维普资讯 http://www.cqvip.com

剖宫产率及指征变化与围产儿死亡率的关系

罗宇芳，陈苏梅
（兴宁市人民医院妇产科，广东 兴宁 514500）

［摘 要］ **目的** 探讨剖宫产率及剖宫产指征变迁对围产儿死亡率的影响。**方法** 对10年间剖宫产病例资料进行回顾分析。**结果** 1993至1997年剖宫产率为30.34%，显著低于1998至2002年的45.30%，两者比较差异有极显著性（$P<0.01$）。在剖宫产指征中，妊娠并发（合并）症始终处于第1位，社会因素上升为第2位，头盆不称为第3位，胎儿窘迫为第4位。围产儿死亡率1993至1997年为16.85‰，1998至2002年为17.79‰，两者比较，差异无显著性（$P>0.05$）。**结论** 剖宫产率升高在一定范围内降低了围产儿死亡率，但随着剖宫产率的进一步升高，围产儿死亡率并未随之下降。因此，应合理掌握剖宫产指征，降低剖宫产率。

［关键词］剖宫产；围产儿病亡率；手术指征
［中图分类号］R322.1；R824.2 ［文献标识码］A ［文章编号］1672－5042(2004)03－0165－02

Relationship of cesarean section rate and changes of cesarean section indications with perinatal mortality of the newborn

LUO Yu-fang, CHEN Su-mei
(Department of Gynecology and Obstetrics, Xingning People's Hospital, Xingning 514500, China)

Abstract: Objective To explore the effects of cesarean section rate and changes of cesarean section indications on the perinatal mortality rate. **Methods** Data from 3 635 patients undergoing cesarean section in our hospital from January 1993 to December 2002 were analyzed retrospectively. **Results** The cesarean section rate in 1993-1997 was 30.34%, significantly lower than that in 1998-2002 (45.3%, $P<0.01$). In the cesarean section indications, complications of pregnancy, social factors, malposition, and fetal distress were at the first, second, third, and fourth place, respectively. The perinatal motality rate in 1993-1997 (16.85‰) was not significantly different from that in 1998-2002 (17.79‰) ($P>0.05$) **Conclusion** The increased cesarean section rate can reduce the perinatal mortality rate within a certain range, but further rise of cesarean section rate does not result in the corresponding decrease of the perinatal mortality rate. Therefore, we should have a good grasp of cesarean section indications and decrease cesarean section rate.

Keywords: cesarean section; perinatal mortality rate; operative indication

本文通过对我院产科自1993年1月至2002年12月10年间剖宫产率及剖宫产指征变化，以及围产儿死亡率进行回顾性分析，探讨它们之间的关系，寻求降低剖宫产率的措施，努力提高产科质量。

1 资料与方法

1.1 临床资料

我院产科自1993年1月至2002年12月10年间，住院分娩产妇中所有剖宫产的产妇，并将剖宫产指征，剖宫产率及围产儿死亡率进行回顾性统计分析。

1.2 方法

采用回顾性资料分析的方法，全部病例进行归纳总结，结果采用χ^2检验。

2 结果

10年间，我院产科分娩总数9377例，剖宫产3635例，平均剖宫产率为38.77%，围产儿平均死亡率为17.38‰。10年间剖宫产率及围产儿死亡率变化见表1。10年间剖宫产率逐渐增加，后5年与前5年相比有显著差异（$P<0.01$）；而围产儿死亡率并无明显下降，后5年与前5年比较无显著差异（$P>0.05$）。

表1 10年间剖宫产率及围产儿死亡率变化

年份	分娩总数	剖宫产数	剖宫产率(%)	围产儿死亡率			围产儿死亡率(%)
				死胎	死产	早期新生儿死亡率	
1993－1997	4093	1242	30.34	34	7	28	16.85
1997－2002	5284	2394	45.30	49	9	36	17.79

剖宫产指征的变化见表2。本资料统计剖宫产指征以第一指征为准，将剖宫产指征主要分为：①头盆不称：包括骨盆狭窄，倾斜骨盆、巨大儿、胎头位置异常等；②妊娠并发（合并）症：包括妊高征、前置胎盘、胎盘早剥、妊娠期肝内胆汁淤积症，妊娠合并心脏病、糖尿病、甲状腺功能抗进症，肾病综合症，系统性红斑狼疮等；③胎儿窘迫；④臀位；⑤社会因素：包括高龄初产，珍贵儿、无任何指征家属要求手术；⑥疤痕子宫：有剖宫产史及子宫肌瘤剔除手术史；⑦其他：包括产程异常、胎膜早破、过期妊娠、羊水过少、脐带绕颈等。

［作者简介］罗宇芳（1972－），女，广东省兴宁市人，主治医师，主要从事妇产科临床方面的研究。电话：(0753)3997516
［收稿日期］2003－11－10 ［修回日期］2004－02－04

维普资讯 http://www.cqvip.com

表2 剖宫产指征变化

年份	妊娠	头盆不称	社会因素	臀位	疤痕子宫	胎儿窘迫	其他
1993－1997	384例(30.84%)	351例(28.26%)	32例(2.89%)	36例(2.89)	54例(4.35)	108例(8.69%)	277例(22.30%)
1998－2002	612例(25.57%)	582例(24.32%)	589例(24.98%)	58例(2.42%)	75例(3.13%)	126例(5.13%)	342例(13.08%)

