



家庭計畫通訊

日本如何保全小孩

徐 熾 娥 譯

[本文的資料非常難得，有1900年起全日本的嬰兒死亡率及1960年起的週產期死亡率，且詳細分為早期新生兒及晚期胎兒的死亡。譯自：Dr. Eikichi Matsuyama: Japan Shows How to Save the Children，原文載於 Japanese Organization for International Cooperation in Family Planning Vol. XIV November 1987, pp. 24—29。原作者係東京 Kosei Nenkin 醫院婦產科主任。譯者現任臺北市家庭計畫推廣中心秘書。]

前 言

日本的嬰兒死亡率在 1950 年為每千名活產的 60.1，此項比率約和現在許多開發中國家的比率一樣高（圖 1）。

同年，日本的週產期死亡（即懷孕 28 週以後的胎兒死亡數加上出生後 7 天內死亡的嬰兒數）率為每千名活產的 46.6，孕產婦死亡率為每十萬活產的 176.1。

在 1984 年，日本登記有案的嬰兒死亡率只有千分之 6.0，這是低於美國及瑞典的世界紀錄，該比率並且繼續降低至 1986 年的千分之 5.2（圖 2）。（譯者註：1984 年臺灣地區嬰兒死亡率為千分之 6.9）。

圖 3 顯示第二次世界大戰末期至 1986 年日本和其他 7 個婦幼衛生水準很高國家嬰兒死亡率的變化。在第二次世界大戰後有一段時期日本的嬰兒死亡

率是這些國家中最高的，一直到 1950 年代的後期才開始快速下降，並繼續下降到 1982 年的千分之 6.6（譯者註：1982 年臺灣地區為千分之 8.1）。

在 1986 年日本的週產期死亡率僅為每十萬活產的 7.3，而孕產婦死亡率（指直接的生產死亡）僅為每十萬活產的 11.7。

去年（1987）日本每戶家庭的平均子女數為 2.2 個。

在日本全部的嬰兒死亡數中，約四分之一發生在出生後的 24 小時內，約一半的死亡發生在出生後的一週內，而約有百分之九十則發生在出生後的六個月內。因此，可以說只要活過六個月的嬰兒幾乎都可以健康的成長下去。

圖 4 顯示日本嬰兒死亡的主要原因，包括先天性畸形、缺氧、窒息及呼吸系疾病，至於其他死因的發生率則極低。

作者指出：日本可以經由改善週產期的偵察及改進健康照顧體系來降低缺氧及窒息的發生率，進而再繼續降低嬰兒死亡率。至於先天性畸形引起的

死亡從1983年起已躍居嬰兒死亡第一位的，則很難再減少。

圖 1. 1900—1985年日本嬰兒及週產期死亡率之趨勢

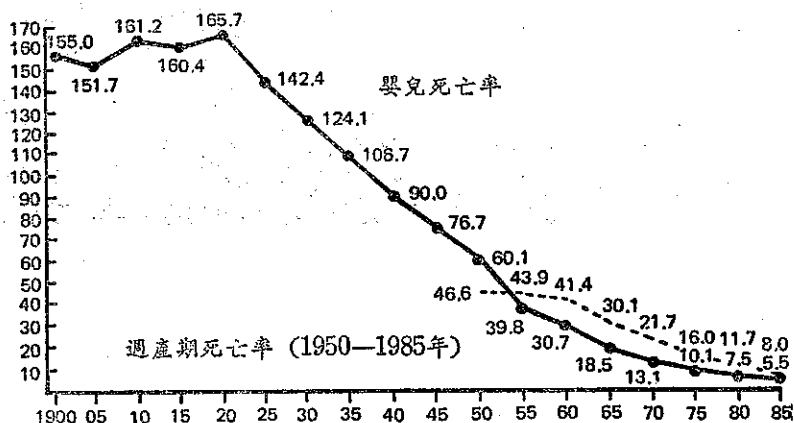
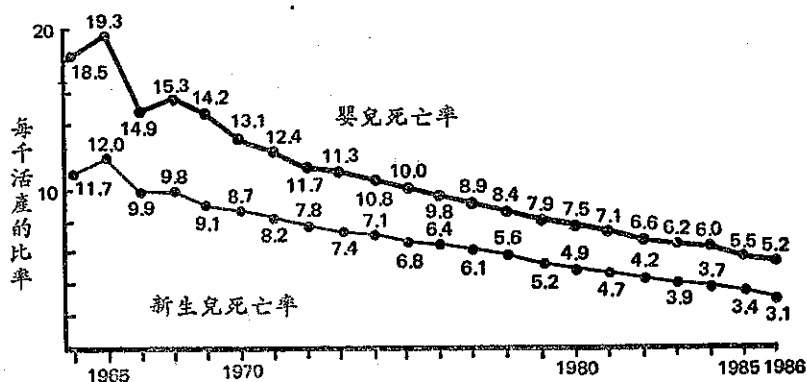


