THE LANCET
柳叶刀

2016年1月 www.thelancet.com

消除可预防的死产

柳叶刀摘要

Credit: Suzanne Lee/Save the Children/India

"为了实现妇幼保健公共政策的核心价值…良好的产前和产中护理能够有效地保护母婴，体现投入的价值，挽救产妇和新生儿的生命，防止死胎和改善儿童的发育状况。"[1]

标题信息

- 可预防的死亡数量惊人：全球每年约有260万例死产，其中98%发生在中低收入国家，75%发生在沙哈拉沙漠以南的非洲和南亚地区。半数的死产（130万）发生在生产过程中。绝大多数是由可预防性的因素引起的，例如产妇的感染（尤其是梅毒和疟疾），非传染性疾病和产科并发症。少数的是由于先天疾病导致，但其中有一部分也是可以预防的。
- 给家庭和国家带来的沉重社会心理和经济负担：死产会影响妇女，家庭，护理人员，社区和社会。丧子之痛会影响父母很长时间，但如果他们能得到很好的产科服务并得到理解和尊重，这种痛苦是能够得到缓解的。这包括给予他们心理的疏导和安慰。约有420万妇女的抑郁与她们的之前的丧子有关。指责和忌讳会加重家庭的创伤，而宿命论也会阻碍死产的防治。
- 绝大多数的死产是可以通过医疗卫生系统的改善而预防的：死产是可以通过对产妇和产儿产前和分娩时的护理而避免的。这种投入可以达到四重回报，包括预防产妇和新生儿的死亡，避免死产和改善儿童生长发育。死产率是可以反映医疗卫生质量和公平的一个非常灵敏的指标。在每一个地区都有国家在防治死产方面进步得比同地区的其他国家更快些。
- 把死产整合到妇女儿童健康项目里的契机：必须更加系统地抓住这些机会。一些倡议，如每一个新生儿行动计划里的每一个妇女每一个孩子（EWEC）部分已计划在2030年包括死产。尽管追踪死产的数据也有所增加，但死产在大多数政策，研究和基金里被提及的次数还是很有限的。这最终导致了失去整合与行动的机会。
- 给予各项行动优先权可以加速减少死产：这些行动包括（1）有意识的领导，特别是通过政策制定者。这也被视为是最大的挑战；（2）提高妇女的发言权；（3）实施综合干预与相应的投资；（4）评价干预效果和监测项目进程以及护理的质量的指标；（5）对缺失的关键知识的研究。

消除可预防的死产

这五篇关于消除可预防的死产的文章阐述了目前死产的现状，分析了案例，并介绍了加速消除可预防的死产的方法，以实现2030年的母婴及儿童的生存目标。这是来自43个国家和100多个机构的216名研究人员的合作的研究成果，我们想利用它在2015年结束之际呼吁大家行动起来，为妇女和儿童构建一个健康，高生存率和良好的医疗环境。

定义

在本系列中，死产是指22周以后的妊娠终止。但为了便于比较评估，我们只呈现了超过28周的妊娠（妊娠末三个月）。只要有可能，我们把数据更正到28周妊娠，而不是1000克的标准。因为他们并不对等。

