

东莞市厚街医院6年分娩情况分析

郑穗瑾^{*#}, 章小东, 黄文欢, 尹艳丹, 黄晓芸, 尹月娥, 刘 亮, 叶敏欢, 伦思敏, 陈楚填, 李文忠, 方焕仪

广东药科大学附属第六医院妇产科, 广东 东莞

收稿日期: 2025年9月23日; 录用日期: 2025年10月16日; 发布日期: 2025年10月24日

摘 要

目的: 探讨2015年至2020年我院住院分娩的变化趋势, 分析孕产妇基本特征及常见妊娠并发症的发生情况, 为优化产科服务与管理提供依据。方法: 采用回顾性研究方法, 分析我院共21,177例分娩产妇的临床资料, 涵盖分娩方式、年龄构成、高危因素及妊娠相关并发症等关键指标。结果: 分娩总量呈逐年下降趋势, 高龄孕妇和高危妊娠比例逐年上升; 常见妊娠并发症包括疤痕子宫、妊娠期糖尿病、羊水异常及胎膜早破; 新生儿性别比例显示女婴略多, 男:女约为100:115~120。结论: 尽管国家陆续实施二孩及三孩政策, 生育意愿未明显增强, 产妇结构和妊娠风险的变化对产科管理带来新的挑战, 亟需加强对高龄及高危孕产妇的监测与干预, 提升整体围产期照护质量。

关键词

产科, 分娩, 回顾性分析

Analysis of Delivery Conditions in Dongguan Houjie Hospital over Six Years

Suijin Zheng^{*#}, Xiaodong Zhang, Wenhuan Huang, Yandan Yin, Xiaoyun Huang, Yue'e Yin, Liang Liu, Minhuan Ye, Simin Lun, Chutian Chen, Wenzhong Li, Huanyi Fang

Department of Obstetrics and Gynecology, The Sixth Affiliated Hospital of Guangdong Pharmaceutical University, Dongguan Guangdong

Received: September 23, 2025; accepted: October 16, 2025; published: October 24, 2025

Abstract

Objectives: To explore the changing trends of in-hospital deliveries in our hospital from 2015 to

^{*}第一作者。

[#]通讯作者。

文章引用: 郑穗瑾, 章小东, 黄文欢, 尹艳丹, 黄晓芸, 尹月娥, 刘亮, 叶敏欢, 伦思敏, 陈楚填, 李文忠, 方焕仪. 东莞市厚街医院 6 年分娩情况分析[J]. 临床医学进展, 2025, 15(10): 2252-2261. DOI: 10.12677/acm.2025.15103008

2020, analyze the basic characteristics of pregnant women and the incidence of common pregnancy complications, and provide a basis for optimizing obstetric services and management. **Methods:** A retrospective study was conducted to analyze the clinical data of a total of 21,177 parturients who delivered in our hospital, covering key indicators such as delivery mode, age composition, high-risk factors, and pregnancy-related complications. **Results:** The total number of deliveries showed a decreasing trend year by year, while the proportions of elderly pregnant women and high-risk pregnancies increased annually. Common pregnancy complications included scarred uterus, gestational diabetes mellitus (GDM), abnormal amniotic fluid, and premature rupture of membranes (PROM). The neonatal gender ratio showed a slight predominance of female infants, with a male-to-female ratio of approximately 100:115~120. **Conclusions:** Despite the successive implementation of the two-child and three-child policies in China, fertility willingness has not increased significantly. Changes in the structure of parturients and pregnancy risks have brought new challenges to obstetric management. It is urgent to strengthen the monitoring and intervention for elderly and high-risk pregnant women, and improve the overall quality of perinatal care.

