

· 综述 ·

剖宫产率及剖宫产指征分析
——以山西省某妇幼保健院为例

郝旭丽

(山西省晋中市妇幼保健院, 山西 晋中)

摘要:目的 分析剖宫产率的变化,探讨剖宫产指征变迁的原因,指导临床合理掌握剖宫产指征,为医院降低剖宫产率提供理论基础。
方法 对本院近5年的剖宫产病例进行回顾性分析,对剖宫产率和剖宫产指征构成比进行统计分析。**结果** 剖宫产率逐年上升,其中 $\chi^2=107.30$, $P<0.01$,具有统计学意义。剖宫产指征中,胎儿窘迫占第一位,社会因素占第二位,二次剖宫产率上升($P<0.05$)。**结论** 剖宫产手术指征已超过单纯医学指征的范围,来自孕产妇及医生的主观意愿影响着对分娩方式的选择,医护人员应提高助产技术水平,合理掌握手术指征,加强医患沟通以降低人为因素引起的高剖宫产率,促进自然分娩。

关键词: 剖宫产率; 剖宫产指征; 措施

中图分类号: R246.3

文献标识码: A

DOI: 10.19613/j.cnki.1671-3141.2018.76.059

本文引用格式: 郝旭丽. 剖宫产率及剖宫产指征分析——以山西省某妇幼保健院为例 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(76): 134, 136.

0 引言

剖宫产是处理产科高危妊娠的手段,对降低产妇分娩风险和新生儿病残率具有重要意义,但同时给母儿远近期损伤及对医疗资源的浪费不容忽视。近年来多项对剖宫产儿童的长期随访中发现其呼吸系统、神经精神系统损害也高于自然分娩儿童^[1]。2010年WHO发布的一项针对亚洲国家分娩方式的调查显示,中国无手术指征剖宫产的比例占全部剖宫产的11.7%^[2]。因此如何降低剖宫产率,确保产科质量已成为广大产科工作者的重要课题,本文对本院2013年1月至2017年12月3467例剖宫产进行回顾性分析,寻找剖宫产率增高的原因和指征的变化,为本院降低剖宫产率提供理论基础。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本院2013年1月至2017年12月住院分娩产妇共9432例,其中剖宫产3467例。

1.2 方法

对上述病例资料进行年分娩总数、剖宫产率、各种剖宫产指征等所占比例的回顾性分析,统计相关的构成比及率,显示其随时间而发生的变化。

1.3 统计学处理

使用SPSS软件进行统计分析,计数资料采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 剖宫产率的变化

本院2013年1月至2017年12月住院分娩9432例,剖宫产3467例,平均剖宫产率36.76%。剖宫产率逐年增加,其中 $\chi^2=107.30$, $P<0.01$,差异有统计学意义,年分娩数、剖宫产数及剖宫产率见表1。

表1 2013年-2017年剖宫产率统计表			
年度	分娩数(例)	剖宫产数(例)	剖宫产率(%)
2013	1676	516	30.79
2014	1597	530	33.19
2015	1614	584	36.18
2016	2134	752	35.23
2017	2411	1085	45.00
合计	9432	3467	36.76

2.2 剖宫产指征构成比及变:

通过统计五年内剖宫产的第一指征,排在前七位的分别

是胎儿窘迫、社会因素、二次剖宫产、头位难产、臀位、妊娠合并症及并发症、其他。其中社会因素指无明显医学指征、孕妇及家属要求剖宫产,其他包括羊水过少、胎膜早破、脐带绕颈等,胎儿窘迫占第一位,社会因素由第三位上升第二位,二次剖宫产率明显上升($P<0.05$),见表2。

表2 2013年-2017年剖宫产指征构成比及顺位统计表							
年份	胎儿窘迫	剖宫产史	社会因素	头位难产	臀位	其他	妊娠合并症及并发症
2013	21.71	19.19	17.05	15.69	10.85	4.46	11.05
2014	21.51	20.19	18.30	15.85	9.81	6.04	8.30
2015	20.21	18.49	19.18	15.92	10.10	7.63	8.73
2016	20.74	18.48	19.68	14.76	9.57	8.11	8.64
2017	21.11	17.24	20.92	15.21	9.03	8.94	7.56
合计	21.03	18.46	19.38	15.40	9.72	7.38	8.62
排序	1	3	2	4	5	7	6

