

WEI CHAN BAO JIAN JI SHU ZHI NAN

围产保健 技术指南

张凤荣 孙泽河 任 冉
王庆华 张桂萍 周秀梅

主 编



天津科学技术出版社

围产保健技术指南

张凤荣 孙泽河 任 冉 主编
王庆华 张桂萍 周秀梅

天津科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

围产保健技术指南 / 张凤荣等主编: ——天津: 天津
科学技术出版社, 2010.6
ISBN 978-7-5308-5836-3

I. ①围… II. ①张… III. 围产期-妇幼保健-指南
IV. R715.3-62

中国版本图书馆CIP数据核字(2010)第117964号

责任编辑: 郑东红
责任印制: 王 莹

天津科学技术出版社出版
出版人: 蔡 颢
天津市西康路35号 邮编 300051
电话(022) 23332693(编辑室) 23332393(发行部)
网址: www.tjkjcs.com.cn
新华书店经销
济南天舜彩色印刷有限公司印刷

开本 787 × 1092 1/16 印张 25 字数 575 000
2010年6月第1版第1次印刷
定价: 48.00元

前 言

围产医学是七十年代迅速发展的一门新兴学科，是研究胚胎发育、胎儿生理病理以及新生儿和孕产妇疾病预防和诊治的学科。围产期虽然短暂，但孕产妇和胎儿却经历复杂的变化过程，如何平安度过并达到圆满结局，是围产医学的最终目标。

近年来，随着科技的进步，社会发展，使得提高人口素质成为全社会最关心的问题。围产医学作为生命的起点，备受关注，越来越多的学者把目光聚焦在这一领域。现代医学的发展，分子生物学、细胞生物学、医学电子学、神经生理学、药理学等交叉学科向围产医学渗透，使得围产医学这一学科蓬勃发展，计划妊娠、计划分娩、优生优育成为现实。然而我国目前每年仍有数万围产儿死亡、缺陷儿分娩。为了降低围产期母婴死亡率，提高围产期诊疗水平，我们撰写了《围产保健技术指南》，希望本书的出版能对围产医学事业及您的工作有所帮助。

本书以各级围产保健、儿童保健、护理工作者为主要对象，编写着眼于围产保健工作的实际，力求先进性、实用性、可操作性为一体，便于读者学习和掌握。全书共三篇十七章，50余万字，突出围产保健、围产营养、围产监测、围产用药、及围产期母婴各种并发症、合并症及新生儿常见病和多发病的诊治。本书各章节力求反映国内外最新研究动态、诊疗进展；同时本书增添了产前筛查及诊断、妊娠并性传播疾病、分娩镇痛、新生儿疾病筛查等章节，对新项目、新技术、新观点做了重点介绍，具有很强的实用性和可操作性。

本书在编写过程中，参考了大量的国内外专著，因篇幅所限不能一一列出，敬请读者谅解。由于成书时间仓促，加之我们的水平有限，书中难免有一些错误和不足之处，还请广大读者不吝批评和支持。

编 者
2010年2月

目 录

第一篇 围产期保健

第一章 围产期保健的目标及意义	(3)
第一节 概述	(3)
第二节 围产期保健的目标	(6)
第三节 围产期保健的服务内容及方法	(9)
第二章 围产期保健的内容	(14)
第一节 孕前期保健	(14)
第二节 孕期保健	(15)
第三节 分娩期保健	(29)
第四节 产褥期保健及护理	(33)
第五节 孕产妇心理保健及护理	(34)
第三章 围产期营养保健及卫生	(46)
第一节 围产期营养	(46)
第二节 围产期的食品卫生	(57)
第四章 围产期监测	(59)
第一节 胎儿成熟度的测定	(59)
第二节 胎儿生长发育监测	(62)
第三节 胎儿宫内储备力测定	(63)
第四节 胎儿—胎盘功能测定	(74)
第五章 妊娠期用药	(78)
第一节 药物代谢与运转	(78)
第二节 药理特点	(79)
第三节 药物的不良影响及用药选择	(82)
第六章 产前筛查及诊断	(91)
第一节 母血清生化指标筛查胎儿染色体异常	(91)
第二节 产前超声筛查	(96)
第三节 产前筛查的技术规范	(101)
第四节 介入性产前诊断技术	(105)