圖 2. 1965—1986年日本嬰兒及新生兒死亡率之趨勢



嬰兒死亡率下降的因素

日本的嬰兒死亡率及週產期死亡率為何降得如此低？原因很複雜，作者提出以下的一些因素：

1. 產前檢查很早開始

所有的孕婦在她們懷孕的第一期（即頭三個月）就開始到產科門診檢查，因此，孕婦本人及她們未來的小孩可以及早得到醫療照顧。

2. 未婚媽媽很少

日本的未婚媽媽很少，在1982年只佔全部產婦的百分之 0.9。絕大部分的嬰兒是在父母的期望下

出生且受到良好的照顧，因此，確保了嬰孩出生前及出生後（包括孕產婦）有更佳的健康狀況。

3. 婦女生育的年齡很適當

大部分的婦女是在20到34歲時懷孕並生產，這個年齡範圍正好對母親本人及小孩的健康極有利（譯者註：1985年臺灣地區20到34歲產婦佔全部產婦的92.5%）。

4. 未成年的媽媽很少

在日本未成年的媽媽很少，1985年時，僅為所有產婦的百分之 1.3。所以，由該等具有較高危險性的婦女所生產的小孩也較少（譯者註：臺灣地區為5.3%）。

圖 3. 1945—1985年日本及其他七國嬰兒死亡率比較

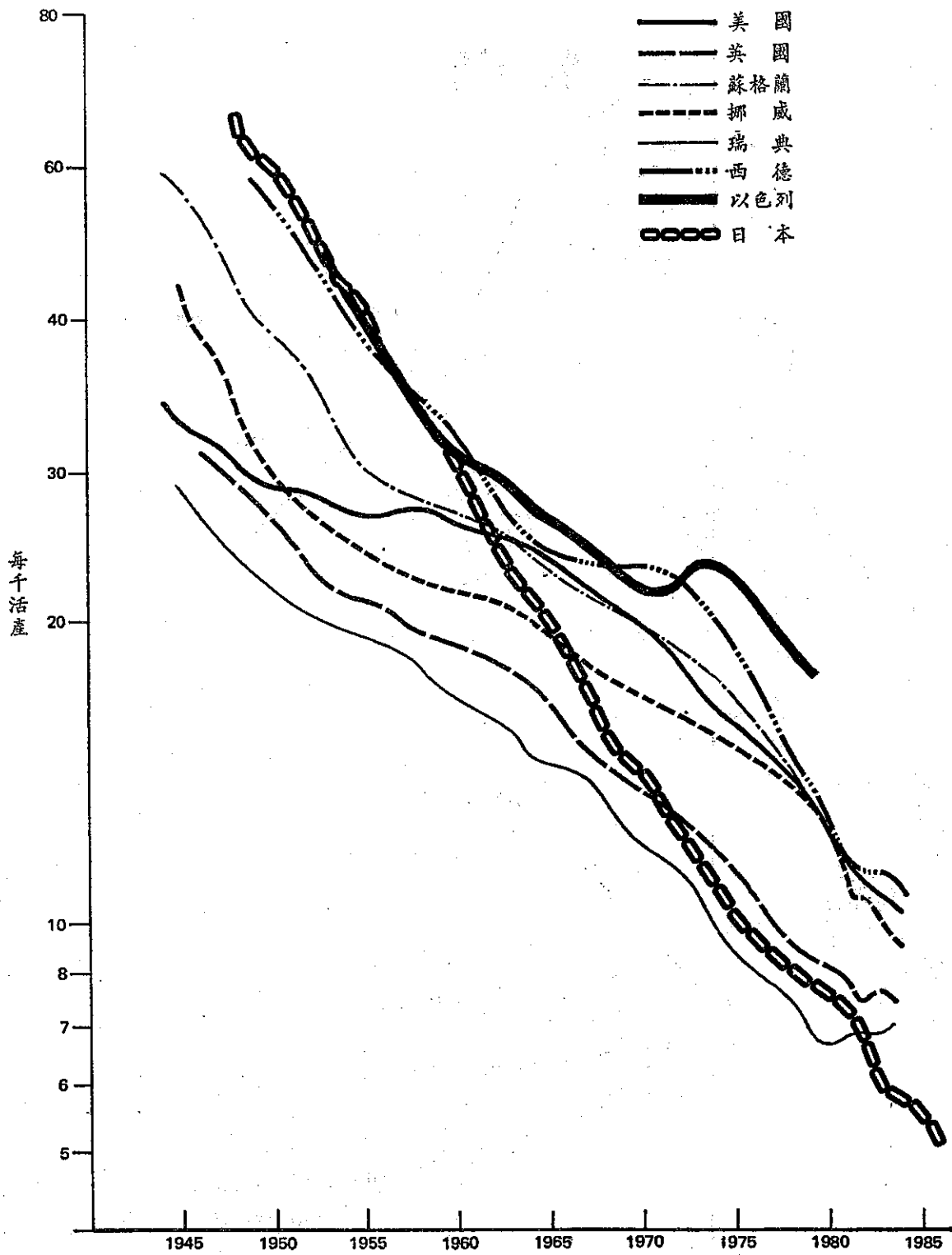
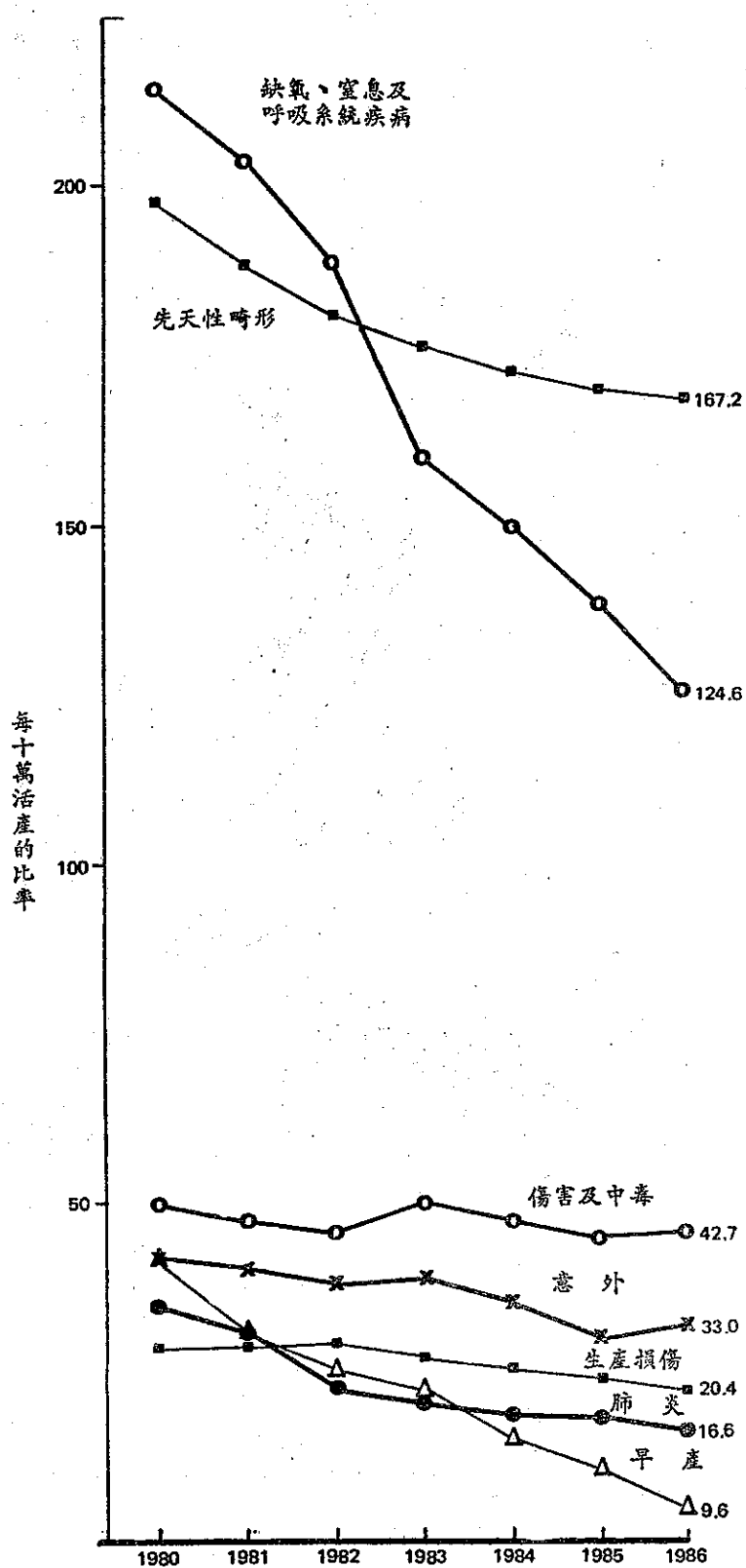


