DOI:10.16016/j.1000-5404.201907161

中心群组化孕期保健模式对高龄二胎产妇分娩结局的影响分析

郭思彤[1],马艳梅[2],毛 旭[2] 121000 辽宁 锦州,锦州医科大学:护理学院[1],附属第一医院护理部[2]

[摘要] **目的** 探讨中心群组化孕期保健模式对高龄二胎产妇分娩结局的影响。**方法** 选取2018年3月至2019年3月在锦州医科大学附属第一医院产科门诊建卡并定期产检的年龄超过35周岁高龄二胎产妇作为研究对象,采用随机数字表法分为试验组(50例)和对照组(50例)。试验组应用中心群组化孕期保健模式,对照组采用传统孕期保健模式。比较两组产妇顺产率、剖宫产率、侧切率、产钳助产率、产后2 h出血量、产程时间、SAS和SDS评分情况以及患者满意度。**结果** 最终两组共100例产妇均完成该研究,试验组顺产率、患者满意度均高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$),试验组剖宫产率、侧切率及第一、二、三产程及总产程时间,产后2 h出血量及产妇产后SAS、SDS评分均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),两组新生儿Apgar评分差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 中心群组化孕期保健模式在降低高龄二胎产妇剖宫产率、会阴侧切率、减少产程时间、产后2 h出血量、减轻高龄二胎产妇产后焦虑和抑郁程度等方面具有一定的效果,能够提高高龄二胎产妇的顺产率及满意度。

[关键词] 中心群组化孕期保健模式;高龄产妇;二胎;助产士;分娩结局;心理状态
[中图法分类号] R169.1; R181.37; R715.3 [文献标志码] A

Effect of center group pregnancy care mode on outcome of delivery in elderly pregnant parturient for a second child

GUO Sitong[1], MA Yanmei[2], MAO Xu[2] [1]College of Nursing, [2]Department of Nursing, First Affiliated Hospital, Jinzhou Medical University, Jinzhou, Liaoning Province, 121000, China

[**Abstract**] **Objective** To evaluate the effect of center group pregnancy care mode on the outcome of delivery in elderly pregnant parturient for a second child. **Methods** A total of 100 pregnant (over 35 years old) women for a second child who established Obstetrical Outpatient Card and underwent regular checkup in our First Affiliated Hospital from March 2018 to March 2019 were recruited in this study. They were randomly divided into experimental group ($n=50$) and control group ($n=50$). For the experimental group, the participants accepted not only the prenatal clinic consultation but also subject course of center group pregnancy care mode, while the participants in the control group were given the traditional pregnancy care mode. Natural delivery rate, cesarean section rate, episiotomy rate, forceps delivery rate, postpartum hemorrhage rate in 2 h after delivery, labor time, Self-rating Anxiety Scale (SAS) and Self-rating Depression Scale (SDS) scores, and patient's satisfaction were compared between the 2 groups. **Results** Eventually, a total of 100 pregnant women completed this clinical trial. The experimental group had significantly higher natural delivery rate and patient's satisfaction, obviously lower cesarean section rate and episiotomy rate, shorter durations for the first, second and third stage of labor and for total labor, decreased postpartum hemorrhage rate, and reduced SAS and SDS scores when compared with the control group ($P<0.05$). No significant difference was seen in the Apgar score between the babies of the 2 groups ($P>0.05$). **Conclusion** The center group pregnancy care mode can reduce the cesarean section rate, episiotomy rate and postpartum hemorrhage rate, shorten time for stage of labor, attenuate the postpartum anxiety and depression, and improve natural childbirth rate and patient's satisfaction.