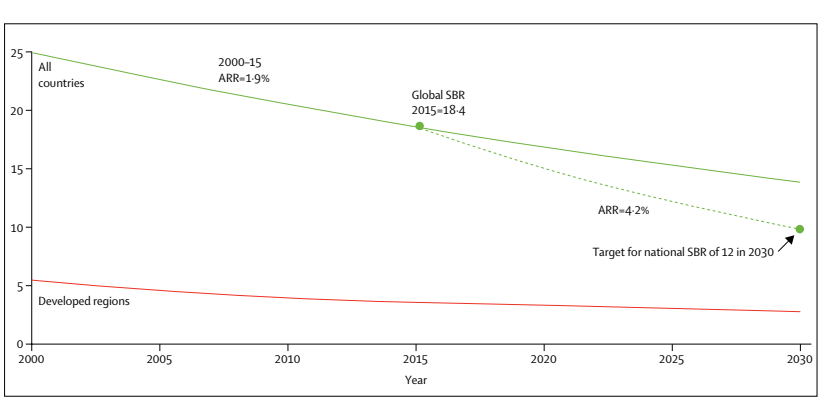


图1：每个新生儿行动计划在2030年前消除可预防的死产的全球进程
ARR=每年平均降低率 SBR=死产率

2011年的柳叶刀关于死产的系列期刊回顾了全球死产的状况，并阐述了投入预防死产可达到三重的回报，同时也可以预防母婴的死亡。期刊得到了媒体的广泛关注并引起了前所未有的反响。然而，新的研究显示，我们需要在全球和国家的层面做更多的事情来保障妇女，青少年和儿童的健康。这个信息与柳叶刀的其他期刊不谋而合，尤其是在生育健康，早期儿童发育和新生儿方面。

目标是在2030年前消除可预防的死产

2014年的世界卫生大会旨在全世界范围内到2030年为止把死产控制在千分之十二。截至2015年，尽管有着明显的差异性，已有94个中高收入国家完成了这个目标。但至少还有56个国家，尤其是那些在非洲和发生冲突的地区的国家，还需要加倍他们降低死产率的速度才能顺利完成这个目标。

