

三年前，郝女士迎来自己的第一个孩子，今年我国单独二胎政策实施，郝女士决定趁年轻再追生一胎，到院咨询后，郝女士被告知由于第一胎剖宫产的疤痕隐患，再怀二胎会有子宫破裂的风险。

随着今年7月10日单独二胎政策的全面铺开，我国即将迎来新一批出生潮，像郝女士这样第一胎选择剖宫产的不在少数。北京大学第一医院妇产科杨慧霞教授介绍，剖宫产本是解决难产和部分高危妊娠分娩的一种有效手段，合理应用曾挽救无数母儿的生命，但滥用剖宫产也引发了母体并发症及死亡率的增加。首都医科大学附属北京妇产医院张为远教授指出，目前我国平均剖宫产率>50%，个别医院甚至高达90%。我国数值远远高于1985年世界卫生组织（WHO）对于剖宫产率设置的警戒线：<15%。

四人行
锵锵



魏丽惠 教授



杨慧霞 教授



张为远 教授



吴素慧 教授

剖宫产率：中国最尴尬的“世界第一”

我国剖宫产率 30 年飙升 9 倍

▲本报记者 张艳萍 许奉彦 实习记者 王雅萍

2010年，《柳叶刀》数据显示，中国25%的剖宫产并非出于医疗需要，是可以避免的，即每年有500万例的剖宫产其实是可以自然分娩。

无指征剖宫产弊端已显现

1979年，我国首次施行独生子女政策，对于多子多福的中国人来讲，生孩子就成了“一锤子买卖”。一个家庭对阴道分娩这一正常生理过程中不可避免的难产已不能允许。张为远介绍说，20世纪60年代，我国剖宫产率仅5%左右，但近年已攀升至50%以上，个别医院甚至达90%。

杨慧霞介绍，剖宫产是产科最重要且常见的手术，是解决难产和部分高危妊娠分娩的一种有效手段。剖宫产的合理应用曾挽救了无数母儿的生命，但是滥用剖宫产也引发了母体并发症及死亡率的增加。2010年，WHO对全球剖宫产术调查显示，阴道助产组和剖宫产组产妇的严重并发症发生率和死亡率明显高于阴道自然分娩组。未临产、无医疗指征而剖宫产分娩的孕妇，其严重并发症的发生风险增加2倍；其他类型剖宫产分娩孕妇的并发症发生率和死亡率则更高。此外，杨慧霞介绍，剖宫产分娩也同时增加新生儿的近远期并发症，

未临产择期剖宫产后，新生儿呼吸窘迫综合征发生率提高。

“产妇头胎行剖宫产后，会出现一系列问题。”北京大学人民医院妇产科魏丽惠教授告诉记者，如术后的瘢痕妊娠或可引起大出血进而危及生命，一部分产妇还会面临子宫能否保留的窘境，或产妇在后期出现其他妇科疾病需再行手术时，问题频发。“无指征的高剖宫产率的弊端已逐渐显现，其远期风险不可忽视，我们或正在承担高剖宫产率的苦果。”魏丽惠强调。

2014年3月，美国妇产科医师学院以及美国母胎医学会针对“安全避免首次剖宫产”问题，联合发布了产科医疗共识指出，2011年美国的平均剖宫产率为33%，初次剖宫产常见的原因依次为产程异常、胎心监护异常、胎位异常、多胎妊娠和可疑巨大儿。可见，美共识推荐的常见剖宫产指征与我国目前常见指征相一致，但为何我国剖宫产率只升不降？

