

# 医疗保障政策对自然分娩率、分娩镇痛率及住院费用的影响

阳永宪<sup>1</sup> 权芳<sup>1</sup> 田伟<sup>1</sup> 向英<sup>1</sup> 史文艳<sup>2\*</sup> 李晓辉<sup>1</sup>

1. 贵州省遵义市播州区人民医院, 贵州 遵义 563100

2. 遵义医科大学第二附属医院麻醉科, 贵州 遵义 563000

**摘要:** 目的 探讨分娩镇痛纳入医疗保障政策后对我院自然分娩率、分娩镇痛率及住院费用的影响。方法 收集我院将分娩镇痛纳入医疗保障政策前后分娩孕妇。2021 年度人群为对照组, 2022 年度人群为研究组, 比较两组自然分娩率、分娩镇痛实施率及住院费用。结果 与对照组比较, 研究组自然分娩率明显下降 (49.94% vs 52.96%,  $X^2=7.171$ ,  $P=0.008$ ), 分娩镇痛率明显增加 (86.07% vs 68.85%,  $X^2=168.95$ ,  $P<0.001$ ), 分娩镇痛住院总费用无明显变化 [(4703.85±1429.11) 元 vs (4787.10±944.50) 元,  $t=1.887$ ,  $p=0.059$ ]。但分娩镇痛自付费用明显降低 [(1672.50±694.71) vs (2962.78±473.42),  $t=59.638$ ,  $p<0.001$ ]。结论 分娩镇痛纳入医疗保障政策后, 分娩镇痛实施率明显增加, 产妇住院总费用改变不明显, 但个人支付费用明显减少。自然分娩率改善不显著, 可能与二胎政策开放后, 高龄产妇和疤痕子宫增多等社会因素有关。

**关键词:** 分娩镇痛; 医疗保障; 自然分娩率; 分娩镇痛率; 住院费用

分娩是妊娠的自然结局, 但产痛十分剧烈, 甚至让人难以忍受。椎管内分娩镇痛不仅能有效减轻产妇产痛, 还能作为器械助产或产程中转剖宫产提供快捷及良好的麻醉效果, 临床上已广泛应用<sup>[1,2]</sup>。但该技术医保政策中属于舒适化医疗的一部分, 医保资金不予报销, 许多受经济状况及消费水平限制的产妇受医疗费用限制, 强忍剧痛或选择剖宫产方式结束分娩。随着我国新时期生育政策变化, 孕育二胎、三胎妇女将不断增加, 提高自然分娩率, 降低剖宫产率已成重要社会问题<sup>[3,4]</sup>。国内部分省、市如北京市、上海市、浙江省、江苏省等将分娩镇痛纳入基本医疗保险报销范围。2021 年 12 月末, 贵州省医保局下发《关于制定部分医疗服务项目价格的通知》(黔医保发〔2021〕82 号)<sup>[5]</sup>, 我省 2022 年 1 月 1 日起将分娩镇痛纳入医保报销项目, 以期推广普及分娩镇痛技术, 减轻分娩疼痛, 提高自然分娩率, 降低剖宫产率, 降低住院分娩产妇医疗自付费用, 鼓励育龄妇女生育。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

经遵义市播州区人民医院伦理委员会批准 (伦理号: 2022002), 收集我院 2021、2022 年度入院分娩孕妇, 根据《中国椎管内分娩镇痛专家共识 (2016 版)》<sup>[6]</sup> 分娩镇痛技术适应症及禁忌症, 纳入研究对象。纳入标准: ①产妇自愿应用椎管内分娩镇痛技术; ②经产科医师评估, 可阴道分

娩或经阴道试产者。排除标准: ①产妇不同意, 拒绝签署知情同意书; ②产妇无法配合进行椎管内穿刺; ③存在椎管内阻滞禁忌证, 包括凝血功能障碍、穿刺部位感染及损伤、产妇低血容量或低血压、颅内压增高、严重脊柱畸形、神经系统疾病; ④对局部麻醉药或阿片类药物过敏。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 椎管内分娩镇痛技术

我院实施连续硬膜外自控分娩镇痛技术。

#### 1.2.2 椎管内分娩镇痛流程

①产程开始后, 产妇提出要求。②产科医师、助产士、麻醉科医师进行评估。③签署椎管内分娩镇痛知情同意书。④准备相关物品, 建立生命体征监测及胎心监测。⑤开放静脉通路, 吸氧; ⑥实施椎管内镇痛操作。⑦镇痛管理。⑧镇痛记录。⑨分娩镇痛结束, 观察 2h 返回病房。⑩ 24h 内随访, 观察镇痛后恢复情况, 积极处理相关并发症。