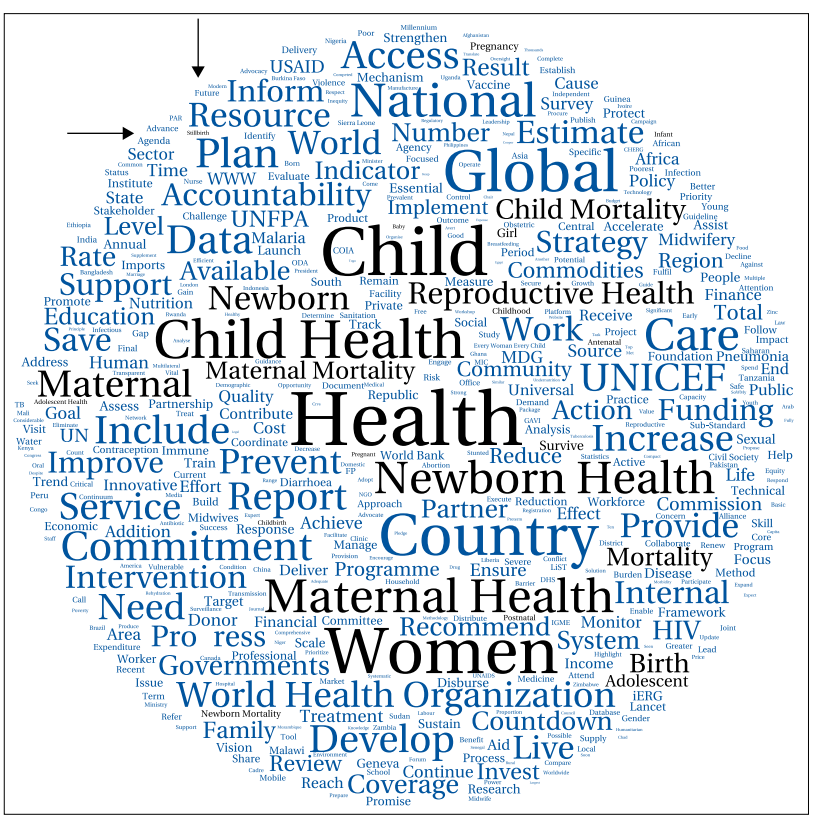
已改变的和需要改变的

基于系统的政策探索，对2011年柳叶刀死产系列呼吁行动的回顾，表明对死产的关注度已经提升。2014年的每一个新生儿行动计划与2030年的消除死产目标是一致的。每个国家都根据自己的实际情况来适应这个计划，一些高死亡率的地区还制订了特殊的消除可预防的死产的目标。尤其是印度，这个有着最高死产的国家。预防死产已经被囊括在了新的妇幼，青少年和儿童全球策略的申明中。世界卫生组织的100个核心健康指标也包括了死产率，而且世卫组织领导的围产期审计准则和工具方面也取得了进展。国家层面的死产数据也有所增加，2015年只有38个国家没有死产的数据，而这个数字在2009年是68个。联合国负责的儿童死亡率估计的机构间小组已经同意在2015年后承担监督死胎率估计的责任。

尽管在宣传、 政策制定、 监控和研究领域取得了一些进展，在有效干预措施覆盖下的产前生存率的数据追踪仍存在很大缺失，影响了数据统计。把防治死产的政策和方案囊括进千年发展目标的动力很小，因为降低死产率并不是这些目标的目的。一份评估与全球妇婴健康相关的机构、合作伙伴及组织的最新年度报告指出死产很少被他们提到（图2）。至2011年以来，用于妇女儿童健康的资金已有显著提高，但从经济合作与发展组织的数据来看，在整整12年的时间里（2002-2013），只有4个项目提到了死产。相对于全球的死产严重程度来说，对其研究的资金支持显得非常不足。没有明显呼吁减少对死产的指责和禁忌的呼声，以及如何提高殡葬关怀的声音。而且死产仍不在可持续发展目标和指标之中。

全球和地方的领导：进展的关键先决条件

一份对33个与死产有关的国际组织网络联系的分析评估指出，全球组织间的联系并不像以为的那么有效。相对于孕产妇和新生儿健康，与死产相关的联系则少很多。虽然网络在扩大，但它没有被充分利用，缺乏资金，依赖的是个人而不是机构的力量，联合国核心全球治理结构与孕产妇和新生儿健康相关的机构和合作伙伴只起到了很少的带领作用。我们需要在世界范围内通过国家和机构给予强有力的领导并为产妇及婴儿的健康做出全球性的努力。联合国和其他国际组织必须抓住领导的机会，把防治死产纳入到日常工作中，因为这种责任是他们使命的一部分。


Child
Health
Women
Global
National
Maternal Health
Newborn Health
Reproductive Health
World Health Organization
Maternal Mortality
Child Mortality
Commitment
Country
Access
Data
Plan
Resource
Accountability
Estimate
Strategy
Care
UNICEF
Funding
Increase
Provide
Report
Service
Prevent
Include
Improve
Intervention
Need
Develop
Coverage
Countdown
Live
Invest
Governments
Family
Review
Support
Save
Rate
Level
Education
Work
Partner
Indicator
Number
Inform
Result
Strategy
Commodities
Newborn
Mortality
Birth
Adolescent
Internal
HIV
System
Recommend
Monitor
Income
Disburse
Treatment
Sustain
Aid
Process
Research
Promise
Reach
Geneva
Continue
Vision
Share
Malawi
Mobile
Term
Issue
Worker
Recent
Expenditure
Area
Donor
Financial
Committee
Scale
Professional
Pro
ress
Deliver
Programme
Ensure
Target
Call
Support
Refer
Newborn Mortality
Tool
Zambia
Sudan
Benefit
Local
Supply
Possible
Medicine
Attend
Highlight
Greater
Lead
Price
Joint
Zimbabwe
Gender
Lancet
iERG
Adolescent
Burden
Disease
Method
Participate
Expand
Expert
Enable
Framework
Joint
Tipdane
Chief
Worldwide
Compare
Research
Midwife
Promise
Reach
Coverage
Geneva
Continue
Invest
Process
Aid