3 讨论

3.1 剖宫产率的变化

剖宫产率的不断上升是国内外的共同趋势,60年代到80年代初,剖宫产率逐渐由原来5%或以下逐渐升至15%~20%^[3],近年来由于我国的剖宫产率不断上升,大多数医院报道约40%~60%,甚至高达70%~80%^[4],本组资料显示,剖宫产率由2013年的30.79%上升到2017年45%,5年间上升了14.21%。

3.2 剖宫产指征的变化

3.2.1 胎儿窘迫

胎儿宫内窘迫的正确诊断是一个重要问题,我们对胎儿电子监护仪显示出的异常及胎心的变化缺乏细致的分析及处理,存在着“过度诊断”的情况,以致因胎儿窘迫原因而致的剖宫产率居高不下。

3.2.2 社会因素

本资料中以社会因素为指征的剖宫产率逐年上升,由2013年的第3位到2017年的第2位,原因:麻醉技术、手术技术、术后镇痛、监测水平的提高增加了剖宫产的安全性;产科医生医疗风险大、医疗纠纷多、媒体的负面报道;孕妇及家属错误的认为剖宫产能使孩子聪明、母婴安全,迷信的“择日择时”出生;高龄孕妇的增加,孕妇惧怕疼痛,担心新生儿造成损伤。这些使得医生在家属的要求下,放松了对剖宫产指征的把关。

3.2.3 疤痕子宫致的二次剖宫产率增高

高的剖宫产率使二次剖宫产增多,使得二次剖宫产率由
(下转第136页)

物蛋白为主,100~110g/d,如鸡蛋、鱼虾、豆奶制品等^[15]。补充高蛋白质、含VC、VE、B族维生素高的食物,可修复胰岛细胞刺激胰岛素分泌,增加胰岛素受体的敏感性,改善胰岛素抵抗^[16]。对严重肝病患者的补充蛋白质要慎重,因为摄入过多蛋白质可致昏迷。可给碳水化合物250~300g/d,以流质、半流质、低盐、低脂肪的饮食为主。

3 结语

HD是一种慢性全身性疾病,其发病机制与胰岛素抵抗、肝细胞损害和肝功能障碍、肝炎病毒对胰腺的直接侵犯或免疫损害等关系密切。护理上,尽可能从药物、心理、饮食等方面积极控制病情、防止病情向前发展,提高患者的生活质量,降低病死率。目前肝源性糖尿病的发病机制尚未完全阐明。Paradis等^[17]通过肝脏星状细胞的体外培养实验发现胰岛素能明显促进结缔组织生长因子的表达,提示胰岛素是肝纤维化发展的关键因素。Donadon等^[18]研究证实2型糖尿病是原发性肝癌的独立危险因素,而胰岛素的应用又会增加慢性肝病患者发生肝癌的风险,这些都是值得进一步研究的问题。

参考文献

- [1] Gundling F,Schumm-Draeger PM,Schepp W. Hepatogenous diabetes:diagnostics and treatment[J].Z Gastroenterol,2009,47(5):436-445.
- [2] HARRISON SA. Liver disease in patients with diabetes mellitus[J]. J Clin Gastroenterol,2006,40(1):68-76.
- [3] SIGALSH,TANCA CM,KONTORINIS N,et al. Diabetes mellitus is associated with hepatic encephalopathy in patients with HCV cirrhosis[J]. Am J Gastroenterol,2006,101(7):1490-1496.
- [4] NISHIDA T,TSUJI S,TSUJI M,et al. Oral glucose tolerance test predicts prognosis of patients with liver cirrhosis[J]. Am J Gastroenterol,2006,101(1):70-75.
- [5] 许曼音,陆广华,陈名道. 糖尿病学[M].2版.上海:上海科学技术出版社,2010:622-628.
- [6] 姜春燕,李敏. 肝源性糖尿病临床特征分析[J]. 肝脏,2009,14(3):177-180.
- [7] 黄继良,武芳,张欣然,等. 肝硬化患者肿瘤坏死因子水平变化与胰岛素抵抗的关系[J]. 临床肝胆病杂志,2002,18(3):166-167.
- [8] 时德仁,东传凌,陆立,等. 肝硬化时糖代谢紊乱与肝细胞胰岛素受体及胰腺细胞HBVDNA表达的关系[J]. 中华实验和临床病毒学杂志,2003,17(4):372-374.
- [9] 杜飞,张锦前. 乙型肝炎病毒相关2型糖尿病及其发病机制[J]. 临床误诊误治,2012,25(11):92-93.
- [10] 赵书云,郑海燕,谷凌云,等. 肝硬化源性糖尿病临床观察及中西医结合护理研究[B]. 现代中西医结合杂志,2014,23(14):1578-1580.
- [11] 王华宁,温伟波. 肝源性糖尿病临床研究进展[J]. 实用肝脏病杂志,2003,6(1):59-60.
- [12] 熊萍,董刚强,陈蜀敏. 肝硬化患者糖代谢异常的临床分析[J]. 泸州医学院学报,2008,31(1):64-65.
- [13] 郑素芬. 医院个案管理的发展状况[J]. 中国中医药资讯,2010,2(16):193-194.
- [14] 尤黎明,吴瑛. 内科护理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:421-427.
- [15] 王连芹. 饮食护理干预促进肝硬化并发糖尿病患者康复的效果评价[J]. 中国社区医师,2014:140-142.
- [16] 吴为群. 营养防病圣典.[M]. 北京:中国医药科技出版社,2011:202-203.
- [17] PARADIS V,PERLEMUTER G,BONVOUST F,et al. High glucose and hyperinsulinemia stimulate connective tissue growth factor expression:a potential mechanism involved in pro-gression to fibrosis in nonalcoholic steatohepatitis[J].Hepatol-gy,2001,34(4 Pt 1):738-744.
- [18] DONADON V,BALBI M,GHERSETTI M,et al. Antidiabetic therapy and increased risk of hepatocellular carcinoma in chronic liver disease[J].World J Gastroenterol,2009,15(20):2506-2511.