Keywords

Obstetrics, Delivery, Retrospective Analysis

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

近年来,中国人口结构发生了深刻变化,生育观念、家庭结构与妇幼健康需求也随之调整。随着 2016 年全面二孩政策的实施及 2021 年三孩政策的推出,国家层面积极推动提高生育率,以应对老龄化社会与人口红利减少的问题[1]。然而,政策放宽并未带来预期中的出生高峰,国家统计局显示,新生儿数量仍持续下降[2],显示出公众在生育决策上的犹豫与谨慎。这种趋势不仅反映了育龄夫妇对经济负担、职业压力与育儿资源可及性等因素的考量,也对医疗服务系统提出了新的挑战。

在此背景下,产科工作面临着双重压力:一方面需满足分娩总量减少但服务质量提升的需求,另一方面需应对孕妇群体结构的变化,尤其是高龄产妇与高危妊娠比例的逐年上升。高龄妊娠与多种并发症的发生密切相关,如妊娠期糖尿病、妊娠高血压、羊水异常及胎膜早破等,不仅增加了围产期管理难度,也对母婴健康结局构成潜在威胁。此外,疤痕子宫的管理也成为临床关注的重点,特别是在剖宫产率居高不下的背景下,如何合理评估再妊娠风险与分娩方式选择,成为当前产科决策中的关键议题。

本研究基于东莞市厚街医院 2015 至 2020 年间共 21,177 例住院分娩病例的临床数据,旨在系统分析该地区近年来分娩数量、孕产妇构成及妊娠并发症的变化趋势。通过回顾这些数据,本文将进一步探讨母亲年龄、健康状况及妊娠风险等级对分娩方式与结局的影响,并从社会经济与文化角度分析影响育龄女性生育选择的潜在因素。研究结果有助于识别产科管理中亟需关注的问题,为临床实践提供数据支持,也为制定更具针对性的母婴健康政策提供实证依据。

2. 方法

2.1. 研究设计与资料来源

本研究为一项回顾性横断面研究,纳入自 2010 年 1 月 1 日至 2020 年 12 月 31 日期间在我院分娩的

住院产妇共 21,177 例。所有资料均来自医院电子病历系统,涵盖产妇人口学特征、妊娠结局及并发症记录。

2.2. 统计指标

提取并分析的主要统计指标包括: (1) 一般人口学资料: 孕妇分娩时年龄、孕次、产次; (2) 妊娠与分娩相关指标: 分娩方式(自然分娩、剖宫产、产钳助产等)、胎数(单胎或双胎)、新生儿性别、新生儿出生体重; (3) 妊娠及分娩并发症: 包括妊娠期高血压疾病、妊娠期糖尿病、胎膜早破、羊水异常(羊水过多/羊水过少)、胎盘相关疾病(前置胎盘、胎盘早剥)等; (4) 分娩期并发症: 包括产后出血(阴道分娩 ≥ 500 mL, 剖宫产 ≥ 1000 mL)、会阴裂伤、宫腔感染等。所有疾病诊断依据《疾病和有关健康问题的国际统计分类第十版(ICD-10)》标准进行分类与编码。

2.3. 资料整理与分析方法

将 2010 年至 2020 年共 11 年资料进行逐年统计与对比分析,并结合 6 年内的变化趋势进行归纳总结,以了解产科诊疗模式与围产期结局变化情况,分析分娩方式、并发症发生率的年度变动趋势。

2.4. 统计学方法

采用 SPSS 26.0 统计软件进行数据整理与分析。计量资料: 正态分布者以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验或单因素方差分析(ANOVA);非正态分布资料以中位数(M)和四分位数间距(P25, P75)表示,比较采用非参数检验(Mann-Whitney U 检验或 Kruskal-Wallis 检验)。计数资料: 以频数和百分比(n, %)表示,组间比较采用卡方检验(χ^2 检验),必要时采用 Fisher 确切概率法。所有检验均为双侧检验,以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

3. 结果

3.1. 我院 6 年内分娩量的变化

2015~2020 年期间,研究范围内的分娩量合计为 21,177 例,各年度分娩量呈现“前期平稳波动、后期逐年下降”的整体趋势,见表 1。从年度数据分布来看,2015~2017 年分娩量处于相对稳定区间,三年数据分别为 3773 例、3681 例、3779 例,年度间波动幅度较小,未出现明显增长或下降趋势。2018 年起,分娩量开始进入下降通道,分娩量降至 3396 例,较 2017 年减少 383 例;2019 年虽略有回升,但仍低于 2015~2017 年的平均水平(3744 例);2020 年分娩量进一步降至 3115 例,为 6 年间最低值。

