

我国 5 岁以下儿童的生存状况及发展趋势

(综述)

浙江医科大学附属儿童医院 赵正言 孙 琼

儿童的生存、保护和发展是当今国际社会应优先考虑的问题之一,而其中最基本的内容是生存问题。长期来,国际上衡量儿童生存状况的主要指标是婴儿死亡率。但是近年来,联合国有关机构,如联合国儿童基金会(UNICEF)和世界卫生组织等更加重视 5 岁以下儿童死亡率及 5 岁以下儿童死亡下降率这两项指标,认为 5 岁以下儿童死亡率是衡量一个国家儿童生存状况的单一最重要指标,是衡量整个社会发展的最佳单一指标,并以 5 岁以下儿童死亡下降率作为社会进步的“测速器”。1987 年后 UNICEF 公布的“世界儿童状况”均以 5 岁以下儿童死亡率作为第一项指标^[1,2]。1990 年 9 月 30 日联合国召开的“世界儿童问题首脑会议”通过一系列儿童发展战略目标,其最重要的和第一位的目标是到 2000 年 5 岁以下儿童死亡率降低 1/3^[1,3]。

1 婴儿和 5 岁以下儿童死亡率

长期以来,国内外学者对婴儿死亡率及其相关因素进行了大量的研究,早在 1867 年就有人详细地描述了在英国不同区域内婴儿死亡率的差异,并指出婴儿死亡率的差异在很大程度上与居住条件、家庭收入、卫生条件、营养状况及能否得到保健服务有关。我国对婴儿死亡率的研究是从二十世纪初开始的,在 1926 年,曾有人统计了北平(现为北京)婴儿死亡率为 183.2‰^[4]。新中国成立之前,根据当时南京、上海等地的资料估计,城市婴儿死亡率接近 200‰,如加上农村和边

远山区,全国的婴儿死亡率应在 250‰或更高一些,是当时世界上婴儿死亡率水平最高的国家之一^[4,5]。

新中国成立之后,中国政府在大力发展经济、提高人民生活水平的同时,非常重视儿童保健工作,因而有效地降低了儿童死亡率。中国儿童的死亡率变化大致经历了二个阶段,第一阶段是解放初期至 1977 年,在这一时期内,我国政府采取了一系列预防保健措施(如普及新法接生、免费预防接种等),使某些严重威胁儿童健康的传染病很快得到了控制和根除,城乡普遍建立了三级医疗卫生保健网,在短短的 30 年时间里,就将婴儿死亡率从建国初期的 200‰降低到 1975 年的 50‰左右^[5],而英国婴儿死亡率从 160‰下降到 50‰花了约 90 年时间^[5,6],可见这是中国儿童生存状况的一个飞跃。第二阶段是从 80 年代初到现在,儿童死亡率略有下降,但幅度不大,据全国第三次人口普查资料,1981 年我国婴儿死亡率为 34.7‰,据全国 62 个监测点婴儿死亡调查,1986 年婴儿死亡率为 32.6‰。1987 年 9 省儿童情况抽样调查,婴儿死亡率为 34.0‰^[7],其下降幅度远远小于解放后的前三十年。

中国是个幅员辽阔的国家,儿童死亡率在地区之间、城乡之间存在很大的差异,平均数下掩盖着极大的变异幅度。在发达国家,5 岁以下儿童死亡率是依据国内登记资料和官方人口统计,所以比较准确、合理^[8,9]。我国解放前从未组织过全国性儿童死亡调查和生命统计,仅有一些局部地区儿童资料。解放后逐

