

中国妇幼保健协会

助产适宜技术师资 培训教材

主 审 秦 耕

主 编 庞汝彦 马彦彦



人民卫生出版社



中国妇幼保健协会

助产适宜技术师资 培训教材

主 审 秦 耕

主 编 庞汝彦 马彦彦

副主编 宋 莉 范 玲 赵扬玉

编委名单 (按姓氏笔画排序)

马彦彦	清华大学第二附属医院
牛建民	深圳市妇幼保健院
朱 秀	北京大学护理学院
刘彩霞	中国医科大学附属盛京医院
杨海澜	山西医科大学第一医院
宋 莉	国家卫生计生委妇幼健康服务司
陆 虹	北京大学护理学院
范 玲	首都医科大学附属北京妇产医院
罗碧如	四川大学华西第二医院
庞汝彦	中国妇幼保健协会
赵扬玉	北京大学第三医院
姜 梅	首都医科大学附属北京妇产医院
宫露霞	中国妇幼保健协会
徐鑫芬	浙江大学医学院附属妇产科医院
黄 群	上海交通大学医学院附属国际和平 妇幼保健院
常 春	北京大学公共卫生学院
裘 洁	国家卫生计生委妇幼健康服务司
熊永芳	湖北省妇幼保健院
戴 月	国家卫生计生委妇幼健康服务司

编写秘书 朱 秀 戴 月

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

助产适宜技术师资培训教材 / 庞汝彦, 马彦彦主编. —北京:
人民卫生出版社, 2017

ISBN 978-7-117-24541-8

I. ①助… II. ①庞… ②马… III. ①助产士-技术培训-教材
IV. ①R192.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 112837 号

人卫智网	www.ipmph.com	医学教育、学术、考试、健康, 购书智慧智能综合服务平台
人卫官网	www.pmph.com	人卫官方资讯发布平台

版权所有, 侵权必究!

助产适宜技术师资培训教材

主 编: 庞汝彦 马彦彦

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 16

字 数: 507 千字

版 次: 2017 年 9 月第 1 版 2017 年 9 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-24541-8/R · 24542

定 价: 68.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

序

妇女儿童健康是全民健康的重要基石。妇幼健康工作以妇女儿童为主要服务对象,以保障生殖健康为主要目的,守护着生命的起点,贯穿全生命周期,对于推进健康中国建设至关重要。保障母婴安全是妇幼健康工作永恒的主题,近年来,面对妇幼健康服务需求剧增、母婴安全风险加大的严峻形势,各地高度重视,周密部署,积极行动,全力保障妇女儿童健康,成效显著。2016年我国孕产妇死亡率下降到19.9/10万,婴儿死亡率、5岁以下儿童死亡率分别下降到7.5‰和10.2‰,孕产妇死亡率等妇幼健康核心指标稳中有降,有力保障了母婴安全。

但是,我国助产人员数量短缺、服务能力参差不齐、基层服务能力薄弱等问题尚未得到根本性的改变,难以满足人民日益增长的妇幼健康服务需求。“全面二孩政策”实施以来,累积生育需求集中释放,出生人口数量增加,高龄孕产妇比例增高,危重孕产妇和新生儿救治等任务进一步加重,助产技术服务的数量和质量面临严峻的挑战。规范提供助产相关服务,特别是在首次妊娠时选择合理分娩方式,减少再次妊娠并发症尤显重要。面临新形势、新任务,我国迫切需要加快助产人才队伍建设,加大培训力度,造就一批高素质的助产人才队伍。

近年来,国内外在助产技术理论研究和实践方面有了很大进展。为推广助产适宜技术,在全国范围内规范助产人员培养,中国妇幼保健协会组织有丰富临床和教学经验的专家学者编写了《助产适宜技术培训教材》,并在全国省级师资培训班试用的基础上进一步修改完善。本教材包括产科医师和助产士的整合型助产服务团队为对象,系统介绍了助产有关知识要点、操作规范、健康教育和培训指导等内容,体现了与我国国情相符的现代助产理念,强调提供以产妇为中心的人性化服务,有助于促进助产服务团队转变服务理念,进一步提高助产服务水平,推进我国助产人员培养的标准化、规范化和同质化。