#### 1.2.3 椎管内分娩镇痛操作步骤

①准备相关药品、物品和设备。②启动血压、脉氧饱和度和胎心监测。③开放静脉补液。④协助产妇摆放体位 (侧卧位或坐位)。⑤择 L2-3 或 L3-4 间隙行硬膜外穿刺。⑥留置硬膜外导管, 给予试验剂量。⑦试验剂量阴性后妥善固定导管, 产妇左倾或右倾平躺, 避免平仰卧位。⑧给予硬膜外负荷量。⑨分娩镇痛期间监测和评估。⑩连接并启动镇痛

药物输注装置。

#### 1.2.4 椎管内自控分娩镇痛

①硬膜外穿刺置管成功, 予试验剂量 1% 利多卡因 5ml。观察 5min 无异常, 硬膜外推注负荷量 4 ~ 8ml (0.1% 盐酸罗哌卡因 +0.5  $\mu$ g/ml 舒芬太尼)。② 20min 内根据产妇视觉模拟评分 (VAS), 用 0.1% 盐酸罗哌卡因 +0.5  $\mu$ g/ml 舒芬太尼处理爆发痛, 使 VAS 评分  $\leq$  3。③镇痛泵配置: 0.1% 盐酸罗哌卡因 +0.5  $\mu$ g/ml 舒芬太尼混合液。④镇痛维持: 患者自控硬膜外镇痛 (patient controlled epidural analgesia, PCEA) 联合持续硬膜外输注 (continuous epidural infusion, CEI) 进行镇痛维持。⑤镇痛泵参数设置: 背景剂量为 5 ~ 8ml/h, 产妇自控剂量 6 ~ 8ml/次, 锁定时间 20 ~ 30min。

#### 1.2.5 分娩镇痛期间监测

①镇痛期间全程监测并记录产妇生命体征 (呼吸、心率、血压、血氧饱和度) 及胎心。椎管内分娩镇痛首次注药每 5min 监测产妇生命体征, 直至半小时。后每半小时监测一次生命体征。②首次负荷量注入后 10min、20min 通过视觉模拟评分 (VAS) 评估宫缩疼痛, VAS 评分  $\leq$  3 为镇痛有效。③通过改良 Bromage 评分进行运动阻滞监测。④分娩镇痛结束后继续观察产妇生命体征 2h, 无异常情况返回病房。

#### 1.3 观察指标

2021、2022 年度住院分娩产妇例数、自然分娩例数、分娩镇痛例数、分娩镇痛产妇住院费用。

#### 1.4 统计学分析

所有数据导出为 Excel 格式后, 运用 SPSS22.0 软件进行数据统计及分析。计数资料用百分比描述, 组间比较采用  $\chi^2$  检验; 计量资料采用独立样本 T 检验,  $P < 0.05$  差异有统计学意义。

### 2 结果

#### 2.1 两组自然分娩率比较

对照组总分娩例数为 3971 例, 其中自然分娩为 52.96%, 非自然分娩为 47.04%。研究组总分娩例数为 3867 例, 其中自然分娩率为 49.94%, 非自然分娩为 49.94%。与对照组相比, 研究组的自然分娩率下降, 非自然分娩率增加 ( $X^2=7.171, P=0.008$ ) (表 1)。

#### 2.2 两组分娩镇痛实施率比较

在自然分娩的产妇中, 对照组实施无痛分娩 1448 (68.85%) 例, 非镇痛分娩 655 (31.15%) 例。研究组中实

施无痛分娩 1662 (86.07%) 例, 非镇痛分娩 269 (13.93%) 例。与对照组相比, 研究组实施无痛分娩的比例显著增加 ( $X^2=168.95, P<0.001$ ) (图 1)。

#### 2.3 两组分娩镇痛住院总费用及自付费用比较

研究中组中镇痛分娩总人数为 1662 例, 人均住院总费用 4703.8548 ( $\pm 1429.11108$ ) 元, 人均自付费用为 1672.4953 ( $\pm 694.70872$ ) 元。对照组中镇痛分娩总人数为 1663 例, 人均住院总费用为 4787.1043 ( $\pm 944.50403$ ) 元, 人均自付费用 2962.7787 ( $\pm 473.41677$ ) 元。两组人均住院总费用变化不明显 ( $t=1.887, p=0.059$ )。但相对于对照组, 研究中的人均自付费用显著降低 ( $t=59.638, p < 0.001$ ), 见图 2。

