

如皋市降低剖宫产率干预措施成效评估

陆平,朱继华,王志红

(江苏省如皋市妇幼保健计划生育服务中心,江苏 如皋 226500 E-mail:1046287449@qq.com)

摘要:目的 评估如皋市降低剖宫产率干预措施成效,为下一阶段项目工作重点提供依据。方法 以导致剖宫产的最主要原因作为剖宫产因素,逐月统计产科质量月报表。评估实施降低剖宫产率干预前后,全市各级助产医院住院分娩产妇数、分娩方式和剖宫产原因构成等相关统计资料。结果 ①降低剖宫产率干预前与干预后四个阶段全市总剖宫产率分别为:69.71%(3959/5679)、57.07%(3720/6518)、59.85%(3339/5579)、56.33%(3700/6569)、55.45%(3158/5695)。干预前后比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。②降低剖宫产率干预前与干预措施实施四个阶段公立医院和民营医院比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。降低剖宫产率干预前及干预后第一、第二阶段剖宫产前 5 位因素均为社会因素、瘢痕子宫、巨大儿、臀位、胎膜早破。③降低剖宫产率干预前后,新生儿死亡分别为 4 例(0.70‰)、2 例(0.31‰)、9 例(1.61‰)、4 例(0.61‰)、3 例(0.52‰)。产科医疗纠纷共 37 例,其中产妇纠纷 12 起,胎儿、新生儿纠纷 25 起。结论 实施降低剖宫产率干预初见成效,工作进入新拐点,但下降空间仍较大,后期压力更大,多种措施并举才能稳步降低剖宫产率。

关键词:剖宫产率;降低;干预措施;成效评估

中图分类号: R719.8

文献标识码: A

文章编号: 1001-5817(2015)06-0805-04

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2015.06.016

江苏省如皋市处长江中下游地区,自 2001 年起所有乡镇医院陆续改制成民营医院,形成了多家民营医院与少数公立医院并存的局面。为探索民营医院与公立医院并存下的剖宫产率控制机制,自 2013 年 7 月起,如皋市启动了降低剖宫产率项目,力争在 3 年时间内,将剖宫产率下降到世界卫生组织报道的我国剖宫产率 46.20%(2010 年)的平均水平。本文对项目启动 2 年成效进行回顾性分析,旨在了解工作进展,为下一阶段项目工作重点提供依据。

1 资料与方法

1.1 资料来源 如皋全市二级接产医院 5 家中,公立医院 3 家、民营医院 2 家。一级接产医院 40 家均为民营医院,共 45 家医院。资料来源于取得《母婴保健技术服务执业许可证》的医疗机构(简称“助产医院”)上报的《产科质量月报表》。内容包括:产妇总数、分娩方式、剖宫产率、剖宫产原因分类和孕产妇死亡、围产儿死亡等产科质量指标。产科医疗纠纷相关资料来源于如皋市卫生和计划生育委员会医政管理相关登记。

1.2 方法

1.2.1 设置调查表格 以谢幸、苟文丽主编的《妇产科学(第 8 版)》病理产科为蓝本进行设置,统一制定《产科质量月报表》,随机选择一家二级助产医院进行预试验,预试验校对成功后在全市各助产医院推开使用。

1.2.2 统一标准要求 各助产医院明确 1 名妇产科医师为月报联络人,组织培训统计相关资料。以导致剖宫产的最主要原因作为剖宫产因素,逐月统计《产科

质量月报表》,逐级质控上报到各镇(街道)卫生所、市妇幼保健计划生育服务中心。市级计划生育服务中心在做好日常质控的基础上,结合“三网”监测工作,以电话抽访和资料核查等形式对各镇(街道)上报报表行质控复核,杜绝统计错误或漏报、瞒报。

1.2.3 五个阶段的划分及统计 基线阶段:为下降剖宫产率干预措施以前,时间为:2013 年 1~6 月。而实施下降剖宫产率后的 2 年,每 0.5 年为一个统计阶段,共 4 个阶段:第一阶段为 2013 年下半年;第二阶段为 2014 年上半年;第三阶段为 2014 年下半年;第四阶段为 2015 年上半年。以 Excel 2003 形式收集、整理、统计各镇(街道)上报的月报表,使用《产科质量月报表》调查全市各级助产医院住院分娩产妇数、分娩方式和剖宫产原因构成等进行汇总统计。剖宫产率=(住院分娩剖宫产产妇数/住院分娩产妇数)×100%。

