

西藏山南市藏区 2013–2018 年 5 岁以下儿童死亡原因分析及对策研究

陈军¹, 杜其云², 普布仓决¹, 谢冬华²

1. 山南市妇幼保健院, 西藏 山南 856000; 2. 湖南省妇幼保健院, 湖南 长沙 410008

摘要: **目的** 分析山南市藏区 5 岁以下儿童死亡率、死亡原因、地域分布、时间分布、医疗服务及构成, 为控制藏区 5 岁以下儿童死亡提供科学决策依据。 **方法** 收集 2013–2018 年山南市藏区 5 岁以下儿童死亡资料, 根据藏区海拔高度分区, 利用构成比、卡方检验等方法分析死亡情况、死因构成。 **结果** 6 年间山南市藏区 5 岁以下儿童死亡率总体呈下降趋势($\chi^2=62.963, P=0.000$)。5 岁以下儿童死亡中以婴儿为主, 占 92.10%, 新生儿死亡则占婴儿死亡的 62.38%; 男、女童死亡率分别为 11.18‰、11.27‰; 高海拔地区儿童死亡率 11.33‰, 沿雅江地区儿童死亡率 11.15‰; 死亡季节以一季度最高; 5 岁以下儿童前 3 位主要死因依次为出生窒息、早产或低出生体重、肺炎; 5 岁以下儿童死亡地点以医院为主占 53.86%, 死前治疗占 81.76%, 死亡出生地点省(市)、县占 87.54%。 **结论** 2013–2018 年山南市藏区 5 岁以下儿童死亡率呈逐年下降趋势, 死亡年龄段以婴儿为主, 死亡季节以一季度最高。加强新生儿窒息复苏培训, 关注高海拔地区 5 岁以下儿童死亡, 提高省(市)、县医疗保健机构助产技术, 加强围生期保健工作, 防治早产和低出生体重、重点关注一季度死亡, 是控制山南市 5 岁以下儿童死亡率的关键。

关键词: 5 岁以下儿童; 死亡率; 死因; 干预措施

中图分类号: R179 **文献标识码:** A **文章编号:** 1006–3110(2019)11–1337–06 **DOI:** 10.3969/j.issn.1006–3110.2019.11.015

Causes and countermeasures of death among children under 5 years old in Tibetan areas of Shannan city, Tibet, 2013–2018

CHEN Jun¹, DU Qi-yun², PUBU Cangjue¹, XIE Dong-hua²

1. Shannan Maternal and Child Health Care Hospital, Shannan, Tibet 856000, China;

2. Hunan Provincial Maternal and Child Health Care Hospital, Changsha, Hunan 410008, China

Abstract: **Objective** To analyze the mortality rate, causes of death, geographical distribution, time distribution, medical services and composition among children under 5 years old in Tibetan areas of Shannan city, and to provide a scientific decision-making basis for controlling death among children under 5 years old in Tibetan areas. **Methods** We collected the data regarding the deaths of children under 5 years old in Tibetan areas of Shannan city from 2013 to 2018. According to the sea level zoning of Tibetan areas, the death situation and composition of death causes were analyzed by composition ratio and chi-square test. **Results** The mortality rate of children under 5 years old in Tibetan areas of Shannan city during the 6-year period showed a downward trend in general ($\chi^2=62.963, P=0.000$). Most of the deaths of children under 5 years old were infants (92.10%), and newborn deaths accounted for 62.38% of all infant deaths. The mortality rates of boys and girls were 11.18‰ and 11.27‰, respectively. The child mortality rates in high altitude areas and areas along the Ya River were 11.33‰ and 11.15‰, respectively. Most of the deaths occurred in the first quarter. The top three major causes of death in children under 5 years old were birth asphyxia, premature birth or low birth weight, and pneumonia. The majority of the deaths of children under 5 years old occurred in hospitals (53.86%). 81.76% of the deaths were treated before death, and 87.54% of the deaths happened in province (cities) and counties. **Conclusions** The mortality rate of children under 5 years old in Tibetan areas of Shannan city during 2013–2018 presented a decreasing trend year by year. The majority of the deaths were infants, and most of the deaths occurred in the first quarter. Strengthening neonatal asphyxia resuscitation training, paying attention to the deaths of children under 5 years old in high altitude areas, improving midwifery techniques in provincial (municipal) and county medical and health institutions, strengthening perinatal health care, preventing premature birth and low birth weight, and paying special attention to deaths in the first quarter are the keys to controlling the mortality rate of children under the age of 5 years in Shannan city.

