



# 危重孕产妇多学科会诊现况与策略分析

——姜宗杰 佟朝霞\* 孟黎辉

**【摘要】** **目的** 汇总分析北京市某危重孕产妇救治中心多学科会诊数据,为提升救治质量提供依据。**方法** 提取2017年—2020年该中心医疗工作报表及危重孕产妇多学科会诊数据,录入Excel 2017软件,运用数据透视表进行分析。**结果** 2017年—2020年该中心申请多学科会诊孕产妇共338例,北京地区孕产妇占比、城镇孕产妇占比、本科及以上学历孕产妇占比、月收入3000元以上孕产妇占比整体均呈下降趋势,而危重孕产妇比例、申请会诊孕产妇平均年龄、参与会诊科室数量呈增长趋势。申请多学科会诊的孕产妇排名前5位的疾病以妊娠合并心脏病为主,排第1位的为妊娠合并肺动脉高压;参与孕产妇会诊的科室主要有麻醉科、重症医学科、心脏大血管外科、心脏内科、心内科重症监护室、普儿科。**结论** 危重孕产妇救治形势严峻,管理难度增加。需完善救治体系,加强闭环管理,落实风险管控,按需配置多学科救治团队。

**【关键词】** 多学科会诊;危重孕产妇;医疗质量

中图分类号:R197.323;R714

文献标识码:B

Analysis and Strategies of Multidisciplinary Consultation for Critically Ill Pregnant and Puerperal Women/JIANG Zongjie, TONG Zhaoxia, MENG Lihui.//Chinese Health Quality Management, 2022, 29(4): 30-32, 38

**Abstract** **Objective** To analyze the multidisciplinary consultation data from a critically ill pregnant and puerperal women treatment center in Beijing to provide evidence for improving treatment quality. **Methods** The data of medical work report and critically ill pregnant and puerperal women multidisciplinary consultation were extracted from 2017 to 2020, inputted into Excel 2017 software, and analyzed by pivot table. **Results** From 2017 to 2020, a total of 338 cases of pregnant women applied for multidisciplinary consultation in the center. The proportion of pregnant women from Beijing area, urban pregnant women, pregnant women with a bachelor's degree or above, and pregnant women with a monthly income of more than 3000 yuan showed a decreasing trend. The proportion of critically ill pregnant women, the average age of pregnant women applying for consultation and the number of departments participating in consultation showed an increasing trend. The top 5 diseases of pregnant women applying for multidisciplinary consultation were mainly pregnancy complicated with heart disease, and pregnancy complicated with pulmonary hypertension ranked the first. The departments involved in maternal consultation mainly included anesthesiology, intensive care, cardiovascular surgery, cardiology, cardiology intensive care unit and general pediatrics. **Conclusion** The situation of treatment for critically ill pregnant women is severe and the management is more difficult. It needs to improve the medical treatment system, strengthen closed-loop management, implement risk management and control, and deploy multidisciplinary medical teams as needed.

**Key words** Multidisciplinary Consultation; Critically Ill Pregnant and Puerperal Women; Medical Quality

**First-author's address** Beijing Anzhen Hospital, Capital Medical University, Beijing, 100029, China

孕产妇死亡率是衡量一个国家或地区政治、经济、文化及卫生水平的重要指标之一<sup>[1]</sup>。《中国妇幼保健事业发

展报告(2019)》<sup>[2]</sup>显示,2018年,我国孕产妇病死率下降。但受生育政策放开等因素影响,伴有合并症等的高危孕产妇增加<sup>[3]</sup>。苏虹等研究<sup>[4]</sup>表明,“二孩政策”放开后,孕产妇因主客观原因所致的

DOI:10.13912/j.cnki.chqm.2022.29.04.08

姜宗杰 佟朝霞\* 孟黎辉 通信作者:佟朝霞

首都医科大学附属北京安贞医院 北京 100029

妊娠合并高血压、糖尿病、心脏病及甲状腺疾病等发病率明显上升,需联合多学科救治。有研究<sup>[5]</sup>表明,多学科协作治疗能够提高危重孕产妇救治的成功率。本研究对北京市某危重孕产妇救治中心2017年—2020年危重孕产妇多学科会诊情况进行汇总,以期为提升孕产妇救治质量提供依据。

