

5 a 间剖宫产率影响因素及剖宫产指征变化分析研究

陶艳萍¹⁾, 张步振²⁾

(1) 昆明医科大学第一附属医院妇产科, 云南昆明 650032; 2) 成都军区昆明总医院, 云南昆明 650031)

[摘要] **目的** 分析昆明医科大学第一附属医院近 5 a 来所有剖宫产术的指征变化情况及引起剖宫产率变化的主要因素. **方法** 回顾性研究昆明医科大学第一附属医院 2009 年 1 月至 2013 年 12 月间分娩产妇 18 340 例, 剖宫产 6 932 例临床资料, 比较逐年剖宫产率、剖宫产指征的变化及影响因素. **结果** 昆明医科大学第一附属医院 2010 年剖宫产率最高为 45.76%, 2009 年剖宫产率为 40.03%, 2011 年 36.27%, 2012 年 33.29%, 2013 年 36.29%, 在采取各种措施降低剖宫产率的办法后首次剖宫产率逐年下降. 指征变化为瘢痕子宫的 2009 年为 11.7%, 2013 年为 20.4%; 前置胎盘因素由 2009 年占总剖宫产率的 0.8% 剖宫产率到 2013 年的总剖宫产率的 1.9%; 宫缩乏力等难产因素由 2009 年占总剖宫产率的 0.2% 到 2013 年的 1.9%; 社会因素如母亲要求导致的剖宫产率占总剖宫产率由 2009 年的 23.3% 降为 2013 年的 17.0%, 且在 2012 年孕妇要求的剖宫产指征最低将为 15.7%. **结论** 近 5 a 来昆明医科大学第一附属医院分娩孕产妇剖宫产率逐年降低, 剖宫产指征也有大的变化和迁移, 瘢痕子宫、前置胎盘及宫缩乏力等难产因素呈现逐年升高, 应采取相应的干预和预防措施.

[关键词] 剖宫产率; 指征; 影响因素

[中图分类号] R714.4 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 2095-610X (2015) 02-0106-04

Analysis of the Influencing Factors of Cesarean Delivery and Cesarean Section Indications in Our Hospital during Five Years

TAO Yan-ping¹⁾, ZHANG Bu-zhen²⁾

(1) Dept. of Gynecology and Obstetrics, The 1st Affiliated Hospital of Kunming Medical University, Kunming Yunnan 650032; 2) Kunming General Hospital of Chengdu Military Command of Chinese PLA, Kunming Yunnan 650031, China)

[Abstract] **Objective** To analyze the indications of cesarean section and the main influencing factors of the change of the cesarean section rate in our hospital in recent 5 years. **Methods** We retrospectively analyzed the clinical data of 18340 cases of pregnant women, 6932 cases of cesarean section from January 2009 to December 2013. Cesarean delivery rate and cesarean section indications of recent changes and influencing factors were analyzed. **Results** In 2010, 45.76% cesarean delivery rate was the highest in our hospital than that of other years. Various measures were taken to reduce the rate of cesarean delivery, the cesarean delivery rate was reduced year by year from 45.76% to 36.29% in 2013. But indications for the scar uterus changed from 11.7% in 2009 to 20.4% in 2013, placenta previa factors in 2009 accounted for 0.8% of the total rate of cesarean delivery and changed to 1.9% in 2013. And the lack of contractions and dystocia factors in 2009, accounting for 0.2% of the total rate of cesarean section in 2013 to 1.9% increased year by year, social factors such as mother asked cesarean delivery rate of cesarean section rate changed from 23.3% in 2009 to 17.0% in 2013, in 2012, and the mother asked the cesarean section indications had a minimum of 15.7%. **Conclusions** In recent 5 years, cesarean delivery rate has been reduced year by year, and the indications have changed. Scar uterus, placenta previa, and the lack of contractions during

[作者简介] 陶艳萍 (1974~), 女, 云南昆明市人, 护理本科, 主管护师, 主要从事妇产科临床护理及管理工作.

childbirth factors are rising year by year. Measures should be taken to decrease the cesarean delivery rate.