Key words: children under 5 years old; mortality rate; cause of death; intervention measure

西藏自治区山南市位于冈底斯山至念青唐古拉山以南,雅鲁藏布江干流中下游地区,平均海拔 3 700 m 左右,年平均气温最低为 6 ℃、最高为 8.8 ℃。2018 年全市 5 岁以下儿童死亡率、新生儿死亡率分别为 7.56‰、4.49‰,均低于 2017 年全国监测地区相应水平(9.10‰、4.50‰),婴儿死亡率 6.85‰高于 2017 年全国监测地区相应水平 6.80‰^[1]。多年来,党中央、当地政府部门高度重视高原藏区“降低孕产妇死亡、降低婴儿死亡,提高住院分娩(两降一升)”工作,以降低高原农牧区 5 岁以下儿童死亡率作为重点民生工程来抓。为进一步保护儿童生存、发展、健康权,降低边疆农牧区儿童死亡率,制定高海拔民族地区儿童生存、发展、保护战略措施提供依据。

1 资料与方法

- 1.1 资料来源 2013-2018 年山南市(11 县 1 区)5 岁以下儿童死亡报告卡及妇幼卫生信息直报管理系统。
- 1.2 调查对象 山南市(11 县 1 区)常驻人口,孕满 28 周,娩出后有心跳、呼吸、脐带搏动、随意肌收缩四项生命体征之一,而后死亡的 5 岁以下儿童。
- 1.3 质量控制 村级每季度自查、乡(镇)级每季度抽查、县(区)及市一级每半年进行一次质量控制,查

- 漏、补漏并核对表、卡、册的质量,每年召开 1~2 次新生儿死亡评审会,提高死因诊断的正确性。
- 1.4 死因分类 儿童死因分类依据主要根据国际疾病分类(ICD-10),疾病诊断名称参考《诸福棠实用儿科学》中全国统一的诊断名称。
 - 1.5 地域划分 将分布在沿雅鲁藏布江一线海拔 3 000~4 000 m 以下的 6 县(区)划分为沿雅江地区,另海拔 4 000~5 500 m 以上的 6 个县划分为高海拔地区。
 - 1.6 统计学方法 用 Excel 录入数据,使用 SPSS 17.0 统计软件进行分析,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

- 2.1 5 岁以下儿童总体死亡率变化趋势 2013-2018 年共有活产数 29 314 例,6 年来 7 d 内新生儿、新生儿、婴儿、1~4 岁及 5 岁以下儿童平均死亡率分别为 5.56‰、6.45‰、10.34‰、0.89‰、11.22‰,6 年间 5 岁以下儿童、婴儿死亡率总体呈明显下降趋势($\chi^2=62.963, P=0.000, \chi^2=52.638, P=0.000$),各年度之间差异有统计学意义。新生儿、婴儿、5 岁以下儿童死亡率分别由 2013 年的 8.77‰、19.55‰、21.79‰下降至 2018 年的 4.49‰、6.85‰、7.56‰。见表 1。

表 1 2013-2018 年山南市 5 岁以下儿童死亡率(‰)