全球死产的现实困难：在哪里，什么时间，为什么？

2015年，全球的死产率为千分之18.4，这个数字在2000年时是24.7。尽管死产率有所下降，死产的平均每年减少百分比（2.0%）却远低于孕产妇（3.0%）和5岁以下儿童死亡率（4.5%）的下降速度。按目前的状况发展，一个非洲的孕妇如果要得到与如今高收入国家相等的产下存活婴儿的机会，至少还需要160年。在每一个地区，都会有一些国家在防治死产方面进展更快一些。就算是在高收入国家之间，死产率（妊娠末三个月）也大有区别，数值从千分之1.3到8.8，这说明仍有降低的空间。这其中有6个国家拥有千分之二或者更低的死产率。

首要任务是完善数据以便为2030的目标提供参考

- 完善辅助分娩，死产，产妇死亡和新生儿死亡的注册登记
- 死产率应该被用作衡量孕妇和生产护理质量的参考标准，并作为评价医疗卫生系统好坏的灵敏指标
- 分娩期的死产率是孕产妇能否得到高质量的分娩期护理的最直接的评判，这个数据应该被统计和报告，以加强地方责任
- 要快速建立对围产期死亡的全球分类系统和审计，以便查明死亡原因和指引预防方向
- 完善数据是追踪孕产期护理的关键

在全球每年的260万死产中，绝大多数（98%）是发生在中低收入国家，其中75%发生在沙哈拉沙漠以南的非洲和南亚。约有60%发生在农村，并有超过一半发生在冲突和局势紧张地区。在这些地区，人们得不到合适的医疗卫生护理。

每年约有一半的死产(130万)发生在生产时。这些婴儿大多数都已足月并且能够存活。尽管大多数死产发生在医疗机构，仍有4000万孕妇在无人照看的情况下在家生产，这一现象在非洲和亚洲尤为严重。

人们总是认为许多死产是由于先天缺陷所造成的，但其实在怀孕28周以后只有平均7.4%的死产是由于这个原因造成的。我们都知道造成死产的高危因素主要包括孕妇年龄大于35岁，孕产妇感染，非传染性疾病，营养和生活习惯因素。死产也同时与胎儿生长受限，早产，过期妊娠和不恰当的护理有关。在高收入国家，90%的死产发生在产前期，经常与可预防的生活习惯因素如肥胖和吸烟有关。并且也与不恰当的产前护理关联，这包括没能及时发现胎儿的危险因素。改善产前关怀和护理，有计划地生育，提高教育，减少贫穷能够降低危险因素并提高孕产妇和新生儿的生存率。