步在一些省、市、县建立了生命统计制度,由于多在城市或条件较好的农村,全国的代表性不够。以后虽然进行多次全国性儿童死亡调查,或因设计不周,样本缺乏代表性,或质量控制不够严格,漏报率较高,死亡率偏低。1990年卫生部对全国300个贫困县进行了调查,婴儿死亡率高达68.0%。1991年全国5岁以下儿童死亡基础调查,首次报告了能代表全国5岁以下儿童死亡水平的资料,婴儿死亡率在沿海地区为25.71%,内地为50.72%,边远地区为65.93%,平均45.35%。云南省1992年对40个(综合性妇幼卫生保健)项目县5岁以下儿童死亡调查资料分析^[10],婴儿死亡率为100.73%,5岁以下儿童死亡率为122.94%。我国儿童死亡率表现出沿海一带最低,然后向西南,西北地区依次升高,与中国当前经济地理分布高度是一致的。因此应加快中国西北、西南地区经济发展的同时,努力改善这一地区儿童的生活条件,尽快缩小与沿海地区之间的差距,以降低我国儿童死亡率。根据1991年UNICEF估计,我国是5岁以下儿童死亡率处于中等水平的国家。与发达国家相比,我国5岁以下儿童死亡率还比较高,例如1991年美国5岁以下儿童死亡率为11%,日本为6%,瑞典为5%。因此降低我国5岁以下儿童死亡率任重道远,仍须作出艰苦努力^[4,11~13]。

2 儿童主要死因

50年代初期,婴幼儿的主要死因是急性传染病、腹泻、严重营养不良等,天花、霍乱、黑热病、血吸虫病和鼠疫等疾病时常爆发。在党和政府的领导下,通过积极发展经济,开展群众性的爱国卫生运动,加强妇幼保健工作,90%以上儿童获免费接种免疫疫苗,有效地控制了传染病的爆发,在60年代初就消灭了天花,急性传染病如小儿脊髓灰质炎、麻疹、结核等的发病迅速减少,使儿童死亡率很快下降。根据1987年对9省儿童的抽样调查,

5岁以下儿童前6位的死因为:肺炎、新生儿窒息、早产、新生儿破伤风、意外、腹泻。1991年全国5岁以下儿童死亡基础调查前6位主要死因为:肺炎、新生儿窒息、早产、腹泻、意外窒息、先心病。1992年全国儿童基本情况抽样调查前6位主要死因为:肺炎、新生儿窒息、新生儿破伤风、早产、先天异常、腹泻。与众多发展中国家一样,肺炎也是我国儿童的第一位死因。根据UNICEF估计,全球每年有400万儿童死于肺炎,我国每年约有30万5岁以下儿童死于肺炎,要降低儿童肺炎的发病率和死亡率,除了要积极推广WHO近年来推广的肺炎标准病例管理和临床病例管理的干预方法之外,找出影响儿童肺炎发病的高危因素并加以预防也是至关重要的。目前的一些研究表明,母乳喂养,减少中、重度营养不良和贫血,减少反复腹泻和感冒等都能有效地减少儿童肺炎的发病。对预防新生儿和小婴儿肺炎的发生,关键在于防止出生窒息和羊水吸入及加强新生儿保健的综合措施,如注意保暖等^[3,7,13]。

新生儿期疾病为儿童的第二位死因,早期新生儿死亡主要由于出生窒息和早产造成。根据1988~1989年对中国18城市新生儿死因研究,围产期并发症为第一位死因,其中主要是出生窒息。因此,加强围产期保健,提高产科质量,实行住院分娩、新法接生,加强产科、儿科及孕产妇之间的密切合作,加强对高危孕妇及高危新生儿的监护,提高对出生窒息等新生儿疾病的抢救技术,是降低新生儿死亡率的关键措施^[14~17]。意外死亡在发达国家已成为儿童死亡的主要原因,在美国,1~4岁儿童死亡的40%是由意外伤害造成的,在发展中国家则呈现逐年上升趋势,我国也有上升的趋势,1987年调查,意外死亡是婴儿死因的第五位,1~4岁儿童死因的第三位,占20%。1991年全国5岁以下儿童死亡监测,意外死亡在1~4岁组中已成为第一位死因,说明意外伤害已成为危害我国儿童健

