

JAMA 杂志刊发刘建蒙教授等进行的纳入我国超 1 亿多活产儿数据研究

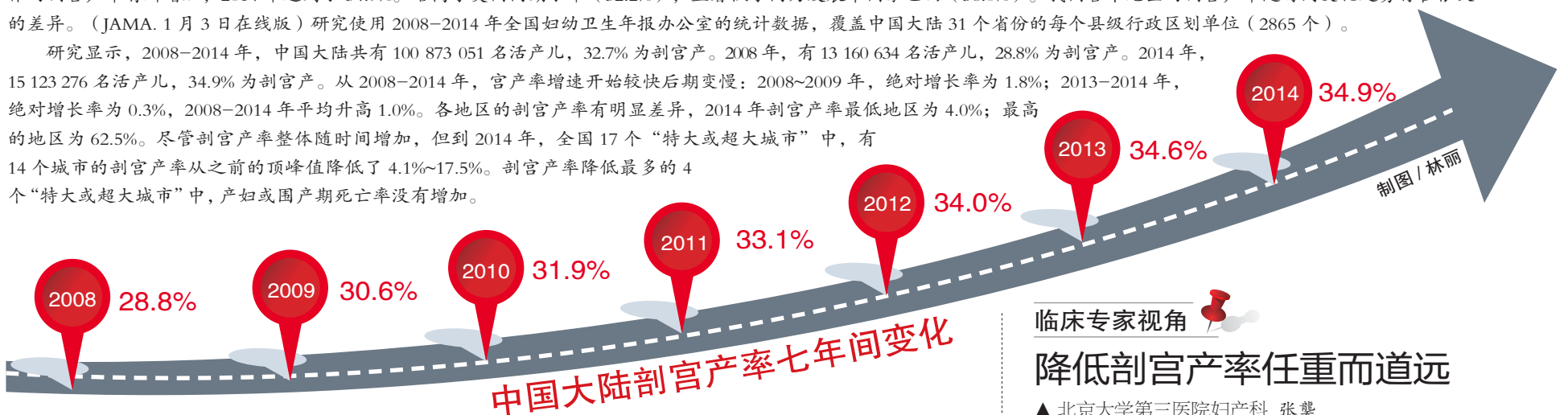
我国剖宫产率的“高帽”该摘了

中国剖宫产率达三成,略高于美国水平,显著低于发展中国家

▲ 本报见习记者 张蕊

1月3日,北京大学公共卫生学院刘建蒙教授课题组在《美国医学会杂志》发表了一项关于中国剖宫产率的地理分布和时间变化趋势的研究发现,2008~2014年我国大陆整体的剖宫产率有所增加,2014年达到了34.9%。略高于美国同期水平(32.2%),显著低于同为发展中国家巴西(56.0%)。我国各个地区的剖宫产率随时间变化趋势存在很大的差异。(JAMA. 1月3日在线版)研究使用2008~2014年全国妇幼卫生年报办公室的统计数据,覆盖中国大陆31个省份的每个县级行政区划单位(2865个)。

研究显示,2008~2014年,中国大陆共有100 873 051名活产儿,32.7%为剖宫产。2008年,有13 160 634名活产儿,28.8%为剖宫产。2014年,15 123 276名活产儿,34.9%为剖宫产。从2008~2014年,剖宫产率增速开始较快后期变慢:2008~2009年,绝对增长率为1.8%;2013~2014年,绝对增长率为0.3%,2008~2014年平均升高1.0%。各地区的剖宫产率有明显差异,2014年剖宫产率最低地区为4.0%;最高的地区为62.5%。尽管剖宫产率整体随时间增加,但到2014年,全国17个“特大或超大城市”中,有14个城市的剖宫产率从之前的峰值降低了4.1%~17.5%。剖宫产率降低最多的4个“特大或超大城市”中,产妇或围产期死亡率没有增加。



研究者专访

我国剖宫产现状缺乏权威数据

医师报:该研究是基于怎样的背景?

刘教授:剖宫产术过度使用是公共卫生和医学问题,更是社会问题。剖宫产现状及其对子代健康的影响是我们课题组的研究方向之一。2010年,世界卫生组织在亚洲9国(含中国3省21家助产机构)开展的调查显示,中国剖

宫产率为46%,居亚洲之首。自此,中国戴上了高剖宫产率的“帽子”,《人民日报》更是以“剖出来的世界第一”警示我国剖宫产率处于世界最高水平。除了世界卫生组织的调查以外,其他相关研究均基于小规模抽样调查或局部地区的分娩资料。

由于我国人口基数大,

地域广阔,区域间妇幼健康服务能力不均衡,全国剖宫产水平、省市县间差异如何,近几年有无变化等,这些重要的问题均缺乏权威性的研究数据。全面、系统、可靠的科学数据对于把握中国剖宫产的现状、制定相关政策、研判未来走势,具有重要意义。为此,在国家卫生计



