

健康中国背景下我国孕产妇健康状况的改善、面临的挑战及相关举措

全紫薇 刘晓曦

摘要 孕产妇死亡率是衡量一个国家和地区社会经济、文化发展的重要指标。孕产妇死亡率与国家的重视程度、医学科学的不断进步以及各级医疗保健人员的知识水平密切相关。本文分析了新中国成立以来我国孕产妇死亡率的变化趋势,并对我国孕产妇死因进行了分析。如何进一步降低孕产妇死亡率,是产科工作者面临的严峻挑战。今后我国应以经济落后地区为重点,抓好产科专业人员培训和技术推广,不断健全服务网络,加强妇幼保健体系建设。

关键词 我国孕产妇 健康状况 挑战

中图分类号 R71

文献标识码 A

DOI 10.11969/j.issn.1673-548X.2021.12.002

2021 年是中国共产党成立 100 周年,在党的领导下,中国卫生健康工作者认真贯彻落实党中央、国务院的决策部署,坚持“以人为本”的发展思路,坚持卫生工作方针,以提高人民健康水平为目标,以普及健康生活、优化卫生服务、改善健康保障、营造健康环境、发展健康产业为重点,加快卫生领域发展方式转变,全面保障人民健康。孕产妇死亡率是反映人群健康状况的关键指标之一,也是衡量一个国家和地区社会经济和文化发展的重要综合性指标。

孕产妇死亡(maternal mortality, MM)是指在妊娠期或终止妊娠后 42 天内死亡的女性(不包括因意外或事故而死亡的女性)。孕产妇死亡原因可分为直接产科因素和间接产科因素导致的死亡。直接产科因素导致孕产妇死亡是指产科并发症间接导致孕产妇死亡;间接产科因素导致孕产妇死亡是指因孕期先天性疾病或新发疾病而死亡,是由于妊娠的生理影响而加重原有疾病,从而导致孕产妇死亡。分析全球孕产妇死亡率不断下降的原因主要是由于国家的重视及相应预防控制对策的制定。此外,还得益于抗生素的广泛应用和输血技术、剖宫产术等医学技术的不断推广,以及孕产妇住院分娩等。

自 20 世纪 90 年代起,我国将降低孕产妇死亡率

和围生儿死亡率列入《中国妇女发展纲要》和《中国儿童发展纲要》。1995 年中华人民共和国卫生部(现国家卫生健康委员会)在《中华人民共和国母婴保健法》中规定国家提倡住院分娩。我国从 2003 年起实施新型农村合作医疗制度,对参加农村合作医疗的住院分娩孕产妇给予一定的经济补助。据相关数据显示,1984 年我国的住院分娩率为 41.1%,到 2020 年已经达到 99.9%。妊娠期的各种危险和疾病通过产前检查可以积极防治、早期发现,有利于降低孕产妇死亡风险。

在 2000 年 9 月召开的联合国千年首脑会议上,各国领导人就消除贫穷、饥饿、疾病、文盲以及对女性的歧视制定了根本目标,统称为千年发展目标。各国承诺在 1990~2015 年间将孕产妇死亡率减少 3/4。自 1990 年以来,全球孕产妇死亡率下降了 34%,我国孕产妇死亡率由新中国成立之初的 1500/10 万下降至 2015 年的 20.1/10 万,提前实现了联合国千年发展目标,被世界卫生组织评为妇幼健康高绩效国家之一^[1]。当前,从全球来看,我国孕产妇死亡率远低于世界各国 53/10 万的中位数水平,也远低于中高收入国家 43/10 万的中位数水平,位居全球中高收入国家前列,这些数据表明,在中国共产党的领导下,我国在改善孕产妇健康状况方面取得了巨大成就。

一、我国孕产妇死亡率呈现逐年降低的趋势

由于建国前的连年战乱,我国卫生事业发展极其落后。1949 年新中国成立之后,党和政府通过加设卫生学校、建立医学相关高等院校、广泛创办助产士培训机构、在大中小城市建立了不同级别的妇幼保健

基金项目:中央高校基本科研业务费专项资金资助项目(3332019089)

作者单位:100050 首都医科大学附属北京友谊医院妇产科(全紫薇);100020 中国医学科学院/北京协和医学院医学信息研究所(刘晓曦)