中国妇幼保健协会和相关专家在教材的编写过程中付出了大量心血。在此,向所有参与教材编写的单位和人员表示诚挚的感谢。今后,我们将根据实践经验不断完善教材、规范服务、逐步构建完善的助产人才培养体系,切实保障母婴安全,推动我国妇幼健康事业迈上新台阶。

国家卫生计生委妇幼健康服务司司长

夏耕

2017年8月

前言

为了进一步降低剖宫产率和应对实施“单独二胎”政策,减轻出生人口数增加的压力,提高助产技术人员的水平,满足妇女儿童的需求,2014年4月受国家卫计委妇幼司的委托,中国妇幼保健协会为助产技术人员的逐级培训,制定培训大纲和编写教材。接受任务后,同年5月中国妇幼保健协会组织全国知名专家对当前提高产科质量、降低剖宫产率和孕产妇患病率及死亡率的关键技术问题进行了研讨,确定了培训的对象:产科医生和助产士;培训主要内容是临床上急需的、而目前概念需要进一步厘清的有关助产的理论和技术;教材以课件加说明的形式出版,便于全国统一开展逐级培训使用。会上确定培训大纲的内容和编写人员。

2014年8月召开了第一次专家统稿会,邀请了全国部分重点院校和省级妇幼保健院产科专家,听取了每一位编写人员对自己编写内容的介绍,并请专家对教材内容和讲课方式进行点评。每位编写人员会后根据大家的意见,对教材进行了修改。10月底,中国妇幼保健协会组织八所开办助产士本科教育试点院校和教学医院开展助产适宜技术师资培训班,用修改后的教材进行了培训,对本教材进行预实验教学。培训班结束后,学员给教材内容和教学方法提出修改意见。根据学员的意见,专家对教材进行了第二次修改。

2015年10月国家卫计委妇幼司委托中国妇幼保健协会在苏州市立医院培训基地举办二期省级助产适宜技术师资培训班。为20个省近200名省级师资进行了五天的培训。培训班学员对教材的内容和参与式的教学方法非常满意。培训班后,十八届五中全会胜利召开,全会提出促进人口均衡发展,坚持计划生育的基本国策,完善人口发展战略,全面实施一对夫妇可生育两个孩子的政策。这一重大人口战略决策不仅深刻影响人口、经济、社会、家庭的发展,还会引起生育数量和格局的巨大变化。据人口专家估计,由于二胎政策,每年出生人数将大约增加400万,其中70%集中在城市,每年出生人口数将达到2000万~2200万。更重要的是由于补偿性生育,高龄及有妊娠合并症的孕产妇的比例会有上升的趋势。由于近20年剖宫产率逐年升高,大量剖宫产母亲再孕成为产科的难题。凶险性前置胎盘、胎盘植入、子宫破裂等危急情况增加了助产人员的工作难度。在

这种情况下,专家们迅速对教学大纲和教材内容进行了第三次修改,增加了“胎盘植入凶险预测和临床诊治序贯管理”“阴道助产”“头位难产”相关章节。这些章节都在2016年5月份的第三期省级师资培训班里进行了讲座,并得到一致好评,认为课程改版非常及时,讲课内容都是基层急需的。

本教材虽然只经历了两年时间,但是人口政策却跨越了三十年,助产人员面对几十年都没有经历过的特殊情况,尤其在大城市每天面对大量的高危、高龄、生育间隔大于10年甚至20年的孕产妇!这些都需要我们抓紧时间进行培训,更新知识和理念,面对新形势下的挑战。本教材尽量满足当前助产人员的需要。全书共有15章,不仅包括推广助产适宜技术的基本概念、培训方法学和健康教育;还包括了正常分娩过程、自由体位对产程和胎方位的影响、产程中的入量管理、分娩期监护、陪伴分娩、分娩镇痛以及妊娠晚期促宫颈成熟与引产等助产的常规问题;特别强调了头位难产的识别和处理、阴道助产技术;针对最新的知识,书中囊括了产程图的研究进展和自然分娩、剖宫产后阴道分娩及安全性评估以及北京大学第三医院赵扬玉教授团队最新研究的成果:胎盘植入凶险预测和临床序贯管理。每个章节既包含有国际最先进的知识、理念和技术,也包含了国内专家们对这些技术和观点的研究和认识。

