维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号：0253-3626(2006)05-0767-06

农村卫生适宜技术推广示范研究中的模式、机制及其作用的探讨

王润华[1]，刘 俊[1]，王 艳[1]，刘卫平[1]，陈永忠[2]，孙安龙[2]，童 琦[3]

（1.重庆医科大学公卫学院卫生统计教研室，重庆 400016；2.重庆市卫生局，重庆 400015；3.重庆市人口与计生研究院，重庆 400000）

【摘 要】目的：为我国的农村卫生适宜技术的推广提供实践经验和理论依据，探索适合我国目前国情（尤其是对于西部农村地区）的卫生适宜技术推广的最佳模式与机制。方法：在重庆市两个农村卫生适宜技术示范县开展卫生适宜技术推广示范工作。结果：在 2005 和 2006 年分别采用了不同的卫生适宜技术推广模式，获得了不同的效果；适宜技术在一定程度上缓解了农民看病难、看病贵的状况，获得了卫生工作者和人民群众广泛的欢迎和好评。结论：对于我国西部农村地区的卫生适宜技术推广工作，最佳的模式是“政府主导＋市场导向”的综合模式；适合的机制是以协调联动、社会动员、适当经济补偿、约束与激励并用四项为主的多项机制协同作用；项目研究的全过程必须由具备科研能力的高等院校和科研院所主持参与才能成功地总结经验。

【关键词】农村卫生适宜技术；推广；示范；模式和机制

【中国图书分类法分类号】R195.1 【文献标识码】B 【收稿日期】2006-08-30

Discussion about mode, mechanism and effect in the popularization and demonstration of country Feasible Medical Technology

WANG Runhua, et al

(*Department of Medical Statistics, School of Public Health, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: Offer practical experience and theoretical basis for the popularization of Country Feasible Medical Technology (CFMT) in our nation, and explore the best mold and mechanism for popularization of CFMT at the actual situation of our nation, especially to the western rural areas. *Methods*: We launch the popularization and demonstration of CFMT in two countries of Chongqing City. *Results*: In 2005 and 2006, we adopted different modes of popularization about CFMT, and obtained different effects; besides, the CFMT reduces the difficult and expensive condition of seeing a doctor to some extent, and wins wide welcome and praise from health workers and masses. *Conclusions*: For the popularization of CFMT in western rural areas, the best mold is 'government-control & market-guidance' Mold. And the most suitable mechanism is a synergistic effect of many mechanisms, in which Consultation & Combined Action mechanism, Social Mobilization mechanism, Proper Financial Compensation mechanism, and Restriction & Inspiritment mechanism is the four main mechanisms. Besides, to summarize experiences the participation of college and scientific research institute is needed in the whole process of research project.

【Key words】Country feasible medical technology (CFMT); Popularization; Demonstration; Modle and mechanism

我国是一个农业大国，13 亿人口中有将近 9 亿的农村人口，约占总人口的 70%[1]。目前困扰我国城乡居民生活和工作的“看病难、看病贵”问题，在农村更加严重，其引发的“因病致贫”、“因病返贫”现象也普遍存在。这严重影响了我国社会的安定团结与和谐发展，阻碍了全面建设小康社会目标的实现。为了保障农村居民的健康，促进经济和社会全面协调发展，2002 年国务院颁布了《关于进一步加强农村卫生工作的决定》，并明确提出要逐步在全国建立新型农村合作医疗制度[2]，在 2005 年底党中央又发出了“建设社会主义新农村”的号召。

《农村卫生适宜技术推广示范研究》正是在这样的大背景下被提出来，列为国家“十五”科技攻关项目。其目的是从农村实际和农村人民群众的切

作者介绍：王润华(1944-)，男，教授，博士研究生导师，主要研究方向：多元统计方法在医学研究中的应用和卫生服务研究。

基金项目：国家“十五”科技攻关计划项目“重庆市农村卫生适宜技术示范研究”（2004BA715B10 国科发计字[2004]328 号）。

维普资讯 http://www.cqvip.com

身利益与需求出发，筛选引入一批经济、可行，安全、适用的卫生适宜技术，通过对农村卫生工作者的培训传授，来推广应用；同时总结经验，研究卫生适宜技术推广工作的最佳模式与机制，以便在全国推广开来，最终实现“减轻农民负担、促进群体健康、加快经济发展”的目标。