圖 4. 1980—1986年日本嬰兒的主要死因

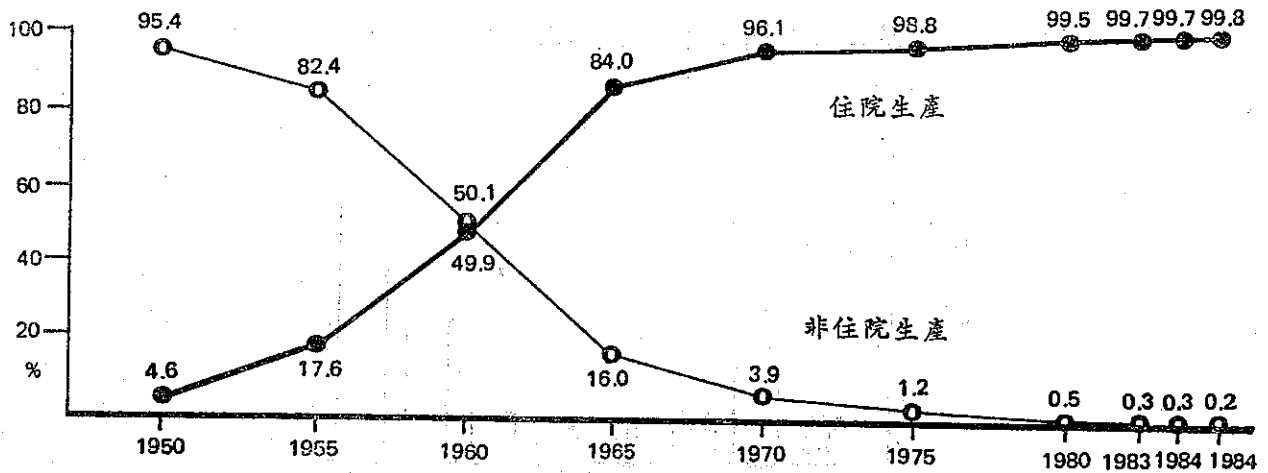


5. 第一流的醫療照顧

在日本大部分的生產地點是醫院或診所而且是由醫師或助產士接生，因而確保了母親及小孩享有

最妥善的醫療照顧。在1983年及1985年所有生產的百分之99.8地點是醫院或診所內(圖5)。

圖5. 1950—1985年日本住院生產及非住院生產的比率



6. 產後住院一週

在產後，母親及新生兒均住院一週，這是日本人的習俗，由產科的觀點來看，這種習俗對產後婦女及新生兒的照顧是有益的，母親可以由生產的緊張恢復過來，子宮出血的機會也可以減至最低；而新生兒也可以確定增加體重及治癒黃疸。此外，先天性新陳代謝異常的篩檢所謂格蘇里試驗 (Guth-