本教材需要至少7天参与式培训时间,包括小组讨论、实操演练等,各地可根据当地的具体情况选择教材里的讲课内容。希望大家能用教材里的课件进行教学。

本教材除了编者外,还凝聚了国家卫生计生委妇幼健康服务司领导的关怀和支持,以及专家们的心血。专家包括江苏省妇幼保健院孙丽洲教授、浙江大学医学院妇产科医院贺晶教授、四川大学华西二院刘兴会教授、四川省妇幼保健院熊庆教授、哈尔滨医科大学第四医院蔡雁教授、甘肃省妇幼保健院何晓春教授、海淀区妇幼保健院赵温教授等10余名国家或省级专家。此外,中国妇幼保健协会宫露霞副秘书长、刘彦项目组主任在此书的组织、编写、审阅过程付出了大量的心血,并且负责组织和安排了省级师资培训班。教材编写、出版秘书北京大学护理学院朱秀副教授和她的学生周楠在书稿的组织、校阅过程中认真负责,使书稿能按时完成,满足目前全国培训的需要。在此,我们表示衷心地感谢。

中国妇幼保健协会 庞汝彦

清华大学玉泉医院 马彦彦

2017年8月

目录

第一章 推广助产适宜技术的基本概念	1
第二章 临床培训常用教学方法与技巧	21
第三章 正常分娩过程	33
(一) 第一产程的观察与处理	34
(二) 第二、三产程的观察与处理	52
第四章 产程图研究进展与自然分娩	69
第五章 自由体位对产程及胎方位的影响	83
第六章 正常产程中入量管理	101
第七章 分娩期监护	109
第八章 陪伴分娩	121
第九章 分娩镇痛	129
第十章 头位难产的识别与处理	139
第十一章 妊娠晚期促子宫颈成熟与引产	155
第十二章 阴道助产技术	175
第十三章 胎盘植入凶险预测与临床诊治序贯管理	193
第十四章 剖宫产后阴道分娩及安全性评估	209
第十五章 促进自然分娩健康教育	231
参考文献	248

1

第一章

推广助产适宜技术 的基本概念



第一章

推广助产适宜技术的基本概念

1

讲课提纲

一、培训班的目的和任务

➤形势的变化和要求

➤转变理念、推广助产适宜技术

二、国内外剖宫产率不断升高的现状和特点

➤国内外剖宫产率升高的特点

➤剖宫产率升高的原因

➤无医学指征的剖宫产对母婴健康的影响

三、助产适宜技术的基本概念

➤核心理念：人类繁衍的自然过程、减少医疗干预、提供人性化服务

➤助产适宜技术的定义

➤新技术理念：减少医疗干预、降低首次剖宫产率

2

1

2010年,中国妇幼保健协会在原卫生部领导和地方卫生行政部门的支持,以及全国产科、助产专家和妇幼保健工作者的积极参与下,在全国开展了助产适宜技术的培训和提倡以产妇为中心的人性化服务活动,遏制了剖宫产率上升的势头。但是我国城乡、东西部差异大,需要统一技术标准和培训方法。中国妇幼保健协会受国家卫生计生委委托,于2014年组织全国产科专家编写助产适宜技术省级师资培训大纲和教材,并在全国开展了四期省级师资培训。在此基础上,特别是在十八大五中全会提出的全面实施两孩政策的特殊情况下,又对教材的内容和侧重点有所修改。希望本教材对全国各地提高产科质量、减少无医疗指征剖宫产和保障母婴平安起到一定的帮助作用。

