

4 参考文献

[1] 中华人民共和国卫生部. 2006—2012 年全国消除麻疹行动计划[S]. 2006.

[2] 孙美平, 曾阳, 刘爱华, 等. 北京市 <7 岁外来儿童强化查漏补种策略实施效果评价[J]. 中国计划免疫, 2006, 12(6): 504 - 508.

[3] 刘大卫, 孙美平, 刘维祥. 北京市常住儿童与流动儿童 9 种免疫规划疫苗接种率比较分析[J]. 中国计划免疫, 2007, 13(2): 165 - 169.

[4] 陈恩富, 何寒青, 李倩, 等. 浙江省 2008 年麻疹流行因素的病例对照研究[J]. 中国疫苗和免疫, 2010, 16(1): 11 - 13.

[5] 林献丹, 郑晓春, 王志刚, 等. 流动儿童疫苗接种及时性及其影响因素分析[J]. 中国公共卫生, 2010, 26(11): 1 371 - 1 373.

[6] 胡昱, 戚小华, 陈雅萍, 等. 儿童麻疹疫苗初免及时率影响因素研究[J]. 浙江预防医学, 2011, 23(8): 7 - 11.

(收稿日期: 2012 - 07 - 05)

文章编号: 1004 - 9231(2013)02 - 0064 - 02

· 妇幼卫生 ·

瑞安市部分流动人口围产儿死亡因素分析

陈丽玮, 周秀梅, 金秀花 (浙江省瑞安市妇幼保健院, 浙江 瑞安 325200)

随着经济的快速发展, 瑞安市流动人口增多, 流动人口分娩量也大幅升高, 流动人口孕产妇这个特殊群体的保健情况越来越受到社会关注。为了探寻近年来流动人口围产儿死亡状况, 我们对 2007—2010 年瑞安市妇幼保健院流动人口的围产儿死亡率及相关因素进行分析, 并与同期本地人口围产儿死亡状况相比较, 探讨有效干预措施, 从而降低流动人口围产儿死亡率。

1 资料与方法

1.1 资料来源

回顾性分析 2007 年 1 月—2010 年 12 月瑞安市妇幼保健院出生登记本及上报的“围产儿死亡个案表”和“围产儿死亡月报表”等相关资料。

1.2 诊断标准

采用围产期 I 标准, 即妊娠满 28 周(出生体重 $\geq 1\ 000\text{ g}$ 或身长达到 35 cm)至产后 7 d 内^[1]所发生的死胎、死产及新生儿死亡数。死亡分类按国际疾病分类标准。按《浙江省卫生监测区统计工作手册》标准, 对该期间在瑞安市妇幼保健院出生的所有的围产儿进行监测。由医院产科或新生儿科医师详细填写浙江省统一的围产儿死亡个案表, 医教科定期召开围产儿死亡评审工作, 保健部定期进行核实查漏。

2 结果

2007 年 1 月—2010 年 12 月瑞安妇幼保健院共有围产儿 36 322 例, 期间围产儿死亡总数 343 例, 平均死亡率为 9.44‰。见表 1。4 年中流动人口围产儿平均死亡率为 13.92‰, 而同期本地人口的围产儿平均死亡率为 4.63‰, 差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。流动人口围产儿发生死胎和新生儿死亡分别为 9.77‰、3.46‰; 而本地人口围产儿发生死胎和新生儿死亡分别为 3.26‰、1.20‰。流动人口比例显著高于本地人口, 见表 2。而发生围产儿死亡的病例中, 流动人口农村户口、初中以下学历、孕检 < 5 次孕妇的比例显著高于同期的本地人口, 见表 3。2007—2010 年本地人口与流动人口围产儿死亡原因首位均为出生缺陷, 流动人口的 262 例围产儿死亡中, 有 91 例属于出生缺陷(34.7%); 而本地人口的 81 例围产儿死亡中, 46 例为出生缺陷(56.8%), 两者差异有统计学意义($\chi^2 = 12.549, P < 0.001$)。我院围产儿死亡评审小组对 4 年间发生的死亡个案全部进行评审, 流动人口围产儿死亡个案中有 8 例是可以避免的, 而本地人口则没有发生 1 例可以避免的围产儿死亡, 见表 4。

基金项目: 瑞安市科技计划项目(编号: 20093108)

作者简介: 陈丽玮(1975—), 女, 主管护师。

表1 2007—2010年瑞安市妇幼保健院围产儿死亡率(%)

死亡情况	2007年 (n=8 719)	2008年 (n=9 214)	2009年 (n=9 263)	2010年 (n=9 126)
死亡总数	89 (10.2)	93 (10.1)	81 (8.74)	80 (8.76)
死胎	61 (68.5)	60 (65.5)	55 (67.9)	65 (81.2)
死产	5 (5.6)	8 (8.6)	3 (3.7)	0
≤7 d死亡	23 (25.9)	25 (26.9)	23 (28.4)	15 (18.7)