Table 1. Changes in the number of deliveries over six years

表 1. 我院 6 年内分娩量的变化

合计	年份					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
21,177	3773	3681	3779	3396	3573	3115

3.2. 分娩年龄

2015~2020 年产妇年龄呈现“平均年龄稳步攀升、低龄产妇占比持续收缩、高龄产妇占比逐步扩容”的特征,见表 2。2015 年产妇平均年龄为 27.58 ± 5.23 岁,2016~2020 年逐年上升,2020 年达 29.76 ± 5.46 岁,6 年间提升 2.18 岁;从各年龄段占比变化看,低龄产妇(<30 岁)占比从 2015 年的 67.1% (2504 例)逐年下降至 2020 年的 49.8% (1466 例),首次跌破 50%,中高龄产妇(30~35 岁)占比则从 2015 年的 25.9%

(967 例)升至 2020 年的 36.0% (1060 例), 成为仅次于低龄产妇的第二大群体。

Table 2. Maternal age at delivery
表 2. 分娩年龄

产妇年龄(岁)							
平均年龄	28.79 ± 5.45	27.58 ± 5.23	28.33 ± 5.28	29.02 ± 5.46	28.98 ± 5.53	29.33 ± 5.50	29.76 ± 5.46
<30	12,183 (57.5)	2504 (67.1)	2308 (62.3)	2093 (54.7)	1904 (56.0)	1908 (53.4)	1466 (49.8)
30~35	6545 (30.9)	967 (25.9)	1022 (27.6)	1242 (32.5)	1080 (31.8)	1174 (32.8)	1060 (36.0)
35~40	2002 (9.5)	221 (5.9)	313 (8.5)	416 (10.9)	323 (9.5)	394 (11.0)	335 (11.4)
>40	445 (2.1)	42 (1.1)	61 (1.6)	72 (1.9)	90 (2.6)	98 (2.7)	82 (2.8)

3.3. 分娩产次

2015~2020 年产妇分娩 2 次(49.4%, 10,466 例)占绝对主导, 见表 3。年度变化上, 分娩 2 次受 2016 年全面二孩政策驱动, 从 2015 年 45.9%升至 2018 年 52.7%的峰值, 后小幅回落至 2020 年 47.5%; 分娩 1 次在 32.3%~38.4%区间小幅波动; 三孩及以上产次长期稳定在 14.5%~17.3%, 未出现明显增长。整体而言, 数据与生育政策时间线高度契合。

Table 3. Gravidity and parity
表 3. 分娩产次

1	7357 (34.7)	1434 (38.4)	1328 (35.9)	1240 (32.4)	1098 (32.3)	1222 (34.2)	1035 (35.2)
2	10,466 (49.4)	1715 (45.9)	1813 (48.9)	2017 (52.7)	1733 (51.0)	1790 (50.1)	1398 (47.5)
>3	3269 (15.4)	579 (15.5)	556 (15.0)	555 (14.5)	526 (15.5)	543 (15.2)	510 (17.3)

3.4. 分娩方式

2015~2020 年产妇分娩方式整体呈“自然分娩主导、剖宫产占比稳定”的特征, 未出现显著波动, 见表 4。自然分娩累计 14,257 例, 占比 67.3%; 剖宫产累计 6888 例, 占比 32.5%, 约为自然分娩的一半。自然分娩占比在 66.3%~69.2%区间小幅调整, 整体保持稳定; 剖宫产占比则对应应在 30.6%~33.7%区间波动, 未出现持续上升或下降趋势。反映出该阶段分娩方式选择相对理性, 自然分娩作为优先推荐方式的地位稳固, 剖宫产占比在合理范围, 未出现过度剖宫产的情况。

Table 4. Mode of delivery
表 4. 分娩方式

自然分娩	14,257 (67.3)	2547 (68.2)	2562 (69.2)	2551 (66.7)	2262 (66.6)	2383 (66.7)	1952 (66.3)
剖宫产	6888 (32.5)	1181 (31.6)	1132 (30.6)	1263 (33.0)	1130 (33.3)	1191 (33.3)	991 (33.7)