rie test) 也可以在住院期間進行。

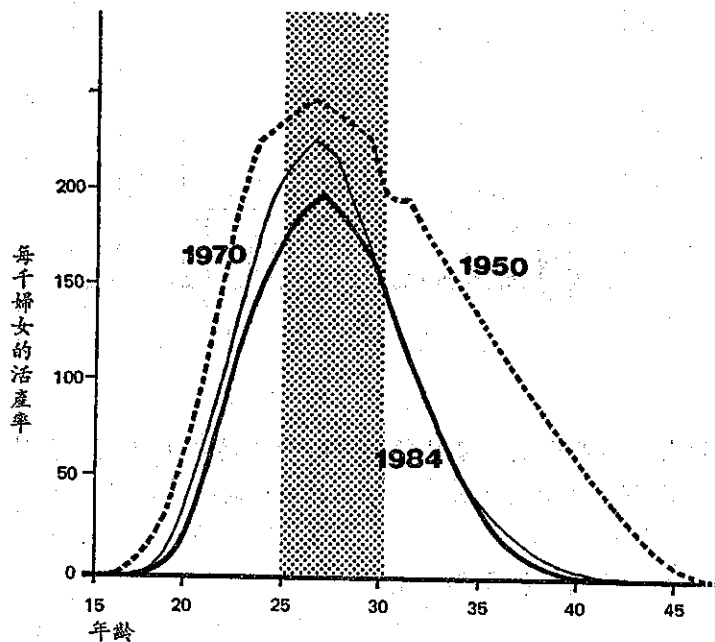
7. 使用婦幼健康手冊

在日本，每一位母親及小孩均受益於「婦幼健康手冊」的系統(後面將詳述)。

嬰兒死亡率下降因素的分析

圖6顯示幾乎所有日本的婦女是在20到34歲的

圖6. 1950、1970、1984年日本婦女生產的年齡分布

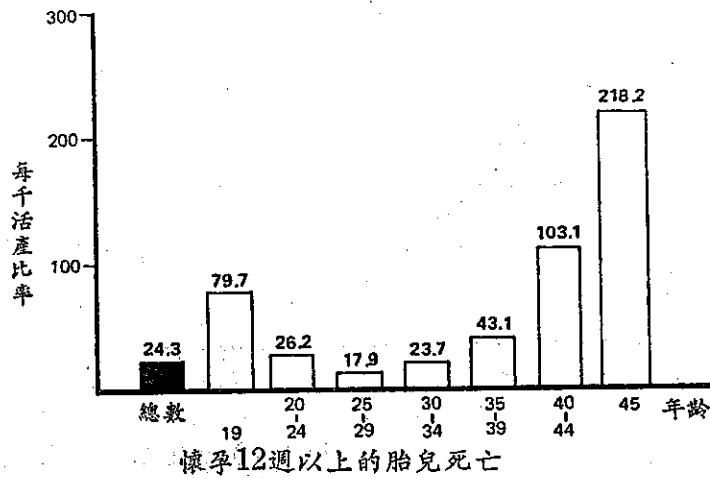


範圍懷孕及生產，而且大部分是集中在25到29歲的年齡（譯者註：1985年臺灣地區的數據分別是92.5%及42.4%）。

依據日本國家統計室的報告，胎兒死亡率（

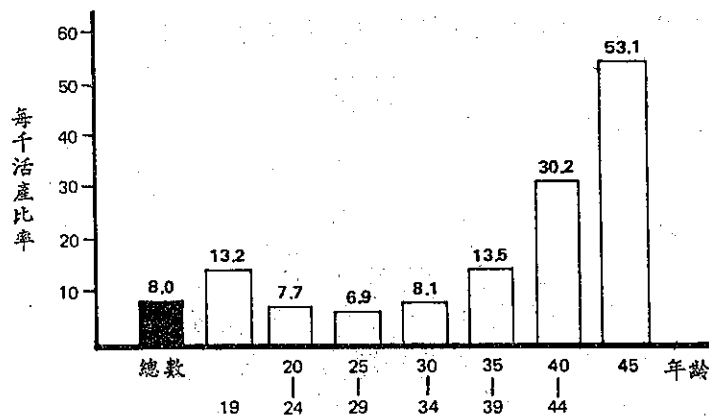
fetal death rate：懷孕至少12週的胎兒死亡）在25到29歲的產婦最低，其次是30到34歲，再其次是20到24歲，19歲以下及35歲以上的產婦有較高的胎兒死亡率（圖7）。