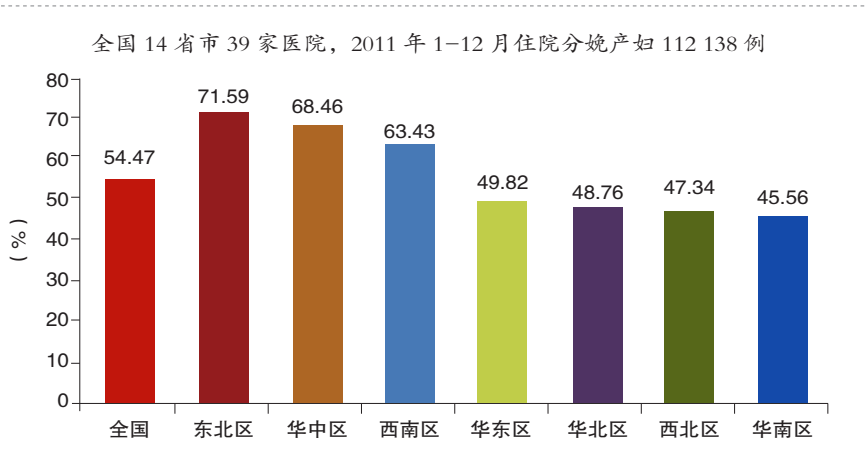


图1 2011年全国及不同地区剖宫产率

阴道分娩：出了问题，责任谁来担？

既然剖宫产术对身体影响弊端诸多，我国剖宫产率为何居高不下？专家指出，这一情况与分娩过程、孕妇和家属、医院等都直接相关。

只生一个，肯定要确保安全 魏丽惠介绍，很多家庭只要一个孩子，不允许孕妇和孩子出现任何问题。很多符合顺产标准的孕妇，在产程过程中出现一点问题就轻易选择剖宫产，“忍痛挨一刀”以缩短产程，进而避免产程中出现的各种问题，求得相对安全。另一方面，很多家庭要求孩子在“吉利时辰”出生，剖宫产即可满足这一要求。

娇气的一代 我国第一代独生子女已到婚育年龄或正要二胎，山西大医院妇产科吴素慧教授发现，相比以前，独生子女孕妇会更娇气，对疼痛耐受力差，阴道分娩长达几个小时的产程对她们来说难以忍受，“随着医疗知识的普及，很多年轻妈妈希望能够

自然分娩。”吴素慧直言，但到了医院，剧烈的疼痛及家庭对胎儿的高期望值，会让很多孕妇放弃阴道分娩而选择剖宫产。

高危妊娠增多 近年来，高龄产妇比例增加，且更多患有内科合并症的患者坚持自己生孩子。魏丽惠说，这部分孕产妇风险最大，所以选择剖宫产的也较多。各级三甲医院中此类高危妊娠人群较多，也在一定程度上提高了剖宫产率。

高风险，责任谁来担 医患关系紧张也是高剖宫产率不可忽视的原因，魏丽惠认为，医生的顾虑主要有两方面：一是妊娠期本就容易出现问题，而难产是人类繁衍过程中迈不过的一个“坎儿”。一旦出现难产，如果医生坚持阴道分娩，自身承担的风险较大；二是产程时间长，随时都可能出现阴道分娩对于初产妇来说，从宫缩发生到宫口开到3指，一般需8小时左右，进入活跃期又是几

个小时。期间，医务人员需密切关注胎儿状态、宫缩情况和孕妇的疲劳程度。剖宫产技术在解决难产、妊娠合并症和并发症、降低母儿死亡率和死亡率等方面发挥了重要作用，已很成熟，因此，医生也的确不必冒那么大风险。这种情况下选择剖宫产，可降低风险，达到孕妇和家庭的安全要求；另一方面，如孕妇和家庭要求行剖宫产术，手术也会适当放宽。

助产士经验缺乏 杨慧霞明确表示，随着剖宫产术的广泛甚至是过度应用，产科医师处理难产的能力下降，阴道助产技术（如产钳术、胎吸术和臀助产术）的临床实践机会明显减少，导致产科医生阴道助产水平的整体下降。

吴素慧也补充说，剖宫产率逐年上升使得年轻助产士观察产程、处理产程和助产能力的提高相对滞后，部分医院可能存在助产士经验的欠缺，这也是高剖宫产率的一个重要原因。

降低剖宫产率 还需多方携手

由杨慧霞等专家牵头，基于大量循证医学依据和我国国情，共同制定了产科专家共识，已于近日发表在《中华妇产科杂志》。共识强调，第一产程活跃期延长（初产妇>20h，经产妇>14h）不作为剖宫产指征；在除外头盆不称及可疑胎儿窘迫的前提下，缓慢但仍有进展的第一产程不作为剖宫产指征。宫口扩张6cm作为进入活跃期的标志，破膜且宫口≥6cm后，如宫缩正常，而宫口停止扩张≥4h可诊断活跃期停滞；如宫缩欠佳，宫口停止扩张≥6h可诊断活跃期停滞。活跃期停滞可作为剖宫产的指征。

张为远也透露，我国剖宫产指南即将发布，该指南从“剖宫产手术指征、手术时机、术前准备、手术方式选择、子宫下段剖宫产术重要步骤、剖宫产后管理”六方面严格细分，旨在降低剖宫产率。

吴素慧以山西大医院妇产科为例，通过加强科室管理，注重助产士能力提高，加强医患沟通，严控剖宫产指征，3年来，剖宫产率逐年下降。2014年前半年医院的剖宫产率维持在40%，“这个数字对于以处理疑难、复杂病例为主的大型综合三甲医院来讲，实属不易！”

记者采访的专家均呼吁，目前，国家、医疗、孕产妇层面均有举措，希望在各方努力下，在确保母婴安全下，将正在升高的剖宫产率控制在一个合理范围内。