3.5. 胎儿类型

2015~2020 年胎儿类型呈现“单胎绝对主导、双胎占比极低且稳定”的特征, 见表 5。单胎妊娠累计 20,919 例, 占比高达 98.8%; 双胎妊娠累计仅 258 例, 占比仅 1.2%, 规模远低于单胎。单胎占比始终维持在 98.3%~99.2%的高位区间, 稳定性强; 双胎占比则对应应在 0.8%~1.7%的极低区间, 虽有小幅波动, 但整体占比始终未突破 2%。

Table 5. Fetal type by number
表 5. 胎儿类型

单胎	20,919 (98.8)	3700 (99.1)	3647 (98.5)	3761 (98.3)	3370 (99.2)	3534 (98.9)	2907 (98.8)
双胞胎	258 (1.2)	34 (0.9)	57 (1.5)	64 (1.7)	27 (0.8)	40 (1.1)	36 (1.2)

3.6. 瘢痕子宫

2015~2020 年疤痕子宫情况呈现以下特征，见表 6：非疤痕子宫的比例占绝大多数(82.9%)，而疤痕子宫的比例相对较低(17.81%)。从年度数据来看，非疤痕子宫的比例大致保持在 80.1%~83.13%之间。

Table 6. Uterine scar
表 6. 疤痕子宫

否	17,588 (82.9)	3216 (85.2)	3060 (83.13)	3027 (80.1)	2751 (81.11)	2993 (82.09)	2541 (81.57)
是	3789 (17.81)	557 (14.76)	621 (16.87)	752 (19.90)	645 (18.89)	640 (17.91)	574 (18.43)

3.7. 妊娠期糖尿病

2015~2020 年妊娠糖尿病数据整体呈现“非 GDM 产妇占绝大多数、GDM 发生率逐年上升”的特征，见表 7。从累计分布看，非 GDM 产妇累计 18,499 例，占比 86.65%，是主流群体；GDM 产妇累计 2818 例，占比 13.35%。

Table 7. Gestational diabetes mellitus (GDM)
表 7. 妊娠糖尿病

否	18,499 (86.65)	3361 (85.1)	3252 (88.35)	3320 (87.85)	2981 (87.78)	3030 (84.8)	2555 (82.02)
是	2818 (13.35)	412 (14.9)	429 (11.65)	459 (12.15)	415 (12.22)	543 (15.20)	560 (17.98)

3.8. 妊娠期高血压

2015~2020 年妊娠高血压发生数据呈现“非妊娠高血压产妇占主导、妊娠高血压发生率长期稳定且小幅波动”的特征，见表 8。从累计数据看，非妊娠高血压产妇累计 20,345 例，占比高达 95.43%；妊娠高血压产妇累计仅 972 例，占比 4.57%，整体发生率处于较低水平。从年度变化来看，非妊娠高血压产妇占比始终维持在 94.76%~96.03%的高位区间，稳定性强；妊娠高血压发生率在 3.97%~5.24%区间小幅波动，无持续上升或下降的长期趋势。

Table 8. Gestational hypertension
表 8. 妊娠高血压

否	20,345 (95.43)	3597 (95.34)	3535 (96.03)	3611 (95.55)	3218 (94.76)	3419 (95.69)	2965 (95.18)
是	972 (4.57)	176 (4.66)	146 (3.97)	168 (4.45)	178 (5.24)	154 (4.31)	150 (4.82)

3.9. 胎膜早破

2015~2020 年胎膜早破数据呈现“非 PROM 产妇占多数、PROM 发生率小幅波动上升”的特征，见表 9。从累计分布看，非 PROM 产妇累计 17,865 例，占比 84.4%，是主流群体；PROM 产妇累计 3312 例，占比 15.6%。

Table 9. Premature rupture of membranes (PROM)**表 9.** 胎膜早破

否	17,865 (84.4)	3216 (86.1)	3146 (84.9)	3207 (83.8)	2895 (85.2)	2978 (83.3)	2423 (82.3)
是	3312 (15.6)	518 (13.9)	558 (15.1)	618 (16.2)	502 (14.8)	596 (16.7)	520 (17.7)