2

本章主要强调基本概念,认识助产适宜技术培训的必要性,并能通过培训更新知识、转变理念。这些知识和理念都需要在实践中不断地体会和升华。如刚开始提倡自然分娩时,很多人觉得降低剖宫产率不可能。在多数医院不同意陪伴分娩,很多产科医生和助产士不能接受自由体位和不常规做会阴侧切等新观念。但是有些医院已经开始尝试,几年来情况发生了变化,部分医院的剖宫产率下降到30%以下,会阴侧切率下降到10%左右。这些变化的关键是管理者和服务提供者的理念发生变化。

一、培训班的目的和任务

转变理念：

- 核心理念：妊娠和分娩是正常的生理过程，产妇不是病人，绝大多数不需要医疗干预
- 管理理念：综合管理（包括激励机制、晚入院、健康教育、技术培训等）
- 技术理念：减少干预

3

减少无医疗指征剖宫产是社会的系统工程，其中最重要的是理念的改变、技术的推广和队伍的建设。培训班的目的和任务包括五个方面：首先要转变理念——要转变谁的理念？什么理念需要改变呢？首先是医务人员的理念，核心理念是重中之重，包括：1) 妊娠分娩是一个正常的生理过程，产妇不是病人；2) 绝大多数妇女都不需要医疗干预，可以安全分娩；3) 认识无医疗指征剖宫产对母亲和婴儿的危害。其次，是管理理念，要综合管理。这也是我们希望从管理者到产科医生、助产士、护士的理念都要改变。如北京妇产医院，在促进自然分娩方面实行了综合的管理措施，包括医院促进自然分娩的激励政策、奖惩制度、技术培训、健康教育等，使剖宫产率下降到 30% 左右。

一、培训班的目的和任务

提高技术：推广助产适宜技术，减少医疗干预，提供以产妇为中心的人性化服务。

WHO对正常分娩实践的分类：

- A类：明显有益并应予以鼓励的方法
- B类：明显有害或无效的方法，应予以淘汰
- C类：没有足够证据支持的一个可明确推荐的方法，并建议应谨慎使用，同时需要进一步研究澄清问题
- D类：常用的不适当做法

4

提高技术(助产适宜技术)：近三十年来，为实现千年发展目标，降低孕产妇及婴儿死亡率，国内产科和围产医学在产合并危重症抢救方面做了大量的研究和培训，取得了显著的成绩。但是，在正常分娩和助产技术方面没有给予充分重视，造成助产技术退化，助产队伍萎缩。因此，减少无医疗指征剖宫产的关键环节除了强调理念的改变外，主要是要提高助产技术，减少医疗干预和提供以产妇为中心的人性化服务。这次培训班主要就是培训助产适宜技术，如第一、二产程的管理、自由体位、产程中的入量的管理、新产程图的使用、难产的识别、头位难产、阴道助产技术等。

一、培训班的目的和任务

- 推广应用: 省级师资的责任和义务
- 教材的使用: 根据当地的需求自行选择
- 教学方法: 参与式
- 师资队伍的建设: 专家来自妇幼保健院、综合医院、教学医院和专家库

5

形势和需求的变化

- 十八届五中全会提出的“全面实施二孩政策”的重大战略决策, 深刻影响经济、社会、家庭的发展和人口的变化。
- 政策的变化引起生育数量和格局的巨大变化。首先直接影响妇幼保健, 包括累计生育高峰的出现、高龄、高危孕产妇的增加, 使妇幼保健面临前所未有的机遇和挑战。

6

5

推广应用: 培训省及地市级师资的目的不只是让师资回去后继续开展培训, 更重要的是要身体力行, 首先要在本单位应用。

教材的使用: 这本教材是汇集全国产科和助产专家之力编辑而成的, 全部章节都配有 PPT, 并且每张 PPT 都配有文字说明, 很好用。但是, 由于培训班时间有限, 不可能讲授全部章节, 各地可根据具体需要自行选择, 也可以分次安排课程。教材也可用于各省的继续教育课程和院校的培训。培训方法应是参与式, 可配有病例讨论、实操演练。

