发症的预防和治疗,为孕妇提供营养、生活、运动、心理、用药等全方面的孕前指导,鼓励她们多参加一系列的孕前健康教育活动。

1.2.4 观察指标

比较两组女性妊娠期高血压、糖尿病、亚临床甲状腺功能减退、贫血等的发病率以及母婴不良妊娠结局(巨大儿、胎儿宫内窘迫情况、新生儿低血糖、早产、出生儿缺陷发生率以及剖宫产率、产后出血量)情况。

1.3 统计学方法

采用SPSS17.0统计学软件进行分析,年龄、体重、产后出血量等计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用*t*检验;职业稳定性、文化程度、经济情况、

慢性病史、家族性疾病史、生育史、妊娠期并发症、巨大儿、胎儿宫内窘迫情况、新生儿低血糖、早产、出生儿缺陷发生率以及剖宫产率等计数资料以百分率表示,采用 χ^2 检验。检验水平 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组一般情况比较

两组女性年龄、文化程度、职业稳定性、体重指数、经济情况、家族性疾病史、生育史比较,差异无统计学意义($P > 0.05$,表1)。

表1 两组孕妇的一般情况

一般情况	研究组 (n=200)	对照组 (n=200)	<i>t</i> / χ^2 值	<i>P</i> 值
年龄(岁)	28.5 ± 6.9	28.1 ± 7.6	1.31	0.64
职业稳定性情况[n(%)]			2.13	0.19
稳定	152(76.0)	139(69.5)		
不稳定	48(24.0)	61(30.5)		
文化程度[n(%)]			0.44	0.53
高中及以下	72(36.0)	70(35.0)		
大专及以上	128(64.0)	130(65.0)		
体重指数(kg/m ²)	23.6 ± 4.9	24.1 ± 5.2	1.36	0.59
生育史[n(%)]			0.61	0.45
有	59(29.5)	52(26.0)		
无	141(70.5)	148(74.0)		
家族性疾病史[n(%)]			0.19	0.84
有	63(31.5)	59(29.5)		
无	137(68.5)	141(70.5)		
经济收入[n(%)]			1.97	0.65
2 500元以下	58(29.0)	59(29.5)		
2 500~5 000元	101(50.5)	100(50.0)		
5 000~10 000元	31(15.5)	35(17.5)		
10 000元以上	10(5.0)	6(3.0)		

2.2 两组女性妊娠并发症情况比较

研究组妊娠期高血压、妊娠期糖尿病、妊娠期亚临床甲状腺功能减退、妊娠期贫血等发生率均明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$,表2)。

2.3 两组女性妊娠结局及新生儿情况

研究组巨大儿、胎儿宫内窘迫情况、新生儿低血糖、早产、出生儿缺陷发生率以及剖宫产率、产后出血量均明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$,表3)。

3 讨论

随着人民生活水平的提高及计划生育措施的实施,社会、个人、家庭对优生优育的要求越来越

表2 两组女性妊娠并发症比较

组别	妊娠期高血压	妊娠期糖尿病	妊娠期亚临床甲状腺功能减退	妊娠期贫血
研究组(n=200)	8(4.0)	11(5.5)	3(1.5)	21(10.5)
对照组(n=200)	29(14.5)	36(18.0)	15(7.5)	55(27.5)
χ^2 值	13.13	15.06	8.38	18.77
P值	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

表3 两组女性妊娠结局及新生儿情况比较

组别	巨大儿 [n(%)]	胎儿宫内窘迫 [n(%)]	新生儿低血糖 [n(%)]	早产 [n(%)]	出生儿缺陷 [n(%)]	剖宫产 [n(%)]	产后出血量 (mL)
观察组(n=200)	18(9.0)	9(4.5)	5(2.5)	26(13.0)	0(0.0)	68(34.0)	225.31 ± 70.34
对照组(n=200)	37(18.5)	22(11.0)	17(8.5)	48(24.0)	5(2.5)	94(47.0)	273.46 ± 62.73
t/χ^2 值	7.61	5.91	6.93	8.03	5.06	7.01	3.96
P值	0.01	0.02	0.02	<0.001	0.03	0.01	0.04

高。另外我国婚前强制体检制度的取消,使产科临床上出现高危妊娠、畸形儿、病患儿、死胎的比例大幅度提高,严重影响了我国的人口质量,同时给家庭和社会造成了沉重负担。目前迫切需要发展适合我国国情的出生缺陷一级预防技术体系,为促进我国出生缺陷一级预防工作、提高出生人口素质服务^[3]。孕前保健是指让计划受孕的夫妇在怀孕前接受一系列检查、预防、保健、卫生宣教工作,以保证胎儿正常分娩。目前的研究发现^[4],孕前保健是出生缺陷的一级预防措施,对降低出生缺陷发生率,提高人口素质具有重要现实意义,所以提倡并做好孕前保健工作至关重要。我们通过研究组与对照组比较发现,孕前干预确实对于孕期并发症、不良妊娠结局有较好的改善效果。

然而,目前孕前保健服务的方式方法仍较单一,没有一套规范的服务模式,甚至存在形式化问题,探索出一套合理的孕前保健服务模式,对于我国目前孕前保健工作将有十分重要的意义。虽然已有学者重视孕前保健服务模式的重要性,在不断探索诸如系统性孕前保健、“一对一”孕前保健等服务模式^[6-7],但是仍未有学者从整体框架角度设计标准的服务模式。本研究采用ACI保健服务模式,主要包括风险评估、孕前咨询和健康促进、知情选择和干预行动三部分,其仅是建立在对于目标人群干预流程的常规套用基础上,简单但很容易为医护人员理解,但是,其中也有专业性、系统性整合的技术要求,采用了规范的风险评估,尽量做到与时俱进,与群众生活水平发展同步,积极采用新型

信息管理方式等,也是使得本研究成效更为显著的原因所在。

本研究设计基于计划妊娠女性与意外怀孕者观察,鉴于计划生育政策放开,本地区近年出生率明显升高,计划妊娠越来越多,今后将进一步完善对照组设计,细化风险人群分类、干预措施分类等,得出更深一步的研究结果。

[参考文献]

- [1] Korenbrot CC, Steinberg A, Bender C, et al. Preconception care: A systematic review[J]. *Matern Child Health J*, 2002,6(2):75-88
- [2] 宋新明,范向华,张蕾,等. 孕前健康风险评估的基础、工具和方法[J]. *中国计划生育学杂志*, 2006, 14(11):655-657
- [3] 陈亮,韦济鸿. 孕前保健对出生缺陷及其他不良妊娠结局的影响[J]. *医学综述*, 2016,22(11):2200-2202
- [4] 刘小凤,刘小雅,宋秀玲,等. 深圳市宝安区孕前保健现状及需求调查[J]. *中国计划生育和妇产科*, 2015, 7(2):71-74
- [5] 胡翠月,刘萍,张慧珠,等. 建立规范的“一对一”门诊孕前保健咨询改善高龄妇女妊娠结局(附332例临床研究报告)[J]. *中国妇幼保健*, 2014, 29(12):1828-1831
- [6] 陈梅. 系统孕前保健对孕妇妊娠过程及妊娠结局的影响[J]. *湖北科技学院学报(医学版)*, 2015, 29(4):350-351
- [7] 陈梅. “一对一”孕前保健咨询在高龄妇女妊娠中的应用[J]. *黑龙江医药*, 2015, 28(4):901-902

[收稿日期] 2017-08-01