[Key words] Cesarean section rate; Indication; Influencing factors

剖宫产 (Caesarean section) 是指为解决难产或帮助部分高危妊娠孕产妇或有剖宫产指征的产妇顺利的分娩, 降低母婴病死率的作用, 然而随着剖宫产术的技术和水平不断提高, 高龄初产妇上升与当代妇女的文化程度提高、结婚、育儿年龄、孕期并发症增多等因素的影响, 剖宫产率不断升高, 剖宫产尤其是孕妇要求剖宫产率之高引起卫生部门乃至全社会的高度关注, 有些医院为规避风险, 剖宫产率始终居高不下, 甚至达 60% 以上, 且社会因素占第一位^[1,2], 据世界卫生组织的最新资料报道, 中国的剖宫产率是世界高剖宫产率的国家之一^[3], 高剖宫产率并未降低母婴病率, 且对母婴健康造成深远影响^[4,5]。针对过高的剖宫产率, WHO 倡导将剖宫产率控制在 15% 以下^[3], 对近年来剖宫产率增高的原因进行回顾性分析, 发现社会因素在逐年升高的剖宫产率中占主导地位^[6,7], 有些医院在对剖宫产指征进行顺位分析时发现在采取多种措施控制过高的剖宫产率后, 瘢痕子宫对剖宫产率的影响逐渐登上主角的位置^[8], 逐年攀升的瘢痕子宫发生率归结于既往过高的剖宫产率的影响。随国家人口政策调整, 尤其是单独二胎政策的开始实施, 瘢痕子宫孕产妇分娩人次增多, 剖宫产指征发生了一些结构性变化。今年来采取各种措施安全降低剖宫率, 笔者就昆明医科大学第一附属医院 5 a 来剖宫产率资料进行回顾性分析研究, 对剖宫产率的升高因素和剖宫产指征变化情况及影响因素进行分析研究, 以期对如何安全降低剖宫产率提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

昆明医科大学第一附属医院 2009 年 1 月至 2013 年 12 月间共分娩 18 340 例, 初产妇 15 310 例, 经产妇 3 030 例。剖宫产 6 932 例, 孕周 28 ~ 42 周之间, 平均 39 周, 年龄 17 ~ 46 岁, 平均 26.5 岁。

1.2 方法

回顾性分析 5 a 的分娩病例资料, 比较不同年度的剖宫产率, 剖宫产指征变化情况, 对于同 1 个病例有 2 个以上的指征, 选用第 1 个指征。剖宫产指征变化情况, 并探索促使剖宫产率变化的主要因素, 提出一定的干预措施建议。

1.3 统计学处理

采用 SPSS 统计软件包录入数据统计各年度剖宫产率, 进行统计学分析。

2 结果

2.1 各年度剖宫产率变化情况

对昆明医科大学第一附属医院 2009 年至 2013 年度剖宫产率分析, 2010 年度总剖宫产率及首次剖宫产率升高得特别明显, 2011 年总剖宫产率及首次剖宫产率较 2010 年显著下降, 差异有统计学意义。2012 年及 2013 年总剖宫产率及首次剖宫产率与 2011 年相比基本持平或略有下降, 而 2 次剖宫产率及 3 次或以上剖宫产率逐年上升, 见表 1。

表 1 5 a 间各年度剖宫产率变化情况

Tab. 1 The changes of cesarean delivery rate in recent 5 years

年度	分娩总例数	剖宫产总例数	总剖宫产率 (%)	剖宫产					
				首次剖宫产	率 (%)	2 次剖宫产	率 (%)	3 次或以上	率 (%)
2009	3 172	1 270	40.03	1 122	35.37	147	4.63	1	0.03
2010	3 051	1 396	45.76	1 202	39.39	191	6.26	3	0.09
2011	3 546	1 286	36.27	1 027	28.96	222	6.26	7	0.20
2012	4 344	1 446	33.29	1 147	26.4	273	6.28	26	0.60
2013	4 227	1 534	36.29	1 178	27.86	311	7.36	34	0.80
合计	18 340	6 932	37.80	5 676	30.95	1 144	6.24	71	0.39

2.2 剖宫产指征的变化情况

5 a 来在采取各种措施降低剖宫产的情况下,

剖宫产指征出现变化, 在 2010 年前孕妇要求为主要剖宫产指征, 在规范产前保健、加强孕期宣教,

孕妇要求的社会因素则逐年下降。近 5 a 来瘢痕子宫所占的比率在逐年上升, 从 2009 年至 2013 年 5 年间, 从 11.7%、14.0%、18.6%、20.2%、20.4% 的递增趋势。加强助产培训提高助产技能, 头盆

不称指征在 5 a 内, 从 20.1%、19.8%、20.1%、15.1%、16.2% 呈现下降趋势。因前置胎盘、宫缩乏力的因素导致剖宫产率自 2010 年逐年上升, 见表 2。

表 2 5 a 间剖宫产指征演变情况 [n (%)]

Tab. 2 The indications of cesarean delivery in recent 5 years [n (%)]