1.3 统计学方法 采用 SPSS 19.0 软件进行统计分析,计数资料用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 剖宫产率干预前后评估 五个阶段全市总剖宫产率[(剖宫产数/产妇数)×100%]分别为:69.71%(3959/5679)、57.07%(3720/6518)、59.85%(3339/5579)、56.33%(3700/6569)、55.45%(3158/5695)。项目启动后四个阶段与基线阶段相比差异有统计学意义($P < 0.05$)。除第一阶段与基线阶段相比下降了 12.64%外,剖宫产率下降速度均较慢,且第二阶段较第一阶段出现了短暂回升。

2.1.1 二级医院、一级医院剖宫产率比较 见表 1。二级医院和一级医院干预措施启动后四个阶段与干预前的基线阶段相比差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。

2.1.2 公立医院和民营医院剖宫产率比较 见表 2。公立医院和民营医院降低剖宫产率干预措施实施四个阶段与降低剖宫产率干预前相比差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。但公立医院第二阶段与第一阶段相比、民营医院项目启动后四个阶段相比差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

2.2 五个阶段剖宫产前 5 位原因变化 降低剖宫产率干预前(基线阶段)、第一阶段、第二阶段剖宫产前 5 位因素均为社会因素、瘢痕子宫、巨大儿、臀位、胎膜早破。第三~四阶段发生变化,剖宫产前 3 位因素均为瘢痕子宫、社会因素、巨大儿。第三阶段第 4 位和第 5 位因素为胎儿窘迫、臀位,第四阶段的第 4 位和第 5 位因素为臀位、持续性枕后/横位。五个阶段剖宫产前 5 位原因变化,见表 3。

表 1 二级医院和一级医院剖宫产率比较 ($n, \%$)

医院级别	基线阶段			第一阶段			第二阶段			第三阶段			第四阶段		
	产妇数	剖宫产数	剖宫产率	产妇数	剖宫产数	剖宫产率	产妇数	剖宫产数	剖宫产率	产妇数	剖宫产数	剖宫产率	产妇数	剖宫产数	剖宫产率
二级	2558	1815	70.95	3130	1890	60.38	2893	1823	63.01	3520	2030	57.67	3152	1741	55.23
一级	3121	2144	68.70	3388	1830	54.01	2686	1516	56.44	3049	1670	54.77	2543	1417	55.72
χ^2	3.39			26.94			25.05			5.58			0.14		
P	>0.05			<0.01			<0.01			<0.05			>0.05		

表 2 公立医院和民营医院剖宫产率比较 ($n, \%$)

医院级别	基线阶段			第一阶段			第二阶段			第三阶段			第四阶段		
	产妇数	剖宫产数	剖宫产率	产妇数	剖宫产数	剖宫产率	产妇数	剖宫产数	剖宫产率	产妇数	剖宫产数	剖宫产率	产妇数	剖宫产数	剖宫产率
公立	1444	1024	70.91	1880	1187	63.14	1772	1126	63.54	2095	1223	58.38	1942	1059	54.53
民营	4235	2935	69.30	4638	2533	54.61	3807	2213	58.13	4474	2477	55.36	3753	2099	55.93
χ^2	1.32			39.68			14.75			5.26			1.01		
P	>0.05			<0.01			<0.01			$0.01 < P < 0.05$			>0.05		

表 3 剖宫产前五位因素变化 ($n, \%$)

前 5 位因素	基线阶段		第一阶段		第二阶段		第三阶段		第四阶段	
	例数	占比	例数	占比	例数	占比	例数	占比	例数	占比
社会因素	1732	43.75	1205	32.39	1104	33.06	836	22.59	382	12.1
瘢痕子宫	950	24	1174	31.56	1074	32.17	1472	39.78	1410	44.65
巨大儿	229	5.78	243	6.53	236	7.07	223	6.03	239	7.57
臀位	159	4.02	181	4.87	183	5.48	154	4.16	152	4.81
胎膜早破	150	3.79	130	3.49	145	4.34	165 ^a	4.46 ^a	150 ^b	4.75 ^b

注:a:为胎儿窘迫因素数据,b:为持续性枕后/横位因素数据

2.3 实施降低剖宫产率干预后医院变化和产妇流向变化

2.3.1 助产医院数量变化 实施降低剖宫产率干预前,全市共有助产医院 45 家,其中二级医院公立医院 3 家、民营医院 2 家,一级医院 40 家均为民营医院。实施降低剖宫产率干预四个阶段后,二级医院未变化,而一级医院先后有 8 家医院退出助产技术服务市场。

