

2016-2020 年南宁市户籍孕产妇儿童死亡状况分析

韦明晓 宋 茜 曾 卫 杨 兴

南宁市妇幼保健院（鲤湾院区） 广西南宁 530011

【中图分类号】R714

【文献标识码】A

【文章编号】2095-9753 (2023) 09-041-02

孕产妇死亡率、5 岁以下儿童死亡率、婴儿死亡率和新生儿死亡率是反映本地区孕产妇、儿童健康状况的主要指标，也体现国家与辖区内经济、文化发展及医疗保健机构所提供的医疗服务质量水平^[1]。自签署《90 年代儿童生存、保护及发展宣言》以来，各国公共卫生机构以及政府更加重视有关孕产妇儿童死亡指标^[2]。为了解南宁市孕产妇和儿童健康状况，有针对性的制定本地区孕产妇和儿童健康管理方案提供科学依据，现对 2016-2020 年南宁市户籍孕产妇儿童死亡状况进行分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

通过广西《桂妇女儿童健康服务信息管理系统》和《卫生健康信息综合管理子平台》导出的南宁市妇幼卫生健康年报，分析 2016 ~ 2020 年南宁市户籍 89289 例孕产妇儿童死亡状况，孕产妇死亡定义依据世界卫生组织（WHO）评定标准：自孕妇妊娠开始直至产后 42d 死亡者，除意外死亡外，包含计划外妊娠以及妊娠时间与部位。

1.2 方法

根据全国妇幼健康统计调查工作手册、广西妇幼健康服务信息报表工作规范以及南宁市《桂妇女儿童健康服务信息管理系统》数据质量监管实施方案的要求，南宁市各医疗保健机构从 2016 年起将孕产妇和儿童保健服务信息统一录入《桂妇女儿童健康服务信息管理系统》，每年开展 2 次信息质量现场督导和每季度线上信息质控工作，保障妇幼卫生信息质量真实准确。

通过广西《桂妇女儿童健康服务信息管理系统》和《卫生健康信息综合管理子平台》导出南宁市妇幼卫生健康年报，使用 excel 建立数据库，进行相关统计和分析。

2 结果

2.1 孕产妇死亡

2016-2020 年南宁市户籍死亡 51 例，死亡率稳定控制在较低水平，波动范围较小（表 1），死因构成表中排前四位为羊水栓塞、产科出血、妊娠高血压、产褥感染，分别占比 19.61%、11.48%、5.56%、4.92%（表 2）。

表 1：2016-2020 年南宁市户籍孕产妇死亡状况

年度	孕产妇死亡数	孕产妇死亡率（/10 万）
2016	11	11.69
2017	17	15.95
2018	9	9.84
2019	13	15.53
2020	11	15.15

2.2 5 岁以下儿童死亡

2016-2020 年南宁市 5 岁以下儿童死亡率、婴儿死亡率、新生儿死亡率除 2018 年外，总体上呈逐年下降趋势（表 3、表 4、

表 5），死因构成表中前五位为早产或低出生体重、意外伤害、先天异常、肺炎、出生窒息，分别占比 18.89%、17.53%、13.60%、12.48%、9.42%（表 6）。

表 2：2016-2020 年南宁市户籍孕产妇死亡原因

年度	死亡人数	产科出血	妊娠高血压疾病	产褥感染	羊水栓塞	其它原因
2016	11	0	0	1	0	10
2017	17	3	1	0	3	10
2018	9	1	1	1	2	4
2019	13	3	2	0	2	6
2020	11	0	0	1	5	5

表 3：2016-2020 年南宁市户籍 5 岁以下儿童死亡状况

年度	5 岁以下儿童死亡数	5 岁以下儿童死亡率（‰）
2016	513	5.45
2017	491	4.51
2018	445	4.88
2019	378	4.51
2020	231	3.18

表 4：2016-2020 年南宁市户籍婴儿死亡状况

年度	婴儿死亡数	婴儿死亡率（‰）
2016	371	3.94
2017	345	3.25
2018	323	3.53
2019	251	3.00
2020	155	2.15

