

控制剖宫产率政策措施的效果研究

——以江苏省4县为例

陈天琪* 黄晓光

南京医科大学医政学院 江苏南京 210029

【摘要】目的:总结江苏省4县为控制剖宫产率采取的政策与经济措施,并分析其成效,为控制剖宫产率提供可推广的经验方法。方法:对2009—2013年江苏省4县的住院自然分娩人数和剖宫产病例进行分析,比较剖宫产率的变化情况、孕产妇和新生儿死亡情况、剖宫产指征变化情况。结果:5年间4县平均剖宫产率呈逐年下降趋势,从2009年的60.2%下降至2013年的48.1%。结论:干预措施有效,但发挥作用有限,应加强社会各方对干预措施的重视程度,建立监督考评机制,规范接产医院医疗行为,加强助产技术培训,在政府部门配合下进行干预措施的推广。

【关键词】剖宫产率;政策;母婴健康;效果研究

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2015.06.011

The effects of the policy measures to control the rate of cesarean section in four counties

CHEN Tian-qi, HUANG Xiao-guang

School of Public Health Administration, Nanjing Medical University, Nanjing JiangSu 210029, China

【Abstract】 Objective: To explore the propagable experience and methods of controlling the rate of cesarean section through the summary of the innovative measures in four counties. Methods: The cases of natural birth and cesarean section from 2009 to 2013 in four counties were analyzed respectively. The interventions of controlling cesarean section rate have been summarized. Results: The average cesarean section rate of four counties in five years is on the decline, since 2009 the rate were 60.2%, 62.3%, 59.3%, 51.4%, 48.1%. Conclusions: The interventions really worked, but did not do the best. Improving the social attention on these innovative measures, strengthening surveillance mechanism, regulating the medical behaviors of delivery hospitals, enhancing the midwifery training and promoting the interventions under the coordination of local government can further reduce the rate of cesarean section.

【Key words】 Cesarean section rate; Policy; Maternal and child health; Effect study

剖宫产是解决难产和抢救母婴的有效措施之一,既不是分娩的捷径,也非正常分娩的最佳选择。剖宫产率上升至一定程度后不仅不能有效降低围产儿死亡率,而且还会因剖宫产导致对母婴近期及远期危害,增加产妇及婴幼儿的健康风险,如产妇术后出血、并发症,新生儿湿肺及感知统合失调的高发生率等。^[1]20世纪80年代世界卫生组织(WHO)提出标准,剖宫产率不应超过15%。WHO在2009年对亚洲的母婴健康调查显示,我国的剖宫产率高达

46%,位居世界第一。^[2]因此,需要采取相应措施降低过高的剖宫产率、合理运用剖宫产术,这对抢救母婴生命、保证母婴安全具有重要的作用。

大量研究指出,降低剖宫产率的关键在于减少非医学指征剖宫产比例,有学者通过回顾性分析发现造成剖宫产率上升的原因中社会因素(指无显著医学指征,孕妇及家属要求行剖宫产术)是一个关键因素。^[3]如何减少社会因素带来的影响,学者们采取了不同控制手段进行研究,主要包括为三方面:一是

* 基金项目:世界银行贷款/英国政府赠款“中国农村卫生发展项目”(7551-CN)

作者简介:陈天琪,女(1991年—),硕士研究生,主要方向为卫生服务研究。E-mail: 241991940@qq.com

通讯作者:黄晓光。E-mail: xghuang@njmu.edu.cn

对孕产妇方进行产前教育^[4],二是院方应严格手术指征^[5],三是政府及医保部门推行支付方式改革^[6]。现有研究主要以医院为单位,选取某项措施进行干预,在宏观层面上的研究较少。本文通过江苏省 4 个项目县剖宫产率 5 年来相关指标的监测数据,分析各县为降低剖宫产率采取的政策措施与经济手段,寻找可进行推广与应用的经验。

1 资料与方法

1.1 资料来源

收集 2009—2013 年江苏省 4 项目县(以 A、B、C、D 替代)发布的控制剖宫产率政策文件,以及妇幼统计报表中关于自然分娩的孕产妇与剖宫产病例的数据资料。