[**Key words**] center group pregnancy care mode; elderly pregnant women; second child; midwife; delivery outcomes; psychological state

Corresponding author: MA Yanmei, E-mail: hlb5065@qq.com

[通信作者] 马艳梅,E-mail:hlb5065@qq.com

据文献[1]报道,全球35~44岁高龄女性的生育率在上升。随着我国二胎政策的逐步开放,高龄二胎产妇的比例增长显著。对于高龄(年龄≧35周岁)二胎产妇而言,她们可能会面临更多生育风险和心理问题,不良妊娠结局发生率高于初产妇,且心理舒适度较低[2]。随着女性年龄的增长,不仅面临身体各项机能的退化,还要面临经济、家庭和事业等方面的多方压力[3]。研究表明,高龄二胎孕妇普遍承受较大的妊娠压力[4]。高龄二胎产妇更值得我们密切关注。传统的孕期保健模式通常是由产科门诊和孕妇学校授课组成,但两者之间缺少有效的联系,很难满足当今高龄二胎孕产妇复杂的专业和心理需求[5]。中心化群组保健模式是一种来源于美国的新型孕期保健模式,该模式提倡将8~12名孕龄相近的产妇安排在一个小组[6],定期定主题开展小组式学习和讨论。与传统模式相比,中心化群组保健模式能够提高产妇的参与度[5]。目前我国对于中心化群组保健模式的研究较少。本研究将通过独立自我管理、讨论健康教育、社会同伴支持、产后康复指导形成4大模块的以"孕妇为中心"的群组式孕期保健模式,探讨此模式对高龄二胎产妇分娩结局及心理状态的影响。

1 资料与方法

1.1 研究设计方案

采用随机数字表法将产妇随机分为试验组(中心群组化孕期保健模式组)和对照组(传统孕期保健模式组)。

1.1.1 试验组 试验组实施中心群组化孕期保健模式。将试验组研究对象按照孕期相近的原则分为5组,每组10例。建立群组孕期保健管理团队,由助产长、助产组长、资深助产士、辅助助产士、产后康复师、产科医生、营养师各1名组成群组模式团队,由团队成员共同商讨设定课程内容,由助产士作为主要授课人员,在干预开始前均进行了统一的培训。本研究共设置6次课程,每次课程为2 h。每组人员按时段完成6次课程和小组讨论。干预的内容主要包括独立自我管理、讨论健康教育、社会同伴支持、产后康复指导4大部分。

1.1.1.1 独立自我管理 在课程开始前,孕妇来医院孕检时,由研究人员指导产妇自己定时测量身高、体质量、血压、胎动等,并教会产妇计算体质指数并记录在孕期管理手册内,让孕妇能够更好地了解自己的孕期过程和情况,促进孕妇积极参与。小组人员之间可以对比相互的孕期手册,方便互相交流,随时提出问题。该模式充分赋权给产妇,增强其对自己整个孕期保健的自控力,同时通过自我管理的过程,增强自然分娩信心。

1.1.1.2 讨论健康教育 每组成员定期参加群组式孕期保健模式主题课程(表1),也鼓励孕妇的家属(特别是家里的长子女)一同参加,主要以助产士根据当期主题进行授课讲解+小组讨论模式,并对产妇所提出的问题进行答疑,并鼓励大家一起讨论。授课形式包括视频、PPT、模型演练、情景表演等。每位成员都可发表自己的观点和意见。成员的长子女也可通过参与增加家庭之间的交流,减少对第2胎的排斥感,更容易接纳家庭新成员的到来。

表1 群组化孕期保健模式主题课程

主题	内容	课堂形式	参与者
建立同伴关系	群组保健管理团队和小组成员相互介绍,成员提出孕期问题	小组讨论	孕期保健管理团队、小组成员及家属
认识自然分娩	讲解自然分娩的优点,产妇们分享自己第一次分娩经历	PPT授课+小组讨论	助产士、小组成员及家属
孕期生理准备	孕期营养、体质量管理、孕期运动	PPT授课+小组讨论	助产士、营养师、小组成员及家属
心理调适	认识不良情绪及应对方式,鼓励抒发内心想法	PPT授课+小组讨论	助产士、小组成员及家属
分娩指导	分娩指征、何时入院、再次熟悉自然分娩过程、无痛分娩、自由体位待产、分娩球运动、拉玛泽呼吸法	PPT授课、视频、模型演练、情景表演	助产士、产科医生、小组成员及家属
产后指导	伤口护理、饮食指导、护理用物选择、母乳喂养、凯格尔运动(缩肛运动),指导家属帮助护理	线上微信群模式讲授指导	助产士、产后康复师、小组成员及家属