6

十八大五中全会通过了全面实施二孩政策, 妇幼保健工作面临累计生育高峰, 高龄、高危孕产妇增加的挑战, 所以在 2016 年第三期省级培训班上, 对培训的内容进行了增减, 并对教材进行了第二次修改。根据专家推算, 从 2017 到 2021 年我国的出生人数每年要增加 400 万, 大约 70% 集中在城市。由于补偿性生育, 第二胎的出生数和比例大幅上升, 二孩与一孩的间隔加大。高龄、大龄产妇的比例迅速上升, 怀孕困难、不育治疗需求增大, 出生缺陷发生率增高。并且由于近 20 年剖宫产率畸形上升, 多数再孕产妇第一胎为剖宫产, 再次妊娠面临子宫破裂、凶险性前置胎盘等一系列高危情况。在新的形势下需要我们迅速组织队伍、提高服务能力。

应对策略

- 团队建设（抢救团队包括医生、助产士和护士，需全院合作）
- 助产人力资源建设（数量、质量）
- 促进自然分娩、保障母婴安康（降低首次剖宫产率）
- 剖宫产后再孕的评估（中国特色）
- 人性化服务（提高产科质量：母婴友好）
- 产后避孕

7

二、国内外剖宫产率不断升高的现状和特点

- 国内外剖宫产率升高的特点
- 剖宫产率升高的原因
- 无医学指征的剖宫产对母婴健康的影响

8

世界第一例剖宫产于1881年由德国的妇科专家Ferdinand Adolf Kehrer完成。

一百多年来，剖宫产手术挽救了千百万母亲和胎儿的生命。由于手术和相关医学领域的发展，剖宫产的安全性越来越高。

近年来，由于社会大众和卫生工作者对剖宫产和过度医疗的危害性认识不足，造成对这些技术的过分依赖，剖宫产率逐年升高，干扰了产妇正常的分娩过程，给妇女和儿童的生理和心理健康带来了严重的危害。

9

7

应对策略应该突出综合管理，抢救团队的建设，要求全院的配合，其次是助产人员的培训，减低首次剖宫产等。

8

近20~30年，各国剖宫产率都有上升的趋势，主要与剖宫产安全性提高，婚育理念改变和医务人员的偏好、经济效益等有关。下面再详细说明。

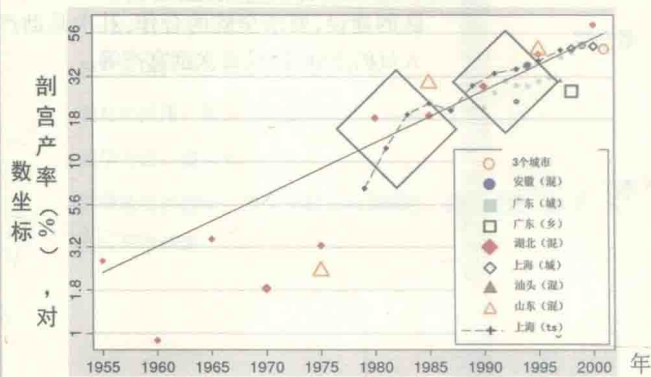
9

世界第一例剖宫产是在1881年由德国妇科专家Ferdinand Adolf Kehrer完成的。

一百多年来，剖宫产手术挽救了千百万母亲和儿童的生命。由于手术和相关医学领域（如麻醉技术、输血、手术过程中的监护等）的发展，剖宫产的安全性越来越高。这相应带来了医务人员对剖宫产的偏好和依赖。

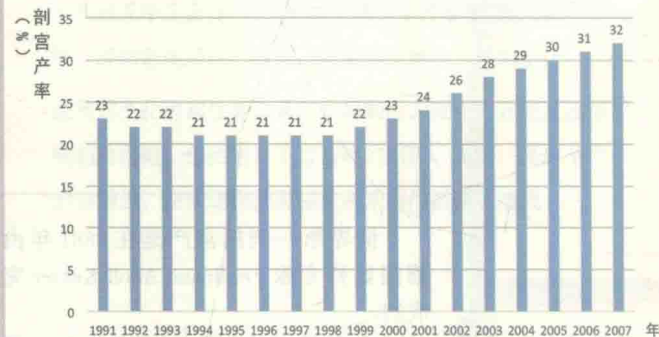
近年来由于社会大众医务工作者对剖宫产和过分的医疗干预的危害性认识不足，加之剖宫产可以给医务工作者带来一些方便和利益，如可以自主地安排手术时间，回避医疗事故风险和增加经济效益等，剖宫产率逐年增加，干扰了产妇正常的分娩过程，给妇女和儿童的生理和心理健康带来了严重的危害。