重庆市是通过立项申报答辩被批准参加该课题研究的十省区之一。作为我国农村人口比重最大的城市[3]，在重庆市的广大农村地区，特别是三峡库区，开展农村卫生适宜技术推广示范研究工作，既有比较好的代表性，又有实际意义。

1 对象与方法

1.1 对象

在国家四部委指导下，选择了农业人口比例都在 80% 以上的铜梁县和忠县。铜梁县地处西部经济走廊，忠县地处三峡库区，两个示范县都有一定的乡村一体化管理和村卫生室建设基础，其经济发展状况和卫生 / 计生技术需求具有较好的代表性。

1.2 适宜技术筛选方法

重庆市课题组按卫生口和计生口分别采取“发放调查问卷、专家咨询、个别访谈、文献分析、现场调查”等方法，从“人口社会经济水平、卫生与计生服务能力、居民疾病谱和死亡谱、技术需求”四个方面进行了反复基线调查，根据“部委推荐”，依照“适用本地”，结合重点申报法、频数权重法和专家咨询法，确定需求的适宜技术清单。

1.3 适宜技术推广模式

在项目示范县，卫生口在 2005 年采用了“政府导向 + 市场主导”的模式，在 2006 年采用了“政府主导 + 市场导向”的模式；计生口在 2005 年和 2006 年都采用了“政府主导 + 市场导向”的模式。

1.4 培训方式与考核方法

培训方式以统一培训、分级培训、个体交流、进修四种方式为主。培训后进行严格的笔答考试和实践测试，其成绩作为考核指标。

1.5 数据收集与质量控制

分别采用 P01 表、P02 表、S01 表，记录培训负责人、被培训人员、适宜技术应用病例等详细信息，并专设经过规范培训的负责人回收数据表；同时课题组定期下乡督导检查，并且用规范的调查表对工作开展情况进行评价打分。

1.6 资料的回收整理与分析

使用 Access 数据库和 Epidata3.1 数据库录入资料，并使用 SAS8.2 软件包进行数据分析。

2 结果与分析

2.1 培训和推广应用进度

每个项目示范县共培训了 30 项卫生、计生技术，其中卫生 20 项，计生 10 项，截止到 2006 年 7 月 31 日，两示范县卫生和计生共 30 项技术已全部超额完成课题培训要求（县级技术 100%，乡级技术 80%，村级技术 60%），共培训了 9878 人技术数，其中卫生 6656 人技术数，计生 2322 人技术数。铜梁县卫生和计生共培训了 5318 人技术数，其中卫生技术 3960 人技术数，计生技术 1358 人技术数。忠县卫生和计生共培训了 3660 人技术数，其中卫生技术 2696 人技术数，计生技术 964 人技术数。重庆市卫生和计生系统共应用了 19607 例病例，其中计生系统应用了 19037 例，卫生系统应用了 570 例。

2.2 模式与机制分析

在卫生适宜技术示范推广研究工作中，通过对模式与机制的理论探讨和研究，总结出了背景决定模式，模式支配机制，机制促进传递，传递体现效果，并且同时满足需求。

2.2.1 背景

首先，卫生适宜技术推广工作的模式与机制，取决于当地的实际情况。重庆市两示范县属我国西部贫困地区，其现实背景的内容包括当地的经济背景、文化背景、民族背景、地理背景、居民结构特征和疾病谱、死亡谱特征，以及当地的卫生网络组织完善情况和卫生行政机构的权威性和行政能力等等。具有本土特性的背景决定了相应的模式与机制。