(上接第133页)

- [11] 张森,秦昆明,李伟东,等. 人参炮制过程中化学成分变化及其机制研究[J]. 中国中药杂志,2014,39(19).
- [12] 杨世海,路放,孟宪蓝. 人参药理作用研究进展[J]. GINSENGRESEARCH,2013,(1),45.
- [13] 赵远,戴佳丽,吕佳,等. 人参及其炮制品对小鼠耐缺氧抗疲劳作用的研究[J]. 辽宁中医杂志,2014,41(5):1040.

(上接第134页)

4.46%增高到8.94%。

3.3 剖宫产术的弊端

适度剖宫产可以使母亲转危为安,但是随着剖宫产率的上升^[5],导致出现许多并发症及后遗症,如:邻近器官损伤、仰卧位低血压综合征、术中术后出血、切口感染、脂肪液化、新生儿损伤、剖宫产儿综合征,术后5年内并发症如:子宫周围组织粘连、慢性腹痛等,异位妊娠发生率增高,且患者住院时间长、费用高,增加了经济负担。

3.4 降低剖宫产率的措施

如何降低剖宫产率是摆在我们产科工作者面前的重要任务。首先加强孕产妇系统管理,对高危妊娠早预防、早发现、早治疗;开办孕妇学校,开展健康教育,使孕妇及家属消除对分娩的恐惧心理,杜绝择吉日剖宫产,树立阴道分娩的信心;提高产科医生综合素质,使其具备过硬的阴道助产技能;严格掌握剖宫产指征,对难产、胎儿窘迫的诊断要准确,除绝对的剖宫产指征外,我们均应给予阴道试产的机会;加强医患

- [14] 杜瑞雪,郝艳丽,张洋婷,等. 不同炮制方法对人参皂苷含量及肝癌细胞凋亡的影响[J]. 中国是兽医杂志,2018,54(2):94-100.
- [15] 李向高,等人参加工炮制所致药理学变化[J]. 中国中药杂志,1991,16(1):3-8.
- [16] 张远,张凡,曲胜军,等. 人参主要成分及其药理研究进展[J]. 亚太传统药,2012,11(8),285.

沟通、开展无痛分娩、导乐分娩,本院开展了无痛分娩,既减轻了产妇疼痛又加快了产程进展,取得了良好的效果;呼吁全社会关心支持妇产科事业,为产科医务人员创造安全的行医环境,利用各种媒体广泛宣传自然分娩与剖宫产的利弊,使人人知道自然分娩的好处,从而正确选择分娩方式。

参考文献

- [1] MacDorman MF, Menacker F, Declercq E. Cesarean birth in the United States: epidemiology, trends, and outcomes[J]. Clinics in Perinatology,2008,35(2):293-307.
- [2] Pisake L,Malinee L,Metin Gülmezoglu A,et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007~2008[J]. Lancet,2010,375(9713):490-499.
- [3] 苏应宽,刘新民主编. 妇产科手术学[M]. 北京:人民卫生出版社,1998:422.
- [4] 黄醒华. 对剖宫产的思考[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2003,19(7):385.
- [5] 蒋利红. 剖宫产率上升的原因及对策[J]. 中国妇幼保健,2008,23(17):2376.