3.10. 羊水异常

2015~2020 年呈现“羊水正常产妇占主导”的特征，仅 2015 年数据存在特殊波动，见表 10。非羊水异常产妇累计 17,662 例，占比 83.4%，是主流群体；羊水异常产妇累计 3187 例。除 2015 年外，其余年份数据稳定：2016~2020 年羊水异常发生率对应应在 17.6%~18.9% 区间，无明显上升或下降趋势。

Table 10. Amniotic fluid abnormalities**表 10.** 羊水异常

否	17,662 (83.4)	3400 (91.1)	3017 (81.5)	3143 (82.2)	2780 (81.8)	2898 (81.1)	2424 (82.4)
是	3187 (18.1)	615 (18.0)	687 (18.5)	682 (17.8)	617 (18.2)	676 (18.9)	519 (17.6)

3.11. 产后出血

2015~2020 年产后出血呈现“非 PPH 产妇占主导、PPH 发生率低水平稳定”的特征，见表 11。从累计分布看，非 PPH 产妇累计 20,659 例，占比高达 97.6%；PPH 产妇累计仅 518 例，占比 2.4%。从年度变化来看，PPH 发生率始终在 2.1%~2.8% 的窄区间内小幅波动，无持续上升或下降的长期趋势。

Table 11. Postpartum hemorrhage (PPH)**表 11.** 产后出血

否	20,659 (97.6)	3635 (97.3)	3626 (97.9)	3743 (97.9)	3315 (97.6)	3478 (97.3)	2862 (97.2)
是	518 (2.4)	99 (2.7)	78 (2.1)	82 (2.1)	82 (2.4)	96 (2.7)	81 (2.8)

3.12. 新生儿性别

2015~2020 年新生儿性别比基本均衡，见表 12。男性新生儿占比略高于女性，6 年间男性新生儿占比约 53.3%；女性新生儿占比约 46.7%，无明显失衡趋势。

Table 12. Neonatal gender**表 12.** 新生儿性别

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
性别	3768 (17.6)	3745 (17.5)	3825 (17.9)	3422 (16.0)	3613 (16.9)	2979 (14.0)
男	2036 (54.0)	2047 (54.7)	2072 (54.2)	1812 (53.0)	1870 (51.8)	1612 (54.1)
女	1732 (46.0)	1698 (45.3)	1753 (45.8)	1610 (47.0)	1743 (48.2)	1367 (45.9)

3.13. 新生儿体重

2015~2020 年新生儿体重数据呈现“平均体重稳定、正常体重儿占绝对主导、低体重与巨大儿占比低且波动小”的特征，见表 13。从平均体重看，6 年间新生儿平均体重始终稳定在 3160~3200 g 区间，无显著年度差异。从体重分层占比看，正常体重儿是绝对主流，累计占比 91.4% (19,518 例)；低出生体重儿累

计占比 5.9% (1262 例); 巨大儿累计占比 2.7% (570 例), 后两者占比长期处于低水平。整体而言, 2015~2020 年新生儿体重结构稳定且合理。

Table 13. Birth weight (g)
表 13. 新生儿体重(g)

平均体重	3173.18 ± 466.28	3164.66 ± 469.38	3163.55 ± 468.57	3176.43 ± 454.38	3196.72 ± 455.71	3160.27 ± 473.55	3180.50 ± 476.76
<2500	1262 (5.9)	233 (6.2)	239 (6.4)	181 (4.7)	189 (5.5)	233 (6.4)	187 (6.3)
2500~4000	19,518 (91.4)	3438 (91.2)	3406 (90.9)	3527 (92.2)	3136 (91.6)	3296 (91.2)	2715 (91.1)
>4000	570 (2.7)	95 (2.5)	100 (2.7)	117 (3.1)	97 (2.8)	84 (2.3)	77 (2.6)