1.1.1.3 社会同伴支持 ①专业群组孕期保健管理团队:专业的医务人员为孕妇提供专业的知识讲授和自我管理的指导讲解,让产妇们得到充分的赋权,积极参与到孕期的保健课程中,并且可以与助产士进行多方面的交流,在分娩过程中建立充分的信任感,促进自然分娩。②同伴鼓励支持:同伴支持包括助产人员、医师团队、小组产妇之间还包括亲属支持(特别是丈夫和家里的长子女)。在课堂中,设立小组讨论式环节,让小组的产妇们可以互相交流,产妇家属也可参与讨论,通过各支持部分的建立,相互作用相互鼓励。并且课后建立线上微信群,让大家可以随时提出问题,分享孕期保健经验让产妇可以得到充分的情感支持,并且通过小组中已经成功分娩的成员树立榜样效应,增强分娩信心。

1.1.1.4 产后康复指导 给予产妇专业的产后指导,让产妇可以尽早恢复。在我国并没有设立单独的产后康复管理,这也是我国产科护理所欠缺的方面,此模式增设产后康复指导课程,讲解产后护理措施及营养等知识,能够更好地完成整个孕产期的保健模式的建立。

1.1.2 对照组 接受传统孕期保健模式,产妇建档后,在产前门诊进行常规检查。产妇可以定期参加医院组织的胎儿大学授课。主要由产科门诊、病房护理人员进行孕期的宣教和指导。

1.2 样本量估算法

根据预试验中的剖宫产率,试验组(中心群组化孕期保健模式组)和对照组(传统孕期保健模式组)的剖宫产率为 35% 和 58%,检验效能为 $\alpha = 0.05$,$\beta = 0.10$,所需要样本量为 38 例,考虑到 10% 的脱落,每组至少纳入 42 例,共至少需纳入 84 例。

1.3 研究对象

纳入 2018 年 3 月至 2019 年 3 月锦州医科大学附属第一医院产科 100 例高龄二胎产妇。按随机数字表法分为试验组和对照组,每组 50 例。

纳入标准:①年龄>35 岁;②二胎,头位,孕周在 20~24 周;③无精神及沟通障碍。排除标准:①在此过程中出现高危因素的,如前置胎盘、子宫破裂等情况;②拒绝参加此项研究者;③有妊娠合并高血压、糖尿病等并发症患者。

本研究 2018 年 3 月通过锦州医科大学附属第一医院医学研究伦理委员会批准,患者均签署知情同意书。

1.4 观察指标

根据实际情况对试验组和对照组的情况进行统计,包括两组:①分娩方式;②产程时间:第一、二、三产程时间及总产程时间;③产后 2 h 出血量:采用称量法,出血量≈(有血敷料重-干敷料重)÷1.05;④患者满意度:分为 5 级(非常满意、满意、比较满意、一般满意、不满意);⑤焦虑自评量表(SAS)评分[7]:包括 20 个项目,得分标准为 4 分制,标准分 = 20 项总分乘以 1.25,得分越高,焦虑程度越严重;⑥抑郁自评量表(SDS)评分[7]:包括 20 项调查内容,得分标准为 4 分制,评分标准同 SAS 量表,得分越高,抑郁程度越严重。

1.5 统计学分析

将两组的临床数据录入 SPSS 21.0 统计学软件进行数据处理分析。计量资料以均数、标准差表示,组间比较采用独立样本 t 检验。计数资料采用卡方检验、秩和检验或 Fisher 确切概率法。检验水准:$\alpha = 0.05$。

2 结果

2.1 两组产妇一般资料比较

试验组 50 例和对照组 50 例产妇在研究期间均完成整个研究过程,实际共收集 100 例的临床资料。试验组和对照组 100 例均为二胎产妇。两组产妇在年龄、孕周、文化水平、经济水平、经产等方面,差异均无统计学意义($P>0.05$,表 2),具有可比性。