圖7. 1984年日本產母年齡別自然胎兒死亡率



週產期死亡率有類似的型式：在產婦年齡25到29歲最低，其次是20到24歲及30到34歲；而未成年及35歲以上的產婦則比率高（圖8）。

圖8. 1985年日本產母年齡別週產期死亡率

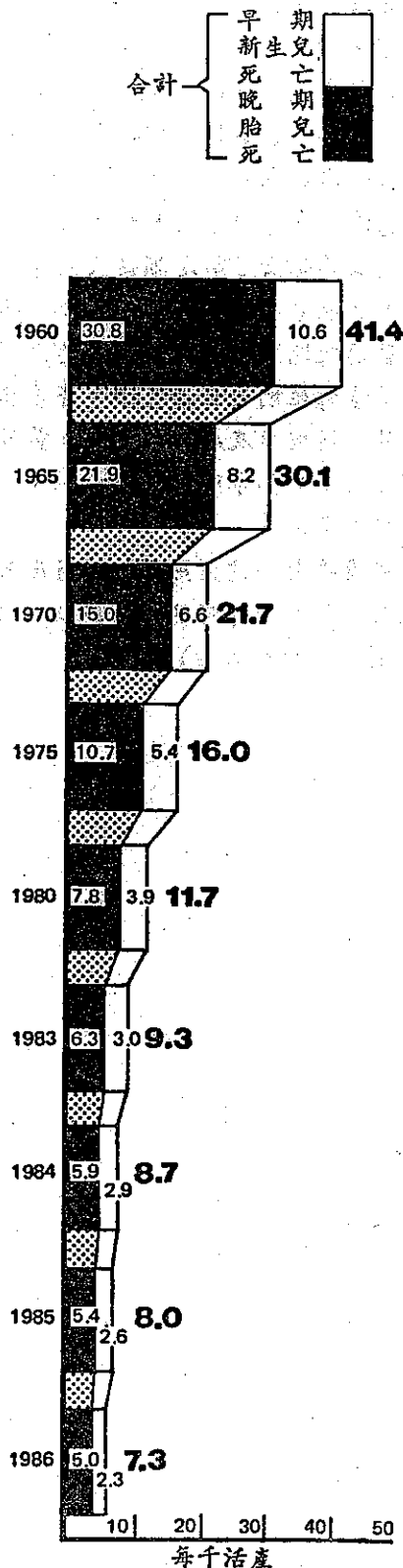


綜合上述，可以看出婦女受孕及生產的最佳年齡是20到34歲；小孩在母親年齡25到29歲時出生，危險性最小，而這些小孩也最健康。

在日本，週產期的死亡率也降低的相當多。值

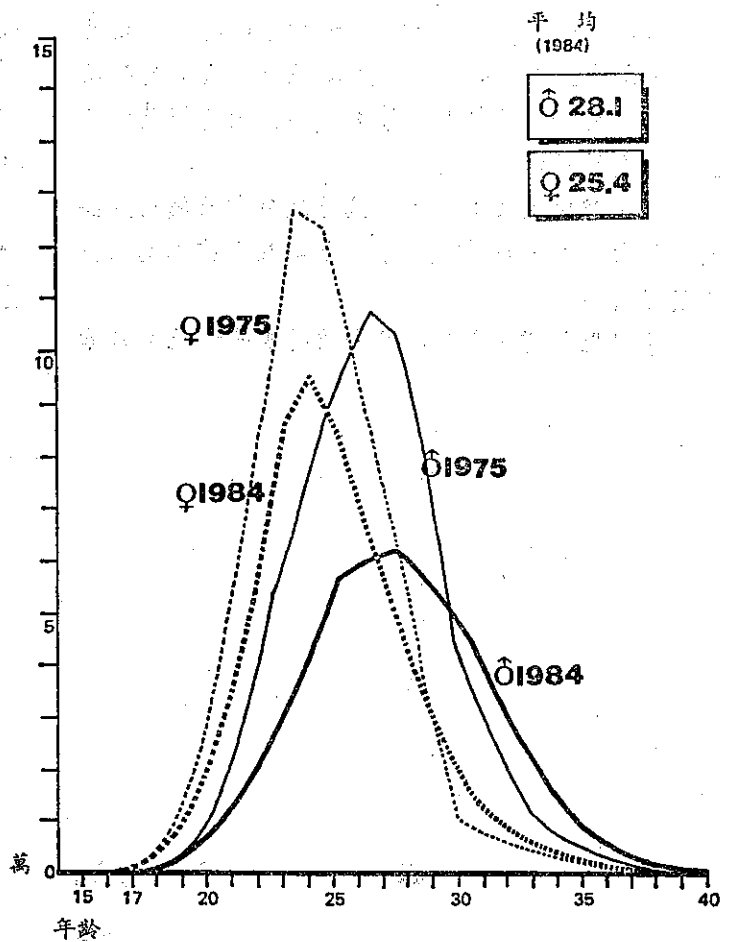
得注意的是，晚期胎兒的死亡率（late fetal death rate）較早期的新生兒死亡率（early neonatal death rate）高（圖9）。