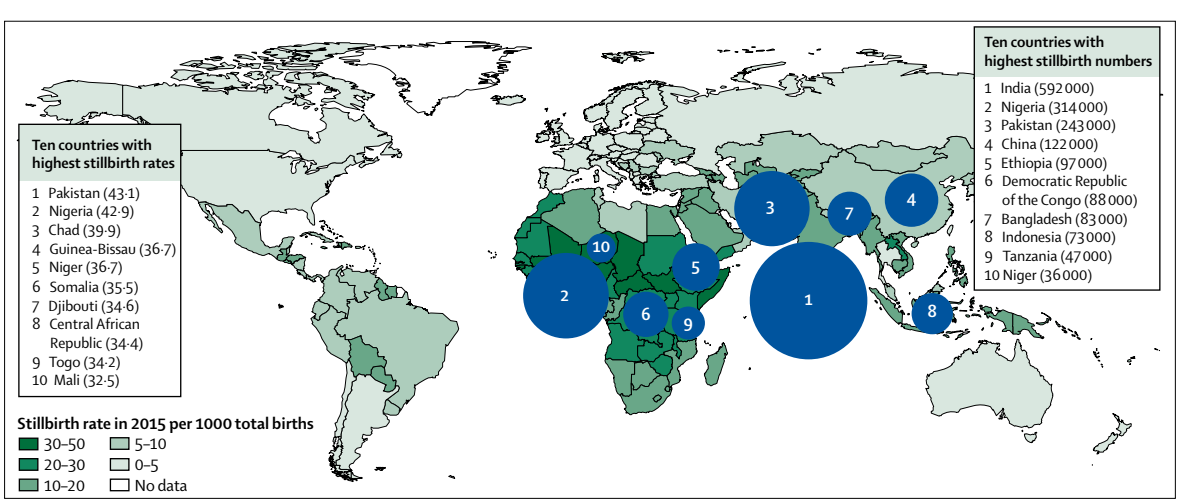


图3：2015年死产率和死产数目最高的国家
蓝色圆圈的大小代表了死产的数目多少

死产：社会的沉重负担

最贫穷的家庭有着最高的风险

在任何国家，被边缘化的人群总有着最高的死产的风险。在高收入国家，社会的不良因素可能使死产的风险翻倍，这个数字在中低收入国家可能更高。这种不一致性反应了结构性的不平等，包括种族主义和系统性的不平等。普通的医疗保健应该提供给最穷的妇女和家庭以及他们的孩子。

指责，忌讳和宿命论必须被纠正

死产并没有被社会所接纳。被剥夺悲伤的权利十分常见。父母的丧子之痛并不被医疗工作者，家庭或社会所接受。在本系列的调查中，在3503位悲伤的父母中，约有半数的人觉得他们的亲戚朋友们认为他们应该忘掉死去的孩子并再生一个。许多父母甚至不敢在公共场合表达自己的悲伤。有过死产的妇女尤其觉得易被指责，孤立，和被社会遗弃，有时甚至还遭受虐待和暴力。指责和忌讳加重了家庭的伤痛，而宿命论也阻碍了防治死产的进程。这些错误的观点必须通过社区和社会职业机构引导民众觉悟的提高和教育来改观。一些与医疗卫生从业人士有关联的父母组织能够提供有效的机制来解决对于死产的指责和宿命论。

直接的，间接的和隐性的代价

死产对父母，护理从业人员，社区和社会都有重大影响，但这些影响总是被忽视并且没有得到正确的认识。消极的情绪对于刚失去孩子的父母来说是非常常见的，这些情绪会在孩子夭折后很长一段时间里一直伴随着这些父母。大约有420万妇女的抑郁与他们的死产有关。更多的人还要付出远远不止这些的隐性的代价。医疗机构也同样深受其影响，无论是从个人角度还是机构的角度。他们面临着内疚、 愤怒、 指责、 焦虑，悲伤，以及对诉讼和纪律处罚的恐惧。数据显示，死产的直接经济花费比活产高出10-70%。医疗护理的费用也许能被政府和保险公司承担，但也许需要父母自己承担。葬礼或火化的费用则一般由父母承担。这些父母可能因为请假，减少工作时间，或者工作效率降低而收入减少。调查的数据显示，在丧子30天以后，父母们大概才有他们正常工作效率的26%，6个月后也才能恢复到63%。在评价防治死产的干预措施的绩效时，死产所造成的巨大损失需要被考虑在内。

如何减轻死产带来的影响：对丧子之痛的关怀和社会支持

医疗机构和丧子的父母之间的感情交流和精神支持能够有效降低进一步的情感和心理的损伤。这不仅仅在刚丧子的时候有效，从长远来看同样有效。对丧子的父母进行及时而尊重的关怀应该被作为所有医疗机构的常规的一部分，这包括协助母亲们看望并抱住自己的孩子，留住美好的记忆，这被证实在提高父母幸福感方面是非常有效的。所有在妇产科的医疗工作者都应该受到如何给予悲伤者体面的关怀的培训，无论这悲伤来自于死产还是孕妇或新生儿的死亡。同时在死亡发生后，他们自己也能得到相应的支持和帮助。