2.2 两组分娩方式及分娩结局比较

试验组顺产率明显高于对照组,剖宫产率、侧切率低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);试验组产钳术助产率较对照组低,但差异无统计学意义($P>0.05$);两组新生儿评分差异无统计学意义($P>0.05$,表 3)。

表 2 两组孕妇一般资料比较

组别	年龄/岁	孕周	文化水平				经济水平		
			高中及以下	大专	本科	硕士及以上	<3 000 元	3 000~6 000 元	>6 000 元
试验组	36.86±1.61	20.76±0.66	8	22	16	4	10	32	8
对照组	36.82±1.25	20.75±0.64	6	18	20	6	11	29	10
统计值	0.138[a]	0.046[a]		-1.201[b]				-0.150[b]	
P 值	0.890	0.964		0.230				0.880	

a:t 值;b:χ^2 检验

表 4 两组产程时间及产后出血量比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	第一产程时间/min	第二产程时间/min	第三产程时间/min	总产程时间/min	产后出血量/mL
试验组	50	187.00±53.84	35.86±32.91	6.38±2.71	230.94±81.07	322.40±151.09
对照组	50	259.80±63.26	52.30±34.59	7.52±2.56	319.62±78.22	427.60±182.99
t 值		−6.197	−2.434	−2.157	−5.566	−3.135
P 值		<0.001	0.017	0.033	<0.001	0.002

表 3 两组产妇分娩方式比较[例]

组别	例数	分娩方式			
		顺产	剖宫产	侧切产	产钳术
试验组	50	42	3	5	0
对照组	50	23	12	14	1
χ^2 值		15.868[a]	−	5.263[a]	−
P 值		<0.001	0.023	0.040	1.000[b]

a: χ^2 检验;b:Fisher 确切概率法

2.3 两组产程时间及产后出血量比较

试验组第一、第二、第三及总产程时间均低于对照组,产后出血量低于对照组。两组比较差异具有统计学意义($P<0.05$,表 4)。

2.4 患者满意度情况比较

试验组在患者满意度“非常满意”及“满意”高于对照组,在“比较满意”、“一般满意”、“不满意”中低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$,表 5)。

2.5 两组分娩后 SAS 和 SDS 评分比较

试验组 SAS(焦虑自评量表评分)及 SDS(抑郁自评量表评分)低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$,表 6)。

表 5 两组患者满意度情况比较(例)

组别	例数	非常满意	满意	比较满意	一般满意	不满意
试验组	50	7	28	7	8	0
对照组	50	3	17	10	17	3
Z 值				−3.180		
P 值				0.01		

表 6 两组分娩后 SAS 和 SDS 评分比较(分,$\bar{x}\pm s$)

组别	例数	SAS 评分	SDS 评分
试验组	50	45.06±5.02	43.46±3.75
对照组	50	48.96±7.33	51.24±4.49
t 值		−3.103	−9.391
P 值		0.003	<0.001

3 讨论

3.1 中心群组化孕期保健模式可以降低剖宫产率、侧切率,提高高龄二胎产妇的顺产率

研究表明[8],近几年我国的剖宫产率呈逐渐上升的趋势。国家卫健委表示要加强对剖宫产手术管理,控制不合理且非医学需要的剖宫产手术。并且会阴侧切率也一直居高不下,部分地区侧切率接近 100%[9]。张晨凌[10]报道,再次妊娠的高龄产妇,其不良妊娠结局和妊娠并发症发生概率会大大增加。再加上心理因素的困扰,很容易动摇再次自然分娩的信心,从而增加剖宫产率。中心群组化孕期保健模式就是从产前就开始对产妇进行一系列的包括孕前期营养、分娩知识、分娩过程、心理指导等讲解,增加小组讨论模式,让产妇们可以互相支持,增加分娩信心,减轻高龄产妇心理障碍和对自然分娩的恐惧感。孕期保健管理团队、同伴及家属的支持,能够增加她们的分娩信心,增加分娩效能感。本研究中试验组产妇在中心群组化孕期保健模式的指导下,降低了剖宫产率及侧切率,提高自然分娩率。