表 5：2016-2020 年南宁市户籍新生儿死亡状况

年度	新生儿死亡数	新生儿死亡率（‰）
2016	228	2.42
2017	195	1.83
2018	187	2.04
2019	135	1.52
2020	93	1.28

表 6：2016-2020 年南宁市户籍 5 岁以下儿童死亡因素

年度	早产或低出生体重	意外伤害	先天异常	肺炎	出生窒息
2016	93	68	75	51	44
2017	93	90	57	53	59
2018	89	91	53	42	38
2019	59	54	33	52	34
2020	55	48	41	29	19

3 讨论

3.1 孕产妇死亡率

孕产妇死亡率是评定本辖区健康发展与经济文化水平的标志之一，同时也是反映母婴安全的重要指标^[3]。2016 ~

2020年南宁市户籍孕产妇死亡率波动范围较小,每年均达到中国妇女发展纲要(2011-2020年)小于18/10万的要求,说明地区孕产妇健康状况良好,且儿童死亡率逐年降低,进一步体现本市经济医疗卫生事业在近几年的发展状况^[4]。

3.2 孕产妇及儿童死亡相关因素

在孕产妇死亡因素中,位列前四位为羊水栓塞、产科出血、妊娠高血压、产褥感染,而在儿童死亡相关因素中,位列前四位的包括早产或低出生体重、意外伤害、先天异常、肺炎等,其死亡因素与全国孕产妇及儿童死亡因素相一致,羊水栓塞及早产或低出生体重仍为孕产妇及儿童的首要因素,多与前列腺素制剂或催产素使用不当有关,同时存在产程中外力加腹压使用不当等问题^[5]。与此同时,产科出血同样是孕产妇死亡原因之一,多半与产科人员操作熟练度较差,无法正确诊断与处理胎盘早剥、胎盘植入与粘连、子宫收缩乏力,无法准确估量出血量,无法识别早期失血性休克,故此,预防与救治该类患者是临床产科工作者首要任务,临床需在孕产妇孕期强化及完善三级保健网,为其开展系统化的产前检查,积极治疗妊娠合并症,重点关注妊娠高血压或其他合并疾病的孕妇,及时纠正贫血,以此提高孕产妇在分娩过程中出血的耐受性,强化培训产科人员实践能力及专业知识,确保产科人员能够熟练掌握手取胎盘、阴道助产、安全输血等急救措施,在孕产妇生产时密切观察产程进展,避免滞产;在第3产程时使用催产素可大幅度降低产后出血风险,保障孕产妇及儿童生命安全^[6-7]。

由此可见,孕产妇及儿童死亡状况是社会与医学各因素

之间相互作用的结果,若想要降低孕产妇及儿童死亡率,除提高医疗保健技术外,还需要社会的全面提升,尤其是政府的重视与帮助,以协调各个部门之间的相互合作,还需确保孕产妇有能力、有意识接受服务,最终达到降低死亡率的目的。

参考文献:

- [1] 周彬,陈柳珊.2014—2019年珠海市某医院5岁以下儿童死亡情况分析[J].山西医药杂志,2021,50(3):368-371.
- [2] 林小丹,徐碧霞,姚卫光.2014-2019年广东省孕产妇和儿童死亡率时空分布特征及预测研究[J].疾病监测,2022,37(4):531-536.
- [3] 王娜,邓星梅,陈茂华,等.2009-2018年曲靖市孕产妇HIV感染流行病学特征分析[J].中国妇幼保健,2022,37(1):113-116.
- [4] 俞跃萍,赵钟鸣,刘锦桃.世界和中国孕产妇死亡变化趋势及终身风险[J].中国公共卫生,2019,35(1):53-57.
- [5] 孙淑荣,董微,张爽,等.2011年至2020年天津市孕产妇死亡率变化趋势及死亡原因分析[J].中华围产医学杂志,2022,25(4):241-247.
- [6] 李泽红,张玉萍,卢峰.山西省18例艾滋病感染孕产妇所生儿童死亡因素调查分析[J].中国药物与临床,2021,21(15):2639-2641.
- [7] 庄舜怡,潘宁,刘晓芳,等.广东省某地区梅毒感染孕产妇所生儿童随访情况及影响因素分析[J].医学动物防制,2021,37(8):801-804,808.