### 3 讨论

我们的研究结果显示, 相较于 2021 年, 2022 年产妇的无痛分娩率显著提高, 但人均住院总费用并没有增加, 自付费用反而有所降低, 这可能与医保政策的落实和相关政策的宣传密切相关。之前, 我国分娩镇痛长期受观念、价格、体制、利益及就医环境等因素影响, 发展一直不容乐观。将无痛分娩纳入医保管理不仅减轻了家庭的经济负担, 也促进了医疗服务质量的提升和医疗公平性的提高。

在各种政策的扶持下<sup>[7,8]</sup>, 无痛分娩率有了明显提高, 但仍有进一步优化。罗威<sup>[9]</sup>等对上海 58 家医院进行了调查, 结果显示 2017 年上海总体分娩镇痛率为 37.22%, 其中 13 家妇幼专科医院分娩镇痛率为 56.75%。王一男等<sup>[10]</sup>报道, 2020 年北京 94 家医院总体分娩镇痛率为 39.96%, 其中 27 家妇幼专科医院分娩镇痛率为 69.27%。本研究结果显示, 我院 2021、2022 年分娩镇痛实施率分布别 68.85%、86.07%, 相比处于较高水平。主要原因: ①政策支持。我省 2022 年 1 月 1 日起将分娩镇痛纳入医保报销, 明确收费项目, 按照医院等级收费, 住院产妇愿意接受分娩镇痛。②院级层面高度重视。我院 2020 年底下发院内文件, 鼓励开展分娩镇痛并实施绩效补助。③团队协作。产科医师、助产士、麻醉医师建立微信群, 积极沟通交流。④加强宣讲。产科定期开展孕妇小课堂, 宣传分娩镇痛技术。综上因素对我院分娩镇痛开展起到了积极推动作用。

分娩镇痛纳入医保报销, 是一件利国利民的民生政策。众多专家呼吁将分娩镇痛纳入医保的单独收费项目, 但只有贵州省、广州市、上海市和江西省将其纳入医保单独收费, 在多数省市还是自费项目。本研究结果显示: 分娩镇痛纳入医疗报

销政策后并未增加产妇医疗总费用,而个人支付费用显著降低。这项政策实施不仅减轻了产妇自然分娩过程中承受的痛苦,还减轻了经济负担,明显改善了产妇就医体验及满意度,也为产科质量提升及高质量发展提供保障。期望在当前我国新的生育政策情况下,分娩镇痛项目尽早纳入医保报销,促进其进一步开展的同时,对提升当前生育率起积极推动作用。

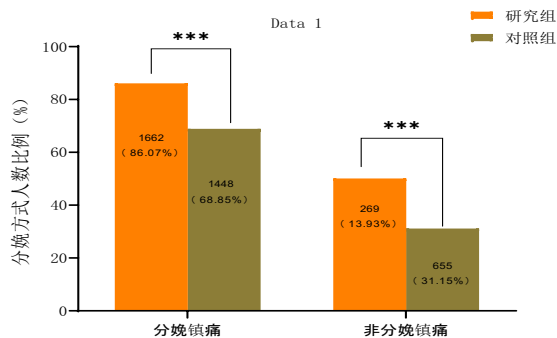
尽管我院分娩镇痛实施率明显提高,而自然分娩率无改善,剖宫产率仍处于较高水平。本研究显示:2021年我院剖宫产率47.04%、2022年50.76%。查阅近几年国内文献关于剖宫产率的报道:李胜华等<sup>[11]</sup>调查上海52家医院2020年1~7月剖宫产率44.2%;曹奕等<sup>[12]</sup>调查重庆市2020年全市剖宫产率47.59%;纪瑞云等<sup>[13]</sup>报道安徽省23家哨点医院2019~2022年平均剖宫产率为45.54%,其中综合医院2021年剖宫产率51.24%、2022年剖宫产率48.71%。由此可见,国家大力提倡分娩镇痛后我国剖宫产率亦未出现大幅下降。其原因是否与疤痕子宫再孕、非医学指征剖宫产、高龄初产妇、妊娠合并症、中转剖宫产、社会因素等有关需进一步研究。