3.2 中心群组化孕期保健模式可以减少产程时间,减少产后出血量

分娩过程是自然的生理过程,但由于产妇知识缺乏,加上分娩疼痛、心理焦虑等原因,会导致产妇分娩过程中产程延长或停滞[11]。本研究通过中心群组化孕期保健模式,使产妇再次熟悉、了解、体验分娩过程,了解产程进展,减少高龄二胎产妇的恐惧感,同时专业的指导等能有效帮助产妇减少产程时间,减轻产妇痛苦,增加舒适感。有研究表明[12],产后出血的发生率在分娩总数中占一定比例,也是造成我国产妇死亡的首位原因。造成产后出血的因素有很多,高龄二胎产妇自身生理的变化,激素的变化发生产后出血的概率比较高,并且对缩宫素具有一定的耐受性,产程时间长都会影响产后子宫收缩,但是心理因素也占很大一部分比例,充分的人性化指导能改善产妇产后不良心理,有效预防产后大出血的发生。本研究中试验组产后出血量低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。表明中心群组化孕期保健模式能够有效减少高龄二胎产妇产后出血情况,保障高龄二胎产妇分娩安全。

3.3 中心群组化孕期保健模式可以提高产妇对护理工作的满意度

试验组产后满意度的调查结果显示,参加中心群组化孕期保健模式可以提高患者对护理服务的满意度,增加患者的舒适度。在中心群组化孕期保健模式下,团队小组对高龄二胎产妇的专业指导和心理辅导让产妇能有效应对自然分娩,提前掌握自然分娩的时机、方法和技巧,能够使产妇正确有效地处理产前、产时及产后的连续性情况,帮助产妇尽快恢复,从而提高高龄二胎产妇对整个从产前到产后的分娩体验,愉快分娩。并且通过中心群组化孕期保健模式的建立,提

升患者对助产护理服务的满意度。

3.4 中心群组化孕期保健模式可以减轻高龄二胎产妇产后焦虑和抑郁的程度

妊娠是女性的特殊时期，在此期间产妇的生理、心理均处于压力状态，并伴有焦虑、抑郁等不良心理状态，不利于产妇的分娩过程和产后恢复。特别是对于高龄二胎产妇，她们会面临较高的生育风险，她们要比初产妇有着更大的焦虑和心理压力。研究表明[13]，通过群组保健模式，采用互动式教学和小组讨论方式，可以为产妇提供更多的情感支持，减轻产妇心理负担。群组模式下的产妇有着相同的目标，并且有过相同的分娩经历和育儿经历，可以通过与成员们分享自己的感受和经验，增强自然分娩的信念，家庭成员的支持和参与也为产妇提供了良好的心理支持。并且通过连续有效的孕期保健模式的建立，能够有效减轻高龄二胎产妇产后焦虑和抑郁情况的发生。

本研究通过以孕妇为中心的群组化孕期保健模式的建立，使高龄二胎产妇获得连续、有爱、专业的陪伴指导和同伴们的支持。降低了试验组高龄二胎产妇的剖宫产率，会阴侧切率，减少产程时间和产后出血量，减轻高龄二胎产妇产后焦虑、抑郁程度，能够有效提高高龄二胎产妇的顺产率及满意度。也为该模式的进一步推广提供依据。

参考文献：

[1] MARTIN J A, HAMILTON B E, OSTERMAN M J, *et al*. Births: final data for 2013[J]. Natl Vital Stat Rep,2015,15;64(1):1-65.

[2] 黎丹，黄剑青，张兵，等. 二胎政策开放后对高龄经产妇妊娠特征及妊娠结局的影响[J]. 中国妇幼卫生杂志，2019，10(1)：51-53，56.
LI D, HUANG J Q, ZHIANG B, *et al*. Effects of the universal two-chil d policy on the pregnancy characteristics and pregnancy outcome of elderly multiparturients[J]. Chin J Women Child Heal, 2019, 10(1): 51-53, 56.