2.3.2 产妇流向变化及二级医院和一级医院分娩产

妇数比较 五个阶段住院分娩产妇数分别为:5 679 例、6 518 例、5 579 例、6 569 例、5 695 例。但一级医院第三阶段与第二阶段相比、二级医院和一级医院第四阶段与第三阶段比较均较为恒定,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。二级医院和一级医院住院分娩产妇流向趋势图,二者于第二阶段实施过程中发生交叉(见图 1)。

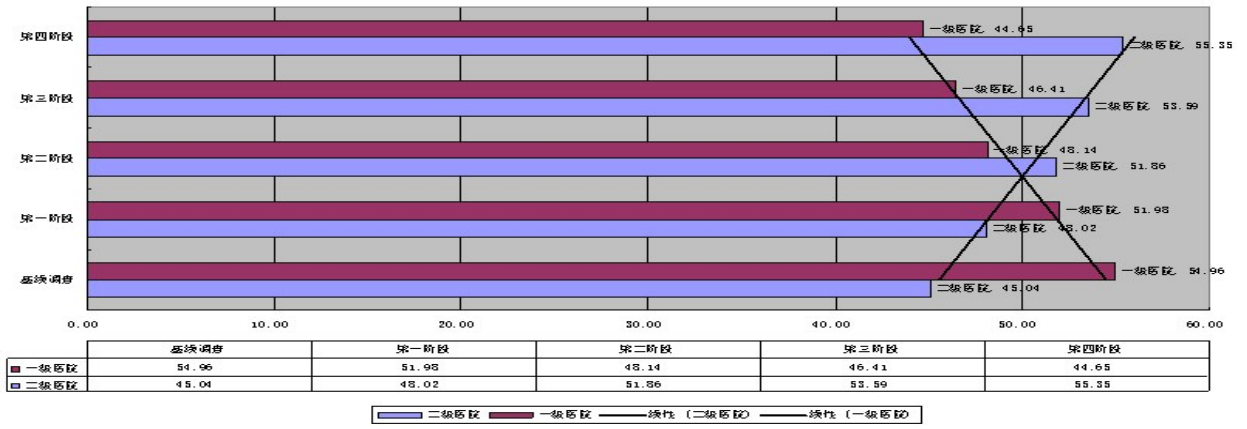


图 1 如皋市住院分娩产妇流向趋势图

2.3.3 孕产妇死亡率、新生儿死亡率和产科医疗纠纷评估 实施降低剖宫产率干预后,仅第三阶段 1 例产妇因 HELLP 综合征死亡。五个阶段中,新生儿死亡例数(‰)分别为 4 例(0.70‰)、2 例(0.31‰)、9 例(1.61‰)、4 例(0.61‰)、3 例(0.52‰)。五个阶段产科医疗纠纷共 37 例,分别为:6 例、5 例、10 例、11 例、5 例。其中产妇纠纷 12 起,胎儿、新生儿纠纷 25 起,因新生儿臂丛神经损伤、锁骨骨折、产妇会阴Ⅲ°裂伤和耻骨联合分离而引发的 8 例纠纷系多年来首次发生。

3 讨论

剖宫产是产科最重要且较常见的手术,是解决难产和严重妊娠合并症的重要手段。近年来随着剖宫产手术和麻醉技术日趋成熟,特别是社会因素的影响,使剖宫产率急剧上升且居高不下。医患关系紧张在一定程度上迫使医务人员为规避医疗风险,实施比产道分娩相对难度较少的剖宫产手术。而大量的临床实践证明,剖宫产率超过 15% 对于母婴的风险将超过其带来的益处^[1]。过高的剖宫产率伴随母儿远、近期并发症的增加^[2],加大了产妇的经济负担。它既造成了医疗资源的浪费,又成为当今世界公认的社会问题,也是当前各级政府和卫生计生行政主管部门高度关注的热点问题之一。如皋市与多地报道相似,在实施干预措施以前剖宫产率持续处于高水平,个别医院甚至高达 90% 以上。在民营医院与公立医院并存下,探索适合如皋市切实可行的降低剖宫产率措施是现阶段妇幼保健工作的重点。