4. 讨论

4.1. 分娩特点

我院 2015~2020 年共分娩 21,177 例, 分娩量于 2015 年、2017 年两次达到高峰, 其中 2017 年受全面二孩政策影响较此前略增 3.2%, 但自 2019 年起呈持续下降趋势, 至 2022 年总降幅达 17%; 这一变化与全国生育趋势高度吻合, 从全国范围来看, 2014 年单独二孩政策实施后, 2016 年全面二孩政策进一步推动生育, 在 2015 年、2017 年形成短暂的出生小高峰, 然而整体生育率仍持续走低, 出生人口逐年下降, 与 2015 年相比, 后续每年出生人数的下降幅度大约为 21%, 即便 2020 年放开三孩政策, 无论是我院分娩量还是全国出生人口, 均未出现有效回升, 充分体现出当前出生人口持续下降的整体现状。

4.2. 生育年龄

近 6 年来, 我院孕妇平均分娩年龄呈现显著上升趋势, 从 27.58 岁增至 29.76 岁, 30 岁以下孕妇比例大幅下降, 由 67.1%降至 49.8%; 与此同时, 高龄产妇比例持续攀升, 35 岁以上产妇占比从 5.9%升至 11.4%, 40 岁以上产妇比例也从 1.1%提升至 2.8%。这一趋势与全球生育年龄普遍推迟的现状相符, 且在发达国家表现尤为显著。国内研究亦印证了这一变化, 如陆蓓亦等学者基于 2013~2017 年分娩数据的分析显示, 我国高龄产妇(≥ 35 岁)比例已从 7%上升至 12.3% [3]。而本研究数据进一步呈现出类似规律: 2015 年时, 我院 30 岁以下分娩孕妇占比高达 67.1%, 至 2020 年该比例降至 48%; 35 岁及以上高龄产妇比例则从 2015 年的 11.6%增长至 2020 年的 14.2%, 其中 40 岁以上产妇近三年占比稳定维持在 2.8%, 这一数值已明显高于 2015 年国家统计局公布的全国 ≥ 35 岁分娩产妇比例(8.3%) [2]。

孕妇分娩年龄的上述变化, 与我国长期实施独生子女政策导致育龄妇女数量减少、2016 年全面二孩政策实施后公众生育观念转变密切相关。值得关注的是, 随着高龄产妇比例上升, 妊娠及分娩并发症的发生风险也随之增加, 这提示各级围产保健机构需高度重视高龄孕产妇管理工作, 进一步加强监测与干预, 以切实保障母婴安全。

4.3. 疤痕子宫

我院产妇分娩胎次分布呈现稳定特征, 其中初产妇占比长期稳定在 32.3%~38.4%之间, 二胎分娩始终占据主导地位, 占比维持在 47.4%~52.7%; 三胎分娩占比则略有上升, 目前已达 17.3%, 较三孩政策实施前增加约 2%。近年来, 随着临床剖宫产率的持续上升, 疤痕子宫的发生率也呈逐年增长趋势, 已成为当前妊娠合并症与并发症中的突出问题之一。据相关报道, 疤痕子宫的发生率在 14.9%至 20.1%之间, 且在所有妊娠合并症及并发症中位列首位; 在部分医疗机构中, 疤痕子宫更是成为剖宫产的主要原因, 其

占比约为剖宫产总原因的 44%。

尽管目前已有部分医疗机构开展疤痕子宫妊娠阴道试产(TOLAC)，但由于产妇对试产风险及可能失败的顾虑，许多人仍倾向于选择再次剖宫产。已有研究明确指出，剖宫产术后再次妊娠时选择阴道试产，是降低整体剖宫产率的有效途径，成功的阴道分娩还能减少重复剖宫产带来的风险。不过，TOLAC 的实施需遵循严格的筛选标准，并配备完善的医疗支持，才能切实保障母婴安全[4]。若要从源头上减少疤痕子宫的发生，降低首次剖宫产的比例至关重要。这一方面需要加强对剖宫产适应证的严格把控，坚决避免不必要的剖宫产手术；另一方面需进一步提高医务人员与孕妇对阴道分娩安全性的认知。此外，建立完善的产前评估体系与风险管理机制，同样是提升阴道分娩率、降低剖宫产率的关键举措[5]。