1.2 研究方法

1.2.1 研究设计

在“世行贷款/英国赠款中国农村卫生发展项目”的项目县中选取江苏省四个县级市进行干预措施的效果评估。经过五年的数据收集,比较四个县的剖宫产率变化及其原因,观察干预措施对指标的影响情况。同时,监测五年间孕产妇死亡率及新生儿死亡率,作为监控医疗质量的指标,观察干预措施是否会降低医疗质量。

1.2.2 研究对象与数据收集

将四个县级市五年内上报的孕产妇作为研究对象,以县为单位进行分析比较。数据资料由各县接产医院填写报表后上报所属卫生局进行统计得出,并经项目组成员协助核查监督,确保卫生局统计数据与医院上报数据一致。

1.2.3 干预效果的统计方法

根据收集到的统计数据,对分娩总数、剖宫产分娩数、剖宫产率及其变化趋势进行描述,并分析其与采取的干预措施之间的相关性。使用 IBM SPSS Statistics 20 进行统计学分析,计算相应构成比和率,采用 χ^2 检验,检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

1.2.4 干预措施

(1)对孕产妇进行健康宣教。项目县利用多种媒体、开展孕妇学校等方式,向全社会宣讲顺产与剖宫产利弊,使孕妇及家属正确认识自然分娩。例如,B 县卫生局下发了文件《关于开展“提倡自然分娩、关爱母婴健康”专题宣传活动的通知》,召开控制剖宫产专题会议,举办“孕妇学校”专题知识讲座。C

县制作专门的宣传资料发放到各医疗卫生机构,在妇幼保健门诊对来检查的孕产妇发放资料,进行宣传,鼓励孕产妇自然分娩。

(2)推行产前检查并对助产技术人员培训。通过产前检查和培训,提高助产服务能力,降低高危因素的发生率,减轻孕产妇对分娩的紧张情绪。D 县邀请省市有关专家对妇幼保健人员、接产医师进行技术培训,专家围绕孕期保健、自然分娩等相关内容进行授课。B 县自 2011 年 5 月 1 日起,全面推行免费产前检查,提供不少于 5 次产前基本保健服务,使得母婴在产前的健康状况得到保证。

(3)对剖宫产实施进行质量控制。多个县下发了《关于严格剖宫产手术管理的实施意见》、《剖宫产手术服务标准》等,严格剖宫产实施的指标。D 县所有剖宫产的实施均需要填写《医疗机构住院分娩质量控制表》,对患者的入院诊断以及剖宫产的指征进行实质性控制,未填写控制表格的或填写不合格的新农合资金不予以结算。

(4)出台奖惩措施。A 县将“严格掌握剖宫产指征、控制和降低非医学需要剖宫产率”列入妇幼保健工作考核细则中。B 县出台的经济奖惩政策,凡 2011 年起,剖宫产率低于 50% 的医院,按自然分娩数每例奖励 300 元;对于剖宫产率高于 50% 的医院(县级 60%),超出比例收入予以收缴。D 县对各级医疗机构剖宫产率超过目标 10% 以内的通报批评,超过目标 10% ~ 20% 的暂缓校验,超过既定目标 20% 的取消剖宫产资格。

(5)对新农合住院分娩支付方式进行改革。多个县出台了新农合孕产妇住院分娩的补偿方案,明确补助政策,从经济、行政方面入手着力降低各个县区剖宫产率。D 县对社会因素剖宫产取消新农合补偿或者进行小额定额补偿,新农合基金承担的费用根据规定的剖宫产率、实际阴道手术助产人数和实际正常产人数进行核拨。A 县召开“新农合”专题会议,确定 2013 年孕产妇住院分娩补助统一额度,以提高自然分娩产妇的收益水平。

2 研究结果

2.1 剖宫产率变化趋势

根据各县妇幼保健机构报表,5 年间剖宫产率在总体上呈现下降趋势($\chi^2 = 1\ 598.7, P < 0.01$)(表 1)。

A 县和 B 县的剖宫产率基础值相对较高,2009 年分别为 70.8% 和 67.6%,两县在 2011 年起开始

采取管控措施,其剖宫产率开始逐步下降,A县由2011年的75.1%下降至2013年的58.7%,B县则从2011年的72.2%下降至2013年的54.7%,与2009年相比有明显下降。C县和D县剖宫产率从2010年起一直呈下降趋势,C县剖宫产率2009年为51.5%,2010年为55.2%,之后开始逐步下降,