3.1 降低剖宫产干预措施初见成效,工作进入新拐点

降低剖宫产干预措施前全市总剖宫产率平均为 69.71%,二级医院和一级医院、公立医院和民营医院剖宫产率比较差异均无统计学意义。第一阶段下降速度较快,第二~四阶段总体虽呈下降趋势,但降幅与降速趋于和缓,且一级民营医院因经济利益驱动下降幅度较小,第二、三、四阶段成效不显著。总体评估第四阶段,无论二级医院和一级医院,还是公立医院和民营医院剖宫产率比较,再次出现差异无统计学意义,充分

表明该市剖宫产率控制项目进入新的拐点。

3.2 剖宫产率虽下降但降低空间仍较大 助产医院五个阶段剖宫产率仅第一阶段较基线阶段下降明显,运行四个阶段降幅均不明显,且波动不定。第四阶段结束后全市剖宫产率仍高达 55.45%,这与实施降低剖宫产率目标仍有较大差距。也表明降低剖宫产率空间仍然较大,今后的工作重点是整治那些仍旧保持高剖宫产率的医院,特别是民营医院。统计资料表明剖宫产前 5 位原因发生了一定的变化,居于首位的社会因素逐渐下降。随着二胎政策的全面放开,他们将逐渐品尝多年高剖宫产率所带来的苦果,下降剖宫产率以后的压力将更大。

3.3 产妇流向改变,医疗资源有待整合 降低剖宫产干预实施过程中,5 家二级医院分娩产妇数由降低剖宫产干预前的 45.04% 逐渐上升,第一至第四阶段分别为 48.02%、51.86%、53.59%、55.35%。一级医院随之逐渐下降,且在干预措施运行第二阶段出现交叉,二者住院产妇数占比相接近。由此可见,由于对住院产妇吸引力更强的二级公立医院,其面临的压力也将比民营医院更大。这些年来由于相当数量的医院经阴道分娩的接产数量明显下降,操作锻炼亦相对较少,在一定程度上为医疗安全埋下严重的隐患。虽先后有 8 家医院退出助产技术服务,但医疗技术服务有待进一步规范,助产机构优势资源仍有待进一步整合。

3.4 安全隐患存在,服务能力亟待提高 多年来由于剖宫产的广泛应用甚至滥用,使得产科医师处理难产的能力明显下降,产钳术、胎吸术和臀助产术等阴道助产技术的临床实践机会明显减少,导致产科医师阴道助产水平整体下降^[3]。本文研究表明,伴随着剖宫产率的降低,该市新生儿臂丛神经损伤、锁骨骨折、会阴裂伤、滞产等病例均系多年来首次发生。因而造成产科医疗纠纷数量也呈现上升趋势,反映了助产技术服务人员助产服务能力、处理难产的能力下降,助产技术服务水平亟待提高。

3.5 降低剖宫产率任重而道远 剖宫产率的高低是

衡量一个国家或地区围产水平和人口素质高低的重要指标^[2]。实践证明高剖宫产率对产妇和新生儿生命安全造成威胁,医患纠纷随及发生,而且影响着社会的安定团结。为此,下一阶段需继续开展的工作为:①以《母婴保健技术服务执业许可证》换证为契机,按照同一标准要求依法准入,取消接产量较少医院的助产技术服务资质,积极做好妇产科室先进设备添置、增设产科床位等准备,从容应对政策调整可能带来的住院分娩压力。②致力于助产人员的理论知识学习与操作技能培训,尤其是瘢痕子宫再次分娩方式的研究,采取中长期培训进修等形式着力提高助产技术服务水平。加强产科管理并在落实《剖宫产手术的专家共识 2014》上下功夫^[4],正确看待降低剖宫产率所面临的严峻挑战,严格掌握剖宫产指征,认真执行剖宫产手术审批制。③强化产科质量评价考核,将助产技术准入与年度考核,爱婴医院创建与复查评估等相结合,常态化开展定期质量督查,把降低剖宫产率与医院资质和医务人员从业资格准入相挂钩。④加强产前保健及宣教,开展家庭产房及一名助产医生全程守护一名产妇的“一对一”服务,尽可能把产房布置温馨,减轻产妇的恐惧、孤独感;开展无痛分娩技术,帮助产妇建立阴道分

娩信心,减少因产痛所带来的生理负担^[5],促使产妇树立正确的分娩观,支持保护、促进自然分娩。⑤大力推进卫生法制法规健全,保证医疗方案的选择和认真实施^[6]。形成多措并举综合管理态势,在确保医疗安全的前提下稳步降低剖宫产率。

参考文献:

