

孕期全程健康管理优化孕产妇妊娠结局实施路径

魏 丹

宝鸡市妇幼保健院 陕西 宝鸡 721000

摘 要：本文提出了一种全方位孕产妇健康管理方案，即从孕前开始到整个妊娠期以及产后的一体化管理模式，在此基础上提出了营养指导、运动建议、心理评估、高危妊娠转诊以及提高健康素养等内容。依据健康信念理论以及跨理论行为改变模型，我们制定了一个包括三级预防、多学科合作和信息化手段在内的整体方案并制定了结构上、执行过程以及效果方面的评价标准。其主要特点是将被动接受治疗转变为自主健康管理，通过分层次、分阶段的方式，制定统一的服务标准，建立社区与医院之间的联系并且利用信息技术进行辅助决策，做到及时发现并处理问题。期望能够给基层医疗机构以及综合性医院围产保健工作提供切实可行的方法来预防妊娠期糖尿病、子痫前期以及产后抑郁症的发生和发展。

关键词：孕期全程健康管理；妊娠结局；实施途径；高危妊娠；围产保健

引言

近年来由于放开二胎政策以及高龄产妇比例增加，使得妊娠期高血压疾病、妊娠期糖尿病（GDM）、早产、胎儿生长受限及产后抑郁等疾病的防治工作变得越来越困难。虽然我国目前已有超过95%的孕妇接受定期产前检查，但是传统的固定时间点进行检查的方法不能及时发现两次检查之间存在的问题，也不能针对生活方式、心理健康和社会支持等方面进行全面管理。“全生命周期管理”理念诞生，即从备孕开始到怀孕期间再到产后42天，做到“预防-监测-干预-反馈”。国内外大量研究表明，系统的孕期营养指导可以降低GDM的发生率30%-40%，规律的身体活动可以降低子痫前期25%的风险，而早期的心理评估加上认知行为疗法可以大大减少产后抑郁症的发生率。但是这些成果主要是在有组织的研究环境中取得，在实际的临床推广上推广这一方法，需要找到一种易于实施、能够持续执行并且可评价的方式，这是当前围产保健领域所面临的挑战。

1 孕期全程健康管理的理论内涵与价值基础

1.1 概念界定与核心理念

孕期全程健康管理是以孕产妇为中心，由不同学科人员共同参与并提供从备孕期到产后42天持续不断、主动积极、有针对性的服务方式。与以往常规产检相比，它有以下特点：一是时间上贯穿始终（不是一次检查）；二是内容上涉及广泛（包括生理、心理、社会、环境等）；三是执行过程上主动出击（对风险进行预测并及时跟踪）；四是决策依据是数据（利用各种资料做出合理建议）。其理论基础有三个方面：健康信念模式（HBM）认为人们对自己所面临的疾病危险认识程度

以及预期预防这种疾病的益处会影响他们的健康行为，在孕期健康教育中起着重要作用；跨理论行为改变模式（TTM）把人的行为转变分为五个阶段即前意向、意向、准备、行动和维持，在不同阶段采取不同的措施来促进孕妇的行为改变；而在慢性病管理中提出的“自我效能”，提示我们要提高孕妇自我管理水平而不是单纯依靠医疗服务。

1.2 全过程管理的必要性：从碎片化到连续化

目前围产保健存在三个方面的脱节：第一是时间上的脱节，即孕前与孕期、孕期与产后之间的服务衔接不畅，大量高危孕妇在孕早期才第一次接触到医疗机构，错过了最佳的备孕时期；第二是内容上的脱节，如营养、心理、口腔、运动等专科的服务分布在不同的科室，缺少一个统筹的途径，造成信息孤岛；第三是层级上的脱节，即基层社区筛查与三级医院高危管理之间的转诊标准不清楚，随访制度缺失等^[1]。这三种脱节能直接造成妊娠并发症的发现延迟、健康宣教效率低下、资源浪费等问题。而全程健康管理就是通过对时间轴上的整合、服务包上的整合和服务层级上的整合来形成一个闭合式的体系，在顶层设计上解决这些问题。

2 全程健康管理的阶段划分与核心干预内容

2.1 孕前阶段：奠定健康基础

孕前3~6个月为风险筛查以及行为改善的最佳时期，在这一时期的主要措施有：生育力评估以及相关慢性病（糖尿病、高血压、甲状腺疾病等）控制；体重管理使BMI达到理想水平（18.5~23.9kg/m²）减少妊娠期糖尿病发生率同时降低巨大儿出生几率；补充叶酸（0.4~0.8mg/d）并做好营养准备；接种疫苗（如风疹疫苗、乙型肝炎