2013年降为39.3%。D县则在2013年将剖宫产率控制在37.5%,与2009年相比降低了11.6个百分点。

综上,4县剖宫产率均有下降趋势,且差别有统计学意义,可以看出4县在5年间控制剖宫产率工作实施情况成效显著。

表1 2009~2013年4县剖宫产率变化情况(%)

县区	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	χ^2	P值
A	70.8	73.6	75.1	65.3	58.7	588.1	<0.01
B	67.6	71.5	72.2	54.9	54.7	871.9	<0.01
C	51.5	55.2	40.1	40.2	39.3	693.0	<0.01
D	49.1	45.6	45.2	43.0	37.5	140.7	<0.01
合计	60.2	62.3	59.3	51.4	48.1	1 598.7	<0.01

注:4县区5年间剖宫产率比较,P值<0.01,差别均有统计学意义

2.2 孕产妇及新生儿死亡情况

根据各县上报数据统计,A县、B县和D县的5年孕产妇死亡率均为0,C县除2009年和2013年孕产妇死亡率为13.2/10万和12.5/10万外,其余均为0。各县新生儿死亡率在5年间基本上呈下降趋势,B县从306.2/10万下降至131.9/10万,D县则从289.2/10万下降至123.5/10万。

各县的孕产妇死亡率、新生儿死亡率基本上保持较低数值且呈下降趋势,说明在实施控制剖宫产率措施的过程中,没有出现为单纯降低剖宫产率而损害母婴健康的现象,各地的医疗质量仍保持较高水准(表2、表3)。

表2 2009~2013年4县孕产妇死亡率情况(1/10万)

县区	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年
A	0	0	0	0	0
B	0	0	0	0	0
C	13.2	0	0	0	12.5
D	0	0	0	0	0

表3 2009~2013年4县新生儿死亡率情况(1/10万)

县区	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年
A	0	260.7	129.7	120.4	83.3
B	306.2	254.1	160.2	205.7	131.9
C	104.3	142.7	77.7	47.2	95.8
D	289.2	175.5	178.9	228.0	123.5

素和医源因素。病理因素包括难产、胎位异常、胎儿宫内窘迫、妊娠并发症、前置胎盘、胎盘早剥、羊水过少、瘢痕子宫、骨盆狭窄等;社会因素包括怕痛、对阴道分娩缺乏信心、认为剖宫产儿聪明、认为阴道分娩会导致体型及阴道改变影响生活、迷信生辰八字等;医源因素主要指医疗纠纷逐年增多,知情同意权的实施、患者法律意识和维权意识的提高、产科医师的工作缺乏有力的法律保护、医生责任心淡化等导致的剖宫产。

A县2009年因社会因素导致的剖宫产术占所有剖宫产术的比例为65.22%,而医源因素导致的剖宫产为0,之后每年因病理因素实施剖宫产的比重呈下降趋势,而因社会因素实施的剖宫产比重呈下降趋势,没有因医源因素实施剖宫产的情况。5年间的P值均小于0.01,差别有统计学意义(表4)。

表4 2009~2013年A县剖宫产指征比例变化情况(%)

年份	病理因素	社会因素	医源因素
2009年	34.78	65.22	0
2010年	39.16	60.84	0
2011年	37.43	62.57	0
2012年	42.00	58.00	0
2013年	48.73	51.27	0
χ^2	208.4	208.4	—
P值	<0.01	<0.01	—

2.3 剖宫产指征变化情况

剖宫产指征可分为三大类,即病理因素、社会因

B县5年来因病理因素和社会因素实施剖宫产所占剖宫产总数的比重基本上维持不变,差别无统

计学意义。提示该县在社会健康宣教、产妇健康教育等方面的政策效果不显著,因社会因素而实施剖宫产的比重仍偏高。而因医源因素实施剖宫产的比重则有小幅下降,差别有统计学意义(表 5)。

表 5 2009~2013 年 B 县剖宫产指征比例变化情况(%)