中国剖宫产率的变化趋势图（文献报道的数据分析）



10

美国剖宫产率变化趋势



11

10

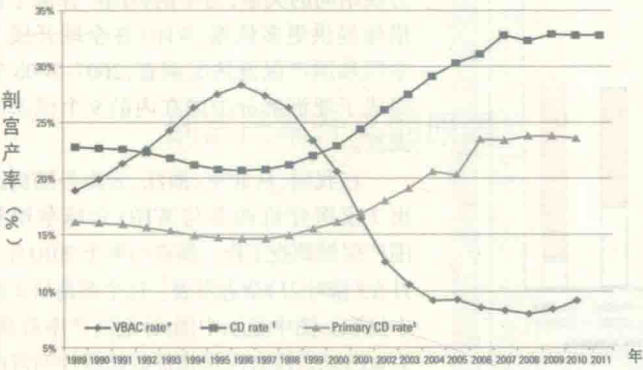
世界卫生组织总部母亲安全司、生殖健康研究司、卫生经济司、上海第二医科大学生物统计系和牛津大学 John Radcliffe 医院妇产科共同完成了全球、地区和国家的剖宫产率的分析研究。这个研究单独对中国的剖宫产率做了研究,把中国从 50 年代到 2000 年国内所有能找到的有剖宫产率描述的文献数据汇总,将剖宫产率做了对数线性回归曲线,结果显示了过去 45 年剖宫产率的变化趋势。中国的剖宫产率呈指数增长,是世界上剖宫产率上升最快的国家。

11

近 20 年来,在发达国家和一些发展中国家,剖宫产率都有不同程度的增加。如英国 Martin 等的研究显示,英国的剖宫产率从 1990 年的 12.5% 上升到 1999 年的 18.3%,2000 年以后也达到了 20% 以上。

2010 年 3 月美国疾病预防控制中心 / 国家卫生统计中心发布了“剖宫产变化趋势”报告,图中显示美国的剖宫产率在 90 年代早期呈下降趋势后,从 1996 到 2007 年总剖宫产率增加了 53%。这个报告还对不同种族、不同年龄、不同孕龄和不同州的剖宫产率进行了分析,结果都显示了不同程度的增长。

美国总剖宫产率、首次剖宫产率和剖宫产后阴道分娩率变化趋势



12

12

这个图摘自美国妇产科学会和母胎医学学会的“安全预防首次剖宫产”共识。这里的三条曲线反映三种情况从1989年到2011年的变化:VBAC代表剖宫产后的阴道分娩率,CD rate代表剖宫产率,Primary CD代表首次剖宫产率(不管是第几胎)。国际上近来十分关注首次剖宫产问题。此图显示首次剖宫产率占总剖宫产率的60%,并且有与总剖宫产率平行增高的趋势。更重要的是,首次剖宫产后,再阴道分娩只占10%。这对我们目前的二孩政策是个很好的例证。

减低首次剖宫产率

- 2014年美国妇产科学会和母胎医学学会提出“安全预防首次剖宫产”的共识。
- 对首次剖宫产原因的探讨:
 - 胎心监测结果的判读
 - 产程进展速度异常
 - 阴道助产技术的开展
 - 分娩过程的连续支持
- 减低首次剖宫产率对我国全面实施二孩政策的意义