年度	活产数	7 d 内新生儿		新生儿		婴儿		1~4 岁		5 岁以下儿童	
		例数	率(‰)	例数	率(‰)	例数	率(‰)	例数	率(‰)	例数	率(‰)
2013	4 910	37	7.54	43	8.77	96	19.55	11	2.24	107	21.79
2014	5 164	21	4.07	25	4.84	37	7.16	4	0.77	41	7.94
2015	5 257	30	5.71	33	6.28	50	9.48	4	0.76	54	10.27
2016	4 996	31	6.20	34	6.81	50	10.01	4	0.80	54	10.81
2017	4 752	27	5.68	35	7.37	41	8.63	0	0.00	41	8.63
2018	4 235	17	4.01	19	4.49	29	6.85	3	0.71	32	7.56
合计	29 314	163	5.56	189	6.45	303	10.34	26	0.89	329	11.22
χ^2 值		7.788		9.462		52.638		13.143		62.963	
P 值		0.168		0.092		0.000		0.013		0.000	

- 2.2 5 岁以下儿童死亡率地域与年龄段分布比较 2013-2018 年 6 年总体比较,高海拔地区 5 岁以下儿童死亡率 11.33‰(142/12 536)、沿雅江地区 11.15‰(187/16 778),差异无统计学意义($\chi^2=0.021, P=0.884$)。沿雅江地区与高海拔地区 5 岁以下儿童死亡年龄分布大致相同,主要集中在<7 d 和 28 d~<1 岁

- 这两个年龄段。见表 2。
- 2.3 5 岁以下儿童死亡率性别、年龄段比较 5 岁以下男性儿童死亡率 11.18‰、女性死亡率 11.27‰,差异无统计学意义($\chi^2=0.004, P=0.947$)。28 d~<1 岁年龄段女童死亡率高于男童,差异有统计学意义($\chi^2=6.064, P=0.014$)。见表 3。

表 2 2013–2018 年山南市不同地域、不同年龄别 5 岁以下儿童死亡率(‰)

地域	活产数	<7 d		7~27 d		28 d~<1 岁		1~4 岁	
		例数	率	例数	率	例数	率	例数	率
沿雅江地区	16 778	99	5.90	14	0.83	59	3.52	15	0.89
高海拔地区	12 536	64	5.11	12	0.96	55	4.39	11	0.88
合计	29 314	163	5.56	26	0.89	114	3.89	26	0.89
χ^2 值		0.821		0.122		1.405		0.002	
<i>P</i> 值		0.365		0.727		0.236		0.962	

表 3 2013–2018 年山南市不同性别、不同年龄别 5 岁以下儿童死亡率(‰)

地域	活产数	<7 d		7~27 d		28 d~<1 岁		1~4 岁		<5 岁	
		例数	率	例数	率	例数	率	例数	率	例数	率
男	15 200	94	6.18	12	0.79	46	3.03	18	1.18	170	11.18
女	14 114	69	4.89	14	0.99	68	4.82	8	0.57	159	11.27
合计	29 314	163	5.56	26	0.89	114	3.89	26	0.89	329	11.22
χ^2 值		2.221		0.338		6.064		3.148		0.004	
<i>P</i> 值		0.136		0.561		0.014		0.076		0.947	

2.4 5 岁以下儿童死亡时间比较 见表 4。5 岁以下儿童死亡构成在不同季度之间有所不同,死亡构成最高在一季度(30.40%),其次是二季度(24.92%),其余两个季度差异性不大。

表 4 山南市 2013–2018 年 5 岁以下儿童死亡时间分布

死亡时间	死亡例数	构成比(%)
一季度	100	30.40
二季度	82	24.92
三季度	72	21.88
四季度	75	22.80
合计	329	100.00

2.5 妇幼保健服务体系人力资源情况 高海拔地区

表 6 山南市 2013–2018 年 5 岁以下儿童主要死亡原因顺位及构成比(%)

