

# 世界卫生组织关于剖宫产率的声明

应该不遗余力地提供有必要的剖宫产服务，而不是致力于使剖宫产率达到某个特定水平。

## 执行概要

1985年以来，国际医疗卫生界认为剖宫产率保持在10%—15%之间是最为理想的。此后，在发展中国家及发达国家，剖宫产均变得越来越普遍。当符合剖宫产医学指征时，实施剖宫产可以有效的预防孕产妇死亡和围产儿死亡及相关疾病。但是，没有证据可以证明对不符合指征的孕妇实施剖宫产仍然可使母婴受益。与任何外科手术一样，剖宫产也存在短期及长期风险，长期风险可能在实施剖宫产很多年后才会凸显，给母亲及子代的健康、甚至母亲未来的妊娠造成影响。对难于获得综合产科服务的妇女而言，其风险则更高。

在过去几年中，各国政府和医务人员对剖宫产数量的不断上升以及由此对产妇和婴儿可能带来的负面影响表示担忧。此外，国际社会越来越多的提出需要对1985年所推荐的理想剖宫产率进行重新考量。

### 人群水平的剖宫产率

世界卫生组织开展了两项研究：一项是对探索一个特定国家或人群的理想剖宫产率的研究进行的系统综述；另一项是利用现有最新数据，在全球范围内以国家为单位进行分析。基于现有数据，并运用国际认可的方法，通过最合理的分析技术评价所获得的证据，世卫组织得出结论：

1. 剖宫产可有效挽救产妇和婴儿生命，但仅限于在有医学指征的情况下。
2. 在人群水平，当剖宫产率高于10%时，它与产妇和新生儿死亡率降低不再有关联。
3. 剖宫产可导致严重的，甚至是永久性的并发症，残疾或死亡，特别是在缺乏实施安全手术和治疗手术并发症所需设施和/或能力的地区。剖宫产只应在医学必需情况下实施。
4. 应该不遗余力地提供有必要的剖宫产服务，而不是致力于使剖宫产率控制在某个特定水平。
5. 剖宫产对其他健康结局的影响尚未明确，例如死产、孕期和围产期疾病、儿科疾病、以及心理或社会适应状态等，需要开展更多研究来了解剖宫产对健康结局的短期和长期影响。

### 医院水平的剖宫产率及对统一分类系统的需求

目前尚未存在一个国际公认的剖宫产分类系统，来合理地比较不同机构、不同城市和地区之间的剖宫产率。在当前使用的剖宫产分类系统中，10组分类法（也称“Robson分类法”）近年来被很多国家广泛使用。2014年，世卫组织对Robson分类系统的使用经验进行了系统综述分析，评估了采纳和推行该系统的利弊及其结果解释的优缺点，提出该分类系统中的有利因素、存在的障碍和可能的改进措施。

世卫组织建议将Robson分类系统作为全球标准，用于评估、监测和比较卫生保健机构内不同时期以及各不同机构间的剖宫产率。为帮助卫生保健机构采纳Robson分类系统，世卫组织将制定相关指南，指导该系统的推行、应用和结果解释，包括完成相关术语和定义标准化。

近30年来，国际医疗卫生界认为，理想的剖宫产率应该为10%到15%。这一结论来自世卫组织于1985年在巴西福塔雷萨市组织召开的一次生殖健康专家会议，该会议报告声明：“对于任何一个地区，剖宫产率都没有理由超过10—15%。”专家组得出这一结论主要是通过对当时可获得的有限数据（主要来自北欧国家）的分析，证明了这样的剖宫产率可获得良好的孕期和围产期健康结局。

此后，由于各种原因，在发达国家和发展中国家剖宫产均越来越普遍。当有剖宫产医学指征时，剖宫产可以有效地预防孕产妇死亡和围产儿死亡及相关疾病。但是，没有证据可以证明对不符合指征的孕妇实施剖宫产仍然可使母婴受益。与任何外科手术一样，剖宫产也存在短期及长期风险，并且长期风险可能在实施剖宫产很多年后才凸显，给母亲及子代健康、甚至母亲未来的妊娠造成影响。对难于获得综合产科服务的妇女而言，其风险则更高。