2.2.2 模式

模式是指通过经常的、大量的、重复出现的社会实践活动和行为方式总结出的有明显理论抽象特征、能够集中反映大多数人群认识社会事物和改造社会事物的综合统一思想方法。

对于卫生适宜技术推广工作，我们总结出最基本的模式有两种，即模式 1 和模式 2（见表 1），称为基础模式，各自需要相应的同类别的机制来保证。

表 1 基础模式种类及划分

模式 1	政府模式	根据政府的干预力度划分	政府主导模式 政府导向模式
模式 2	市场模式	根据市场规律的作用大小划分	市场主导模式 市场导向模式

对于主导和导向，两者的区别主要表现在作用力度、作用时间、作用方向和作用客体上。两者的关

维普资讯 http://www.cqvip.com

系为：政府主导和市场导向，及市场主导和政府导向是对立统一的，当 A 方（政府或市场）的主导加强时，则 B 方（市场或政府）的主导必然会减弱，同时 A 方对事物主体的控制能力与效果就会增强；当 A 方（政府或市场）的主导减弱时，B 方（市场或政府）的主导必然会增强，A 方控制事物主体的能力与效果就会减弱。

市场模式最集中的体现是经济效益，卫生服务供方和需方存在对立统一性。按照市场模式，卫生服务供方在“救死扶伤”的原则下，为了自身的生存和发展，必须获取一定的经济利益；而需方则期望以最小的经济付出，甚至免费来获取卫生服务，这是一对矛盾，单靠市场模式是无法解决的，而单靠政府强制推行也必然伤害供方的利益。

所以，在现实中，政府模式与市场模式是同时存在、密不可分的，两者相互渗透，又动态的相互作用，同时统一在同一社会整体中，以一种综合模式的状态存在，而综合模式之间的主要区别就是以哪一种模式居于主导地位。根据实际情况，我们将综合模式划分为：

综合模式 1：政府主导（主）+ 市场导向（辅）（政府导向和市场主导弱化）

综合模式 2：市场主导（主）+ 政府导向（辅）（政府主导和市场导向弱化）

我们可以通过下图，来表示适宜技术推广中的政府模式与市场模式、及相应机制的关系：

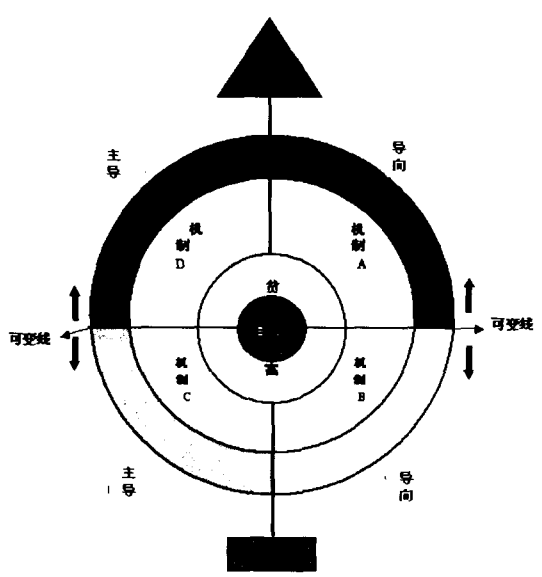


图 1　适宜技术推广中的模式、机制及适用于经济类型的简图

图中机制 A、B、C、D 分别是当某一种主导或导向为主的模式起主要作用时，所对应的综合机制。比如，当政府主导为主的政府模式起主要作用时，对应的机制，必然是以组织管理机制为主的多种机制的协同作用。

从重庆市农村卫生适宜技术推广的实际工作情况来看，2005 年重庆市卫生适宜技术培训和推广采用“政府导向 + 市场主导”，结果培训进度缓慢，培训率低。而 2006 年采用“政府主导 + 市场导向”，加大了政府干预力度，结果在 3 个月之内超额完成了全部的培训任务，并有一定程度的应用。两种不同模式导致了不同的工作效果，具体对比见表 2。

表 2　2005 年、2006 年重庆市农村卫生适宜技术推广效果表

内容		2005年	2006年
模式		综合模式 2	综合模式 1
培训方式		自行培训为主	统一培训为主，分级培训为辅
结果	进展速度	慢，全年铜梁培训 12 项技术，754 人技术数；忠县 5 项技术，180 人技术数	快，两示范县 3 个月各完成 20 项技术，铜梁县培训 3960 人技术数，忠县培训 2696 人技术数
	培训率（%）	<30%	>100%
	应用例数 *	无一例应用	570