年份	病理因素	社会因素	医源因素
2009 年	21.00	67.98	11.02
2010 年	19.99	68.01	12.00
2011 年	21.00	67.86	11.14
2012 年	22.00	68.50	9.50
2013 年	22.00	68.42	9.58
χ^2	6.9	0.6	19.7
P 值	0.14	0.96	<0.01

C 县因社会因素实施剖宫产的比重一直较高,维持在 80% 左右,甚至有上升趋势,差别有统计学意义。提示 C 县在剖宫产的健康教育知识的普及度效果不显著(表 6)。

表 6 2009~2013 年 C 县剖宫产指征比例变化情况(%)

年份	病理因素	社会因素	医源因素
2009 年	12.99	79.20	7.81
2010 年	13.37	81.84	4.79
2011 年	13.20	81.13	5.67
2012 年	13.37	81.49	5.14
2013 年	13.30	81.61	5.09
χ^2	0.3	11.5	42.5
P 值	0.99	0.02	0.02

D 县只有 3 个年份的数据,但是可以看出,D 县在剖宫产的控制上成效显著。因社会因素实施剖宫产比重一直呈下降趋势,到 2012 年为 34.2%,处于 4 县最低。3 年间因病理因素和社会因素实施剖宫产的比重的 P 值分别为 0.01 和 0.02,差别有统计学意义(表 7)。提示 D 县在控制剖宫产的健康宣教及采取的政治经济措施有显著成效。

表 7 2010~2012 年 D 县剖宫产指征比例变化情况(%)

年份 ¹	病理因素	社会因素	医源因素
2010 年	57.94	39.88	2.18
2011 年	58.01	40.25	1.74
2012 年	64.24	34.20	1.56
χ^2	8.5	7.7	0.7
P 值	0.01	0.02	0.7

* D 县 2013 年剖宫产指征情况暂缺

3 讨论

2009 年底,“世行贷款/英国增款中国农村卫生

发展项目”在我国八个省、40 个县范围内开展农村卫生综合、全面的改革试点项目,在此契机下,江苏省项目县开始陆续实施针对控制剖宫产率的干预措施,如实行差别化补偿政策,跨领域合作,积极开展以探索新农合支付方式降低剖宫产率为主体的项目活动,努力降低剖宫产率,为保障母婴安全、提升农村妇女健康水平而努力^[7]。

3.1 剖宫产率有下降趋势

从数据上分析,4 县的剖宫产率均有不同程度下降,成效显著。探究其原因:首先,随着我国医疗技术水平的发展,一些过去的医学难题已经被逐步攻克,原本需要借助剖宫产进行分娩的某些案例现在通过自然分娩也能顺利进行。其次,许多地区都已经认识到非医学需要的剖宫产对于母婴确实会产生许多不必要的危害,因此都开始积极推广实施控制剖宫产率的措施。此外,媒体宣传引导社会舆论开始正确认识剖宫产的利与弊,使得孕妇及其家属的医学健康素养逐渐提升,对于剖宫产有了更全面的认识,自我要求自然分娩并积极配合。总的来说,随着我国人民的生活水平的提高,孕产妇对于剖宫产有了更理性的了解,对于自身的健康有了更高的要求,而院方也在国家政策的引导与支持下,由追求效益以及自我保护的心理转变为积极提升医疗服务水平。

3.2 剖宫产率的干预政策仍需完善

A 县和 B 县的剖宫产率在采取管控措施后仍然较高,2013 年两县剖宫产率分别为 58.7% 和 54.7%,而 C 县和 D 县则已控制在较为理想的比例,2013 年两县区剖宫产率分别为 39.3% 和 37.5%。虽然 4 县的剖宫产率控制成效显著,但仍然超过 WHO 的剖宫产率应定于 15% 的标准。其中原因主要有三方面:首先,部分地区政策实施时间不长,仅两年,因此政策的效用尚未充分发挥。西方国家的剖宫产率在 70 年代后呈明显上升趋势,在 80 年代中期达到峰值,为 10~20%,美国甚至超出 20%,直到 20 世纪 80 年代后期,这些国家剖宫产率基本都已降至合理水平,期间花费了大约 10 年时间。^[8]由此可见,我国在降低剖宫产率的道路上仍有很长的一段路要走。其次,有的政府部门仅仅是下达文件,但这些政策是否真正实施,是否起到了一定效果,却无人监督与反馈。此外,仅靠行政手段和经济刺激可能无法有效控制剖宫产率,最根本的还是要配合剖