很多人告诉我，我儿子的死就像大自然在纠正自己的错误。

（一个死产儿的母亲， 加拿大）

我没有钱来安葬我的孩子，这件事至今仍刺痛着我，因为我没能给我的孩子立块墓碑。

（一个死产儿的母亲，德国）

丈夫觉得死产是由于妻子恶魔上身，或者她是不详之人。这会毁坏婚姻并造成焦虑。

（一个死产儿的父亲，乌干达）

Mel Scott and her son Finley

Mel Scott/United Kingdom

展望2030：治理死产的综合办法

本期刊系列概述了在整合医疗护理的大背景下，再次呼吁采取行动，以消除可预防的死产（附1）。妇女、儿童和青少年的健康可持续发展目标和全球战略的贯彻将通过承认，整合和统计死产而达到最大化。全球卫生界，国家领导人，以及男女个人必须认识到，死产和其后果很大程度上是可以预防的。我们需要更有效地协作和提高集体的声音来打破沉默，减少指责和禁忌。

整合实现更好的效果

死产的预防和响应不是一个独立的问题，而需要综合的方案。在议程中忽视死产将降低和隐藏妇女和儿童的健康方案的全部潜力。对孕产妇和新生儿的健康和存活的干预措施的回顾显示在框架内连续高质量的护理的综合方法是非常重要的(图4)。同时，一些以证据为基础的干预措施对死产发挥了他们的最大作用。例如孕期对梅毒的治疗也许能预防7.7%多的死产（或者说是多于200000的死产）。又例如胎心监测和分娩期监护能很有效地预防130万的分娩期死产，同时也降低了新生儿的死亡。对死产的忽视也许能部分解释为什么这些有效的干预措施没有得到他们应有的重视。一个生命拯救工具软件（LiST）的分析报告指出在75个高危国家扩大行之有效的产前和产中干预可以每年防止823000例死产，1145000例新生儿死亡和166000例孕产妇死亡，到2030年为拯救每一个生命需要支付额外的年度成本为2150美元。其他投资也是至关重要的，以确保能提供给母婴受尊重的护理，包括死亡以后的护理。

本系列用三个标准来评估了死产是否已经有效整合到了国家和全球层面上的妇女和儿童的健康举措：（1）死产是否被列入到与阐述孕产妇，新生儿和儿童死亡率问题的相关总结中？（2）是否在实施干预措施来防止死产时采用了良好的产前及产时护理？（3）死产的监控是使用目标还是结果的指标，或者兼而有之？