[3] 许祥竹，周瑾. 对二胎高龄产妇的心理分析及护理干预[J]. 临床医药文献电子杂志，2017，4(59)：11613-11614. DOI:10.16281/j.cnki.jocml.2017.59.071.
XU X Z, ZHOU J. Psychological analysis and nursing intervention for the elderly maternal with second birth [J]. J Clin Med Lit, 2017, 4(59): 11613-11614. DOI:10.16281/j.cnki.jocml.2017.59.071.

[4] 顾金甜，石红丽，王彭，等. 徐州市高龄二胎孕妇妊娠压力现状及其影响因素调查[J]. 全科护理，2018，16(27)：3433-3435.
GU J T, SHI H L, WANG P, *et al*. Investigation on the present situation of pregnancy pressure and its influencing factors in second year pregnant women [J]. Chin Gen Pract Nurs, 2018, 16(27): 3433-3435.

[5] 潘旋，张晶，张邢炜. 国外集中群组孕期保健模式的应用研究进展[J]. 中华护理杂志，2016，51(8)：988-991.
PAN X, ZHANG J, ZHANG X W. Review of application and research on centering pregnancy model in foreign countries [J]. Chin J Nurs, 2016, 51(8): 988-991.

[6] DECESARE J Z, JACKSON J R. Centering pregnancy: practical tips for your practice[J]. Arch Gynecol Obstet, 2015, 291(3): 499-507. DOI:10.1007/s00404-014-3467-2.

[7] 金忠玉，盛琼，汪显敏，等. 孕妇精神状况对妊娠结局及分娩方式的影响[J]. 中国民族民间医药，2016，25(10)：74-75.
JIN Z Y, SHENG Q, WANG X M, *et al*. The influence of pregnant women's mental status on pregnancy outcome and delivery mode [J]. Chin J Ethnomed Ethnopharm, 2016, 25(10): 74-75.

[8] 韩佩伟. 中国剖宫产现状及其远期影响[J]. 中国保健营养，2013，23(8)：2214-2214.
HAN P W. Current status and long-term effects of cesarean section in China [J]. China Health Nutr, 2013, 23(8): 2214-2214.

[9] 孔欣，郭培奋. 经阴道头位分娩中倡导限制会阴切开[J]. 中国实用妇科与产科杂志，2012，28(2)：117-120.
KONG X, GUO P F. Restricted use of episiotomy in spontaneously vaginal delivery[J]. Chin J Pract Gynecol Obstet, 2012, 28(2): 117-120.

[10] 张晨凌. 高龄经产妇、高龄初产妇及非高龄经产妇的妊娠结局比较[J]. 实用临床医药杂志，2016，20(9)：197-198.
ZHANG C L. Pregnancy outcomes of older multipara, older primipara and non-older multipara [J]. J Clin Med Pract, 2016, 20(9): 197-198.

[11] 姜梅. 新母婴护理模式实践[M]. 北京：人民军医出版社，2013：143-144.
JIANG M. Practice of new maternal and infant nursing model [M]. Beijing: People's Military Medical Publishing House, 2013:143-144.

[12] 张方芳，徐永莲，刘兴会，等. 产后出血原因及相关危险因素135例临床分析[J]. 实用妇产科杂志，2014，30(2)：144-146.
ZHANG F F, XU Y L, LIU X H, *et al*. The clinical analysis of the reasons and related risk factor for postpartum hemorrhage in 135 cases[J]. J Pract Obstet Gynecol, 2014, 30(2): 144-146.

[13] 陈丹丹，李益民，周临，等. 初产妇对助产士主导的家庭群组式孕期保健服务的体验[J]. 护理学杂志，2018，33(12)：32-34.
CHEN D D, LI Y M, ZHOU L, *et al*. Primiparas' experiences of participating in a midwife-led centering pregnancy program: aqualitative research[J]. J Nurs Sci, 2018, 33(12): 32-34.

（**收稿**：2019-07-20；**修回**：2019-10-30）

（编辑 王 红）