康的主要原因^[18,19]。

根据上述资料可以看出,肺炎、出生窒息和早产、意外伤害所造成的死亡已占我国5岁以下儿童死亡数的50%以上。降低5岁以下儿童死亡率,应以上述疾病作为突破口。

3 儿童死亡前医疗保健服务水平

儿童死前医疗保健服务是反映儿童生存状况优劣的因素之一。以1987年9省儿童情况抽样调查资料与1991年全国5岁以下儿童死亡监测基础调查资料作比较,1987年儿童死前在乡以上医院明确诊断的占40.1%而1991年占54.37%,提高了14个百分点,1991年儿童死前住院治疗的占38.18%,门诊治疗的占32.49%,未治疗的占29.34%,但全国各地之间和城乡间均存在着很大差异,在省市级医院明确死因和死前接受治疗的,呈现沿海>内地>边远地区,城市>农村。儿童出生和死亡的地点近10余年来也发生了很大变化。1987年全国在医院和卫生院等医疗卫生机构出生的婴儿仅25.94%,1991年提高到40.18%,在这一变化中,农村提高的幅度尤为明显,由1978年的12.55%提高到1991年的27.93%,翻了一翻多,城市由1978年的79.87%提高到1991年的97.08%,城乡之间的差距依然较大。我国儿童死亡在家中的比例还比较高,1991年调查显示,死亡在家中的占死亡总数的56.06%,死亡在医院的占37.61%,死亡在途中的占6.33%。从城乡分析看,城市中,在家死亡者占城市死亡总数的14.2%,死亡在医院的占82.1%,而农村则相反,分别占65.3%及27.1%。总体上讲,我国儿童死前医疗保健服务的能力还有限,尤其是在农村和山区。有研究表明,儿童死前未得到充分的医疗保健服务与儿童死亡率有明显的正相关。农村儿童死前医疗保健服务水平低于城市,这主要是农村和边远山区医疗条件较差、保健服务设施缺乏、居住分散、交通不便,遇有危及生命

的突发性疾病,人们很难在短时间内把儿童送往医疗水平较高的医院抢救;部分农民经济条件较差,难以承担医疗费用,往往自动放弃治疗。另外,农村儿童的父母文化水平较低,缺乏防病治病知识,未能及时认识疾病等,均在客观上造成了农村儿童死亡在家中,死前未得到任何治疗的比例较高。随着我国改革开放和经济的进一步发展,农民生活的进一步改善,农村儿童的医疗保健服务能力将会进一步提高^[3,5,17]。

中国是个儿童大国,全球5岁以下儿童22%生活在中国,45年来我国儿童的生存状况取得了举世瞩目的成绩,但与发达国家相比还存在一定差距。为了争取实现UNICEF和中国政府提出的到2000年将5岁以下儿童死亡率下降1/3的伟大目标,我们应当抓住有利时机,在改革开放中加快儿童保健的步伐,进一步提高我国儿童的生存水平,使新一代能更好地迎接二十一世纪的挑战。

参 考 文 献

1. 王凤兰. 中国妇幼保健, 1992, 7(1): 2
2. 朱宗涵, 等. 中国妇幼保健, 1992, 7(2): 1
3. Grant J P. The State of the World's Children. Peking: United Nations Children's Fund, 1992: 12
4. 王增珍. 国外医学社会医学分册, 1986, 3(4): 208
5. 赵正言. 中国初级卫生保健, 1993, 7(3): 35
6. 李 俊, 等译. 国外医学社会医学分册, 1989, 5(1): 6
7. 郑家亨, 等. 中国1987年儿童情况抽样调查资料. 北京: 中国统计出版社, 1989: 417
8. Fank PK. Soc Sci Med, 1987, 36(10): 1319
9. 夏慧君, 译. 国外医学社会医学分册, 1990, 6(1): 61
10. 费有进, 等. 中国妇幼保健, 1993, 9(4): 51
11. 丰维嘉, 等. 中国初级卫生保健, 1992, 6(1): 45
12. 籍孝诚. 中国儿童发展杂志, 1993, 8(1): 3
13. 顾杏元. 中国卫生统计, 1992, 9(3): 7
14. 陈自励, 等. 中国妇幼保健, 1992, 7(3): 34
15. 宋桂香. 中国卫生统计, 1992, 19(1): 37
16. Leppert PC. J Nurse Midwifery, 1993, 38(6): 353
17. Khaliq N, et al. J. R Soc Health, 1993, 113(5): 247
18. 梅祖园. 国外医学社会医学分册, 1991, 8(1): 7
19. Frederick P. Pediatrics, 1992, (1): 61

(1995年9月5日收稿, 同年12月20日修回)