维普资讯 http://www.cqvip.com

44-46

15

文章编号：0253-3626(2000)01-0044-03

R714.7

重庆市孕产妇死亡监测工作调查分析

牟李红[1]、林晓宁[2]、刘小玲[2]、许　红[1]

（1. 重庆医科大学流行病学教研室　400016；2. 重庆市妇幼保健院妇保科　400013）

提　要　本文对重庆市1986~1997年孕产妇死亡变化规律进行了初步分析，对监测工作中存在的主要问题提出以下建议：加大质控力度，降低漏报；提高社区保健服务能力，尤其是加强基层保健医师的培训；社区保健人员应加强与计生部门的合作，以利于计划外怀孕妇女的发现与管理。

关键词　孕产妇死亡率；监测

中国图书分类法分类号：R132　　**文献标识码**：A　　**收稿日期**：1999-06-22

Study and analysis of maternal mortality surveillance in Chongqing

MU Li-hong, et al

Department of Epidemiology

Abstract: In this paper, we analyzed the changing trends in maternal mortality from 1986 to 1997 in Chongqing. According to the analysis, we suggested that it is important to improve the serving ability of health care, and should especially focus on training primary level physicians. Secondly, cooperation between physicians and the Department of Family Planning is necessary for discovering and managing illegal pregnancies. Thirdly, the related rules should be strictly implemented so that missing reports can be decreased.

Key Words: Maternal mortality; Surveillance

孕产妇死亡率的高低，反映了一个国家或地区政治、经济、文化教育水平、妇女的健康和社会地位状况以及妇幼卫生保健工作质量。它是一个综合的、敏感的指标。重庆市通过三级保健网对全市各地区孕产妇死亡率进行监测，研究并分析孕产妇死亡率和死因变化的规律，提出了有针对性的干预措施，为降低本地区孕产妇死亡率提出科学依据。

1　监测方法和结果

1.1　监测范围　重庆43个区、市、县，其中重庆市渝中区、九龙坡区，涪陵地区的枳城区为全国孕产妇死亡监测点。

1.2　监测内容　通过统一的报表或卡上报，内容包括孕产妇死亡的地区及人群分布，孕产妇的死亡原因，总活产数，以及育龄妇女接受卫生保健服务情况。

1.3　监测资料的收集

城市　地段→区→市

农村　村→乡→县→市

1.4　质控措施　质量控制是保证监测工作质量的重要环节，也是监测工作的组成部分，包括孕产妇死亡报告制度、孕产妇死亡监测评审制度及补漏调查制度等。

作者介绍：牟李红（1968-06出生），女，讲师

2　结果分析

1986~1997年重庆市孕产妇死亡率监测结果。见表1及图1。1992~1997年重庆市孕产妇死亡主要原因监测结果。见表2。

2.1　1986~1997年，重庆市孕产妇死亡率从时间序列来看，有一定的波动，但总的趋势呈逐年下降（线性趋势 $x^2=6.65$，$P<0.01$），1997年重庆市直辖后43个区、市、县的孕产妇死亡率为79.1/10万，这表明重庆市孕产妇死亡监测工作的开展是取得了一定成效的，主要采取了以下干预措施：

2.1.1　组织保证。重庆市市政府积极响应世界卫生组织的号召，为实现“到2000年人人享有卫生保健”这一战略目标，加强中国基层妇幼卫生工作，实现《九十年代中国妇女和儿童发展纲要》的目标，各级政府成立了专门领导班子，并把妇幼保健工作的开展作为政绩考核内容之一，层层签订目标责任书，为该项工作的开展提供了组织保证。

2.1.2　加强健康教育，增强自我保健意识　实践证明，健康教育是解决绝大多数健康问题的最经济和有效的重要策略。在监测工作中，根据各地特点，

维普资讯 http://www.cqvip.com

表1 1986~1997年重庆市孕产妇死亡率监测结果

年份	活产数	死亡数	死亡率（1/10万）	年份	活产数	死亡数	死亡率（1/10万）
1986	187345	186	99.3	1992	131350	172	130.6
1987	180432	170	94.2	1993	134381	131	97.5
1988	136545	127	93.0	1994	125898	128	101.7
1989	139559	119	85.3	1995	116254	109	93.8
1990	140904	144	102.2	1996	120328	74	61.5
1991	141837	144	101.5	1997	121006	78	64.5