年度	第 1 位		第 2 位		第 3 位	
	死因	构成比(%)	死因	构成比(%)	死因	构成比(%)
2013	早产或低出生体重	18.69	腹泻	14.95	出生窒息	11.21
2014	出生窒息	29.68	早产或低出生体重	17.07	腹泻	9.75
2015	早产或低出生体重	25.93	肺炎	20.37	出生窒息	18.52
2016	出生窒息	29.63	早产或低出生体重	24.07	肺炎	18.52
2017	出生窒息	31.71	早产或低出生体重	12.20	其它呼吸系统疾病	12.20
2018	出生窒息	21.88	早产或低出生体重	15.63	其它呼吸系统疾病	12.50
合计	出生窒息	21.28	早产或低出生体重	19.45	肺炎	15.5

2013–2018 年山南市藏区 5 岁以下儿童死亡原因沿雅江地区前 3 位依次为:早产或低出生体重、出生室

每千人拥有妇幼保健人员数为 6.39 人,远高于沿雅江地区 3.60 人,差异有统计学意义($\chi^2=128.731,P=0.000$)。见表 5。

表 5 山南市妇幼保健服务体系人力资源情况

地区	例数	妇幼保健人员数	每千人妇幼保健人员数
沿雅江地区	195 370	703	3.60
高海拔地区	126 959	812	6.39
合计	322 329	1 515	4.70

2.6 5 岁以下儿童死因顺位及构成 2013–2018 年山南市藏区 5 岁以下儿童死亡原因前 3 位依次为:出生窒息、早产或低出生体重、肺炎。见表 6。

2013–2018 年山南市藏区 5 岁以下儿童死亡原因前 3 位依次为:肺炎、出生窒息、早产或低出生体重。见表 7。

表 7 山南市 2013–2018 年 5 岁以下儿童沿雅江地区与高海拔地区主要死亡原因顺位及构成比(%)

地域	第 1 位		第 2 位		第 3 位	
	死因	构成比(%)	死因	构成比(%)	死因	构成比(%)
沿雅江地区	早产或低出生体重	23.53	出生窒息	22.46	肺炎	10.70
高海拔地区	肺炎	21.83	出生窒息	19.72	早产或低出生体重	14.08

2.7 医疗服务情况 2013–2018 年 5 岁以下儿童总死亡 329 例,死亡儿童中经过治疗 269 例,占 81.76%,其中住院治疗 209 例,占 63.53%,未治疗儿童 60 例,占 18.24%;死亡地点在家中死亡 103 例,占 31.31%,在途中死亡 34 例,占 10.33%,在医院死亡 192 例,占 58.36%;死亡出生地点在省市、县区医院 288 例,占 87.54%;在家中 32 例,占 9.73%,在途中死亡 8 例,占 2.43%。

治疗 37 例、占 19.79%;高海拔地区儿童死前治疗 119 例、占 83.80%,未治疗 23 例、占 16.20%。沿雅江地区死亡地点在家中的儿童 48 例、占 25.67%;高海拔地区死亡地点在家中的儿童 55 例、占 38.73%。沿雅江地区死亡出生地点在省市、县 171 例、占 91.44%,在家中死亡 11 例、占 5.88%,高海拔地区死亡出生地点在省市、县 117 例、占 82.39%,在家中死亡 21 例、占 14.79%。见表 8。

沿雅江地区儿童死前治疗 150 例、占 80.21%,未

表 8 山南市 2013–2018 年 5 岁以下儿童沿雅江与高海拔地区生前诊疗情况

地域	死亡 总例数	死前治疗情况(例)			儿童死亡地点(例)			死亡儿童出生地点				
		住院	门诊	未治疗	医院	途中	家中	省市	区县	乡镇	家中	途中
沿雅江地区	187	127	23	37	116	23	48	65	106	0	11	5
高海拔地区	142	82	37	23	76	11	55	29	88	1	21	3
合计	329	209	60	60	192	34	103	94	194	1	32	8