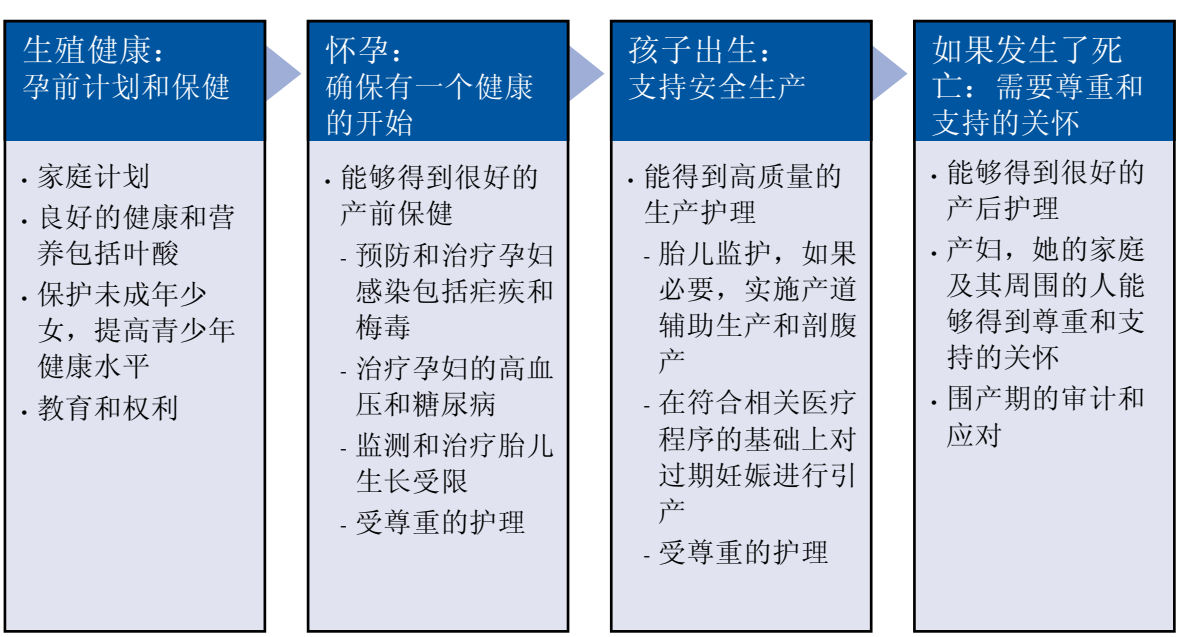


图4：预防和应对与青少年，孕产妇，新生儿和儿童健康和生存相关的死产

附1：呼吁行动以消除可预防的死产

Credit: © Photo Tagaza Djibo/UNFPA/Niger

2030年死亡率的目标（包含在了每个新生儿行动计划之中）

- 所有国家的死产率降到千分之十二以下。
- 所有国家制定并达到目标，消除不平等带来的差距，并使用数据来跟踪和预防死产。

全民医保覆盖目标

- 家庭计划：到2020年，至少有一亿两千万妇女和少女能够得到有效的避孕工具；到2030年，普遍获得性和生殖保健服务，并且将生殖健康纳入到国家战略和方案之中。
- 产前保健：到2030年，所有妇女都能够得到很好的医疗保健和产前护理。
- 产中护理：到2030年，任何国家的妇女都能够得到有效的和受到尊重的产期护理。

里程碑

- 在2020年前，每一个新生儿的全球的和国家的目标都得以实现，这包括测量改进的线路图。
- 带有尊敬的关怀，包括对丧亲的关怀：到2020年，对如何给予所有受到孕期或出生后死亡的家庭，社区和医疗工作者护理和帮助达成全球共识。
- 减少指责：到2020年，所有国家都能制定出如何降低对与死产所有相关人员的指责的机制，尤其是对医疗工作者和机构。

改变死产趋势的首要行动

国际领导：	把已有的领导最大化地发挥作用：确保国际组织在为妇女儿童行事时包括了死产，有意识地让父母们参与进来并培养拥护者。
增加尤其是妇女的话语权	给予妇女追求高质量生活和医疗健康服务的权利，帮助那些受到死产影响的人们，提高他们的话语权，使他们能够好起来；发展良好的人文关怀使丧亲的人们能够得到受尊重的护理和帮助；减少指责。
实施与综合干预相称的投资	确保每个妇女在怀孕，分娩和生产时还有死产后都能得到良好的护理；重点放在影响最大的干预措施，尤其是对高危地区分娩期护理；有效应对医疗系统的瓶颈，尤其是有经验的医疗工作者，特别是助产士；提高资金资助和改革创新，使其能与每年260万的死亡规模相匹配；在全球范围内，各地区间还有国家层面促进支持妇女儿童和青少年的全球战略。
衡量影响力和监督进程的指标	通过改进国家动态人口登记系统来把每一个孕妇和孩子都统计在内，也包括死产；通过整合相关计划的死产专项内容来完善数据库，尤其要追踪项目的覆盖面和质量，包括死产的防治措施和死产后的支持；完成和使用围产期的审计工具和全球分类系统。
对未知领域的探索：	以预防死产和丧子后关怀为首要研究的领域，包括新的发现，如何转化研究成果，以及落实科学推动创新；发展科研能力。