等)及口腔体检;心理健康评价及不良环境改变。策略上应将孕前保健作为一项基本公共卫生服务项目进行推广,在结婚处所或计划生育服务站等地提供。

2.2 孕早期(0~13⁺周):建档评估与风险分层

孕早期主要工作是进行一次全面健康风险评估,建立个人健康档案。内容包括:详细询问以往孕产史、家族史、生活习惯等;测量基础血压、血糖、甲状腺功能;筛查地中海贫血、传染性疾病以及遗传疾病;用PHQ-2/GAD-2筛查情绪状况;利用孕早期GDM风险评估量表(如有年龄、BMI、家族史、多囊卵巢综合征等因素)分层^[2]。依据风险程度(低、中、高)确定不同孕妇产前检查次数与方法,同时开展孕早期健康教育,如孕期饮食、合理增重、常见症状应对措施以及需警惕情况等。

2.3 孕中期到晚期(14~27⁺周及28周以后直至分娩):动态监测以及综合管理。

这是孕妇快速生长发育以及母亲负担最大的时期,在这个时期需要关注的问题有:代谢性疾病筛查——在妊娠24-28周进行OGTT,对于GDM患者进行医学营养治疗(MNT)并自我监测血糖值,每星期随访一次;测量孕妇血压及尿蛋白情况,有子痫前期风险的人群服用小剂量阿司匹林进行预防;胎儿发育情况评估,通过B超以及宫底高度来判断是否存在胎儿生长受限或者过大可能;体重管理——根据孕前BMI制定每周增加重量标准(例如正常体型孕妇每周增加0.36-0.45kg);提高孕妇应对能力——开展正念分娩课程、建立孕妇互助小组以减少其紧张情绪;分娩前准备——介绍无痛分娩方式、如何配合生产过程以及如何如何进行母乳喂养等知识。干预方式可采取线上+线下相结合的方法:固定每周产检加上智能手环等设备家庭监测后上传信息到云端,以便医生可以随时掌握孕妇状况。

2.4 分娩期与产褥期:无缝过渡与产后延续

分娩期管理注重产时决策支持以及人文关怀,如持续胎心监测、产程评估以及意外情况应对措施。而分娩后(住院期间及出院后42天)是全程管理重点环节,在此期间需关注的内容有:产后出血、感染、血栓等早期并发症观察;母乳喂养指导以及哺乳问题解决;盆底功能检查;产后抑郁筛查(如EPDS);避孕咨询以及慢性疾病(高血压、糖尿病)恢复情况等。落实该计划需有“医院—社区—家庭”三位一体管理模式,在产后至一周、两周、四周、六周由社区妇幼保健医生通过电话或者入户方式进行回访并将相关信息上传到所在地区围产信息系统中。

3 实施路径的关键策略与支撑体系

3.1 三级预防策略与高危分层动态管理

将预防医学三级预防理念贯穿始终:一级预防是对全体孕产妇进行一般性健康宣教及改善生活环境等;二级预防是针对高危人群(如GDM高危、慢性高血压、多胎妊娠、高龄 ≥ 40 岁、心理健康高危),增加检查频率并给予针对性指导;三级预防是对已经出现并发症患者采取标准化治疗以及密切跟踪观察,避免不良后果(如重度子痫前期、酮症酸中毒、早产相关问题)发生^[3]。高危分层需有“红、橙、黄、绿”四级预警制度:红色(危急)应立即入院,橙色(高危)应在专科门诊接受治疗,黄色(中危)需定期随访,绿色(低危)只需要普通产前检查,而且每隔四周重新评估一次等级。

3.2 多学科协作团队(MDT)与责任化分工

有效的全程管理要破除学科间的障碍。主要人员配置为产科医生、助产士、营养师、心理咨询师、内分泌科医生、心内科医生以及社区全科医生等。“首席医生+协调员”,即由一名经验丰富的产科医生负责整个孕期管理,一名专职健康管理师(或护士)负责日常随访、汇总信息并做好与各方沟通工作;定期(每月或每季度)召开MDT会议对复杂高风险患者进行讨论制定处理措施;同时要制定各岗位具体责任分工表(RACI矩阵),以防因职责不清造成工作落实不到位。