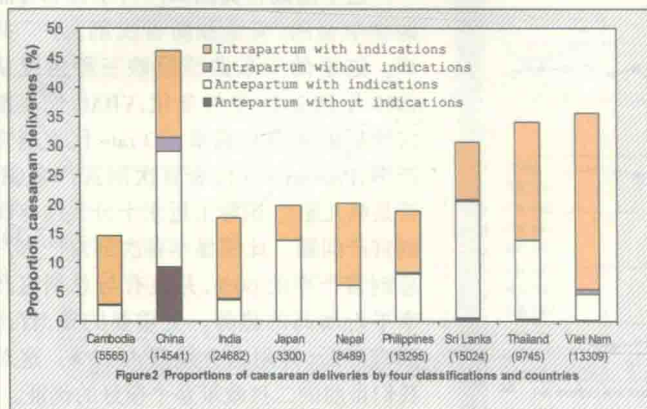
13

13

美国妇产科学会和母胎医学学会提出“安全预防首次剖宫产”。首次剖宫产的最常见的原因包括:难产,胎儿心率监测不正常,先露不正常,多胎和巨大儿等。要想安全地减少首次剖宫产,就需要针对以上问题采取一些措施。最近研究数据显示,正常产程进展速度和对胎心率的解释都与原来教科书上的内容有所不同,此外增加对产妇的连续支持,如陪伴分娩也可以降低剖宫产率。

预防首次剖宫产,对中国目前实行二孩政策也十分必要。现在我国城市医院首位剖宫产指征是瘢痕子宫,如果首次剖宫产率高,第二胎的剖宫产率必然升高,这对母婴健康有直接影响。

WHO调查亚洲国家剖宫产率和各类剖宫产比率



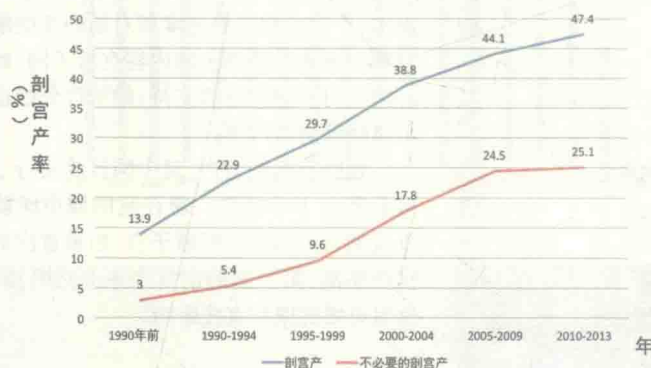
14

为研究分娩方式(重点是剖宫产)与分娩结局的关系,为孕期和围产保健干预措施提供更多依据,WHO 在全球开展了孕期和围产保健情况调查,2007~2008 年完成了亚洲部分中国在内的 9 个国家的调查。

在我国,从北京、浙江、云南各随机选出 7 家医疗机构参与 WHO 全球孕期和围产保健调查工作。调查结果于 2010 年 2 月在《柳叶刀》杂志发表。这个图是从文章中摘取。图中显示中国:1)剖宫产率最高,为 46.5%;2)没有医学指征的选择性剖宫产最高;3)分娩过程中没有医疗指征的选择剖宫产率最高。

将结果与全球各国剖宫产率相比较,我国的剖宫产率最高。实际上,我国一些大城市和发达地区,剖宫产率要远远高于这个数字。

我国不必要剖宫产率的变化趋势



15

UNICEF 和原卫生部委北京大学公共卫生学院进行了《中国不必要剖宫产的发生原因和干预措施的研究》,在检索到的 4354 条数据中,共报告了 4 408 357 例剖宫产,其中不必要剖宫产为 1 049 493 例,进一步明确报告的产妇入选时间,分为 1990 年以前、1990~1994 年、1995~1999 年、2000~2004 年、2005~2009 年以及 2010~2013 年六个组,分别对每组文献报告的不必要剖宫产比例进行合并分析,结果显示不必要剖宫产比例随时间变化趋势同剖宫产比例相同。1990 年以前合并的不必要剖宫产比例最低,仅为 4.1% (95% CI: 3.0%~5.1%),之后呈现上升趋势,2009 年以后上升趋势有所减缓,到 2010~2013 年合并的不必要剖宫产比例最高,为 26.8% (95% CI: 25.1%~28.4%)。根据 2007~2008 年世界卫生组织全球调查的有关剖宫产的 18 个指征,无其中任何一项指征的定义为不必要的剖宫产。