(上接第39页)

[J].现代消化及介入诊疗,2022,27(8):1017-1022.

[9] 陈红霞,商秀梅,张阳,等.两种不同清洁肠道方式在结肠镜肠道准备患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2022,28(3):159-161.

[10] 张小峰,杨雅涵,郭春玉.慢性便秘患者结肠镜检查前肠道准备不合格影响因素分析及护理[J].齐鲁护理杂志,

2022,28(24):63-66.

[11] 余洪春,黄辅诚,吴诗美,等.复方聚乙二醇电解质散口服联合大黄穴位敷贴在行无痛结肠镜检查患者肠道准备中的应用效果[J].临床合理用药杂志,2022,15(6):96-98.

[12] 戴华梅,朱晓佳,冷芳,等.乳果糖口服液联合复方聚乙二醇电解质散在行结肠镜检查患者肠道准备中的应用[J].医疗装备,2022,35(3):98-100.

(上接第40页)

患者的具体情况制定个体化的治疗方案,并密切关注患者的病情变化。

ARDS患者病情复杂且预后较差,因此需要给予其保护性肺通气治疗,但是这一治疗手段会在一定程度上影响萎陷肺泡复张。有学者称患者病情的恶化,需要合理增加干预强度,并展开高频振荡通气、神经肌肉阻滞等补救性治疗^[4]。在多种客观因素的影响下如人员、设备等,大部分患者无法展开体外膜氧合器治疗,而俯卧位通气的应用,其具有操作便捷的优势,但是有关该体位的持续时间尚不明确。俯卧位通气过程中,受到重力作用的影响,其并不会对背侧肺组织造成严重压迫,心脏对于肺组织的压迫也会随之减轻。有学者表示,俯卧位能够有效增加肺顺应性以及静息肺容量,减少心脏对肺所造成的压迫,不仅可以为体位引流提供便利,同时还可以使膈肌运动产生变化,改善患者通气状态。相关研究已经证实,俯卧位通气较仰卧位应用效果更为明显,能够使患者肺氧合获得有效改善,同时对于死亡率的降低也有着重要作用^[5]。分析研究结果,治疗后,观察组PaO₂、PaO₂/FiO₂水平均高于对照组;对照组不良事件发生率高于观察组(P<0.05)。这说明俯卧位通气持续时间的增加,患者临床治疗

效果更为明显,不良事件发生率相对较低,具有推广价值。

综上所述,对于重症急性呼吸窘迫综合征患者,俯卧位通气时间的增加对于患者氧合功能的改善有着重要作用,治疗效果明显。

参考文献:

- [1] 袁媛.探讨俯卧位通气(PPV)对重症急性呼吸窘迫综合征(ARDS)患者的氧合指数,呼吸力学参数,APACHE II评分的影响[J].健康之友2021年7期,177页,2021.
- [2] 马红梅,丁宜君.重症监护室早期应用俯卧位通气治疗急性呼吸窘迫综合征患者的临床护理效果及满意度评价[J].中国科技期刊数据库医药,2022(12):4.
- [3] 王昕赵鸿雁.俯卧位通气方案对于重度急性呼吸窘迫综合征患者治疗的效果[J].糖尿病天地·教育(上旬),2021,018(003):175.
- [4] 蒋小敏.俯卧位通气在急性呼吸窘迫综合征治疗中的效果[J].健康必读,2021,000(008):203.
- [5] 兀瑞俭,詹晓娟,郭发瑞,等.俯卧位通气联合气道压力释放通气模式对中重度急性呼吸窘迫综合征患者的疗效观察[J].临床急诊杂志,2021,22(10):6.