3 讨 论

3.1 死亡率和死亡年龄段分析 2013–2018 年山南市藏区(11 县 1 区)5 岁以下儿童死亡率总体呈逐年下降趋势,6 年间 5 岁以下儿童死亡率 11.22‰,婴儿死亡率 10.34‰,仍然高于 2017 年全国 5 岁以下儿童死亡率 9.1‰的水平及全国婴儿死亡率 6.8‰的水平^[1]。2018 年 5 岁以下儿童、婴儿死亡率分别为 7.56‰、6.85‰,达到了《中国儿童发展纲要(2011–2020)》规定的婴儿及 5 岁以下儿童死亡率在 10‰和 13‰以下的标准,但是高于湖南省 2017 年 5 岁以下儿童死亡率、婴儿死亡率 5.91‰、3.77‰的值^[2]。在整个下降趋势中 2013–2014 年度下降幅度最大,其主要原因一是高居不下的 5 岁以下儿童死亡率引起了政府部门的高度重视;二是全地区母婴急救绿色通道工作开展效果渐显,住院分娩率逐年提高;三是政府部门进一步加大住院分娩补助力度效果显现;四是全地区实行 5 岁以下儿童住院治疗全额报销政策的执行等有直接关系。5 岁以下儿童死亡以婴儿为主,占 92.10%,新生儿死亡则占婴儿死亡的 62.38%,这与相关文献报到的降低婴儿特别是新生儿死亡率,是降低 U5MR 的关键^[3–4]结论相一致。也与重庆市万州区死亡年龄构成研究结果一致^[5]。5 岁以下儿童死亡率虽然呈逐年下降趋势,但各

年龄段死亡率总体仍然处于全国平均线以上,仍有降低空间^[6]。5 岁以下儿童死亡率的降低与当地经济发展、医疗保健水平的提高、农牧民群众对医疗保健意识认识逐步加深以及注重产前检查等因素密不可分^[7]。

3.2 不同地域死亡率、死亡年龄段分析 5 岁以下儿童死亡率高海拔地区与沿雅江地区无显著差异性。分析与当地政府、卫生行政部门对高海拔地区从人力资源、资金投入、优惠政策、医疗条件改善等方面给予大力支持有直接关系。沿雅江地区与高海拔地区 5 岁以下儿童死亡年龄段大致相同,与全地区 5 岁以下儿童死亡年龄段一致,在<7 d 和 28 d~<1 岁这两个阶段死亡率最高,与南通市崇川区 2014–2017 年 5 岁以下儿童死亡监测情况分析^[8]中主要死亡年龄段一致。

3.3 不同性别死亡率比较 5 岁以下男、女童死亡率分别为 11.18‰、11.27‰,28 d~<1 岁年龄段女童死亡率高于男童。在藏区性别死亡率在 5 岁以下儿童死亡中因文化的原因不存在人为选择性别问题,但需关注 28 d~1 岁婴儿的女童死亡,其原因有待进一步研究。

3.4 不同季节死亡比较 山南地处高原,冬季漫长而寒冷,多数地方寒冷季达半年之久,其中一季度属于全年温度最低,缺氧最严重的时间段,寒冷缺氧可诱发和加重疾病的严重程度,交通不便,藏历新年与春节时

间点,由于风俗习惯使得节日期间不愿意外出看病,导致病情加重错过最佳治疗时机。这与本次统计分析的 5 岁以下儿童死亡率最高发生在一季度(30.40%)是一致的。其次是二季度(24.92%),其余两个季度差异性不大。二季度死亡率高主要原因在于处于农忙播种季节,孕产妇的劳累容易引起早产、家人对儿童的护理观察不到位,使肺炎、腹泻等疾病得不到及时救治而导致死亡率增高。