在剖宫产指征中，1993至1997年的顺位次序为妊娠并发(合并)症、头盆不称、其他、胎儿窘迫、疤痕子宫、臀位、社会因素；1998至2002年的顺位次序为妊娠并发(合并)症、社会因素、头盆不称、胎儿窘迫、疤痕子宫、臀位。前5年与后5年变化有显著差异($P<0.01$)。

3 讨论

本资料显示，剖宫产率呈逐年上升趋势，1993年为25.3%，到2002年为48.5%，10年间剖宫产率明显增加，其中又以无任何指征家属要求手术增加最为显著。由于医学科学的发展及手术方法的改进，平均手术时间在30 min内，而麻醉及抗感染技术的发展，均使剖宫产死亡率下降到0.4‰～8‰[1]，使剖宫产安全性大大提高。由于麻醉科学的发展及镇痛泵的应用，使术后镇痛在剖宫产术中广泛应用，而无痛阴道分娩尚因多方面原因未普及，故使一部分产妇因畏惧产痛而选择剖宫产，无指征要求手术的大部分属此类。

剖宫产指征变化：①头盆不称：是剖宫产的传统首选指征，替代了既往用产钳，胎头吸引器来解决的大部份难产。本资料中因头盆不称剖宫产率在后5年比前5年有所下降，原因是由于社会因素剖宫产率的上升致阴道试产机会减少，从而导致头盆不称率下降；②产科合并(并发)症：随着人民物质生活水平的提高及保健意识增强，孕产妇保健网络的进一步完善，医务人员对高危妊娠的早期筛查和干预，使产科的合并(并发)症有所减少，但剖宫产作为高危妊娠的治疗手段能有效降低孕产妇及围产儿死亡率，因而，产科合并(并发)症剖宫产率仍在剖宫产指征中占首位；③胎儿窘迫：孕产妇保健网络日益完善，使部分引起胎儿窘迫的原因(如IUGR、羊水过少等)在孕期即得到纠正，从而使胎儿窘迫剖宫产率稍有下降；④臀位：由于臀位在正常孕妇中发生率无明显变化，且我院对臀位剖宫产指征无明显改变，故由臀位行剖宫产的机率无明显变化；⑤社会因素：本资料中影响剖宫产率上升最明显的指征为社会因素。资料显示，近几年来，以社会因素剖宫产者明显增多，并占据剖宫产指征第2位。究其原因，其一为独生子女制度，家属及产妇对新生儿比较珍贵，错误认为剖宫产较阴道分娩安全，新生儿头颅受挤压少，智力较好，从而选择剖宫产；另外，产前B超检查提示脐带绕颈而要求剖宫产者也不少；尚有部分产妇害怕阴道试产失败需再行剖宫产而不论有无指征，强烈要求剖宫产结束妊娠；其二，产科医生担心在分娩过程中万一发生意外，将受到家属的指责，引发医疗纠纷，而出于自我保护，放宽剖宫产指征[4]，致使社会因素剖宫产率上升更为明显。

随着围产医学的发展，一些损伤较大的中高位产钳术，儿头吸引术，臀牵引术等已被较为安全的剖宫产术所代替，而剖宫产又或为治疗如妊娠合并心脏病、重度妊高征，胎盘早剥、前置胎盘等高危妊娠的重要手段。实践证明，剖宫产确实为降低孕产妇死亡率发挥了重要作用[3]。但是，剖宫产率上升一定程度后，围产儿死亡率并未出现相应的下降[2]。从本资料可以得知，剖宫产率在一定范围内升高，一定程度上可以降低围产儿死亡率，但随着剖宫产率继续升高，围产儿死亡率并未随之发生明显下降。

剖宫产率下降是围生医学发展的一个标志，实施保证母婴安全的这一目标中，降低剖宫产率又是一个环节。应清楚看到，高的剖宫产率解决了分娩时可能发生的医患纠纷，但由于剖宫产术后并发症所引起的医患纠纷正日益增多。因此，笔者认为，一方面应通过广泛的健康教育正确宣传自然分娩优点及剖宫产的特点及并发症，普及产科知识，加强孕产妇产前培训，消除孕妇恐惧心理，增强孕妇自然分娩信心；另一方面，舆论应正确引导群众，对医患纠纷应正确宣传，理解和支持医务人员的辛勤劳动，缓解产科医护人员在处理孕妇试产过程中的思想压力，从而减少社会因素剖宫产率。同时，健全孕期保健制，开展无痛分娩，提高产科质量加强产科及新生儿科医师的合作，提高新生儿窒息抢救水平，进一步降低围产儿死亡率等，均有助于降低剖宫产率。

[参考文献]

[1] 黄醒华.剖宫产的现状与展望[J].中国实用妇科与产科杂志，2000，16(5)：259－261.
[2] 郑 平，黄醒华，王淑珍.35年剖宫产率及适应证的变化[J].中华妇产科杂志，1996，31(3)：142－145.
[3] 王志杰，乐 杰.剖宫产对新生儿的影响[J].实用妇产科杂志，1996，12(1)：13－14.
[4] 刘 玲，冯小凤，易桂英.10年间剖宫产率及指征变化与围生儿死亡率的关系[J].中国实用妇科与产科杂志，2003，19(1)：43－44.

(编辑：邱全光)