在转换模式之后，重庆市农村卫生适宜技术推广进展迅速、成绩显著，实践证明了必须采取政府主导为主的模式，考虑其原因主要是因为：

①农村卫生适宜技术的推广是一项公益事业，作为公益事业政府有不可推卸的责任和义务，因此需要政府主导为前提；

②西部农村地区经济贫困，文化落后，国家对卫生事业的投入十分有限，卫生事业供方人力资源素质和水平比较滞后，技术平台十分落后甚至缺乏，在农村基层尤其突出。这决定了县乡级医疗单位领导们急于积累资金，用于改善软硬条件，以解决生存和发展。对于收益甚微的农村卫生适宜技术，达不到这种追求，这必然导致情感上的疏远和行为方式上的背离，没有政府的全力支持、推动和帮助，卫生适宜技术推广将举步维艰。

③从西部农村地区卫生事业需方的角度分析，由于经济贫困，文化落后，因病致贫、因病返贫，看病难、看病贵问题普遍存在，农民需要安全、有效、经济、实用的适宜技术，但他们是弱者，无能力推动供方改变行为方式。以为人民服务为宗旨的政府必

维普资讯 http://www.cqvip.com

须理直气壮地为他们撑腰。

因此实行以政府主导,并结合市场导向,充分考虑供需双方的利益需求,才能够适应西部农村地区的实际情况。这也是“上下结合”运作模式的具体形式,即从农村卫生实际工作中的焦点和关键问题出发,通过调查研究,针对农村卫生的主要问题“自下而上”提出需求;在组织实施上采取“自上而下”的方式,即通过各级卫生行政部门的组织管理,利用现有的农村三级卫生服务网络,开展纵向技术培训。同时与新型农村合作医疗制度的实施相互结合、相互促进,提高农民健康保障水平[4]。事实也证明了这种模式的成功。

2.2.3 机制

模式又支配着机制。机制是指维系事物进程和结果的内在规律性,为调控事物进程和结果的体系和必备条件。机制的内涵丰富多彩,如部门联动机制、社会补偿机制、社会激励机制、社会约束机制、社会组织机制、社会调控机制、价格机制、竞争机制、信用机制、社会动员机制等等。

农村卫生适宜技术示范推广机制研究就是紧紧围绕“获得可行的,具有可持续发展前景和良好效果的目标”通过对比,发现和选择推广方法与手段。在重庆市,我们主要采用了以下几种机制:

① 协调联动机制:

协调联动机制主要包括三个方面:

A、市、县同级政府部门之间的协调联动:特别是相关主管部处之间,思想统一、步调一致、互相支持,随时互通信息与最新动态,共同努力,及时一致解决出现的问题。这是协调联动机制中最重要的方面。

B、市与县之间的相关职能管理部门的协调联动;

C、课题组与各市、县政府职能部门的协调联动;

以上三个方面相辅相成、不可或缺,一环缺位,全盘受影响。2005 年,卫生适宜技术推广工作中,曾经有过深刻教训;而在 2006 年,在总结教训的基础之上,省级部门之间加强了协调联动,统一思想、互相支持,县级部门加重了行政力度,同时把行政管理经验引入到项目的管理中,充分发挥了三级领导机构的领导作用,并且实行一把手责任制,把卫生适宜技术培训推广工作纳入各级卫生、计生服务机构行政领导的政绩考核,实行一票否决制,所有这些保证了该项目的顺利实施。这是行政的管理机制。

② 社会动员机制:

农村卫生适宜技术的推广最终的结果主要体现在应用,而应用的前提有两个,一是供方需要熟练的掌握这些技术,二是需方要知晓并愿意接受这些技术。因此,社会动员机制主要分为四个方面:

A、市级项目协调领导小组首先应该积极主动的做好各相关职能部门的思想动员与协调工作,使各有关部门领导明确此项工作的意义、目的,并确定方向、各司其职,为协调联动机制奠定基础。