综上所述,医保管理对分娩镇痛的影响是全面而深远的。它不仅关系到产妇的疼痛管理和医疗服务质量,也涉及到医疗资源的配置、医疗公平性、患者选择权等多个层面。因此,需要综合考虑和平衡各种因素,以确保医保政策能够有效地促进分娩镇痛服务的提供和发展。

表1 两组自然分娩率与非自然分娩率的比较 [例 (%)]

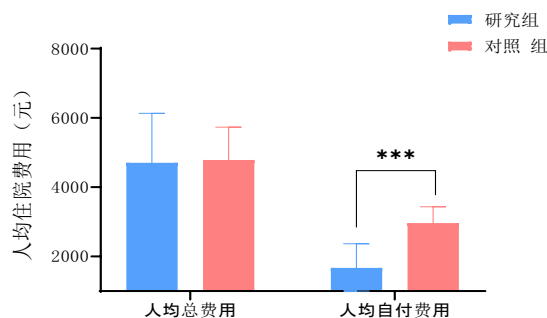
组别	对照组	研究组	X <sup>2</sup>	P 值
自然分娩例数	2103 (52.96%)	1931 (49.94%) **	7.171	0.008
非自然分娩	1868 (47.04%)	1936 (50.06%) **		
总分娩例数	3971	3867	/	/

注:与对照组比较, \*\*P < 0.01



注:与对照组比, \*\*\*p < 0.001

图1 两组分娩镇痛与非分娩镇痛的比例



注:与对照组比, \*\*\*p < 0.001

图2 人均住院总费用和自付费用比较

### 参考文献:

- [1] Calineata M, Jennewein L, Neef V, et al. Safety and Efficiency of Low-Dose Spinal Analgesia Compared to Epidural Analgesia in Treatment of Pain during Labour: A Case Control Study. *J Clin Med*. 2023. 12(18): 5770.
- [2] Weiniger CF, Gerard W. Ostheimer Lecture: What's New in Obstetric Anesthesia 2018. *Anesth Analg*. 2020. 131(1): 307-316.
- [3] 夏敬梅, 李文. PDCA 管理方法在降低剖宫产率中的应用效果. *临床医学研究与实践*. 2023. 8(14): 83-86.
- [4] 高敏. 新产程管理对分娩镇痛及降低剖宫产率的影响. *中国继续医学教育*. 2020. 12(03): 84-86.
- [5] 无. 省医保局关于印发《贵州省医疗保障定点医疗机构评估细则(试行)》的通知(黔医保发[2021]65号). *贵州省人民政府公报*. 2021. (11): 4.
- [6] 沈晓凤, 姚尚龙. 分娩镇痛专家共识(2016版). *临床麻醉学杂志*. 2016. 32(8): 3.
- [7] 黄宇光. 把握新机遇 开创新局面. *临床麻醉学杂志*. 2021. 37(2): 2.
- [8] 中华医学会麻醉学分会. 麻醉后加强监护治疗病房建设与管理专家共识. *中华麻醉学杂志*. 2021. 41(8): 4.
- [9] 罗威, 李胜华, 张丽峰, 罗艳, 于布为. 上海市分娩镇痛的现状调查. *临床麻醉学杂志*. 2019. 35(01): 52-56.
- [10] 王一男, 王雷, 侯振环等. 北京地区妇幼专科医院医务人员对椎管内分娩镇痛认知情况的调查. *临床麻醉学杂志*. 2020. 36(11): 1100-1105.
- [11] 李胜华, 罗威, 张丽峰, 徐子锋, 田红, 于布为. 上

海市 2018—2020 年分娩镇痛调查与分析 . 上海医学 . 2021. 44(11): 841—845.

[12] 纪瑞云, 陈磊, 蒋晓敏, 方向东, 刘辉 . 2019—2022 年安徽省产科哨点医院剖宫产率及指征变化分析 . 中国妇幼卫生杂志 . 2023. 14(04): 3—7.

[13] 曹奕, 杨相玲, 王正琳, 周晓军 . 重庆市 2010—2020 年剖宫产率现况及其影响因素分析 . 第三军医大学学报 .

2021. 43(22): 2495—2499.

#### 作者简介:

阳永宪 (1977—), 女, 汉族, 贵州遵义, 硕士研究生, 遵义市播州区人民医院, 副主任医师, 临床麻醉。

基金项目: 贵州省卫生健康委科学技术基金 (No: gzwkj2023—180)。