表2 1992~1997年重庆市孕产妇死亡主要原因

年份	死亡数	产科出血		妊高征		内科合并症		产褥感染	
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
1992	165	56	33.9	12	7.3	20	12.1		
1993	127	40	31.5	8	4.8	19	15.0		
1994	109	57	52.3	8	7.3	21	19.3		
1995	92	46	50.0	9	9.8	22	23.9		
1996	74	46	62.2	10	13.5	9	12.2	3	4.1
1997	78	46	58.9	7	9	10	12.8	6	7.7

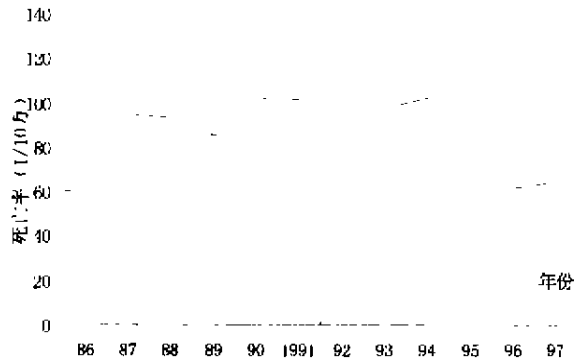


图1 1986-1997年孕产妇死亡率趋势

采取了诸如墙报、板报、挂图、画册、广播、电视、发放宣传手册、上街咨询、观看录相、参加孕妇学校等健康教育方式，使群众懂得产前检查、住院分娩、优生优育的重要性，使孕妇主动要求围产保健服务，主动住院分娩，从而减少孕产妇死亡。

2.1.3 抓好孕产妇系统管理，试行母子保健保偿制。根据市、县卫生局有关文件精神，规定各地妇产科必须使用全市统一的围产保健手册及产科病历，逐步建立健全了孕产妇系统管理。譬如：丰都县对早孕妇女建卡，并进入孕产妇系统管理指挥图。通过图表的形式，能够了解本地区孕妇数、产妇数、高危数，并能直观地反映出孕产妇的地点分布、怀孕时间、分娩时间及高危等情况。通过对孕产妇的系统管理，可以筛查高危孕产妇，在其保健卡上作特殊标记，对其进行专案管理，定期随访。对于高危妊娠，实行分级管理，要求高危孕妇100%住院分娩，确保母子平安。1989年至1997年，该县孕产妇系统管理率由6.04%上升至83.50%，孕产妇死亡率由213/10万降至76.04/10万。

为进一步提高孕产妇建册和孕产妇系统管理质量，基层卫生单位还利用计生部门发放准生证时开展母子保健保偿一条龙服务。保健项目是围产保健、妇女保健、儿童保健等。目的是提高“两个”保健质量，降低“两个”死亡率。目前这项制度正在某些地区试行。

2.1.4 强化人才培养，提高业务素质 市妇幼处及市妇幼保健院每年举办1~2期妇、儿保医生培训班，结合每年2次例会，不断进行妇幼保健知识培训。通过培训，使专业人员掌握相关学科知识；通过专题研讨会，统一认识孕产妇死亡监测的实施方案，学习监测资料的收集、分析与评价方法。譬如：枳城区针对影响孕产妇死亡的主要原因，对三级保健网的妇幼人员进行了不同层次的业务培训。乡级卫生人员着重抢救知识和技术的推广，产儿科医生着重诊疗技术的培训，妇幼卫生人员着重两个系统管理，高危筛查及健康宣传知识的培训。