3.5 妇幼保健服务体系人力资源情况 山南市各县(公立医院妇产科、儿科医生、妇幼保健站工作人员)、乡镇、村(乡、镇卫生院、村卫生室所有卫生技术人员)妇幼保健服务人员分别为 85 人、408 人、1 022 人。每千人拥有妇幼保健人员数高海拔地区 6.39 人,远高于沿雅江地区 3.60 人,使得 5 岁以下儿童死亡率高海拔地区(11.33‰)与沿江地区(11.15‰)差距进一步缩小,结果表明,加大对高海拔地区人力资源投入,提供该地区吸引人才的优惠政策,稳定专业技术人员,对进一步控制高海拔地区 5 岁以下儿童死亡率发挥了积极有效的作用。另外,在人力资源向高海拔地区倾斜的同时也要注重专业技术人员本身能力的培养。

3.6 死亡顺位及构成分析 5 岁以下儿童死亡原因前 3 位依次为:出生窒息(21.28%),早产或低出生体重(19.45%),肺炎(15.50%),与 2017 年全国妇幼卫生三网监测分析报告结果前 3 位死因:早产或低出生体重(16.0%)、肺炎(14.3%)、出生窒息相同(9.7%)相同,但是顺位不同,各死因构成所占比例远高于 2017 年全国水平,尤其是出生窒息导致的死亡构成比高出全国 11.58%,提示山南市 5 岁以下儿童死亡病种相对集中度比较高。这与近几年其它省市文献报到的出生窒息处于死亡顺位的第三位有所不同^[9-11]。山南市 2013-2018 年 5 岁以下儿童死亡顺位同乐山市 2005-2010 年 5 岁以下儿童死亡原因分析^[12]中的死亡顺位、构成是一致的,说明山南市整体妇幼保健服务能力同内地地市差距在 8 年左右。分析其原因除了高原自然环境恶劣,高寒缺氧之外,与三级妇幼保健机构不健全(未设立县级妇幼保健院),妇幼保健服务网络不完善,各医疗保健服务机构尤其是产、儿科能力薄弱,不能很好预防抢救出生窒息、救治早产或低出生体重儿、肺炎等有直接关系。通过对以上原因的逐年解决,出生窒息导致的死亡率将逐年下降,死因顺位、构成比也将更接近全国监测结果。

5 岁以下儿童死亡原因沿雅江地区前 3 位依次为:早产或低出生体重、出生窒息、肺炎;高海拔地区前 3 位依次为:肺炎、出生窒息、早产或低出生体重。这与

全地区的死因顺位略有不同,沿雅江地区早产或低出生体重排在第一位,其原因是沿雅江地区交通相对便利,距离省市医院较近,转运方便,助产机构医疗技术水平也远高于高海拔地区,使得出生窒息死亡率低于山南全区平均水平所致。高海拔地区肺炎排在第一位,其原因是随着住院分娩率的逐年提高,出生窒息、早产或低出生体重多发生在各级医疗机构内,死亡率逐渐得到控制;而肺炎多发生在居住地,高海拔地区自然环境恶劣,缺氧,也容易诱发呼吸系统疾病,尤其是肺炎,高海拔地区的医疗条件也远落后于沿江地区,加上农牧民群众保健意识不强,认为病情不重、风俗习惯、交通不便、来不及送医院等因素,导致肺炎引起的死亡排在首位。因此沿雅江地区控制 5 岁以下儿童死亡应将早产或低出生体重防治放在首位;高海拔地区控制 5 岁以下儿童死亡应将肺炎的防治放在首位,针对不同死因在不同的地域采取相应的规范化培训。

3.7 医疗服务情况 5 岁以下儿童死亡中未治疗比例由 2013 年的 34.58%下降至 2018 年的 12.50%,低于 2017 年全国的 13.3%,住院治疗所占比例由 2013 年的 40.19%增至 2018 年的 68.75%,但仍然低于 2017 年全国的 77.0%;在家中和医院死亡所占比例由 2013 年的 45.79%和 44.86%降至 2018 年的 37.50%和 37.50%;死亡出生地点在省市、县区医院所占比例由 2013 年的 76.64%上升至 2018 年的 90.63%;未治疗死亡比例在家中和医院逐年减少,死亡出生地点主要集中在医院;死亡出生地点在省市、县的高海拔地区占比 82.39%,低于沿雅江地区占比 91.44%,因此需要进一步鼓励提前住院分娩。以上数据表明山南市 5 岁以下儿童死亡前就诊情况逐年改善,尤其是住院治疗的比例上升明显,结合 5 岁以下儿童死亡年龄段、死因排序等综合分析,提升各级医疗保健助产机构医疗服务能力是今后降低 5 岁下儿童死亡的首要任务。