B、各示范县卫生和计生主管部门做好管辖范围内的县、乡两级医疗卫生单位、计生服务单位的行政领导思想动员工作和组织工作。推行卫生适宜技术,关键在于院长。

C、各基层医疗单位的院长或领导,应做好本院的医务工作人员的思想动员工作,并落实工作分工。医务工作人员是卫生适宜技术的具体应用者,他们的培训与应用的主动性和积极性是适宜技术推广的关键。

D、利用各种宣传方式(包括广播、电视、报纸、标语、宣传专栏、板报、临诊等方式),向群众进行卫生适宜技术目的、意义、内容、效果的宣传工作,使群众最大范围的知晓、认同这项工作。

以上四个方面的工作落实到位,必然会促进这些技术的应用;而工作做的不好,必然会延缓这些技术的应用。2005 年,虽然从领导层面意识到了社会动员的作用和意义,课题组也把动员工作作为一个重要的促进手段,写入了《规范操作手册》,但是由于社会动员力度没有跟上去,导致卫生口动员工作严重滞后,仅仅靠课题组的工作补位起的作用就十分有限了。2006 年,在加强政府主导模式和协调联动的同时,也加强了社会动员工作的进一步落实,取得了较好的效果。

③ 适当采用经济补偿机制:

对示范县所有技术人员免费培训,并给予一定的误工和生活补贴。这符合市场经济规律的作用,能够在一定程度上解决农村医生的现实问题,对适宜技术培训和推广起到了一定的推进作用。此外,计生系统对推广应用的技术服务人员按使用例数给予经济补贴。卫生系统对重点推广和研究的技术的应用给予一定的补偿措施。这些是我们在农村卫生适宜技术推广中的一些尝试,效果尚不明显。我们认为可能是力度不够所致,但目前在西部大力推广卫生适宜技术存在财政和资金上的困难,这个问题有待于进一步的探讨。

④ 约束与激励机制:

维普资讯 http://www.cqvip.com

把卫生适宜技术培训推广工作与卫生服务人员的业务工作挂钩，明确培训和推广应用是每个卫生服务人员必须完成的职责，并纳入继续教育学分登记，与奖金挂钩；不培训者不予晋升职称，不能评优。这些措施起到了很好的约束和鞭策作用，促使示范县的卫生服务工作者们认真对待。

示范县卫生行政部门还制定了相应的奖励办法，对于卫生适宜技术培训和应用任务完成好的单位和个人颁发荣誉证书，并给予一定的经济补偿。市级部门也采取了相应的激励措施，如市科委出资购买了数十把“带光源枪式肛肠套扎器”器材委托卫生行政部门作为奖励奖给推行适宜技术好的单位。

这些措施的实施从反正两个方面发挥了作用，保证了重庆市计生口和卫生口项目工作持续稳定地开展。

综合模式 1 决定了机制必然是以协调联动、社会动员、适当经济补偿和约束与激励四项机制为主的多机制协同作用，在两示范县的卫生适宜技术推广工作开展过程中，事实证明了这种机制的可行性和有效性。

2.3 技术的传递

“机制促进传递，传递又体现效果”，技术的传递过程包含三个对象，分别是技术持有者、技术应用者和技术接受者，其关系见下图：

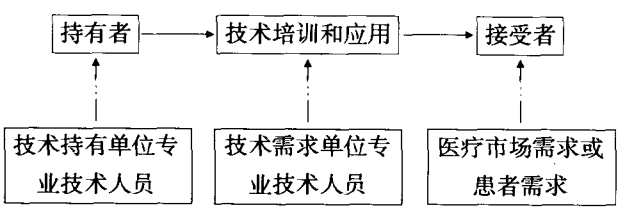


图 2 技术传递示意图

在适宜技术从持有者传递到技术应用者的过程中，主要的方式有：统一培训、分级培训、个体交流、进修。

好的机制促进了传递，协调联动和社会动员机制的加强，经济补偿和约束激励机制的采纳，都促进了传递的广度和深度。而技术的传递缩短了农村医疗卫生单位与科研单位之间的技术差距，提高了农村医疗卫生单位的防治技术水平[5]。