指 征	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年
母亲要求	296(23.3)	354(25.4)	241(18.7)	227(15.7)	261(17.0)
疤痕子宫	148(11.7)	195(14.0)	239(18.6)	292(20.2)	313(20.4)
头盆不称	255(20.1)	277(19.8)	258(20.1)	218(15.1)	248(16.2)
严重合并症	138(10.9)	140(10.0)	151(11.7)	164(11.3)	200(13.0)
胎监不良	131(10.3)	162(11.6)	87(6.8)	127(8.8)	156(10.2)
臀位	140(11.0)	143(10.2)	146(11.4)	211(14.6)	174(11.3)
双胎	52(4.1)	32(2.3)	41(3.2)	58(4.0)	44(2.9)
巨大儿	29(2.3)	21(1.5)	21(1.6)	33(2.3)	19(1.2)
宫颈难产	11(0.9)	9(0.6)	11(0.9)	5(0.3)	8(0.5)
引产失败	13(1.0)	13(0.9)	13(1.0)	12(0.8)	9(0.6)
活跃期停滞	8(0.6)	9(0.6)	1(0.1)	27(1.9)	27(1.8)
潜伏期延长	6(0.5)	11(0.8)	5(0.4)	17(1.2)	9(0.6)
羊水 3 度	1(0.1)	3(0.2)	8(0.6)	15(1.0)	27(1.8)
宫缩乏力	3(0.2)	6(0.4)	9(0.7)	16(1.1)	29(1.9)
横位	14(1.1)	10(0.7)	9(0.7)	13(0.9)	18(1.2)
羊水过少或无羊水	19(1.5)	6(0.4)	3(0.2)	0(0.0)	0(17.0)
前置胎盘	10(0.8)	11(0.8)	19(1.5)	19(1.3)	29(1.9)
胎盘早剥	12(0.9)	16(1.1)	36(2.8)	31(2.1)	39(2.5)
妊娠期高血压	10(0.8)	9(0.6)	16(1.2)	11(0.8)	19(1.2)

3 讨论

3.1 剖宫产率的变化

2009 年 1 月至 2013 年 1 月, 这 5 a 间昆明医科大学第一附属医院分娩病例临床资料显示, 在产妇分娩中剖宫产率逐年变化, 2009 年为 40.03%, 2010 年为 45.76%, 2011 年为 36.27%, 2012 年为 33.29%, 2013 年为 36.29%, 2010 年剖宫产率为最高, 2010 年比 2009 年上升了 5.73%, 而在 2011 年剖宫产率比 2010 年下降了 9.49%, 2012 年比 2010 年下降 12.47%, 2013 年比 2010 年下降 9.47%。

3.2 对剖宫产率的影响因素分析

剖宫产是对于高危孕产妇才开展的手术项目, 经过多年的发展, 医务人员的操作熟练程度和操作水平及业务能力都很高, 在做麻醉、输血、输液等操作中都达到了很安全的水平, 由于社会因素的影响, 2011 年前以孕妇要求为指征的剖宫产占总剖宫产总数第 1 位的主要原因。而在妇产科提高

孕期保健水平、加大宣教力度, 普及阴道分娩及剖宫产知识, 培训及提高医护人员对产程动态评估的水平和对产妇产程中的非药物镇痛等综合支持, 自 2011 年度后因孕妇要求的首次剖宫产率显著下降, 但随二胎政策的放开实施, 疤痕子宫孕妇分娩人数逐年增加, 前置胎盘、胎盘植入、子宫破裂的发生率也随之增加, 疤痕子宫再次分娩的高风险现已经是必须应对和安全解决的问题。

剖宫产比例中还有一个大的因素, 就是胎监不良, 由于胎儿监护仪及 B 超的普遍使用对孕妇有了更详细的分析和监测数据, 尤其是临产以后的持续监护, 提高了医护人员对胎儿观察的警惕性, 降低了新生儿的窒息率及死亡率, 但监护中的假阳性率也存在, 为减少不必要的麻烦和医疗纠纷, 降低诊断标准地实行剖宫产, 这样在一定程度上影响到剖宫产率, 在昆明医科大学第一附属医院妇产科因不断加强助产士及医生对产程、产时胎监图分析水平, 近 5 a 内因胎监不良的剖宫产率并无显著增加。但是在另一方面, 为及时发现胎心异

常情况的发生,在孕妇规律宫缩后即进入产房待产,行实时胎心监护,整个过程限制了产妇的自由活动,以及由于宫缩疼痛刺激,有些孕妇反应过于激烈,给其他产妇带来对分娩恐惧,以及长时待产的疲惫引起孕妇宫缩乏力、产程进展缓慢增加剖宫产机率。

头盆不称也是稳居前几位的剖宫产指征,在本院的剖宫产指征的比例中近两年略有下降,是通过每一个头盆不称产妇产程的综合情况逆向分析,甚至是对剖宫产后婴儿头皮产瘤位置来验证诊断的合理性,提出产程的进展中关于时间、宫口、胎头下降等异常判断的非绝对性,虽然临床仍然严格执行着 Friedman 产程图,但对于一些可疑头盆不称的诊断和处理还有可以观察和斟酌的余地。

