

通风依从性高,室内外空气流通良好,所以医院感染率低;而夏秋季节天气高温炎热,我院病房多是关闭门窗,使用空调降温,造成室内外空气不流通,室内环境中细菌密度较高<sup>[5]</sup>,导致夏秋季节医院感染率高于春季;冬季严寒,病房关闭门窗御寒,影响空气流通,所以医院感染率也高于春季。至于医院感染率在各个季节分布不同的具体原因有待做进一步的研究和探讨。

医院感染管理是当代医院管理的重要组成部分,医院感染率的高低是衡量医院感染管理质量优劣的依据,而医院感染病例调查是医院感染管理的重要手段之一,通过调查可发现医院感染的易感人群、易感因素、易感部位、易感时间等,以引起临床和实验室医务人员的重视和警觉,及时采取预防和控制措施,将医院感染暴发消灭在萌芽状态,从而减少了医院感染的发生。

#### 参考文献:

- [1] 龚瑞娥. 实用医院感染病例监测[M]. 长沙:湖南科学技术出版社,2007:73-93.
- [2] 蒋述科. 现患率调查与全面综合性监测结果对比分析[J]. 中华医院感染学杂志,2010,20(21):3292-3294.
- [3] 任燕,王涛,李红,等. 2008~2010年北京某综合医院医院感染监测资料分析[J]. 中华医院感染学杂志,2012,22(20):4456-4458.
- [4] 胡必杰. 我国医院感染管理工作需要新思路[J]. 中华医院感染学杂志,2008,12(5):257-260.
- [5] 张晓卿. 综合性医院住院患者医院感染监测分析[J]. 现代医药卫生,2011,27(17):2627-2629.

收稿日期:2014-02-28;修回日期:2014-05-26

## 2004~2013年某医院剖宫产情况及影响因素分析

崔亚群,丁广生

(江苏省如皋市磨头镇卫生所,江苏 如皋 226551 E-mail:cyq649@163.com)

**摘要:**目的 探讨剖宫产的相关影响因素,为采取针对性降低剖宫产率的对策提供依据。方法 对2004年1月~2013年12月我镇某医院剖宫产率及剖宫产指征进行回顾性分析。结果 2004~2013年剖宫产率逐年上升,2004年与2013年相比差异有统计学意义( $\chi^2=123, P<0.001$ )。影响因素依次为社会心理因素(34.27%)、瘢痕子宫(26.99%)、巨大儿(14.57%)、胎位异常(5.59%)、胎儿窘迫(2.15%)。结论 产妇剖宫产率呈快速上升趋势,加强产前宣教和孕产期保健,减少社会心理因素干扰,加强医疗单位监管是降低剖宫产率的有效措施。

**关键词:** 剖宫产术;调查;影响因素分析

**中图分类号:** R714 **文献标识码:** B **文章编号:** 1001-5817(2014)03-0479-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.03.090

近年来剖宫产率居高不下已引起医学界的广泛关注,剖宫产指征也发生了明显变化。本文对我镇2004年1月~2013年12月剖宫产的情况进行了回顾性调查,旨在探讨剖宫产的相关影响因素,为采取针对性降低剖宫产率的对策提供依据。现报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 我镇某医院2004~2013年住院分娩共4 060例,产妇年龄19~46岁,孕周35~43周,其中剖宫产1 949例,剖宫产率为48.00%。

1.2 方法 采用对剖宫产指征及相关因素进行回顾性分析,统计标准:社会因素指产前、产时无明确医学指征而个人要求剖宫产,如珍贵儿、惧怕分娩疼痛和担心母婴安全等;巨大儿指出生体重大于4 000 g;胎儿窘迫指有胎心、胎动等异常表现;其它因素包括妊娠合并症/并发症、多胎、头盆不称、过期妊娠、高龄初产等。统计指征时,如同一病例有若干个指征,则以第一指征为准进行统计。

1.3 统计学方法 应用SPSS 17.0软件对数据进行统计学分析,计数资料的比较采用 $\chi^2$ 检验, $P<0.05$ 为有统计学意义。

### 2 结果

2.1 2004~2013年剖宫产率变化趋势 剖宫产率呈逐年升高趋势,2004年与2013年相比差异有统计学意义( $\chi^2=123.096, P<0.01$ )。见表1。

2.2 2004~2013年剖宫产指征构成情况 社会心理因素所致

剖宫产2011~2013年剖宫产率显著增加,2004~2010年剖宫产182例(20.31%),2011~2013年剖宫产486例(46.15%),统计学检验差异有统计学意义( $\chi^2=143.5, P<0.001$ )。瘢痕子宫所致剖宫产2004~2010年剖宫产率21.21%,2011~2013年剖宫产率为31.91%,差异有统计学意义( $\chi^2=28.15, P<0.001$ ),见表2。

表1 2004~2013年某镇医院剖宫产率 (n,%)

年份	分娩人数	剖宫产例数
2004	328	91(27.74)
2005	329	60(18.24)
2006	373	73(19.57)
2007	387	84(21.71)
2008	390	149(38.21)
2009	457	186(40.70)
2010	449	253(56.35)
2011	451	379(84.04)
2012	478	387(80.96)
2013	418	287(68.66)
合计	4060	1949(48.00)

表 2 2004~2013 年剖宫产指征构成情况 (n, %)