通讯作者:刘晓曦,电子信箱:liu.xiaoxi@imicams.ac.cn

机构等措施,使得从事产科专业的医务人员人数不断增加。这对于占全国总人口数 90% 以上的农村人口的生活境遇和卫生条件的改善更为明显。20 世纪 70 年代末,全国各市(县)妇幼保健部门开始逐步完善各项统计数据,建立了不同级别的妇幼保健机构。各级医院陆续引进了国外产科的新技术、新方法以及新理念,如电子胎心监护、产程管理等。20 世纪 80 年代起,专门的产科超声开始进入三甲医院并逐步普及至其他妇幼保健院,产科超声可以评估的内容包括胎盘的位置、成熟度、血流、胎儿大小、各径线生长速度、羊水的分布等。此后,各大医院又相继开展了针对多种先天性畸形的产前诊断及产前筛查,为实现我国优生优育的目标起到了重要的作用。我国的孕产妇死亡率自此开始呈现逐年下降趋势,到了 1990 年,孕产妇死亡率已降至 89/10 万。

我国是一个农业大国,按全国第 5 次人口普查结果显示,我国农村人口仍占总人口的 63.9%。农村与城市的孕产妇死亡率之比仍然居高不下,达到了 4:1。由于农村人口经济条件差,经济基础薄弱,与当地社会经济发展情况息息相关,而交通条件也是其中一项重要因素,这是单纯通过卫生系统及医务人员的努力很难快速改善的。因此,在社会经济发展落后的地区,提高农村孕产妇住院分娩率可谓是困难重重。

1989 年北京医科大学(现北京大学医学部)开展了关于我国部分农村孕产妇死亡社会因素调查,结果显示,在乡、村级医疗机构中分娩,产妇本身为初产妇,都是孕产妇死亡的高危因素。直至今,我国基层医疗机构中仍存在着乡、村级医疗机构中设备陈旧或不足,产科从业人员技术水平低,急救药物不到位,无法开展三级及以上手术,缺乏多学科合作等问题,在处理孕妇产后出血、子痫、羊水栓塞等严重并发症时经验不足,导致农村孕产妇死亡率较高。对此,《中国妇女发展纲要(2000~2010 年)》中提出目标,即在 1000 个国家级和省级贫困县实施“降低孕产妇死亡率及消除新生儿破伤风发生”项目(简称降消项目)^[1]。该项目覆盖总人口 3.8 亿人,分布于全国 22 个省(自治区、直辖市),其中包括由三甲医院派高年资医生每年定期下乡指导工作,同时落实提高住院分娩率和产前检查率等政策^[2]。全国各地方政府通过此项目的推广实行,有效降低了农村人口的孕产妇死亡率。

此外,各地政府在政策的制定上也重视对城市流动人口妊娠与分娩的管理,充分发挥妇幼保健三级联

网作用。在全国的三甲医院成立危重孕产妇抢救中心,各卫生行政管理部门成立流动人口孕产妇的产前检查机构。随着我国医疗卫生事业的不断发展,特别是新农合等医疗保障制度的建立,降低低收入人群就医的门槛,鼓励孕产妇及时就医,定期产检。从 2009 年起,我国全面实施农村孕产妇住院分娩补助项目,由此全国住院分娩率得到大幅提升,从 1996 年的 60.7% 上升至近 6 年来的 99% 以上^[3]。

由于医疗技术的进步以及妇幼保健工作的推广与完善,2010 年,全国孕产妇死亡率已经降至 30/10 万,农村与城市孕产妇死亡率的比例也逐渐由 4:1 下降至 1.1:1^[2]。2020 年全国孕产妇死亡率已降至 16.9/10 万,达到世界先进国家水平。我国城市孕产妇死亡率以每年 3.4% 的平均速度下降,而农村孕产妇死亡率则比城市下降的趋势更明显,从 1991 年的 100/10 万,下降到 2012 年的 25.6/10 万,年平均下降速度为 6.3%。2018 年农村和城市孕产妇死亡率分别为 19.9/10 万和 15.5/10 万,城市与农村孕产妇死亡率之比为 1:1.3,城市和农村的差距不断缩小^[1]。在北京市、上海市和天津市等发达地区,孕产妇死亡率均在 10/10 万以下,而我国的中、西部经济落后地区孕产妇死亡率依然较高,一般为(30~40)/10 万。

二、我国孕产妇死因分析

孕产妇死亡率是反映区域政治、经济、文化和卫生发展程度的重要指标。高龄、肥胖、多产、生育频率过密以及合并基础疾病,均是导致孕产妇死亡的危险因素。据 2018 年统计数据显示,导致我国孕产妇死亡的前 4 位死因依次为产后出血、羊水栓塞、妊娠合并心脏病和妊娠期高血压疾病,所占比例依次为 34.2%、13.2%、10.1% 和 8.7%^[4]。其中城市孕产妇主要死因构成比数据显示,产后出血占 25.6%,羊水栓塞占 17.4%,妊娠合并心脏病占 7.0%,妊娠期高血压疾病占 7.0%;农村孕产妇主要死因构成比数据显示,产后出血占 27.5%,羊水栓塞占 11.5%,妊娠合并心脏病占 12.2%,妊娠期高血压疾病占 8.4%^[3]。(1)产后出血:指产后 24h 内流血量超过 500ml,是产科中严重的并发症,也是我国孕产妇死亡的首要原因。常见症状为阴道失血、失血性休克以及继发性贫血等。(2)羊水栓塞:由于羊水成分流入母体循环从而在分娩期间造成的缺氧、低血压、癫痫以及弥散性血管内凝血病(DIC)的急性严重破坏性并发症,是严重的产科并发症之一,致死率很高。研究表明,其发生因素与母体血管的机械性阻塞、羊水进

入母体循环引起过敏反应等原因相关。(3)妊娠合并心脏病:妊娠期心脏病是我国孕产妇死亡的四大原因之一。由于妊娠期子宫增大,膈肌上升使心脏移位,增加了心脏的负担,从而出现妊娠合并心脏病。早期常见症状为胸闷气短、心悸,并且脉搏 110 次/分以上;严重时的症状为咳嗽、唇面发绀、心跳过快等。(4)妊娠期高血压疾病:是严重威胁孕产妇性命的产科并发症。妊娠期高血压的发病因素很多,主要受孕产妇基础疾病和妊娠环境所影响,常见症状为早产、低体重出生等^[5-9]。

近年来,随着妇幼保健工作的推广与完善以及医疗技术的不断进步,前 3 位原因中的产后出血引起的死亡率已明显降低。有研究发现,对孕产妇死亡率影响最大的因素是文盲人口所占的比重、住院分娩率、产前检查率和产后访视率,这提示我们应重点提高健康教育水平,为居民提供高水平的保健服务,从而提高孕产妇的健康水平。

随着辅助生殖技术的不断发展,2016 年“全面二孩”政策的放开,允许女性在更晚的年龄妊娠,从而提高了我国孕产妇的平均年龄。由于中国高龄孕产妇人数的迅速增加,其并发症发生率也显著上升,这对我国医疗服务水平提出了更高的要求。基层单位采取相应举措,如设立孕前咨询门诊,进行孕前评估和备孕指导。助产机构应进行高危孕产妇专案管理以及孕产期保健常识及分娩相关知识的宣传教育。在多项举措实施下,全国产前检查率由 1996 年的 83.7%,上升到 2018 年的 96.6%,农村人口产前检查率从 80.6% 上升到 95.8%,为降低孕产妇死亡率做出了重要贡献^[10]。

三、面临的挑战及相关举措

孕产妇死亡率同一个国家的重视程度、孕产妇健康服务体系、医疗保健人员的技术能力、医学科技的不断进步和孕产妇的健康知识水平等紧密相关。我国目前实行的死亡评审工作对降低孕产妇死亡率具有很好的反馈及警示作用。死亡评审除了分析患者来院时情况、死亡是否可以避免外,还分析发病时至来医院期间有无贻误,贻误的原因能否避免,并将相关意见反馈给上级单位,以避免类似的不当事件再次发生^[11]。

2017 年 7 月 21 日,国家卫生和计划生育委员会(现国家卫生健康委员会)印发《关于加强母婴安全保障工作的通知》,确立了妊娠风险筛查与评估、高危孕产妇专案管理、危急重症救治、孕产妇死亡个案

报告和约谈通报制度等母婴安全五项制度。其中,妊娠风险筛查与评估能尽早地按照风险的不同程度对孕产妇进行精准、精细的分级管理。按照不同的风险程度,进行五色标识和精细化管理。低风险标记为绿色,有一定风险的是黄色,较高风险的标记为橙色,高风险的标记为红色,有合并传染病的是紫色。各级各类医疗机构看到五色分类,可以有针对性地按照风险的程度分级分类管理,风险程度高的孕产妇可尽早转诊到上级医疗机构进行及时干预和救治^[3]。针对高风险人群进行高危专案管理,各地要进行专人专案全程管理、动态监管和集中救治,努力做到发现一例、登记一例、报告一例、管理一例、救治一例^[12]。国家卫生健康委员会对孕产妇死亡个案建立了直报机制,规定在 2 日内报告辖区县级妇幼保健机构,由相关机构组织专家第一时间进行问题的查找。对孕产妇死亡率呈现升高态势的地区,及时派出专家组给予针对性地指导,对于个别地方任务措施落实不力、有工作滑坡的地区及时进行约谈和通报,全力进行孕产妇的安全管理和救治^[13]。上述制度的实施为有效识别高危孕产妇、减少孕产妇死亡提供了有力保障。

近年来,我国孕产妇死亡率的下降趋势趋缓,如何进一步降低孕产妇死亡率,是产科工作者和妇幼保健管理者面临的严峻挑战。由于我国各地区的经济发展不平衡,除城乡差距外,地区差别也很大,这提示今后依然要加大对农村地区卫生资源的投入。在我国全面实施二孩、三孩生育政策后,通过全国的形势分析可见,高龄孕产妇比例进一步增加,妊娠风险也较以往增多,母婴安全问题依然面临挑战。按时产前保健等干预措施被证明可以降低孕产妇死亡率。按我国的产前保健要求,全孕期应至少进行 10 次产检,并确保每次检查质量。此外,要通过加强一级转诊单位的建设及作用,做到尽早识别高危孕产妇,尽早转诊到医疗条件较好的上级医院,每个地区应设立若干家危重孕产妇和新生儿救治中心,各地依托综合救治能力强、产科及儿科能力突出的医疗机构,在全国各地建立上下联动、有效运转的危重孕产妇和新生儿救治网络^[14]。目前,全国各省(自治区、直辖市)都有若干家危重孕产妇和新生儿救治中心,市(县)至少有 1 家危重孕产妇和新生儿救治中心。

综上所述,随着我国社会的进步以及经济的发展,育龄人群的组成呈现多样化和复杂化,如何进一步降低孕产妇死亡率,是每一位产科医生的责任所在。今后应以经济落后地区为重点,抓好产科专业人

员培训和技术推广,不断健全服务网络,加强妇幼保健体系建设^[15]。进一步提升妇幼健康服务能力和水平,全力推进生育全程基本医疗保健服务,努力实现对妇女、儿童全方面、全周期的健康服务和保障。以实施基本公共卫生服务项目和妇幼保健重大专项为载体,规范服务行为,不断改善服务质量。加强妇幼健康信息管理,对相关数据进行分析利用与共享,积极推进妇幼保健领域的网络化、信息化建设,为完善政策措施、提高服务质量提供科学依据。

参考文献

- 1 国家卫生健康委员会. 中国妇幼健康事业发展报告(2019)(一)[J]. 中国妇幼卫生杂志, 2019, 10(5): 1-8
- 2 戴钟英. 产科工作者热烈庆祝中华人民共和国 70 周年华诞[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2019, 35(7): 729-730
- 3 陈敦金, 贺芳. 中国孕产妇病死率极大程度降低——对世界的最大贡献[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2019, 35(10): 1076-1080
- 4 范银芬, 张超, 孙秀丽, 等. 濮阳市孕产妇死亡原因分析与干预措施[J]. 中国妇幼保健中国妇幼保健, 2010, 25(15): 2038-2040
- 5 刘莹, 苟文丽, 李春芳, 等. 高危妊娠的管理及未来防控措施

- [J]. 中国医师杂志, 2020, 22(7): 981-985
- 6 戴钟英. 关于如何降低我国各地区孕产妇病死率的讨论[J]. 现代妇产科进展, 2004, 13(5): 322-332
- 7 张敏. 我国孕产妇病死率的影响因素及预测研究[D]. 济南: 山东大学硕士论文, 2014
- 8 孙媛媛. 中西部地区进一步降低孕产妇病死率的策略研究[D]. 复旦大学硕士学位论文, 2013
- 9 杜其云, 刘筱娴. 孕产妇死亡的研究与控制[J]. 中国妇幼保健, 2001, 16(7): 451-454
- 10 王敬民. 从高危妊娠救治现状探讨三级综合医院产科发展模式[J]. 医学与哲学, 2017, 38(3): 91-94
- 11 渠川琰. 降低孕产妇及围生儿病死率干预途径的研究[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2001, 17(5): 273-275
- 12 田宏, 张明, 陈惠池, 等. 孕产妇死亡研究现状[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2004, 20(6): 379-380, 382
- 13 华嘉增. 产时保健的新模式[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2001, 17(5): 263-265
- 14 王临虹, 方利文. 我国孕产妇死亡的常见原因及其影响因素[J]. 实用妇产科杂志, 2004, 20(4): 193-194
- 15 李永斌. 社区卫生服务机构基本药物制度实施现状与成效研究[D]. 武汉: 华中科技大学博士论文, 2021

(收稿日期: 2021-06-01)

(修回日期: 2021-06-06)

(接第 120 页)

- 5 Guo Z, Blake GM, Li K, *et al.* Liver fat content measurement with quantitative CT validated against MRI proton density fat fraction: a prospective study of 400 healthy volunteers[J]. Radiology, 2020, 294(1): 89-97
- 6 Cheng X, Blake GM, Brown JK, *et al.* The measurement of liver fat from single-energy quantitative computed tomography scans[J]. Quant Imaging Med Surg, 2017, 7(3): 281-291
- 7 Zhang J, Wu H, Ma S, *et al.* TSH promotes adiposity by inhibiting the browning of white fat[J]. Adipocyte, 2020, 9(1): 264-278
- 8 Qiu Y, Deng X, Sha Y, *et al.* Visceral fat area, not subcutaneous fat area, is associated with cardiac hemodynamics in type 2 diabetes[J]. Diabetes Metab Syndr Obes, 2020, 13: 4413-4422
- 9 Lee MJ. Hormonal regulation of adipogenesis[J]. Compr Physiol, 2017, 7(4): 1151-1195
- 10 Jian C, Xu Y, Ma X, *et al.* Correlations between neck circumference and serum thyroid hormones levels in postmenopausal women with euthyroid and subclinical hypothyroidism[J]. Clin Exp Pharmacol Physiol, 2021, 48(4): 471-477
- 11 Zeng Q, Wang L, Dong S, *et al.* CT-derived abdominal adiposity: distributions and better predictive ability than BMI in a nationwide study of 59, 429 adults in China[J]. Metabolism, 2021, 115: 154456
- 12 Alevizaki M, Saltiki K, Voidonikola P, *et al.* Free thyroxine is an independent predictor of subcutaneous fat in euthyroid individuals[J]. Eur J Endocrinol, 2009, 161(3): 459-465

- 13 赖亚新, 李晨嫣, 毛金媛, 等. 体内脂肪分布与甲状腺功能的相关性[J]. 中华糖尿病杂志, 2013, 5(12): 734-739
- 14 Kornetova EG, Kornetov AN, Mednova IA, *et al.* Body fat parameters, glucose and lipid profiles, and thyroid hormone levels in schizophrenia patients with or without metabolic syndrome[J]. Diagnostics (Basel), 2020, 10(9): 683
- 15 Bocco B, Fernandes GW, Fonseca TL, *et al.* Iodine deficiency increases fat contribution to energy expenditure in male mice[J]. Endocrinology, 2020, 161(12): 192
- 16 Nie X, Ma X, Xu Y, *et al.* Characteristics of serum thyroid hormones in different metabolic phenotypes of obesity[J]. Front Endocrinol (Lausanne), 2020, 11: 68
- 17 Ortega-Carvalho TM, Oliveira KJ, Soares BA, *et al.* The role of leptin in the regulation of TSH secretion in the fed state: in vivo and in vitro studies[J]. J Endocrinol, 2002, 174(1): 121-125
- 18 朱凡凡, 仰礼真. 甲状腺功能正常的 2 型糖尿病患者血清甲状腺激素水平与非酒精性脂肪性肝病的相关性[J]. 上海交通大学学报: 医学版, 2018, 38(7): 763-768
- 19 Chen P, Hou X, Wei L, *et al.* Free triiodothyronine is associated with the occurrence and remission of nonalcoholic fatty liver disease in euthyroid women[J]. Eur J Clin Invest, 2019, 49(4): e13070
- 20 Huang B, Yang S, Ye S. Association between thyroid function and nonalcoholic fatty liver disease in euthyroid type 2 diabetes patients[J]. J Diabetes Res, 2020, 2020: 6538208

(收稿日期: 2021-06-22)

(修回日期: 2021-07-08)