剖宫产率升高的原因

16

16

无附注。

全球剖宫产率普遍上升的原因

- 剖宫产技术的发展
- 婚育理念的改变、初产妇比例上升
- 处理异常胎位观念的变化
- 胎儿监护技术的过度使用
- 为减少产伤和分娩困难的阴道助产技术
- 社会因素(回避医疗风险、经济收入)

17

17

全球发达国家和一些发展中国家近20年来,剖宫产率都有不同程度的升高。总的来说,上升的原因可归结为:

(1) 剖宫产技术的发展(特别是相关其他专业的发展,如麻醉、输血、监护等技术)

(2) 婚育理念的改变,初产妇比例上升,平均年龄升高

(3) 处理异常胎位的观念变化(如臀位的处理,现臀位很少用阴道分娩)

(4) 胎儿监护技术的过度使用(连续胎心监护,可疑的胎心监护结果常作为剖宫产指征)

(5) 为减少产伤和困难的阴道助产技术

(6) 社会因素(回避医疗风险,增加经济收入)

这些原因中,胎儿监护技术的过度使用和社会因素是非常普遍和重要的。

我国高剖宫产率的主要原因

我国高剖宫产率的原因复杂

- 社会因素（独生子女政策）使产科和助产成为高风险职业，医务人员放宽了对剖宫产指征的掌握和控制。
- 医务人员缺乏对剖宫产危害性的认识，导致其对剖宫产的偏好。
- 助产队伍萎缩，技术退化。助产的适宜技术没有普及和应用（运动、自由体位、一对一陪伴、非药物镇痛）。
- 文化习俗和社会上对妊娠、分娩这种正常生理过程，缺乏正确的认识（湖南基调数据显示，参加孕妇学校的比例仅为30%左右。健康教育的覆盖率低）。

18

18

在我国造成剖宫产率增高的原因是复杂的，可归纳为以下几点：

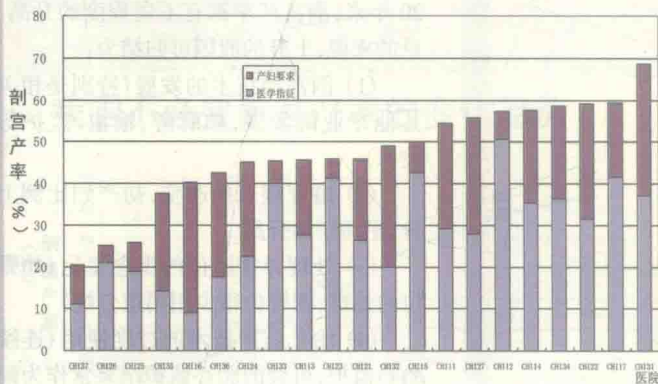
(1) 社会因素使产科和助产成为高风险职业，医务人员放宽了对剖宫产指征的掌握和控制（缺乏对医护人员的保护政策）。

(2) 卫生人员缺乏对剖宫产危害性的认识，导致医务人员对剖宫产的偏好。

(3) 取消了正规助产专业教育，助产队伍萎缩，技术退化。助产的适宜技术没有普及和应用。

(4) 文化习俗和社会上对妊娠、分娩为正常生理过程，缺乏正确的认识。

WHO调查中国21家医院的剖宫产率与指征构成（2007~2008年）



19

19

这张图是2007~2008年世界卫生组织全球调查的中国的结果。图中显示：在21家医院中“产妇要求剖宫产”的比例差别较大，从10%~77%。总体计算，“产妇要求剖宫产”占剖宫产指征的37%，为第一位原因。其中无医学指征者占剖宫产总数的23.6%（约1/4）。从这个结果看，我国多数医院降低剖宫产率还有很大空间。要降低剖宫产率，首先要分析是什么原因造成剖宫产率增加。WHO全球调查中国的21家医院的结果显示，母亲要求剖宫产是第一位的原因。多数母亲要求剖宫产是对疼痛的恐惧，当然还有前面所说的医务人员的错误诱导和一些社会因素。针对疼痛，世界卫生组织强调了分娩镇痛，特别是非药物镇痛，和分娩过程中的人性化服务，如导乐陪伴分娩。这是降低剖宫产率的有效措施。