- [1] Althabe F, Belizan JM. Caesarean Section: the paradox [J]. Lancet, 2006, 368(9546):1472.
- [2] 侯磊,李光辉,邹丽颖,等.全国剖宫产率及剖宫产指征构成比调查的多中心研究[J].中华妇产科杂志,2014,49(10):728-735.
- [3] 杨慧霞.他山之石,可以攻玉:《安全避免初次剖宫产》一文引发的思考[J].中华围产医学杂志,2014,17(4):217.
- [4] 张为远.促进阴道分娩 降低剖宫产率 产科面临的严峻挑战 [J].中华妇产科杂志,2014,49(10):725-727.
- [5] 利燕波.剖宫产指征变化及剖宫产率对新生儿重度窒息的影响[J].右江民族医学院学报,2004,26(4):708-709.
- [6] 杨柳,曹静,冉隆蓉,等.成都市 2011 年助产服务机构剖宫产率现状及情况分析[J].中华妇产科计划生育和妇产科杂志,2012,4(3):71-76.

收稿日期:2015-10-30;修回日期:2015-12-07

(上接第 804 页)

用,减少了出血刺激,从而缓解痛经^[12]。腹腔镜子宫动脉阻断术联合放置左炔诺孕酮宫内缓释系统治疗子宫腺肌病,均可直接作用于子宫内膜,起到协同作用,可有效降低子宫内膜增生能力,有效缓解患者痛经症状,改善月经量过多症状。故观察组患者有效率及相关指标均优于对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.001$)。由于对子宫内膜有很强的抑制作用,可导致患者月经出血持续时间延长,易造成阴道不规则出血^[13],随访发现观察组中有 2 例患者出现少量阴道不规则流血,但所有患者经过对症处理后症状缓解且均可耐受,说明左炔诺孕酮宫内缓释系统安全性较高。

综上所述,腹腔镜子宫动脉阻断术治疗子宫腺肌病患者具有一定的疗效,但患者远期易复发,而腹腔镜子宫动脉阻断术联合放置左炔诺孕酮宫内缓释系统治疗子宫腺肌病能有效提高临床疗效,有效缓解患者痛经症状,改善月经量过多症状,安全系数也较高,值得在临床上推广应用。

参考文献:

- [1] 黄国琴.曼月乐治疗子宫腺肌病的临床观察[J].右江民族医学院学报,2011,33(3):313-314.
- [2] 谢仲秋.子宫动脉阻断术治疗子宫腺肌病疗效分析[J].中国临床研究,2014,27(3):323-324.
- [3] 苟文丽.妇产科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2013:110-132.

- [4] 高霞,周玉萍,张毅,等.腹腔镜不同术式治疗子宫腺肌病的临床疗效[J].中国妇幼保健,2013,28(29):4886-4888.
- [5] 王燕,吴莺,李艳丽,等.超声消融技术与腹腔镜下病灶剔除联合子宫动脉阻断术治疗子宫腺肌病的疗效比较[J].重庆医学,2014,43(2):139-141.
- [6] 李洪玲,杨菁.子宫腺肌病患者使用曼月乐治疗长期随访分析[J].职业与健康,2015,31(1):138-140.
- [7] 张露丹,刘玉玲.曼月乐治疗子宫腺肌病的临床疗效分析[J].中国妇幼保健,2012,27(19):2934-2936.
- [8] 乐儒,彭松.子宫腺肌病联合治疗进展[J].现代医药卫生,2015,31(6):841-843.
- [9] 杨志永.腹腔镜子宫动脉阻断术治疗子宫腺肌病疗效分析[J].中华实用诊断与治疗杂志,2010,24(12):1227-1228.
- [10] 成九梅,段华,刘芸,等.腹腔镜下子宫腺肌病灶挖除及子宫动脉阻断治疗子宫腺肌病的长期疗效分析[J].北京医学,2014,36(1):19-23.
- [11] 李海霞,张师前.腹腔镜子宫动脉阻断术治疗子宫腺肌病的疗效分析[J].山西医科大学学报,2011,42(3):263-265.
- [12] 王慈英,张琦,周江妍,等.曼月乐治疗子宫腺肌病 98 例疗效分析[J].实用临床医学,2011,12(6):69-71.
- [13] 赵芳芳,蒋晓莉,孙燕,等.左炔诺孕酮宫内节育系统治疗子宫腺肌病 156 例临床分析[J].广西医科大学学报,2015,36(1):118-120.

收稿日期:2015-09-14;修回日期:2015-10-15