Credit: Colin Crowley/Save the Children/Ethiopia

附2：高收入国家需要采取的行动

- 每个国家都需要监控和处理产妇和胎儿健康的社会决定因素，包括降低肥胖和控制产龄妇女的吸烟的策略
- 每个国家都应建立国家级的高质量的围产期死亡率审计
- 有经验的围产期病理学家为每个死产父母提供高质量的尸体解剖和胎盘组织病理学的报告
- 为每个医疗工作者提供有关丧子关怀的培训
- 投入科研以提高对死产的预判，重点关注胎盘原因引起的死产和不明原因的死产
- 通过父母和医疗工作者的合作，教育和社区的活动来消除对于死产的歧视和宿命论

更多信息

The Lancet Ending preventable stillbirths Series 2016: http://www.thelancet.com/series/ending-preventable-stillbirths

The Lancet Every Newborn Series 2014: http://www.thelancet.com/series/everynewborn

The Lancet Midwifery Series 2014: http://www.thelancet.com/series/midwifery

参考

所有系列的论文和评论可以从www.thelancet.com获得。

1 Frøen JF, Friberg IK, Lawn JE, et al, for *The Lancet* Ending Preventable Stillbirths Series study group. Stillbirths: progress and unfinished business. *Lancet* 2016; published online Jan 18. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00818-1.

2 Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, et al, for *The Lancet* Ending Preventable Stillbirths Series study group with *The Lancet* Stillbirth Epidemiology investigator group. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet* 2016; published online Jan 18. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00837-5.

3 Heazell AE, Siassakos D, Blencowe H, et al, for *The Lancet* Ending Preventable Stillbirths Series study group, with *The Lancet* Ending Preventable Stillbirths investigator group. Stillbirths: economic and psychosocial consequences. *Lancet* 2016; published online Jan 18. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00836-3.

4 Flenady V, Wojcieszek AM, Middleton P, et al, for *The Lancet* Ending Preventable Stillbirths study group and *The Lancet* Stillbirths in High-Income Countries Investigator Group. Stillbirths: recall to action in high-income countries. *Lancet* 2016; published online Jan 18. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01020-X.

5 de Bernis L, Kinney MV, Stones W, et al, for *The Lancet* Ending Preventable Stillbirths Series study group with *The Lancet* Ending Preventable Stillbirths Series Advisory Group. Stillbirths: ending preventable deaths by 2030. *Lancet* 2016; published online Jan 18. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00954-X.

相关的文章和评论

6 Blencowe H, Cousens S, Bianchi Jassir F, et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis. *Lancet Glob Health* 2016; published online Jan 18. http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00275-2.

7 Zhu J, Liang J, Mu Y, et al. Sociodemographic and obstetric characteristics of stillbirths in China: a census of nearly 4 million health facility births between 2012 and 2014. *Lancet Glob Health* 2016; published online Jan 18. http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00271-5.

8 Horton R, Samarasekera U. Stillbirths: ending an epidemic of grief. *Lancet* 2016; published online Jan 18. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01276-3.

9 Homer C, Malata A, ten Hoope-Bender P. Supporting women, families, and care providers after stillbirth. *Lancet* 2016; published online Jan 18. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01278-7.

10 ten Hoope-Bender P, Stenberg K, Sweeny K. Reductions in stillbirths-more than a triple return on investment. *Lancet* 2016; published online Jan 18. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01277-5.

11 Kiguli J, Munabi IG, Ssegujja E, et al. Stillbirths in sub-Saharan Africa: unspoken grief. *Lancet* 2016; published online Jan 18. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01171-X.

鸣谢

柳叶刀死产防治研究小组：J Frederik Frøen, Joy E Lawn, Alexander E P Heazell, Vicki Flenady, Luc de Bernis, Mary V Kinney, Hannah Blencowe, and Susannah Hopkins Leisher.

我们感谢Aleena Wojcieszek领导主笔了本小结的手稿，Udani Samarasekera 和 Emilia Harding 为其编辑。

排版： Chris Rowland and Stacey Black - Miracle Interactive, Cape Town

Study Team

Advisory Group

Support for translation of the language version by: