

· 现场调查 ·

北京市孕产妇与流动人口孕产妇
1995 - 2004 年死亡分析

沈汝桐 杨惠娟 李禾 何芳 丁辉 邓小虹 肖珣 刘钢

【摘要】 目的 分析北京市孕产妇与流动人口孕产妇死亡资料,为制定干预措施提供依据。
方法 采用回顾性调查方法,对北京市 1995 - 2004 年孕产妇死亡病例及评审资料进行分析。**结果** 该期间北京市户籍孕产妇死亡率为 17.9/10 万,流动人口死亡率为 51.3/10 万。北京市孕产妇死因依次为栓塞(21.2%)、妊高征(18.3%)、产科出血(14.4%)和心脏病/异位妊娠(9.6%)。流动人口孕产妇死因依次为产科出血(25.2%)、栓塞(19.7%)、妊高征(17.3%)和肝病(9.5%)。孕产妇可避免死亡占 18.9%,创造条件可避免死亡占 37.7%,不可避免死亡占 43.4%。**结论** 北京市户籍孕产妇死亡率已接近发达国家水平,流动人口孕产妇保健管理亟待加强。取缔非法接生、加强医务人员的培训及人才培养、提高医疗机构处理妊娠合并症及异位妊娠的急救抢救能力,是今后干预的重点。

【关键词】 孕产妇;死亡率;流动人口

Study on the maternal mortality ratio from 1995 to 2004 among residential and migrant women in Beijing
SHEN Ru-gang*, YANG Hui-juan, LI He, HE Fang, DING Hui, DENG Xiao-hong, XIAO Xun, LIU Gang. *Capital Medical University Affixed Beijing Obstetric and Gynecology Hospital Beijing Maternal and Child Health Hospital, Beijing 100026, China

【Abstract】 Objective To analyze the maternal mortality ratio(MMR) of residential and migrant women in Beijing. **Methods** A retrospective study from 1995 to 2004 was performed to analyze data from the maternal death cases. **Results** The MMR of resident and migrant of Beijing from 1995 to 2004 were 17.9 and 51.3 per ten thousand respectively. The main reasons of maternal deaths among residents were embolism(21.2%), hypertensive disorder complicating pregnancy(18.3%), postpartum hemorrhage(14.4%) and ectopic pregnancy/heart disease(9.6%). The main reasons of migrant maternal deaths were postpartum hemorrhage(25.2%), embolism(19.7%), hypertensive disorder complicating pregnancy(17.3%) and liver disease(9.5%). The avoidable deaths were accounted for 18.9%. **Conclusion** The MMR in Beijing local residents was close to that in developed countries. To further reduce MMR in Beijing would depend on the better administration of related issues among floating population. Poor quality delivery must be banned together with strengthening the training programs on health workers. It is also important to improve the knowledge and skills of medical staff for rescuing the complications of pregnancy and ectopic pregnancy.

【Key words】 Maternal; Mortality ratio; Migrant

孕产妇死亡率(MMR)是反映国家的社会经济文化、医疗卫生水平的重要指标之一。在 20 世纪 90 年代末,北京市的 MMR 已降到 20/10 万以下,提前实现了 2000 年两个《纲要》的目标。然而,流动人口 MMR 却高达 50/10 万以上。我们旨在通过对 1995 - 2004 年北京市户籍人口与流动人口孕产妇死亡的分析,为今后制定降低 MMR 干预措施提供

依据。

资料与方法

1. 资料来源:1995 - 2004 年北京市孕产妇死亡报告卡、病历记录、死亡调查报告、孕产妇死亡市级评审资料、妇幼卫生报表。

2. 方法:采用回顾性调查方法,对孕产妇死亡个案及评审情况进行分析,评审采取:①三级评审程序:医院、区县级、市级评审;②评审原则:差额、回避、少数服从多数、保密、相关学科参评原则;③标准:可避免死亡、创造条件可避免死亡、不可避免死亡。

基金项目:首都医学发展科研基金资助项目(2002-1002)

作者单位:100026 首都医科大学附属北京妇产医院北京妇幼保健院(沈汝桐、杨惠娟、李禾、何芳、丁辉);北京市卫生局(邓小虹、肖珣、刘钢)

结 果

1. 1995 - 2004 年北京市户籍与流动人口孕产妇的 MMR: 从表 1、2 可见,北京市户籍人口出生及孕产妇死亡数逐年减少,孕产妇死亡率从前 5 年(1995 - 1999 年)的 20/10 万以上下降到后 5 年(2000 - 2004 年)的 15/10 万左右。流动人口 MMR 每年在 50/10 万左右波动,平均为 51.3/10 万,是北京市户籍人口 MMR 的 3 倍。在京的流动人口大部分为青壮年,随着北京市流动人口的增长,在京分娩量也明显增加,2004 年比 1995 年增长了 5.6 倍。流动人口分娩活产数占全市分娩活产总数的比例逐年增加,从 1995 年的 10.2% 上升至 2004 年的 46.3%。孕产妇死亡中流动人口的比例也急剧上升,从 1995 年的 39.13% (9/23) 上升至 2004 年的 70.37% (19/27)。

表 1 1995 - 2004 年北京市户籍人口与流动人口 MMR(/10 万)

年份	北京市户籍人口孕产妇			流动人口孕产妇		
	活产人数	死亡例数	MMR	活产人数	死亡例数	MMR
1995	70 797	14	19.8	8 077	9	111.4
1996	65 328	15	22.9	10 971	4	36.4
1997	66 230	18	27.2	19 061	8	41.9
1998	53 429	7	13.1	21 031	8	38.0
1999	53 122	11	20.7	25 963	18	69.3
2000	54 412	8	11.0	31 942	15	46.9
2001	59 777	7	11.7	23 775	17	71.5
2002	59 602	9	15.1	30 740	13	42.3
2003	45 455	7	15.4	30 785	16	51.9
2004	52 705	8	15.2	45 363	19	41.9
合计	580 857	104	17.9	247 708	127	51.3

表 2 1995 - 2004 年北京市户籍(本市)人口与流动人口分娩活产比例

年份	本市人口		流动人口		合计
	分娩人数	构成比(%)	分娩人数	构成比(%)	
1995	70 797	89.8	8 077	10.2	78 874
1996	65 328	85.6	10 971	14.4	76 299
1997	66 230	77.7	19 061	22.3	85 291
1998	53 429	71.8	21 031	28.2	74 460
1999	53 122	67.2	25 963	32.8	79 085
2000	54 412	63.0	31 942	37.0	86 354
2001	59 777	71.5	23 775	28.5	83 552
2002	59 602	66.0	30 740	34.0	90 342
2003	45 455	59.6	30 785	40.4	76 240
2004	52 705	53.7	45 363	46.3	98 068

2. 孕产妇死亡原因:北京市孕产妇死亡原因依次为栓塞(羊水栓塞和肺栓塞)、妊高征、产科出血、心脏病/异位妊娠、肝病、感染(表 3)。流动人口孕产妇死亡原因依次为产科出血、栓塞、妊高征、肝病、

异位妊娠、感染。北京市户籍人口与流动人口前 3 位死因相同,但顺位不同。第 4 位死因北京市户籍人口为心脏病、异位妊娠,流动人口是肝病。

表 3 1995 - 2004 年北京市户籍(本市)人口与流动人口孕产妇死因构成及顺位

死因	本市人口孕产妇死亡			流动人口孕产妇死亡		
	例数	构成比(%)	顺位	例数	构成比(%)	顺位
栓塞	22	21.2	1	25	19.7	2
妊高征	19	18.3	2	22	17.3	3
产科出血	15	14.4	3	32	25.2	1
异位妊娠	10	9.6	4	9	7.1	5
心脏病	10	9.6	4	6	4.7	7
肝病	7	6.7	5	12	9.5	4
感染	6	5.8	6	7	5.5	6
子宫破裂	3	2.9	-	6	4.7	7
其他	12	11.5	-	8	6.3	-
合计	104	100.0		127	100.0	

3. 流动人口孕产妇死亡者的分娩地点:由于流动人口大部分来自贫困地区,在京打工谋生,经济条件差,没钱到医院分娩,由私人或家属在家接生分娩。死亡产妇在家分娩的比例平均为 38.6%。流动人口孕产妇死因第一位为产科出血,其主要原因是家庭分娩造成的(表 4)。

表 4 1997 - 2004 年北京市流动人口死亡产妇的分娩地点

年份	死亡总例数	医院分娩		家中分娩	
		例数	构成比(%)	例数	构成比(%)
1997	8	4	50.0	4	50.0
1998	8	4	50.0	4	50.0
1999	18	15	83.3	3	16.7
2000	15	10	66.7	5	33.3
2001	17	11	64.7	6	35.3
2002	13	8	61.5	5	38.5
2003	16	8	50.0	8	50.0
2004	19	10	52.6	9	47.4
合计	114	70	61.4	44	38.6

4. 孕产妇死亡评审结果:在 212 例孕产妇死亡评审资料中,可避免死亡占 18.9%,创造条件可避免死亡占 37.7%,不可避免死亡占 43.4%。可避免或创造条件可避免死亡达 1/2 以上,主要与医疗部门知识技术、抢救能力、医院管理等有关。今后通过努力,如果减少这 1/2 的死亡,则北京市孕产妇死亡仍有下降的潜力。

讨 论

1. MMR 比较:全球 MMR 最低为北欧国家 0~11/10 万,最高为非洲国家 1000/10 万。发达国家平均为 27/10 万,发展中国家平均为 480/10 万。1997 年 WHO 报告全球孕产妇死亡主要死因:产科出血

占 25%, 感染占 15%, 妊高征占 12%, 间接产科死因占 20%^[1,2]。发达国家如美国的孕产妇死亡中栓塞占首位原因^[3], 发展中国家则以产科出血、难产、妊高征及感染为主要死因^[4]。2003 年我国孕产妇死亡监测资料表明, 孕产妇死亡率为 46.2/10 万^[5]。其中大多数死亡是可避免的, 1/3 死亡发生在孕产妇家中, 1/3 在转院途中, 只有 1/3 危重孕产妇转到医疗机构。深圳市 1992-1996 年流动人口的 MMR 平均为 84.3/10 万, 而常住人口 MMR 只有 12.2/10 万, 流动人口孕产妇死亡的前 4 位死因分别是产科出血、妊高征、羊水栓塞、产褥感染^[6]。北京市户籍人口 MMR 与发达国家、上海市^[7]、深圳市常住人口的 MMR 基本接近, 而流动人口的 MMR 却明显高出 3~6 倍。从死因看, 北京市孕产妇死亡主要是直接产科因素, 这是我们与发达国家差距所在, 虽然死亡率与发达国家接近, 但从死因看, 我们与发达国家仍有较大差距^[8,9]。

2. 目前存在的问题及原因:

(1) 产科知识与技术问题。产科医生对内科合并症缺乏认识和相关知识。近几年产科临床中妊娠合并内科疾病死亡病例增加, 如合并心脏病、肺栓塞、脑病等。产科在临床诊治过程中, 只考虑产科的问题, 不重视内科疾病, 采集病史和观察病情不仔细, 缺乏综合诊疗知识, 对内科疾病的影响估计不足, 不及时请内科医生会诊。一级医疗机构缺乏基本的抢救知识和技能, 如不能正确估计出血量、在患者发生失血性休克时未及时补液, 对疾病的危重程度认识不清等。有些医院在引产、催产、剖宫产时对指征掌握不严、引产方法选择不当, 不按诊疗常规办事, 抢救操作技术差等。这些因素造成的死亡本来是可以避免的。因此, 减少不适宜的产科医疗干预也是今后要解决的问题。

(2) 对异位妊娠诊断与抢救的问题。目前普遍存在的问题是首诊延误。主要发生在急诊、内科、外科, 对育龄妇女的主诉、病史采集不详细, 身体检查及化验检查不全面, 缺乏对异位妊娠的诊断能力, 患者在候诊和检查过程中发生休克; 或对诊断明确的异位妊娠破裂未立即手术; 在急诊抢救育龄妇女时, 不通知妇产科会诊; 对异位妊娠保守治疗指征掌握不严、观察不细, 确诊缓慢, 处理方法欠妥等。近几年异位妊娠死亡呈上升趋势, 这是今后需要干预之一。

(3) 危重症患者抢救的管理问题。医院“危重症孕产妇抢救小组”平时缺乏演练; 抢救小组人员不能及时到位, 联络不迅速; 急救车不能及时到位; 多起抢救延误发生在夜班或假日, 安排的值班人员不能认识病情和做出正确的诊断, 处理紧急情况能力较差; 产科未储备必需的急救药品; 抢救用血的绿色通道仍然没有完全落实, 急救设备不足; 对严重合并症缺乏产前讨论制度; 基层医院对危重患者转院太晚, 使三级医院失去抢救机会等。这些都是可避免的因素, 也是今后进一步降低 MMR 的因素。

(4) 影响孕产妇死亡的社会因素。与经济因素有关的死亡孕产妇每年北京市户籍人群基本占 1/3, 流动人口占 2/3。流动人口无钱住院分娩, 或者不及时就医, 导致病情严重, 失去抢救机会。另外近几年在一些区县的基层妇幼保健网队伍不健全, 使得基层保健管理很薄弱。

3. 建议: 加强流动人口孕产妇管理, 打击取缔非法接生, 设立贫困孕产妇救助基金。在流动人口密集的城乡结合处设立流动人口分娩医院, 提供住院分娩的基本医疗服务, 减少住院费用, 吸引流动人口到医院分娩, 保障母婴安全。还要加强医务人员的培训及人才培养。以人为本, 提高产科技术水平及服务质量。

(感谢北京市孕产期保健技术指导组的专家对孕产妇死亡评审工作的参与和支持)

参 考 文 献

- 1 Carla AZ. Improve access to quality maternal health service. WHO, Presentation at safe motherhood technical consultant Colombo, Sri Lanka, 1999. 18.
- 2 Seppala M. The role of FIGO in the advancement of women's health—in the year 2000. *Int J Gynecol Obstet*, 2000, 70: 175-182.
- 3 American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG educational bulletin. Postpartum hemorrhage. *Int J Gynecol Obstet*, 1998, 61: 79-86.
- 4 Maternal health and safe motherhood program. Mother-baby package: implementing safe motherhood in countries. Geneva: World Health Organization, 1996. 1-15.
- 5 梁娟, 李维敏, 王艳萍, 等. 2003 年全国妇幼卫生监测结果分析报告. 卫生部 2004 年全国妇幼卫生信息结果分析报告, 2004. 1-37.
- 6 姜海萍, 刘植鸿. 深圳市流动人口孕产妇死亡、儿童死亡 5 年观察. *中国公共卫生*, 1997, 13: 550.
- 7 戴钟英, 周冰华, 朱丽萍. 上海市十年来孕产妇死亡率变化. *上海医学*, 1999, 22: 325-327.
- 8 黄醒华. 新世纪围生期保健面临的挑战. *中国实用妇科与产科杂志*, 2001, 17: 257-258.
- 9 严仁英. 首届发展中国家围产医学大会简介. *中华围产医学杂志*, 2001, 4: 261.

(收稿日期: 2005-04-18)

(本文编辑: 张林东)