人群剖宫产比例是测量该干预措施可及性水平和使用情况的一项指标，可作为决策者和政府评估母婴保健进展、监督急诊产科医疗和资源使用情况的参考依据。在过去几年中，各国政府和医务人员对剖宫产数量的不断上升以及由此对产妇和婴儿可能带来的负面影响表示担忧。费用是提高母婴保健服务平等化和可及性的一项主要影响因素，而对于不堪重负的（通常也是脆弱的）卫生系统而言，剖宫产也意味着一项巨大的开支。

在过去30年中，随着剖宫产相关收益和风险证据的不断积累、临床产科医疗水平的不断改善，以及对用于评估证据和提出建议的方法学的不断改进，医务人员、科学家、流行病学家和政策制定者建议对1985年所推荐的剖宫产率进行修订的呼声日益增加。但是，制定人群水平最适宜的剖宫产率——即根据医学指征实施剖宫产，最大限度的避免医学上非必要的剖宫产——是一项具有挑战性的任务。为了回答这个问题，世卫组织开展

了两项研究：一是收集目前可获得的各国探索最适宜剖宫产率的相关研究，并进行系统综述，二是利用在全球范围内以国家为单位的最新数据进行分析。在本报告的第一部分，对这两项研究的进展和结果进行了阐述。

要制定一个最适宜剖宫产率最核心的挑战是缺乏一个可靠的、国际社会公认的分类系统，来产生标准化数据，从而使得各类人群之间的数据具有可比性，同时为研究剖宫产率上升趋势的驱动因素提供工具。

目前用以对剖宫产分类的系统中，10组分类法（也称为“Robson分类法”）最近几年在许多国家得到广泛使用。该分类法由Michael Robson博士2001年提出，根据产科特征对产妇进行了系统分层，从而减少了混杂因素的影响，增加了剖宫产率的可比性。世卫组织开展了两项系统评估，对这种分类法的价值、优势和可能存在的缺陷进行了评价，从而更好地掌握全球剖宫产率及其趋势。该研究的进展和结果在本报告的第二部分中进行了详细阐述。


## 1. 人群水平的剖宫产率

生态学研究涉及全人群水平而非个体水平的对比和分析。人群通常被界定为一定地理政治范围内的一群人，因此区分基于人群的研究和特定卫生保健机构内病人的研究（‘基于医院的研究’）非常重要。

由于医疗保健机构所服务产科人群的病例组合、机构的能力和规定、以及临床管理方案有所不同，各机构间的剖宫产率也存在较大的差别。因此，基于人群所获得的建议剖宫产率并不能作为医院的理想剖宫产率，因为二者之间存在较大差别。

2014年，世卫组织对目前文献中可获得的生态学研究进行了一次系统综述分析，目的在于找出这些文献、进行严格评估，并对结果进行整合，用以分析剖宫产率和孕期、围产期及婴儿健康结局之间的关系。同时，世卫组织利用最新数据开展了一项全球性的生态学研究，评估剖宫产和孕产妇及新生儿死亡之间的关系。世卫组织于2014年10月8—9日在瑞士日内瓦召开了专家咨询会，组织国际专家组对这些研究结果进行了讨论。专家组总结出以下观点：