刘建蒙 教授

生委、国家自然科学基金委等支持下,我们课题组开展了此项研究。

临床专家视角

降低剖宫产率任重而道远

▲ 北京大学第三医院妇产科 张龔

20世纪80年代以来,我国剖宫产率快速上升,21世纪,国内大部分城市医院剖宫产率在40%~60%以上。在特殊情况下,如前置胎盘或子宫破裂时,剖宫产是最安全的分娩方式;但对于大多数低风险妊娠而言,剖宫产对产妇造成的严重并发症的发病率(如羊水栓塞、严重产后出血等)和死亡率均高于自然分娩,且再次妊娠的胎盘异常,如前置胎盘、胎盘植入发生率则随剖宫产次数增加而上升。同时增加卫生资源的消耗,成为我国又一个严重的公共卫生问题。

我国剖宫产率上升的原因诸多。针对现状,国家出台了系列降低剖宫产率的政策,妇产科也开展系列干预措施,包括严格掌握剖宫产指征,产程异常的重新定义,减少产程中不必要的干预;提供产镇镇痛及陪伴分娩,提高胎心监护的识别能力;开展臀位外倒转术的应用;妊娠晚期合理营养指导,预防巨大儿发生;倡议第一个胎儿为头位的双胎妊娠尽量不采用剖宫产。

尽管采取了一系列措



张龔 教授

施,如上述研究所示,我国不同省份、区县的剖宫产率差异显著,500多个区县的剖宫产率低于20%,近800个区县高于50%,与WHO提出15%的目标相距甚远。因此,降低剖宫产率是一个渐进过程。

我国正处于生育高峰期,尤其是二孩政策放开以后,高龄、瘢痕及相关并发症的增加,期望短时间内降低剖宫产率任重而道远。

我国地区发展不平衡,因此在全国范围继续深入推进上述措施的基础上,规范孕产妇保健管理、重视对高危孕产妇的预警、诊疗及救治工作,关注欠发达和交通不便地区、关注弱势和流动人口的生育需求,切实加强区县等基层助产分娩机构的产科管理服务和救治能力,需各方面的共同努力,才能有效控制剖宫产率,真正重视和维护妇女健康。

实事求是、坚持不懈、科学严谨是研究成功的关键

医师报:在研究过程中遇到哪些困难及如何解决?

刘教授:研究数据为全国妇幼卫生年报数据,其最大优势是覆盖面大,为区县汇总数据而非个案分娩资料。对汇总数据的清理工作难度较大,

而科学严谨的数据清理又是数据分析的前提。汇总数据质量评价是另一难点,也是匿名专家评议认可的关键。为解决数据清理与质量评价问题,课题组多次研讨,通过与基于个案的外源

数据比较等方式,评价数据的质量。

论文能够在国际顶级杂志上发表,与课题组扎实做事、坚持不懈的追求与一丝不苟的工作作风密切相关,大家齐心协力解决了诸多关键技

术问题;与国家卫生计生委、国家自然科学基金委的支持密切相关。同时,论文数据凝结着各省各级妇幼卫生工作者,特别是妇幼年报工作人员的辛勤汗水与倾情付出。

我国剖宫产率存在地区差异

医师报:您认为剖宫产率升高与哪些因素有关?

刘教授:本研究发现,2008~2014年中国剖宫产率年均升高1%,但这种升高不是匀速上升。2008~2009

年升幅较大,但2013~2014年升幅较小。2008年基线剖宫产率处于高位、经济相对发达地区的剖宫产率总体上呈下降趋势,而2008年剖宫产率较低、

经济欠发达地区的剖宫产率呈上升趋势。

这提示,全国平均剖宫产率的升高与基线剖宫产率较低、经济欠发达地区的剖宫产率的上升密切

相关,这种上升是合理的,与国家近年来不断加强基础相对薄弱地区妇幼健康服务能力建设、提升农村地区住院分娩服务可及性等系列举措相吻合。

剖宫产不足或超出医学需求共存 亟待制定控制政策

医师报:您对我国剖宫产率升高有哪些建议?

刘教授:2014年,仍有500多个区县剖宫产率不足20%(有研究显示,就降低孕产妇和新生儿死

亡而言,低于20%提示剖宫产术可能不能满足医学需求)。

另一方面,2014年仍有近800个区县高于50%,远超出医学需求

的黄线。

剖宫产不足与剖宫产率超出医学需求共存现状,提示亟待制定或强化差异化政策,低剖宫产率地区继续提

升剖宫产服务能力及可及性,高剖宫产率地区继续控制非医学指征剖宫产,以缩小剖宫产率差异、优化资源配置、促进母婴健康。

导致剖宫产率升高的原因

- 1 产前监测、干扰技术的广泛应用,使胎儿窘迫、脐带缠绕诊断率提高;
- 2 晚婚或高龄初产比例明显增多;
- 3 孕妇和家属文化知识局限,迷信生辰八字,选择日期,或误认为剖宫产小孩聪明,对产妇产后影响小,或怕产程中的阵痛,或怕试产后再剖宫产是“吃二遍苦,遭二茬罪”等;
- 4 产科医疗纠纷和诉讼增加。阴道分娩时间长,可变因素多,承担风险大;而剖宫产由于手术时间短,风险小;
- 5 新生儿体重增加,巨大儿增多。