## 1 资料来源与方法

回顾性分析北京市某危重孕产妇救治中心2017年—2020年医疗工作报表及孕产妇多学科会诊数据,包括患者分布地区、年龄、户籍、收入、学历等社会学特征以及多学科会诊参与科室、主要诊断分类等。将数据录入Excel 2017软件,运用数据透视表分析4年来数据的变化趋势。

## 2 结果

### 2.1 孕产妇基本情况

该中心2017年—2020年共计收治孕产妇9 927例,组织多学科会诊338例,占孕产妇总数的3.40%,见表1。

### 2.2 会诊孕产妇社会学特征

(1)分布地区。338例会诊孕产妇中:来自北京地区的孕产妇共计162例,占比47.9%,且呈逐年下降趋势;其他非北京地区的会诊孕产妇比例呈逐年上升趋势。见表2。

(2)年龄。2017年—2020年,该中心会诊孕产妇平均年龄分别为29.1岁、29.9岁、30.2岁、30.5岁,呈逐年增长趋势。

(3)其他。2017年—2020年,该中心会诊孕产妇城镇居民占比分别为75.2%、65.9%、61.1%、

49.7%;本科以上学历占比分别为48.2%、42.2%、38.9%、36.6%;月收入3 000元以上占比分别为78.8%、80.4%、74.3%、69.7%,呈逐年下降趋势。

### 2.3 会诊孕产妇合并疾病

2017年和2018年,多学科会诊孕产妇排名前5位的合并疾病诊断均包括肺动脉高压、三尖瓣反流、房间隔缺损、室间隔缺损、艾森曼格综合征。2019年,多学科会诊孕产妇排名前5位的合并疾病诊断增加了瘢痕子宫合并胎盘植入。2020年,

多学科会诊孕产妇排名前5位的合并疾病诊断增加了A型主动脉夹层和妊娠糖尿病。2017年—2020年,多学科会诊孕产妇合并疾病诊断例数最多的均为肺动脉高压。见表3。

### 2.4 会诊科室分布

总体来看,2017年—2020年,参与孕产妇会诊科室平均数量为5.0个、4.7个、6.4个、6.5个;参与科室主要有6个,分别为麻醉科(279次)、重症医学科(266次)、心脏大血管外科(185次)、心脏内科(150次)、心脏内科重症监护室(98次)、

表1 2017年—2020年孕产妇收治基本情况

年份(年)	孕产妇总数(例)	危重孕产妇(例)	危重孕产妇比例(%)	会诊孕产妇(例)	全院会诊孕产妇比例(%)
2017	2 776	559	20.14	69	2.49
2018	2 538	385	15.17	87	3.43
2019	2 682	503	18.75	106	3.95
2020	1 931	389	20.15	76	3.94

表2 2017年—2020年多学科会诊孕产妇分布地区(前8位)

排名	2017年(n=69)		2018年(n=87)		2019年(n=106)		2020年(n=76)	
	地区	会诊例数(占比)	地区	会诊例数(占比)	地区	会诊例数(占比)	地区	会诊例数(占比)
1	北京	52(75.4%)	北京	42(48.3%)	北京	41(38.7%)	北京	27(35.5%)
2	河北	6(8.7%)	河北	12(13.8%)	河北	19(17.9%)	河北	12(15.8%)
3	山东	2(2.9%)	山东	5(5.7%)	山东	7(6.9%)	山东	5(6.6%)
4	黑龙江	1(1.4%)	河南	4(4.6%)	河南	6(5.7%)	河南	4(5.3%)
5	河南	1(1.4%)	黑龙江	3(3.4%)	山西	5(4.7%)	黑龙江	4(5.3%)
6	天津	1(1.4%)	山西	3(3.4%)	黑龙江	4(3.8%)	山西	3(3.9%)
7	辽宁	1(1.5%)	辽宁	3(3.4%)	辽宁	4(3.8%)	内蒙	3(3.9%)
8	湖北	1(1.4%)	内蒙	3(3.4%)	内蒙	4(3.8%)	安徽	3(3.9%)