4.4. 分娩方式

我院分娩方式以自然分娩为主，占比在 66.3%至 68.2%之间，平均值为 67.3%；与之相对，剖宫产占比为 32.5%。数据对比显示，当前剖宫产率较以往呈现上升态势，反映出手术分娩的发生频率正逐步增加。

4.5. 胎儿类型

我院妊娠胎数分布特征显著，以单胎妊娠为主，占比高达 98.8%；双胎妊娠占比则在 1.2%左右。

4.6. 疤痕子宫

我院疤痕子宫比例呈现上升趋势，从 14.76%增长至 19.90%，这一变化提示剖宫产后再次妊娠的女性数量正逐步增多。

4.7. 妊娠糖尿病

从全国范围来看，妊娠糖尿病(GDM)发生率呈现逐年上升趋势，目前介于 10.92%至 17.98%之间。这一趋势与我院的情况高度相符，一方面得益于我院对糖尿病筛查工作的日益规范化，另一方面也反映了 GDM 实际发病率的增长态势。具体来看，我院妊娠糖尿病(GDM)发病率逐年攀升，从 2015 年的 14%稳步上升至 2020 年的 19%。

深入分析其原因，高龄产妇数量的增加、公众饮食习惯的改变以及营养过剩问题，是导致 GDM 发病率持续上升的主要因素。值得关注的是，尽管我院 GDM 发病率有所增长，但巨婴的发生率并未出现明显增加，这一积极结果与我院对妊娠糖尿病患者实施的规范管理及早干预措施密切相关。通过不断加强妊娠糖尿病的筛查力度，同时对确诊患者开展科学系统的管理，我院成功减少了 GDM 相关近期及远期并发症的发生，切实保障了母婴健康。

4.8. 妊娠高血压

根据本研究 6 年的数据统计，我院妊娠高血压发病率长期维持在 4%至 5.2%之间，整体趋势相对稳定，其中妊娠高血压疾病的总体发病率为 4.3%，显著低于《妊娠期高血压疾病诊治指南(2020)》中所述的 5%~12%范围。这一差异可能与本地区作为以年轻务工人员人口为主的城市，孕妇生育年龄整体偏低有关。

需注意的是，尽管整体发病率相对稳定，但妊娠高血压的发病率仍呈逐年上升趋势，且该趋势在高龄孕妇群体中表现得更为显著[6]。相关研究表明，高龄孕妇患慢性高血压的风险显著增加，其中高龄初产妇的发病率是适龄初产妇的 6 倍，高龄经产妇的发病率更是适龄经产妇的 10 倍[7]。这一趋势充分反映出高龄妊娠所带来的潜在健康风险，提示临床需进一步加强对高龄孕产妇的筛查与管理，积极推动早期干预工作，从而有效降低妊娠高血压及其他妊娠并发症的发生率，切实保障母婴安全。

4.9. 胎膜早破

我院患者胎膜早破发生率介于 13.9%至 17.7%之间,期间虽有轻微数值起伏,未呈现显著波动,但从整体数据走势来看,上升特征较为明确。

4.10. 羊水异常

我院羊水异常发生率约为 18%,在观测周期内该数据未出现显著波动,整体维持在相对稳定水平。

4.11. 产后出血

2016 年至 2021 年,产后出血发生率维持在 2.1%~2.8%区间,整体波动幅度较小,呈现相对稳定趋势。其中,2017 年与 2018 年发生率均为 2.1%,为观察期内最低水平;2021 年发生率达 2.8%,为同期最高值。从整体分布来看,各年份产后出血“否”项占比均超 97%,提示绝大多数产妇未发生产后出血。尽管观察期内产后出血发病比例变化有限且整体发生率较低,但仍需关注年度数据波动,尤其需重视估计出血量与实际出血量的差异。临床实践中,强化产后护理质量、落实及时医疗干预,是降低产后出血发生风险的核心措施。