剖宫产指征中,因巨大儿的剖宫产指征也有逐年下降的趋势,这其中影响因素为孕妇的运动、孕期体重管理和对 GDM 孕妇的加强管理,并适时行分娩诱导避免了巨大儿的发生机率有密切关系。

3.3 降低剖宫产率的建议性措施

普及产科知识,医护人员正面宣传剖宫产和自然分娩的特点。开展陪伴式分娩,音乐式分娩,清除孕妇对自然分娩的恐惧心理,增强自然分娩信心。增强宣传剖宫产和自然分娩的近期和远期的利弊。正确的舆论引导,理解和支持孕产妇的心理压力和正确疏导,改变服务模式,健全孕期保健制度。

医护人员严格掌握和控制剖宫产指征。针对相对指征严格检查,充分估量,在母婴安全的情况下,能降低剖宫产率。

提高医护人员操作水平降低剖宫产率:(1)通过严格的临床诊断检查标准,避免过度的人工干预,如早期人工破膜,及药物分娩诱导,定时规范的阴道检查和对产程进展缓慢的实时使用催产素等积极产程处理措施,降低剖宫产率;(2)针对胎儿宫内状况要全面评估,需要通过新的标准加强胎心监护、胎儿氧饱和度、羊水性状监测等的结合可以更客观的反应胎儿在宫内的情况。从而能减少因胎儿窘迫过度而诊断导致剖宫产术;(3)产程中综合评估产程进程,第一产程要避免产妇过度用力而劳累,维持有效宫缩就行,改变体位促进胎头下降和旋转。要求医生、助产要熟练掌握阴道助产术,正确使用胎头负压吸引或产钳助产,实施从而不过分依赖剖宫产,降低首次剖宫产率;(4)对新产程图多加以学习、理解,结

合实际改变一些旧的时间限制,充分的试产,在母婴安全的前提下增加阴道分娩的机会;(5)积极实施分娩镇痛,药物和非药物性分娩镇痛可在知情同意下由产妇自行选择,条件允许的情况下家属陪待产,给予足够的家庭心理支持;(6)开展剖宫产后的自然分娩(vaginal birth after caesarean section, VBAC),降低二次剖宫产及多次剖宫产的发生率,开展产房手术室,为母婴安全提供保障;(7)针对产前出血的指征引起剖宫产的,应该注意留意流产史或盆腔炎病史,应该嘱咐患者积极治疗各种妇科炎症,进而减少胎盘异常,引起的减少妊娠期及产前出血,继而降低剖宫产率。

近 5 a 来昆明医科大学第一附属医院分娩孕产妇剖宫产率控制良好并逐年下降,归结于产科加强孕期宣教、体重管理、规范的产前保健,对孕期并发症及合并症的积极处理等,在一定程度上降低了剖宫产率,但随着二胎政策的逐步放开,以疤痕子宫为指征的剖宫产率正在不断升高,降低首次剖宫产率,开展产房手术室,缩短从决定手术至实施手术时间,提高适宜 VBAC 孕妇成功几率,解决一次疤痕宫永远疤痕宫的问题,有待笔者探索和努力,但要达到全面安全降低剖宫产率还需要从政策支持,观念改变,社会舆论宣传,关键是技能的提高和团队的合作来达到。

[参考文献]

- [1] 袁劲进,吴仕元. 剖宫产指征及剖宫产率变化与相关因素分析[J]. 中国现代医学杂志, 2007,17(7): 879-882.
- [2] 崔好胜,李宏田,朱丽萍. 1993~2005年中国南方部分地区经产妇剖宫产和孕妇要求剖宫产率变化趋势[J]. 北京大学学报(医学版),2013,45(3):422-426.
- [3] 余美佳,刘颖蔚,李俊男,等. 1647例非医学指征择期剖宫产回顾分析[J]. 中华围产医学杂志,2011,14(1): 19-20.
- [4] 李素洁,徐彩生,郑丽璇. 剖宫产率及指征变化与新生儿窒息、围生儿死亡率的关系[J]. 海南医学,2004,15(8):55-57.
- [5] 董瑞华,缪佳,史德焕. 剖宫产率增高的临床分析及对策[J]. 齐鲁护理杂志,2007,13(14):13-14.
- [6] 袁敏,付卫云,赵欣,等. 影响剖宫产率上升的原因分析[J]. 中外医学研究,2014,12(24):52-54.
- [7] 杜春园,张爱群,谢佳,等. 社会因素对剖宫产的影响[J]. 临床合理用药,2014,7(9):105.
- [8] 任小君. 剖宫产指征顺位浅析[J]. 吉林医学,2014,35(24):5395-5396.

(2014-12-06 收稿)