年份	n	社会心理因素	瘢痕子宫	巨大儿	胎位异常	胎儿窘迫	其它因素
2004	91	29(31.87)	8(8.79)	12(13.19)	18(19.78)	1(1.10)	23(25.27)
2005	60	14(23.33)	5(8.33)	6(10.00)	9(15.00)	2(3.33)	24(40.00)
2006	73	12(16.44)	12(16.44)	12(16.44)	10(13.70)	3(4.11)	24(32.88)
2007	84	22(26.19)	10(11.90)	15(17.86)	6(7.14)	4(4.76)	27(32.14)
2008	149	45(30.20)	40(26.85)	24(16.11)	9(6.04)	2(1.34)	29(19.46)
2009	186	19(10.22)	43(23.12)	50(26.88)	16(8.60)	15(8.06)	43(23.12)
2010	253	41(16.21)	72(28.46)	63(24.90)	12(4.74)	6(2.37)	59(23.32)
2011	379	162(42.74)	117(30.87)	57(15.04)	6(1.58)	3(0.79)	34(8.97)
2012	387	180(46.51)	130(33.59)	29(7.49)	11(2.84)	2(0.52)	35(9.04)
2013	287	144(50.17)	89(31.01)	16(5.57)	12(4.18)	4(1.39)	22(7.67)
合计	1949	668(34.27)	526(26.99)	284(14.57)	109(5.59)	42(2.15)	320(16.42)

### 3 讨论

3.1 剖宫产率现状及变化趋势 本文显示 2004 年剖宫产率 27.74%，以后逐年上升，到 2011 年、2012 年、2013 年分别为 84.04%、80.96%、68.66%，年均剖宫产率为 48%，高于李娟清等<sup>[1]</sup>报道的七省市剖宫产率调查分析中江苏省的 43.20%。低于冒永华<sup>[2]</sup>报道的 2007~2010 年 57.08% 的剖宫产率，可能与本文统计年限较长有关。远远高于 WHO 15% 标准。

3.2 剖宫产率升高影响因素 (1) 社会心理因素。本文显示剖宫产率为 48.00%，社会因素占 34.27%，位于剖宫产因素的首位，已远远超出单纯医学指征的范畴<sup>[3]</sup>，主要原因：①近年由于医学水平的提高，且剖宫产相对安全、产妇痛苦少，而产妇对并发症认知甚少。②有的产妇惧怕分娩疼痛，认为剖宫产对胎儿更安全。③医务人员自我保护意识过强，害怕坚持顺产而产生母婴并发症引发医疗纠纷。④孕妇或家属迷信思想严重，择定胎儿娩出时间。⑤担心通过自然分娩使阴道变得松弛，害怕日后影响性生活和体形。(2) 由于瘢痕子宫阴道分娩的风险性比较高，有子宫自发破裂的可能，加之医患关系紧张，瘢痕子宫成为剖宫产的重要原因之一，本文资料表明：瘢痕子宫占剖宫产 26.99%，2011 年、2012 年、2013 年分别达 30.87%、33.59%、31.01%，形成“一次剖宫产，次次剖宫产”的结果，值得引起重视。(3) 剖宫产手术技术日趋成熟，医生采取剖宫产的分娩方式，既减少观察产程的辛苦麻烦，也规避了医疗风险。(4) 民营医院在利益的驱使下任意放宽手术指征，更谈不上采取降低剖宫产率措施，也不愿承担自然分娩带来的医疗风险。(5) 宣传科学分娩知识及剖宫产的并发症等健康教育不足。

3.3 降低剖宫产率对策 剖宫产对孕产妇和胎婴儿的健康仍存在诸多不利影响<sup>[4]</sup>，降低剖宫产率十分必要，主要措施有：①加强产前宣教：开办孕妇学校，加强心理营养指导，大力宣传剖宫产危害，解除不正确的观念，积极开展无痛分娩，提高产妇自然分娩信心，减少社会因素对分娩的干扰。②加强孕产期保健和监护：加强产前保健和高危门诊的监护，积极开展产前检查，及早采取相应措施。③严格掌握剖宫产手术指征：规范术前诊断，对相关因素进行综合分析评估，采取恰当的分娩方式。④加强舆论正确导向，为产科医务人员创造安全的行医环境，有助于医务人员以科学态度来选择分娩方式，而不是怕负责任而随意选择剖宫产。⑤加强对医疗保健机构，尤其民营医疗机构的监管，严格高危评分和分级管理监督。杜绝助产技术服务机构超范围开展产科手术和不具备执业资格人员从事助产技术服务，切实保障母婴安全。

#### 参考文献：

- [1] 李娟清, 石一复. 七省市剖宫产率调查分析[J]. 中华围产医学杂志, 2006, 9(5): 306-308.
- [2] 冒永华. 农村高危妊娠相关因素分析[J]. 右江民族医学院学报, 2011, 33(6): 793-794.
- [3] 郭政, 张润香, 郭皓靖, 等. 剖宫产率及剖宫产指征 20 年回顾[J]. 中国妇幼保健, 2012, 27(20): 3089-3092.
- [4] 沈艳浑. 剖宫产率在世界的流行[J]. 国外医学: 妇幼保健分册, 2002, 13(3): 108.

修回日期: 2014-01-24; 修回日期: 2014-04-14