传递又体现了效果，并满足了需求。农村卫生适宜技术示范推广效果大致可分为两个层面：一个层面是培训效果，表现为培训成绩和培训率；另一个层面是应用效果，表现为应用患者比例、专业人员应用比例、疗效和患者满意度。

2.4 专业科研机构的参与

农村卫生适宜技术推广示范研究是国家十五科技攻关项目，是集社会科学和自然科学于一体的综合性项目，亦是新中国成立以来首次多部委联合实施的卫生技术推广项目。从项目的设计到项目的实施，从信息的采集到数据的整理分析，从推广模式与机制的理论实践结合研究到效果评价等，无不需要专门科研机构和队伍的参与。只有引入一批强有力的科研人员队伍参与项目全过程，并与政府、基层卫生服务机构及广大患者保持密切关系，才能真正起到科学参政、科学咨询和指导的作用，并完成科学调研、科学整理分析信息和引出科学结论的任务。专业科研机构的参与是本研究项目成功的关键环节。

从重庆市农村卫生适宜技术推广示范研究工作的开展情况和结果来看，背景、模式、机制、科技、传递、效果和需求是组成农村卫生适宜技术推广工作的七要素。它们各自之间相辅相成、缺一不可，又相互制约、相互匹配。

3 结论和建议

重庆市农村卫生适宜技术示范研究推广工作在经历了曲折之后，通过对 2005 年所采用模式与机制教训的思考，在 2006 年实施了更加符合西部农村实际的模式与机制，使适宜技术推广取得了极大的进步，获得了国家终末评估调查组的认可。经过国家终末评估调查组和省级调查组对铜梁示范县卫生适宜技术推广工作的深入定性调查后，结果显示农村卫生适宜技术确实在一定程度上缓解了两示范县农民看病难、看病贵的问题，并增加了政府和医生在百姓心中的威信。

重庆市两项目示范县作为我国西部农村地区的典型代表，其农村卫生适宜技术示范研究推广工作的成功，证明了“政府主导 + 市场导向”综合模式和多机制协同作用方式的可行性、有效性和可推广性。

因此，建议在我国西部农村地区采取“政府主导 + 市场导向”的模式和以强化组织管理、重视宣传、适当经济补偿、约束与激励并用四项机制为主的多项机制协同作用的方式，大力开展农村卫生适宜技术推广工作。

参 考 文 献

[1] 叶文虎.中国人口问题与中国可持续发展、华夏之声论坛、中国研究，理论探讨 http://www.hxzs.org/html/2006-05/612.htm.

[2] 建立新型农村合作医疗制度 社会新闻 南方网 http://www.southcn.com/news/community/shzt/cms/.

维普资讯 http://www.cqvip.com

[3] 温家宝总理在渝考察纪实，新华网，新闻中心，滚动新闻 http://news.xinhuanet.com/newscenter/2006-04/24/content_4468739.htm.
[4] 刘晓波，刘雁飞，祁国明.推广卫生适宜技术，促进农村卫生事业发展[J].中华医学科研管理杂志，17(3)：政策研讨.
[5] 王宇明，郭金玲，高三友，等.河南农村卫生适宜技术推广示范初步思考[J].河南医学研究，2005；14(4).

（上接第 751 页）

3 讨 论

超声消融系统的作用原理：利用低频高能的超声波对组织产生的机械性破碎作用和空穴作用[4]来达到打通血管的目的。

先将下腔静脉滤器放置于腔静脉内，可有效阻止血栓随血液循环到肺静脉，防止肺栓塞的发生。

静脉内导管留置直接将溶栓药物泵入血栓内，为患者建立了一条病变血管直接给药的通道，增大了局部药物浓度，并可实现持续给药、增强超声消融效果、防止消融后血栓再形成和减少全身药物用量，减少出血并发症的目的[5]。