儿童死前住院治疗例数沿雅江地区高于高海拔地区,这与沿雅江地区交通便利、距离省市近、农牧民群众保健意识强于高海拔地区有关系;沿雅江地区儿童死亡地点在医院比例高于高海拔地区,同儿童死前住院治疗沿雅江地区高于高海拔地区分析结果一致,同时也反映出各级医疗保健机构服务能力亟待提高;在家中死亡的儿童比例高海拔地区高于沿雅江地区,需要一是加强对高海拔地区农牧民群众的健康教育宣传工作,提高该地区基层医务人员早期识别、转诊高危儿的能力;沿雅江地区死亡出生地点在省市比例远高于高海拔地区,这些与地域交通方便、健康意识强弱等都有直接关系。

3.8 降低 5 岁以下儿童死亡对策

3.8.1 降低出生窒息死亡率 在 5 岁以下儿童死亡中,出生窒息导致的死亡构成比排在首位,远高于早产或低出生体重和肺炎导致的死亡,这与 2014 年湖南省报道的 5 岁以下儿童死因中出生窒息已经退出 5 岁以下儿童死因前 5 位不同^[13]。医院产、儿科医护人员能熟练掌握新生儿窒息心肺复苏技能,决定了出生窒息的致死率及预后。因此,加强围生期保健工作,提高孕期护理水平,提高产、儿科新生儿复苏理论与技能^[14],可以减少出生窒息发生率、提升出生窒息的抢救复苏成功率,减少死亡率和致残率。

3.8.2 降低早产或低出生体重儿死亡 5 岁以下儿童死因构成比中,早产或低出生体重儿位居死亡构成比中第二位,按照地域统计排在沿雅江地区的第一位。加强围产期保健工作,及时识别高危孕产妇,做好孕期管理^[15]至关重要。一是利用各种宣传渠道、通过藏汉双语对育龄期妇女及家人进行孕前、孕期、产后保健知识宣传,监督督促做好定期孕检;二是加强定期培训,逐步提升基层保健人员对高危识别、诊断、救治、转诊能力,尽可能减少早产或低体重体重的出生;三是要做好早产及低出生体重儿的早期护理和干预,避免早期给婴儿习惯性喂食藏粑、全脂奶粉等;四是增强极低出生体重儿父母的治疗信心,尽量避免因放弃治疗而导致的死亡。世界卫生组织报道认为轻度早产儿通过简单、基本的护理完全可以避免其死亡^[16]。根据马艺等人的研究,有 32.7% 的早产儿死于娩出当天,有 40% 死于娩出 7 d 内^[16]。因此加强各级医疗助产机构尤其是市、县(区)助产机构建设,对于降低早产儿死亡意义重大。只有医护人员、家庭和社会三者联动,才能最大程度地降低早产和低出生体重儿的发生率和死亡率,从而有效地降低新生儿死亡率,尤其是早期新生儿死亡率。

3.8.3 降低肺炎的死亡 肺炎位居 5 岁以下儿童死因构成比中的第三位,按地域统计位居高海拔地区死因构成比中的第一位。一是要积极加强宣教工作,让家长认识肺炎的早期症状及其危害性并及时寻求医疗服务;二是要采用援藏专家带教和外出学习等方法,逐步提升现有医疗机构儿科医护人员的专业救治能力;三是鉴于高原自然环境恶劣、医疗服务能力弱、交通不便,要求基层医务人员必须掌握儿科危重症患儿的早期识别,做到及时转运,以减少儿童因肺炎而导致的