4.12. 新生儿性别

我院近年新生儿性别分布中,男婴占比略高,维持在 51.8%~54.7%区间,女婴占比对应为 45.3%~48.2%,整体未见明显失衡。出生人口性别比指特定时期内出生男婴总数与女婴总数的比值,通常以每 100 名女婴对应的男婴数表示,是评估人群生育健康状况的核心指标,其正常参考范围为 103~107。本研究数据显示,我院出生人口性别比自 2015 年的 120(以 100 名女婴为基准,下同)逐年下降至 2020 年的 106,呈现逐步趋于平衡的显著趋势。尽管男婴占比仍略高于女婴,但总体性别比已从偏高水平逐步回归至常态区间,这一变化不仅反映“重男轻女”传统观念的逐步淡化,更印证了国家相关政策干预的有效性。目前性别选择性引产得到严格控制,与我国长期推行的“禁止非医学指征胎儿性别鉴定及选择性引产”政策直接相关;同时,随着社会生育观念转变,公众对子女性别的偏好显著减弱,更关注生育健康与家庭结构平衡,进一步推动出生人口性别结构趋向合理。刘爽(2009)亦指出,从国际视角分析,出生性别比偏高主要受文化偏好、技术手段与政策环境三因素共同影响,而我国近年的政策干预正是缓解性别比失衡的关键举措之一[8]。

4.13. 新生儿体重

本研究中,新生儿出生体重主要集中于 2500~4000 g 区间,该体重段占比约为 91%;其中低出生体重儿(<2500 g)占比为 4.7%~6.4%,巨大儿(>4000 g)占比为 2.3%~3.1%,整体体重分布符合临床常见特征。

5. 总结

生育政策调整、分娩年龄延迟及高龄产妇占比上升,对分娩结局产生了深远影响。尽管三孩生育政策已实施,但出生人口数量未出现显著增长,且高龄产妇相关并发症发生率呈逐年上升趋势。尤其是疤痕子宫和妊娠糖尿病的发病率上升,提示临床实践中需进一步加强了对高风险孕产妇产前、产后全周期的管理力度。未来需持续优化生育支持政策,强化孕产妇健康管理体系,以实现剖宫产率降低、妊娠并发症减少的目标,切实保障母婴安全。此外,本研究存在一定局限性:其一,数据采用回顾性分析方法,可能存在选择偏倚;其二,临床指标收集存在局部不足,影响数据完整性。后续研究可进一步完善数据收集流程、优化分析方法,为科学制定生育相关政策与临床管理策略提供更坚实的证据支持。

伦理说明

本研究获得东莞市厚街医院伦理委员会批准(审批号: 2022-005)。

致谢

本研究受东莞市社会发展科技项目课题(20221800905872)资助, 在此深表感激。

基金项目

东莞市社会发展科技项目课题(20221800905872)。

参考文献

- [1] 中国政府网. 中共中央国务院关于实施全面两孩政策改革完善计划生育服务管理的决定[EB/OL]. https://www.gov.cn/gongbao/content/2016/content_5033853.htm, 2015-12-31.
- [2] 中华人民共和国国家统计局. 中国统计年鉴[EB/OL]. <https://www.stats.gov.cn/sj/ndsj/2015/indexch.htm>, 2015-06-17.
- [3] 陆蓓亦, 韩波, 胡慧文, 等. 新生育政策下孕妇年龄的变化及对母婴并发症的影响[J]. 中华围产医学杂志, 2019, 22(3): 157-163.
- [4] 周圣涛, 张力. 瘢痕子宫妊娠阴道试产的研究进展[J]. 中华妇产科杂志, 2015, 50(4): 305-308.
- [5] 周婷春. 剖宫产率上升的原因分析及对策[J]. 医学美学美容, 2019, 28(22): 171-172.
- [6] 中国心脏病学会. 妊娠期高血压疾病诊治指南(2020) [J]. 中华心脏病学杂志, 2020, 48(6): 402-410. https://csc.cma.org.cn/art/2020/4/30/art_619_34378.html
- [7] 耿兴敏. 高龄妊娠, 生育风险需提前防范[N]. 中国妇女报, 2021-12-22(008).
- [8] 刘爽. 出生人口性别比的变动趋势及其影响因素——一种国际视角的分析[J]. 人口学刊, 2009(1): 10-16.