1. 根据世卫组织系统综述的结果，在剖宫产率低于10%–15%时，人群水平的剖宫产率的上升与孕产妇、新生儿和婴儿死亡率的降低具有相关性。超过这个水平时，剖宫产率的增加和死亡率的降低之间不再相关。但是，在控制社会经济因素之后，剖宫产率增高和死亡率降低之间的关联变弱甚至消失。鉴于该综述中所发现的关联关系绝大部分可能由社会经济因素的混杂所导致，世卫组织另外开展了一项研究，进一步对此问题进行分析。
2. 世卫组织在全球范围内开展的生态学研究发现，在未调整的剖宫产率和死亡率之间的关联中相当一部分可以用社会经济因素来解释。但是，当剖宫产率低于10%时，随着剖宫产率的升高，孕产妇和新生儿死亡率降低。而剖宫产率增加到10%–30%时，未观察到其对死亡率的影响。这项研究采用纵向分析方法，利用国家水平的数据进行分析，并对社会经济发展因素进行了校正。该方法可克服系统综述中发现的横断面研究的部分局限性，但需要强调的是，生态学关联并不意味着存在因果关系。
3. 根据目前的数据我们还不能对孕产妇和新生儿死亡率与30%以上剖宫产率之间的关联进行评估。
4. 医疗质量，特别是安全性问题，是分析剖宫产率与孕产妇及婴儿死亡率需要注意的重要因素。手术带来的感染和并发症风险具有潜在危险性，特别是在缺乏实施安全手术的设施和/或能力的场所。

- 
5. 由于缺少人群水平的数据，目前死产或产科并发症与剖宫产率之间的关联还无法判定。现有生态学研究仅仅分析了死亡指标，是因为这些指标相对于人群水平的孕产妇和新生儿发病指标更容易获得。同样，本研究中也并没有考虑分娩方式对心理和社会的影响。由于死亡是一项罕见的健康结局，特别是

在发达国家，因此下一步研究需要对剖宫产率与孕产妇近远期发病结局（例如产科瘵管病、新生儿窒息）之间的关联进行评估分析。其中包括关于母婴关系、女性心理健康、女性成功哺乳能力以及儿科健康结局方面的各种社会心理问题。

## 结论

根据现有数据，并应用国际公认的证据评估方法以及最适合的分析技术，世卫组织得出以下结论：

1. 剖宫产可有效挽救产妇和婴儿生命，但仅限于有医学指征的情况下。
2. 在人群水平，当剖宫产率高于10%时，与产妇和新生儿死亡率降低并无关联。
3. 剖宫产可产生严重的，甚至是永久性的并发症，残疾或死亡，特别是在缺乏实施安全手术和治疗手术并发症所需设施和/或能力的场所。剖宫产只应在医学必需情况下实施。
4. 应该不遗余力地提供有必要的剖宫产服务，而不是致力于使剖宫产率控制在某个特定水平。
5. 剖宫产对其他健康结局的影响尚未明确，例如死产、孕期和围产期疾病、儿科疾病、以及心理或社会适应状态等。需要开展更多的研究来了解剖宫产对健康结局的短期和长期影响。

## 2. 医院水平的剖宫产率及对统一分类系统的需求

在医疗卫生机构根据所服务人群的特征（产科病例组合）监测剖宫产率是十分必要的。目前，尚无一套标准剖宫产分类系统用来对不同医疗机构、城市、国家及区域之间的剖宫产率进行有效可行的横向比较。由于缺少标准分类系统目前各方无法以目标明确和含义清晰的方式交换信息，进而有效地监测孕期和围产期结局。

2011年，世卫组织对剖宫产的分类体系进行了系统综述，结论为Robson分类系统是可以满足目前的国际和地区需求的最适宜的系统。世卫组织建议以此为基础制定适用于全球的剖宫产分类系统。

该系统将所有产妇分为10类，这10类人群互不交叉，综合起来又可以完全覆盖总体（见框1）。分类依据所有产科医院都会常规收集的5个基本产科特征：

- 产次（初产、经产，有无宫产史）；
- 临产方式（自然临产、诱导临产或临产前剖宫产）；
- 孕周（早产或足月）；
- 胎位（头位、臀位或横位）；
- 胎儿数量（单胎或多胎）。

该分类标准简洁、有效、可复制性强、与临床紧密相关且具有前瞻性——这意味着我们可以根据几个基本特征迅速将每位产妇归入10组人群中的一组。这也使比较和分析各组之间以及组内的剖宫产率成为了可能。