宫产临床标准的制定与实施,综合各项措施来控制剖宫产率。

3.3 因社会因素实施剖宫产率比重过高

虽然在剖宫产指征中,A县和D县因社会因素实施剖宫产术在总剖宫产中所占比重处于下降趋势,说明干预措施在A县和D县能有效发挥作用,但实际比重依然居高不下,C县超过了80%,A县和B县也在50%以上,最低的D县为34.2%,说明剖宫产率仍然有较大的下降空间,行政手段和经济刺激的效果没有发挥最大效用,社会的传统观念阻碍着高水平医学技术的推广,若孕妇及其家属仍旧固守一些不科学的想法,必然会严重影响当地妇女幼儿的健康水平,所以各地应继续积极加大健康宣教,降低因社会因素和医源因素实施剖宫产的比重。

3.4 干预措施具备外推可行性

近年来,许多学者都认为我国非医学指征的剖宫产率总体居高不下,严重影响了我国妇女儿童的健康水平^[9-10],对剖宫产采取干预措施势在必行。研究中的四个县属同一省份,却代表了该省内不同的经济状况、卫生服务水平、地理环境等,而干预措施在四个县内均能有效发挥作用,说明推广干预措施是有可行性的。

4 建议

4.1 建立有效监督考评机制

政府应加强对非医学指征剖宫产率居高不下的问题的重视与投入,促使其降低至合理范围内。根据激励理论,建立一套合理的激励与考评机制,注重成果的反馈以便及时完善配套措施^[11],能够有效提升组织效率。同时,要公正合理地解决医疗纠纷,不能单纯为平息医闹而牺牲医方利益,真正消除医生顾虑,降低职业风险^[12],健全医护人员法律保障体系,解决医护人员后顾之忧,因医源因素实施剖宫产数量才会迅速下降。

4.2 规范医院接产行为,加强助产技术培训

若将对助产人员技能培训作为一项长期的人才培养计划,对于提升自然分娩率将大有裨益。院方可改变产科服务模式,不要将分娩过程过分医疗化,应提供舒适、温馨的待产环境,从而减轻孕产妇心理因素的影响。^[13]此外,医院还应加强管理,合理掌握剖宫产指征,将剖宫产率长期纳入考核指标,让孕产妇分娩回归到自然状态,达到稳步控制剖宫产率推

动农村妇幼卫生工作的预期效果。

4.3 继续健康宣教及媒体推广,转变社会观念

由上述分析可看出,单纯由于病理因素实施剖宫产的比重其实仅在所有剖宫产病例中占少数,主要还是因社会因素实施剖宫产,这说明了社会及群众对于剖宫产的健康知识仍缺乏了解,因此继续加强健康教育,形成正确的舆论导向。一是医疗卫生机构要持续开展健康教育工作,长期开展孕产期的健康教育,提供孕产期的心理支持。二是报纸、电视等媒体应发挥宣传作用,将普及科学的分娩知识作为一个长期的健康宣教栏目,从根本上纠正人们对分娩认识上的错误观念和态度,从而降低非医学需要的剖宫产率。

4.4 干预措施的推广需要政府部门大力配合

推广干预措施的关键在于政府的配合与支持,健康宣教与技术人员培训都需要一定的财力物力的投入。同时,要推行新农合支付方式改革,不仅需要新农合基金在筹资与补偿机制方面进行调整,还需配合临床路径实施,防止低效率问题。当地政府应积极组织,以卫生部制定的临床路径为基础,根据各地情况制定适宜本地的住院分娩临床路径。^[14]缺乏当地政府的支持与配合,干预措施的实施就会显得寸步难行,若获得了合理的政策引导,干预措施将会显现应有的效能,非医学指征剖宫产率将会得到有效控制,使现代医疗技术能够更好的为当地群众服务。

由于目前我国将逐步开放二胎政策,这意味着更多的妇女将有机会生育二胎,对于剖宫产率的控制必定会有相应的影响,因此我们更应严格剖宫产指征的把控,在全社会范围内做好宣教工作,形成倡导自然分娩的健康社会风气,从而在根本上维护好广大妇女儿童的健康权益。