维普资讯 http://www.cqvip.com

2.2　通过以上工作的开展，重庆市孕产妇死亡率由1986年的99.3/10万降至1997年的64.5/10万，但仍居全国中高水平，与我国为实现“2000年人人享有卫生保健”这一全球性战略目标而实施的具体目标：孕产妇死亡率，从1987年全国95/10万下降到50/10万相比，我市的孕产妇保健任务仍然十分艰巨。同时，在孕产妇死亡监测工作中，仍存在着一些问题，应引起重视。譬如：

2.2.1　漏报现象　包括活产数漏报和孕产妇死亡漏报。由于各区、县统计方法不规范以及监测人员的相对不稳定，有的还因在计生部门接生而未报，以及计划外生育未报，流动人口未报等原因，都可能使上报的活产数数据真实性、完整性、可靠性降低。如根据上报，1997年重庆市总活产数121006人，按照本地区总人口数及人口出生率计算，总活产数大约应为十六万左右，意味着漏报了4万多。另外，三维网不健全或有意不报等情况的存在是产生孕产妇死亡漏报的原因。漏报造成孕产妇死亡率比实际偏低或偏高，从而影响对结果的正确分析和对实际情况的掌握。

2.2.2　计划外怀孕妇女的发现与管理　据调查，由于对计划外怀孕妇女未能及时发现、未能早期建卡进行围产期监护，因而高危妊娠未能及时筛查、治疗和管理。计划外生产的妇女为逃避计生部门的追究，选择在家中或在无条件或条件较差的个体医生处生产。计划外孕产妇死亡每年占30%左右。为此，社区保健部门应加强与计生部门的配合，对已婚育龄妇女加强随访，及时掌握孕情，同时对这部分重点人群，在社区定期举办保健专题讲座，提倡优生优育、加强孕期知识的宣传教育，提高自我保健意识。

2.2.3　基层保健医师的技能函待提高　从表3可以看出，产科出血一直是威胁我市孕产妇生命的主要原因，其次是内科合并症及妊高征。调查发现，由于基层医技人员知识技能缺乏导致可以避免或创造条件可避免的死亡占80%以上。某些县乡级医院、卫生院，无条件接受高危孕妇，对并发症认识不足、不会处理，或处理不当，也不呼救、不转院，产妇终因流血死亡。因此，加强培训，重点是提高基层卫生人员“处理分娩三程”水平；在孕早期建卡时及时筛查妊娠合并症，及时转诊、治疗。转送不积极是导致救治失败的原因之一，建议提高农村接生员的素质和接产技术，除边远山区，近郊接生员尽量不接生，无条件的卫生院最好不作剖宫产；乡、村接产室应配备必需的急救药品、器械和由社区协调转运时的交通工具，及时将高危孕妇转入上一级医疗机构。

2.2.4　死亡诊断可靠程度低　这主要是由于死亡孕产妇的住院分娩率低，她们大多死前未能明确诊断，而病人家属又不愿尸检等原因，这极不利于对死因的正确分析，不利于今后干预措施的制订。

针对以上情况，我们提出在以后的监测工作中应不断完善孕产妇监测报告制度，严格执行孕产妇死亡评审制度，多渠道收集数据信息，尽可能地降低漏报。同时，提高社区保健服务能力，尤其是加强基层保健医师的培训。还应加大健康教育的力度，提高群众自我保健意识，从而降低孕产妇死亡。

参 考 文 献

[1]　连玉峰，等. 孕产妇死亡的危险因素研究[J]. 国外医学社会医学分册，1995;12(3)：106～109

[2]　黄奖平，等. 浙江省孕产妇死亡动态分析及趋势研究[J]. 中国妇幼保健，1998;13(1)：44～46

[3]　Carla AbouZahr, et al. Maternal mortality[R]. World health statistic , 1996; 49:77～85

[4]　林　旗，等. 长沙市1993~1997年孕产妇死亡情况分析[J]. 中国妇幼保健，1999; 14 (5): 313～314

[5]　林祖荣，等. 加强社区保健服务 降低孕产妇死亡率. [J]　中国妇幼保健，1997;12(5):279～280