注:括号内为死亡率

表2 本地户口与流动人口的围产儿死亡率比较(%)

死亡情况	本地人口(n=17 508)	流动人口(n=18 814)
死亡总数	81 (4.63)	262 (13.92)
死胎	57 (3.26)	184 (9.77)
死产	3 (0.17)	13 (0.69)
≤7 d死亡	21 (1.20)	65 (3.46)

注:括号内为死亡率

表3 围产儿死亡中孕产妇基本情况的比较(%)

项目	本地人口(n=81)	流动人口(n=262)
农村户籍	53 (77.8)	247 (94.3)
初中以下学历	18 (22.2)	111 (42.4)
孕检<5次	49 (60.5)	213 (81.3)

注:括号内为百分率

表4 流动人口与本地人口围产儿死亡评审结果的比较 n(%)

死因	本地人口(n=81)	流动人口(n=262)
可以避免	0 (0.0)	8 (2.7)
创造条件可避免	6 (7.4)	23 (8.8)
不可避免	75 (92.6)	231 (88.2)

注:括号内为百分率

3 讨论

围产儿死亡率是评价医疗卫生工作质量的一个重要指标,通过对近4年瑞安市妇幼保健院围产儿死亡情况的分析发现,围产儿死亡率从2007年10.20%降至2010年8.76%,呈逐年下降趋势。本地人口的围产儿死亡率为4.63%,但流动人口的围产儿死亡率仍高达13.92%。控制流动人口围产儿死亡率已迫在眉睫。

瑞安市属经济发达地区,流动人口密集。本调查显示,大部分流动人口孕产妇均来自农村,从事低收入行业,部分孕产妇仍处于贫困状态,文化素质低,对孕期保健的重要性缺乏认识,从而影响了孕妇主动接受孕产期保健服务的行为。利用公共卫生服务网络,加强流动人口系统管理,加大孕期保健宣传,提高孕妇的自我保健意识,自觉接受围产期保健是降低围产儿死亡的有效措施。

本组资料表明,出生缺陷是围产儿死亡原因的首要原因。本地人口围产儿死亡、死胎57例中,有34

例是产前诊断胎儿畸形而进行治疗性引产的,治疗性引产占死胎的59.6%。在流动人口死胎184例中治疗性引产27例,只占死胎的14.67%。孕产妇不做正规产前检查,错过了产前畸形筛查的最佳时机,使一些严重畸形的胎儿进入围产期,出生后增加了围产儿死亡的比例。加强孕期监护、检查及治疗,尤其是针对流动人口孕产妇,使每位在我院产检的孕妇均能在16~20周行产前筛查,在20~24周行B超畸形筛查,对于不能确诊的转至产前诊断中心行羊水、染色体检查,争取28周前对先天畸形的确诊并行优生引产,从而有效控制围产儿死亡率。

本组资料显示,围产儿死亡构成比中,死胎占首位,流动人口死胎184例(9.77%),而本地人口则仅有57例死胎(3.26%),差异非常显著。引起死胎常见的原因大致分为两类:①外界不利因素使胎儿在宫内缺氧。②染色体异常或遗传基因畸变^[2]。在评审资料中发现,流动人口孕产妇在孕晚期已经自觉胎动次数减少、胎膜早破等异常情况而没有及时就诊;部分新生儿家长因经济、文化有限放弃抢救和治疗,以致可以避免或创造条件可避免的围产儿死亡个案发生。表3显示,流动人口的农村户籍、初中以下学历的比例显著高于本地人口,提示经济、文化水平可能是影响围产儿死亡的重要原因之一。另外,表4也表明,流动人口中发生的部分围产儿死亡属于可以避免的,而同期的本地人口中则无一例发生此种死亡。提示政府部门应当将流动人口纳入居住地管理,给流动人口孕产妇提供和当地居民同等的保健服务^[3],可能是降低围产儿死亡的有效措施。

降低流动人口围产儿死亡率是降低本市围产儿死亡率的关键。提高流动孕产妇的自我保健意识,自觉接受围产期保健,加强对流动孕产妇孕期监护、规范检查及治疗,提高产科质量及医疗水平是降低围产儿死亡的有效措施。

4 参考文献

- [1]乐杰. 妇产科学[M]. 第7版. 北京:人民卫生出版社, 2008:44.
- [2]洛若愚,曹来英. 妇产科疾病并发症鉴别诊断与治疗[M]. 北京:科学技术文献出版社,2010:160.
- [3]余向红. 慈溪市流动人口围产保健现状分析[J]. 浙江预防医学,2011,23(9):70-72.

(收稿日期:2012-09-17)