注:由于前8位反映出的问题较明显,故选取。

表3 2017年—2020年会诊孕产妇合并疾病诊断(前5位)

排名	2017年		2018年		2019年		2020年	
	疾病名称	例数(例)	疾病名称	例数(例)	疾病名称	例数(例)	疾病名称	例数(例)
1	肺动脉高压	38	肺动脉高压	25	肺动脉高压	44	肺动脉高压	32
2	三尖瓣返流	17	艾森曼格综合征	8	房间隔缺损	14	房间隔缺损	17
3	房间隔缺损	12	房间隔缺损	6	瘢痕子宫合并胎盘植入	13	A型主动脉夹层	8
4	艾森曼格综合征	9	室间隔缺损	6	室间隔缺损	10	妊娠糖尿病	7
5	室间隔缺损	8	三尖瓣返流	6	艾森曼格综合征	7	艾森曼格综合征	6

普儿科(95次)。从各年份来看,参与会诊次数排名前4位的科室相对固定,包括麻醉科、重症医学科、心脏大血管外科、心脏内科。2019年和2020年,手术室和输血科会诊次数明显增加,见表4。

### 3 讨论

#### 3.1 需完善危重孕产妇救治体系

统计数据显示,该中心2017年—2020年收治孕产妇数量总体呈下降趋势,2017年孕产妇总数最多。这与我国“二孩政策”实施有关。但受生活压力增加等影响,孕产妇总数下降。然而,危重孕产妇比例、申请会诊孕产妇平均年龄、平均参与会诊科室数量却呈增长趋势,说明危重孕产妇救治压力依旧较大。对此,医院管理部门应提高重视程度,结合自身特点,积极完善危重孕产妇救治体系,同时加强制度建设,提升医护人员专业技能。

#### 3.2 需加强闭环管理

2017年—2020年该中心来自北京地区的孕产妇占比逐年降低,城镇孕产妇占比、本科及以上学历孕产妇占比、月收入3000元以上孕产妇占比也呈逐年下降趋势,但孕产妇平均年龄却在增长。这从侧面反映了孕产妇管理难度提升,如病情交流、产后随访等。对此,医院管理者应予以重视,需完善孕产妇首次就诊到产后42d的全流程管理体系,并健全监管机制,尤其是在高危孕产妇专项管理上,建议从高危建档、五色球风险管理、定期随访等各环节选派专人负责,落实台账管理,实现管理闭环。

#### 3.3 需落实风险管理

2017年—2020年,该中心申请

表4 2017年—2020年孕产妇多学科会诊科室(前10位)

排名	2017年		2018年		2019年		2020年	
	科室	次数(次)	科室	次数(次)	科室	次数(次)	科室	次数(次)
1	麻醉科	62	麻醉科	61	麻醉科	91	麻醉科	65
2	重症医学科	61	重症医学科	58	重症医学科	84	重症医学科	63
3	心脏大血管外科	48	心脏大血管外科	51	心脏大血管外科	54	心脏内科	36
4	心内科重症监护室	46	心脏内科	44	心脏内科	36	心脏大血管外科	32
5	心脏内科	34	普儿科	22	手术室	27	普儿科	30
6	普儿科	17	心内科重症监护室	19	普儿科	26	手术室	15
7	呼吸科	16	风湿免疫科	7	心内科重症监护室	19	心内科重症监护室	14
8	心脏外科	6	呼吸科	7	体外循环	11	输血科	9
9	风湿免疫科	5	ICU	4	心脏外科	11	泌尿外科	5
10	心脏内科 (电生理专业)	3	心脏内科 (电生理专业)	4	输血科	10	风湿免疫科	4