3.3 健康教育赋能与社会支持网络

健康教育的内容要以行为改变理论为基础,运用动机性访谈、微视频、情景模拟等形式,增加孕妇及其家属的积极性。设置循序渐进的学习单元:孕前部分(备孕必知)、孕早期部分(胚胎发育及致畸预防)、孕中期部分(饮食及运动实践)、孕晚期部分(分娩及哺乳)、产后部分(恢复及育儿)^[4]。并且建立社会支持系统,如在线孕妈群、志愿者小组、家庭照护知识讲座,特别是对单亲、流动人口以及低收入人群,可以在社区卫生院进行免费或者优惠的服务。

3.4 信息化支撑与智慧管理平台

信息化是落实上述所有措施的基础。“技术底座”是建设统一围产健康管理平台,包括电子健康档案、孕期检查、检验结果、远程监测(血压、血糖、体重)、智能预警、随访提醒、健康宣教等内容,在此基础上应用大数据建立本地化的妊娠风险评估工具以供医生参考。同时需为患者开发APP,使患者能够自行记录饮食运动情况并获取个性化的指导以及在线咨询等。数据的安全和个人隐私须依法进行保护,采取分权制衡的方式。

4 实施路径的质量评估与持续改进机制

4.1 评估指标体系的构建

以Donabedian的质量三维理论为基础,建立结构-过程-结果指标集。结构指标有:每100名孕妇有几名专职管理人员(如健康管理师)、信息化平台使用情况、MDT例会召开次数等;过程指标有:孕早期建册率、高危人群规范转诊率、产后访视完成率、健康教育课程参加人数比例、GDM筛查完成率等;结果指标有:早产率、巨大儿发生率、GDM发生率及其控制情况、子痫前期发生率、剖宫产率、产后抑郁筛查阳性率及转介率、母乳喂养率以及孕产妇满意度等,均需设定年目标值并按不同级别医院(基层与三级)进行区别对待。

4.2 数据驱动的持续改进循环

开展“监测-反馈-整改-验证”工作(PDSA)。每季度统计各项指标,与基线以及同行业标杆比较,发现薄弱环节(例如某个社区产后访视率低于80%),分析原因(如人员不足、交通不便等),提出解决方案(如增加视频访视、提供交通补助等),在下一个周期检查结果。同时设立内部审核以及外部评价制度,定期请围产质控中心专家对整个项目进行评估。同时还将健康管理作为科室和个人年终考核内容之一,促进医务人员提高服务质量。

4.3 人员培训与组织文化培育

实施路径的成功取决于执行者的理念以及能力提升,需要分层次进行培训,全体人员培训(健康管理基本知识、沟通技巧)、专门培训(营养评估、心理健康测评工具、系统使用等)、高级培训(疑难杂症MDT决策)。培训方式可以有集中授课、模拟演练、网络自学以及外出学习等等。更重要的一点是要培养一种“以预防为主、持续关注”理念,在科室内部形成共识,改变

以往“重治疗轻管理”的观念,让医护人员把健康管理作为自己日常工作的一个重要组成部分。

5 结语

孕期全程健康管理并非是对目前产前检查基础上进行补充,而是一种全新的产前保健理念。本文提出的方法注重时间上全覆盖、内容上全方位、组织上多部门协同、技术上智能化,是一个积极主动、持续不断、个性化孕期全程管理模式。其实施需要如下几个基本前提:从政策上将全程管理纳入妇幼公共卫生服务包并且付费;在医院内部有标准的工作程序以及质量控制体系;在社区方面加强网格化管理以及家庭医生签约制;对于孕妇自身要能够认识到她的责任。将来随着可穿戴设备、智能的风险预测和远程医疗服务等技术的发展,孕期全程健康管理会越来越精细化、及时性和人性化。但是也要防止出现过度医疗化和行政化倾向,在任何时候都把妇女放在首位,做到既规范又灵活,最终达到“安全妊娠、健康妇女、良好结果”。

参考文献

- [1]杨慧霞,王子莲,魏玉梅.中国妊娠期糖尿病全程管理模式构建的思考[J].中国实用妇科与产科杂志,2021,37(9):897-900.
- [2]王海燕,刘兴会,陈敦金.高危妊娠分级管理策略的国内外实践与启示[J].中国妇幼保健,2023,38(12):2145-2149.
- [3]周敏,赵更力.围产期心理健康筛查与干预技术指南解读[J].中国心理卫生杂志,2021,35(6):467-472.
- [4]国家卫生健康委员会妇幼健康司.孕产期保健工作规范及高危妊娠管理方案(2023修订版)[S].北京:人民卫生出版社,2023.