圖 9. 1960—1986年日本週產期死亡率



日本人無論男女均相當晚婚，1984年男性平均結婚年齡為 28.1歲、女性為 25.4歲。日本婦女的初婚年齡在25歲左右，從生孩子的觀點來看，是相當有利的，因為如此，她們大部分的受孕及生產年齡剛好會落在25到29歲的最佳生育年齡範圍內（圖10）（譯者註：1985年臺灣地區平均初婚年齡男性為 28.4歲、女性為24.9歲）。

圖 10. 1975—1984年日本人初婚年齡分布



一本簡單的健康手冊竟然對日本的嬰兒死亡率的降低有巨大的貢獻實在很難令人相信。該「婦幼健康手冊」是每一位出生在日本的小孩由懷孕起至六歲的詳細健康記錄，由小孩的母親及醫護人員包括醫師、牙醫師、助產士或公共衛生護士做檢查或健康服務所做紀錄而完成。

該手冊大小剛好可以放入婦女的手提包內。第

二次世界大戰時開始使用，其時日本政府因為跟大國作戰需要兵源，鼓勵婦女多生一些健康的小孩，以增加生產人口。1942年由健康暨福利部首先發行，當時稱為「媽媽手冊」(Maternal Handbook)，至今已歷經四次修正。

為了更能反映婦幼健康的現代觀點，日本健康暨福利部在1987年4月1日大幅度修訂手冊的紀錄表格，並更名為「婦幼健康手冊」(Maternal and Child Health Handbook)。手冊的印刷費由每一市或鎮的政府負擔。

當一位婦女懷孕時，她就向所居住的市或鎮的辦公室報告並申領一本手冊，之後每一次到醫院或診所做產前檢查均隨身攜帶，並由主治醫師或助產士將檢查結果記在手冊內。

在小孩出生後，由父親或母親到市或鎮的辦公室登記出生，戶籍員並在手冊上記入小孩已完成出生登記的證明。

手冊上印有日本男孩及女孩的生長曲線，做母

親的可以將她小孩的曲線畫在上面做比較。這本手冊同時也提供小孩發育及預防接種的記錄。雖然醫師、牙醫師、助產士及公共衛生護士會記入檢查的結果，但母親才是手冊的主要使用者及主要記錄員，每一個小孩和他的媽媽共有一本手冊，一位母親有幾個小孩就有幾本手冊。

作者認為這本健康手冊提供了婦幼健康的基本資料，促進懷孕婦女了解定期健康檢查來偵察胎兒成長、血壓及尿等的價值。這種基礎使孕產婦幾乎在不知不覺的狀況下，執行了良好的保健行為。婦女們因而更注意她們的日常生活、營養及環境來維持懷孕時的良好健康及安全的生產。許多懷孕婦女在發現有症狀時，如水腫、陰道出血、腹痛及發燒，均會去請教醫師。

這本健康手冊一直使用到小孩6歲入小學為止，一旦進入小學，教育部就另外發給一本「健康手冊」(Health Handbook)。