注:该中心心内科重症监护室为独立科室。

多学科会诊的孕产妇前5位疾病诊断基本固定,以危重症为主。2020年,申请多学科会诊孕产妇前5位合并疾病诊断中,首次出现了妊娠合并A型主动脉夹层,均为外院患者急诊转入。有研究<sup>[6]</sup>表明,该类疾病院前死亡率达53%,死亡风险以每小时1%~3%的速度递增<sup>[7]</sup>。该类疾病起病急、病情进展快,对临床诊疗水平、救治流程提出了挑战。一项国外研究<sup>[9]</sup>发现,死亡孕产妇均经历了各种各样的延迟,最常发生的延迟为医院延迟。因此,医院管理部门应做到风险前置,结合申请多学科会诊的孕产妇疾病诊断情况,畅通绿色通道,建立有效的组织协调机制,并制定完善各类急危重症应急预案。2020年,该院要求每一例孕产妇抢救均需医务处参与并牵头组织。同年份收治的8例妊娠合并A型主动脉夹层孕产妇急诊接诊至手术开台所需时间由2019年平均697min缩短至2020年的227min,且均抢救成功。

#### 3.4 应按需配置多学科救治团队

2017年—2020年该中心申请多学科会诊的孕产妇排名前5位的合并疾病诊断以妊娠合并心脏病为主,且妊娠合并肺动脉高压和妊娠合并

先天性心脏病占比较高。妊娠合并先天性心脏病是1995年—2017年北京市孕产妇首位死亡原因<sup>[9]</sup>,而肺动脉高压被美国妇产科医师学会定义为妊娠禁忌<sup>[10]</sup>。这表明该院孕产妇救治形势严峻。对此,建议该院合理配置医疗资源,组建多学科救治团队。一方面,完善治疗环节团队建设。该院应汇总分析孕产妇多学科会诊相关数据,以会诊需求占比达20%以上的6个科室、疾病诊断排名前5的病种对应的诊疗科室为基本架构,挖掘院内医疗资源,组建相对固定的多学科救治团队,并明确职责。另一方面,完善辅助环节团队建设。本研究结果显示,2019年和2020年,参与孕产妇会诊的前10位科室中,出现了输血科和手术室,这与瘢痕子宫合并胎盘植入、妊娠合并A型主动脉夹层等危重病例明显增多有关。这也提示在固定临床救治团队的同时,提高医技、医辅科室的快速反应能力至关重要。对此,医院应建立输血科、检验科、超声科、医学影像科等医技、医辅科室的快速反应团队。各科室选取1名联系人,主要负责及时开通孕产妇抢救绿色通道,为临床科室提供快速、高效、精准的辅助保障。

(下转第38页)

保障诊疗方案科学全面的关键。相关研究表明,大型综合医院门诊组织实施多学科联合疑难病例讨论使明确诊断率提高了61.35%,疑难病例治疗效果也得到明显提升<sup>[10]</sup>。当解决疑难病例所需要的诊疗能力或医疗设备条件超出本科室或本医疗机构诊疗能力范围时,应邀请相关科室或医疗机构外人员参加,确保为患者制定相对科学、全面的诊疗方案<sup>[11]</sup>。

### 3.3 规范讨论程序,推进制度落实

在推行主诊医师负责制的背景下,主诊医师负责患者的全流程诊疗工作,对疑难危重患者负首要责任。然而,当医疗组的主诊医生不是科主任时,与医疗核心制度所要求的“科主任是第一责任主体”相矛盾,致使在疑难病例讨论实施过程中,权责分配不够明晰,无形中为制度落实增加了阻力。由此可见,医疗机构疑难病例讨论制度的实施仍需严格规范,在不断健全制度的基础上,进一步明确权责分配,协调人员配合,在实践中不断完善。

### 3.4 以案例教学,提升医师诊疗水平

疑难病例讨论以临床中的复杂病例为背景资料,在讨论中找到最佳诊疗方案,保障患者安全,这无疑是一种高效的教学方式,对规培住院医师以及各级医师拓宽思路、积累经验、提高诊疗水平具有重要意义。承担教学任务的医院更应严格执行疑难病例讨论制度,在制度执行基础上,充分发挥其临床教学作用,从而为临床培养输送优秀人才<sup>[12]</sup>。