四肢循环泵的作用原理：通过间断气囊压迫肢体，阻止深静脉扩张，防止足和股部的静脉血流滞缓，促使血液回流，减轻肢体肿胀。

总之，静脉滤器置入加手术治疗能有效防止肺栓塞，明显改善肢体缺血肿胀和股青肿，减轻局部张力缓解疼痛，能减少药物用量和并发症；但有凝血象异常、肢体肿胀和血栓再形成的危险。应注意观察，保持留置导管功能良好，早期应用四肢循环泵进行护理干预，以减轻肢体肿胀。四肢循环泵能减轻肢体肿胀。其远期效果如血栓再形成等有待于进一步研究随访。

参 考 文 献

[1] Pineo GF，Hull RD.Prevention and treatment of venous thrombolisms [J]. Drugs.1996；52(1)：71.
[2] 孙建明，陈以宽，朱仕钦.超声消融治疗动脉硬化症疗效观察[J].临床超声医学杂志，2004；6(3)：139-141.
[3] 刘碧波，李凤英，文志广，等.介入性动脉内留置导管治疗慢性骨髓炎的观察与护理 21 例 [J].实用护理杂，2003；19(12)：19-20.
[4] 张精勇，吴学君，金 星，等.超声引导下置管溶栓治疗下肢深静脉血栓形成[J].临床外科杂志，2004；12(3)：190-191.
[5] 徐 冬，许海燕，姜 宏，等.超声消融术治疗外周动脉完全闭塞性病变的护理配合[J].解放军护理杂志，2003；20(10)：54-55.

（上接第 757 页）

[2] Ohta y，Oda m，Sunezuka Y，et al Results of recent therapy for non-small-cell lung cancer with brain metastasis as the initial relapse[J]. Am J Clin Oncol，2002；25(5)：476-479.
[3] Park YG，Chol JY，Chang JW，et al Gamma knife radiosurgery for metastatic brain tumors[J].Stereotact Funct Neurosurgery，2001；76(3-4)：201-203.
[4] 周宗政，王绿化，吕纪马，等. 全脑照射加 Vm-26 治疗肺癌脑转移的 1 期临床试验[J].中华放射肿瘤学杂志，2003；12(4)：228-229.
[5] Westphal M，Heese O，de Wit M.Intracranial metastases thera-peutic options [J].Ann Oncol，2003；14(suppl 3)：4-10.
[6] Taimur S，Edelman MJ.Treatment options for brain metastases in patients with non-small cell lung cancer[J].Curr Treat Options Oncol，2003；4(1)：89-95.

（上接第 762 页）

3 讨 论

两种术式术中情况比较，手术时间术中估计出血量，新生儿窒息，二种术式间差异无显著性（$P>0.05$）。但胎儿娩出时间上子宫下段剖宫产明显优于腹膜外剖宫产。

术后排气时间，腹膜外剖宫产组明显优于子宫下段剖宫产，术后最高体温两组无明显差异，但胎膜外剖宫产组有 8 例临床表现感染者，但腹膜外剖宫产膀胱侧窝炎发生率明显高于子宫下段剖宫产。

从上资料中提示：腹膜外剖宫产及子宫下段剖宫产各有利弊，两者不能替代，子宫下段剖宫产是应用最广的剖宫产术式，切口位于子宫下段，易于用腹膜反折，遮盖，只要腹膜清洗干净，可起到一定预防腹膜感染和粘连的作用 [3] 但在开腹术中通过干扰相对较多，术后恢复时间长，术后腹膜粘连机会多。腹膜外剖宫产不进入腹腔，不干扰排腹腔脏器的功能，术后不禁食，全身反应少，恢复快，宫腔内感染不易波及腹腔，不引起肠麻痹和粘连，但进入宫腔取出胎儿较子宫下段剖宫产慢，下段显露不够宽敞，娩出胎儿相对困难，术中无法探测附件及子宫情况，同时易发生膀胱侧窝炎，所以，我们认为，两种途径剖宫产各种优劣，在选择术式时，应综合考虑产妇情况，胎儿状况和术者技能经验而定，选择最适合的手术途径，不可偏颇。

参 考 文 献

[1] 凌萝达，顾奎礼.难产[M].重庆出版社，268-274.