# 见框1: Robson 分类法

组别 1



单胎头位初产妇，孕周≥37周自然临产

组别 6



所有单胎臀位初产妇

组别 2



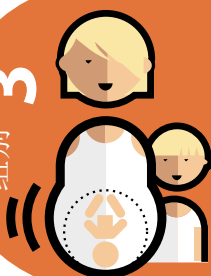
单胎头位初产妇，孕周≥37周诱导临产或临产前剖宫产

组别 7



所有单胎臀位经产妇，包括有子宫瘢痕的妇女

组别 3



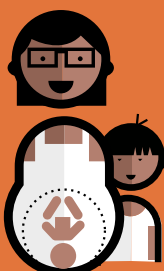
单胎头位经产妇无子宫瘢痕，孕周≥37周自然临产

组别 8



所有多胎妊娠的孕妇，包括有子宫瘢痕的妇女

组别 4



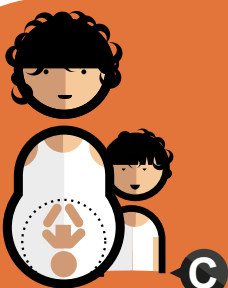
单胎头位经产妇无子宫瘢痕，孕周≥37周诱导临产或临产前剖宫产

组别 9



所有横位或斜位单胎妊娠的孕妇，包括有子宫瘢痕的妇女

组别 5



所有单胎头位经产妇，至少有一个子宫瘢痕，孕周≥37周

组别 10



所有单胎头位的孕妇，孕周<37周，包括有子宫瘢痕的妇女

6



2014年，世卫组织进行了第二次系统综述，对Robson分类系统的使用经验进行系统分析，以评估采纳和推行该系统的利弊及其结果解释的优缺点，提出该分类系统中的有利因素、存在的障碍和可能的改进措施。2014年10月8—9日，世卫组织在日内瓦召集专家组对相关证据进行了评估。为了能够确立一个共同基准点，用以比较医疗机构内部不同时期或不同医疗机构间的孕期和围产期数据，专家组提出了几点建议：

1. 医疗机构应使用Robson分类系统对收治产妇进行分类。
2. 分类系统的使用者在保持必要的原有分类结构以进行标准化的比较时，可根据对本地的需求和利益的考虑，对这10类人群进一步细分，可对组内其他有价值的变量（如流行病学数据、费用、结局或指征）进行分析。
3. 在可能的情况下，应公开分类结果的相关报告。

世卫组织希望该分类系统能够帮助医疗部门：

- 通过寻找、分析和研究在相关的特定人群中的干预措施，优化剖宫产的使用；
- 对以优化剖宫产使用为目标的策略和干预措施进行有效性评估；
- 按不同分组评估所提供医疗服务的质量、临床管理实践和结局；
- 评估所收集数据的质量，同时提高医务人员对相关数据及其使用的重要性的认识。

## 结论

世卫组织建议将Robson分类系统作为全球标准，用于评估、监测和比较医疗机构内不同时期以及各不同医疗机构间的剖宫产率。为帮助医疗机构采纳Robson分类系统，世卫组织将制定相关指南，指导该系统的推行、应用和结果解释，包括完成相关术语和定义的标准化。



有关世界卫生组织生殖健康与研究工作的详细信息见下列网站：

[www.who.int/reproductivehealth/](http://www.who.int/reproductivehealth/)

世界卫生组织

人类生殖健康研究部

地址： Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27, Switzerland

E-mail: [reproductivehealth@who.int](mailto:reproductivehealth@who.int)

WHO/RHR/15.02

© 世界卫生组织2015

版权所有。

要获得复制许可或翻译世界卫生组织出版物的许可 - 无论是为了出售或非商业性分发，应通过世界卫生组织网站([http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)) 向世界卫生组织出版处提出申请。

世界卫生组织已采取一切合理的预防措施来核实本出版物中包含的信息。但是，已出版材料的分发无任何明确或含蓄的保证。解释和使用材料的责任取决于读者。世界卫生组织对于因使用这些材料造成的损失不承担责任。