#### 参考文献

[1] 林伟,鲍向红,贺超,等.医疗纠纷的原因分析与防范措施[J].中国卫生质量管理,2011,18(4):46-47.  
 [2] 国家卫生健康委员会.医疗质量安全核心制度要点[Z].2018.  
 [3] 林雪玉,李雯.1552例医疗纠纷调查分析[J].中国医院,2015,19(2):61-62.  
 [4] 吴兴龙,黄佳佳,谭娜,等.婴幼儿58例死亡原因尸检病理和医疗纠纷原因分析[J].中华实用儿科临床杂志,2014,29(6):431-435.  
 [5] 中华人民共和国全国人民代表大会.中华人民共和国民法典[S].2021.

[6] 国家卫生健康委员会.医疗质量管理实施办法[Z].2016.

[7] 国务院.医疗事故处理条例[Z].2002.

[8] 刘晋才.医务人员需重视病案的法律证据作用[J].中国病案,2007,8(1):25-26.

[9] 钱斌,鲍颖芳,顾晓峰,等.病案管理中存在的医患纠纷隐患与改进对策[J].管理观察,2019(14):178-179.

[10] 陈亚平.某三甲医院门诊疑难病例会诊现状分析与探讨[D].长沙:中南大学,2014.

[11] 赖力英,赖伊杰,周煜,等.如何提高临床疑难病例讨论的效率[J].疑难病杂志,2018,17(11):1189-1191.

[12] 冯志红,黄海霞,王涛,等.疑难病例讨论在临床教学中的运用[J].医学教育管理,2017,3(1):60-63.

通信作者:

应娇茜:中日友好医院医务处处长兼门诊部主任  
 E-mail:13521602037@126.com

收稿日期:2021-03-31

修回日期:2021-06-28

责任编辑:吴小红

(上接第32页)

### 3.5 本研究局限与展望

本研究数据为单中心数据,后续研究应考虑分析多中心相关数据,建立院际危重孕产妇救治网络。同时,本研究数据来源于2017年—2020年,随着我国“三孩政策”的实施,后续研究还需考虑分析政策实施后危重孕产妇的变化情况,以及时、合理调配医疗资源。

#### 参考文献

[1] 韩炜,胡盈,石紫云,等.急危重孕产妇三级抢救网络平台搭建与运行实践[J].中国卫生质量管理,2016,23(3):33-35.  
 [2] 中国妇幼健康事业发展报告(2019)(一)[J].中国妇幼卫生杂志,2019,10(5):1-8.

[3] 王维嘉,裴丽红,高劲松,等.三级综合医院高风险孕产妇特点及救治经验[J].中国医学科学院学报,2021,43(6):865-868.

[4] 苏虹,李冬云,徐敏,等.“全面二孩”政策前后高危门诊就诊情况分析[J].云南医药,2020,41(6):598-600.

[5] 汤振宇,夏经纬,李雪莲,等.2013—2018年上海市中心城区危重孕产妇发生情况[J].中国妇幼保健,2021,36(10):2378-2380.

[6] 褚黎,张军,李燕娜,等.妊娠合并主动脉夹层24例临床分析[J].中华妇产科杂志,2017,52(1):32-39.

[7] 雷卫平,黄娅琴,陶守君,等.Stanford A型主动脉夹层动脉瘤破裂产妇产前并深低温循环Bentall手术一例[J].临床麻醉学杂志,2018,34(10):1034-1035.

[8] 陈如意,邵勇.孕产妇危重事件

发生率及防控策略研究进展[J].国际妇产科学杂志,2020,47(2):182-185.

[9] 于莹,沈汝冈,刘凯波,等.北京市1995—2017年妊娠合并心脏病孕产妇死亡分析[J].中国生育健康杂志,2020,31(1):15-19.

[10] 吕籽,漆洪波.美国妇产科医师学会“妊娠合并心脏病管理指南(2019)”解读[J].中华产科急救电子杂志,2020,9(3):161-169.

通信作者:

佟朝霞:首都医科大学附属北京安贞医院质效部研究员  
 E-mail:gegetong@126.com

收稿日期:2021-06-15

修回日期:2021-10-20

责任编辑:任红霞