死亡。

3.9 结论 西藏山南市藏区 5 岁以下儿童死亡率总体呈逐年下降趋势,就医依存性逐年提高,就医环境持续得到改善,重点要加强医疗保健机构救治能力和救治水平的提高,防止出现儿童死亡地点的转移。加强新生儿窒息复苏培训,加强围生期保健工作,防治早产和低出生体重,积极关注高海拔地区婴儿肺炎的救治,关注自然环境最恶劣的一季度儿童保健状况,是今后控制山南市藏区 5 岁以下儿童死亡率的关键。

参考文献

- [1] 国家统计局. 2017 年《中国儿童发展纲要》(2011-2020 年)统计监测报告[EB/OL]. (2018-11-09)[2019-05-01]. http://www.gov.cn/xinwen/2018-11/09/content_5234787.htm.
- [2] 王爱华,黄广文,刘智昱. 湖南省 2014-2017 年 7 岁以下儿童保健服务情况及健康状况分析[J]. 实用预防医学,2018,25(10):1206-1211.
- [3] 罗波艳,梁芳,赵丽婷,等. 兰州市 2010-2014 年 5 岁以下儿童死亡分析[J]. 中华疾病控制杂志,2016,20(7):683-686.
- [4] 周桂珍,徐金,刘礼娇,等. 某县 5 岁以下儿童死亡率变化趋势[J]. 中国卫生统计,2016,33(3):479-481.
- [5] 陈春蓉,罗超,颜朝阳,等. 2012-2016 年重庆市万州区 5 岁以下儿童死亡原因分析[J]. 现代预防医学,2017,44(10):1790-1792.
- [6] 戚小兵,贝伟红,冯秀娟,等. 珠海市 2010-2015 年 5 岁以下儿童死亡率和死亡原因分析[J]. 中国社会医学杂志,2017,34(4):360-362.
- [7] 张海瑞,张小刚. 2011-2016 年宝鸡市陈仓区 5 岁以下儿童死亡状况分析[J]. 中国妇幼保健,2019,34(6):1221-1223.
- [8] 陈霞. 南通市崇川区 2014-2017 年 5 岁以下儿童死亡监测情况分析[J]. 中国卫生产业,2018,15(35):174-175,178.
- [9] 张丽芳. 2010-2016 年山西省晋中市 5 岁以下儿童死亡趋势分析[J]. 实用医技杂志,2017,24(10):1091-1093.
- [10] 何海燕,宁曼,陶李. 2005-2014 年芜湖市 5 岁以下儿童死亡趋势分析[J]. 中国初级卫生保健,2015,29(6):49-50.
- [11] 俞晓敏. 宁海县 2010-2015 年 5 岁以下儿童死亡原因分析[J]. 上海预防医学,2017,29(2):149-152.
- [12] 吴敏. 乐山市 2005-2010 年 5 岁以下儿童死亡原因分析[J]. 华西医学,2013,28(5):761-763.
- [13] 刘佳慧,黄广文. 湖南省 2009-2014 年 5 岁以下儿童死亡率与死因分析[J]. 实用预防医学,2016,23(1):72-75.
- [14] 张翠平,杜鑫. 北京市东城区 2008-2016 年 5 岁以下儿童死亡情况分析[J]. 中国妇幼保健,2019,34(1):9-11.
- [15] 沈卫星. 沈阳市铁西区 2013-2017 年 5 岁以下儿童死亡分析[J]. 中国中西医结合儿科学,2019,11(1):80-82.
- [16] 赵晨凯,胡俊梅,冀云鹏,等. 内蒙古自治区 2012-2016 年早产或低出生体重儿死亡的影响因素分析[J]. 中国生育健康杂志,2019,30(1):47-50.

收稿日期:2019-05-05