参 考 文 献

- [1] 张玉芬. 剖宫产的危害[J]. 医学信息, 2013, 26(6):56.
- [2] 盛红旗. 定额付费对中国剖宫产率影响的实验研究[J]. 中国卫生经济, 2012, 31(6):55-57.
- [3] 李玉兰. 剖宫产率与剖宫产指征5年变化分析[J]. 实用预防医学, 2010, 17(7):1352-1353.
- [4] 张润香. 孕妇学校健康教育降低剖宫产率的效果观察[J]. 中外健康文摘, 2011, 8(25):44-45.
- [5] 崔宇洁,徐宝良,董瑞等. 做好产科质量控制降低剖宫产率效果分析[J]. 医学理论与实践, 2014, 27(19):

2609-2611.

- [6] 杨秀珍. 新型农村合作医疗制度实施前后我院剖宫产率变化及原因分析[J]. 中国乡村医药, 2012, 19(9): 62-64.
- [7] 杜爱枝. 加强自然分娩观念和知识培训降低剖宫产率及并发症[J]. 中国保健营养, 2013, 4:597-598.
- [8] 石一复. 国内外剖宫产率的演变现状及对策[J]. 现代实用医学, 2005, 17(11):661-662.
- [9] 曾玉娟. 剖宫产与自然分娩子宫复旧的对比分析[J]. 中国医药指南, 2014, 12(34):247-248.
- [10] 焦华娟. 剖宫产和自然分娩的临床子宫复旧的比较[J]. 现代诊断与治疗, 2013, 24(7):1598-1599.
- [11] 庞淑兰, 李学军, 薛玲等. 剖宫产指征变化及剖宫产率

升高因素的分析. 中国妇幼保健[J], 2007, 22(7): 873-875.

- [12] 周游. 浅析医院降低剖宫产率的措施. 中国美容医学[J], 2012, 21(11):258-259.
- [13] 何红英. 健康教育干预对降低社会因素剖宫产率及对产后抑郁的影响分析. 中国实用护理杂志[J], 2011, 27(8):47-48.
- [14] 马长啸, 汪洋, 盛红旗等. 住院分娩定额付费办法的探讨[J]. 中国卫生经济, 2010, 29(10):29-31.

[收稿日期:2015-02-12 修回日期:2015-05-08]

(编辑 谢宇)

· 信息动态 ·

欢迎订阅 2015 年《中国卫生政策研究》杂志

《中国卫生政策研究》杂志是国家卫生和计划生育委员会主管, 中国医学科学院主办, 医学信息研究所和卫生政策与管理研究中心承办的卫生政策与管理专业学术期刊, 国际标准连续出版物号为 ISSN 1674-2982, 国内统一刊号为 CN 11-5694/R, 中国科技核心期刊(中国科技论文统计源期刊), 中国科学引文数据库(CSCD)来源期刊。

杂志以“传播政策、研究政策、服务决策”为办刊方针, 及时报道卫生政策研究最新成果和卫生改革发展新鲜经验, 促进卫生政策研究成果的传播利用及卫生政策研究者与决策者的交流合作, 提高卫生政策研究理论水平和实践能力, 为政府科学决策、改进卫生绩效和促进卫生事业发展提供重要学术支撑。主要适合各级卫生行政部门和卫生事业单位管理者、卫生政策与管理相关领域的专家学者和实践

者、高等院校相关专业的师生等阅读。主要栏目有: 专题研究、医改进展、医疗保障、药物政策、社区卫生、农村卫生、公共卫生、医院管理、国际卫生、理论探索、经验借鉴、书评等。

杂志为月刊, 每月 25 日出版, 国内外公开发行, 大 16 开本, 进口高级铜版纸彩封印刷, 定价 20 元/册, 全年 240 元(含邮资)。全国各地邮局均可订阅, 邮发代号 80-955, 也可向编辑部直接订阅。

地址: 北京市朝阳区雅宝路 3 号中国医学科学院医学信息研究所《中国卫生政策研究》编辑部

邮编: 100020

E-mail: cjhp@imicams.ac.cn

电话: 010-52328667 52328669

传真: 010-52328670