第二篇 围产期合并症及并发症的防治

第七章 妊娠合并内科疾病	(115)
第一节 心血管系统疾病	(115)
第二节 消化系统疾病	(121)
第三节 内分泌系统疾病	(131)
第四节 呼吸系统疾病	(138)
第五节 血液系统疾病	(141)
第六节 泌尿系统疾病	(148)
第七节 免疫系统疾病	(150)
第八章 妊娠合并外科疾病	(154)
第一节 急性阑尾炎	(154)
第二节 急性胆囊炎和胆石病	(156)
第三节 急性肠梗阻	(157)
第四节 泌尿道结石	(158)
第九章 妊娠合并性传播疾病	(159)
第一节 淋病	(159)
第二节 梅毒	(161)
第三节 尖锐湿疣	(163)
第四节 巨细胞病毒感染	(164)
第五节 生殖器疱疹	(166)
第六节 生殖道沙眼衣原体感染	(166)
第七节 孕产期预防艾滋病母婴传播措施	(168)
第十章 妊娠期高血压疾病	(185)
第一节 妊娠期高血压疾病	(185)
第二节 HELLP 综合征	(194)
第十一章 胎儿发育异常	(198)
第一节 巨大胎儿	(198)
第二节 胎儿生长受限	(203)
第三节 胎儿畸形	(206)
第十二章 分娩期并发症	(209)
第一节 产后出血	(209)
第二节 羊水栓塞	(213)
第十三章 分娩镇痛与无痛分娩	(218)
第一节 分娩疼痛的发生机制	(218)
第二节 无痛分娩的方法	(219)

第三篇 新生儿保健与新生儿疾病

第十四章	新生儿保健及护理	(231)
第一节	从胎儿到新生儿的过渡	(231)
第二节	新生儿第一口呼吸的建立	(236)
第三节	新生儿出生时的评估	(238)
第四节	新生儿出生后的处理	(244)
第十五章	新生儿常见疾病	(269)
第一节	高危新生儿的监护和治疗	(269)
第二节	新生儿重症监护和常频机械通气	(285)
第三节	新生儿窒息	(291)
第四节	新生儿缺氧缺血性脑病	(296)
第五节	新生儿颅内出血	(299)
第六节	胎粪吸入综合征	(302)
第七节	新生儿呼吸窘迫综合征	(304)
第八节	新生儿黄疸	(307)
第九节	新生儿溶血病	(310)
第十节	新生儿寒冷损伤综合征	(314)
第十一节	新生儿坏死性小肠结肠炎	(317)
第十二节	新生儿出血症	(318)
第十三节	新生儿低血糖和高血糖	(320)
第十四节	新生儿低钙血症	(322)
第十五节	新生儿脐部疾病	(324)
第十六节	新生儿产伤性疾病	(325)
第十六章	新生儿感染性疾病	(327)
第一节	新生儿败血症	(327)
第二节	新生儿感染性肺炎	(330)
第三节	新生儿破伤风	(332)
第四节	新生儿巨细胞病毒感染	(333)
第五节	先天性弓形虫感染	(334)
第六节	新生儿衣原体感染	(335)
第七节	先天性梅毒	(336)
第十七章	新生儿疾病筛查	(338)
第一节	新生儿疾病筛查的历史和现状	(338)
第二节	新生儿疾病筛查的质量保证	(345)
第三节	先天性甲状腺功能减退症	(354)
第四节	苯丙酮尿症	(361)

第五节	四氢生物蝶呤缺乏症	(370)
第六节	新生儿听力障碍	(375)

第一篇 围产期保健

第一章 围产期保健的目标及意义

第一节 概 述

一、围产医学的形成与发展

围产医学是20世纪70年代初期新兴的一门学科,旨在研究人类的生殖生理、病理、胚胎及胎儿的生理病理、新生儿的生理病理以及有关妊娠分娩及产褥生理病理,以保障和促进母子两代人的健康。

围产医学的产生是基础医学、医疗实践以及医学工程学发展的必然结果,是集产科、新生儿科、生理、病理、胚胎学、生物物理、生物化学、免疫学、遗传学、营养学、心理学、流行病学、社会学等精粹而发展起来的一门多学科合作的边缘学科。

围产或围生的意思是围绕产妇分娩或新生儿出生,这是一段有关人类生存与素质的关键时刻,早在20世纪20年代就有人提出:从人类生命统计分析,婴儿期死亡占人口死亡的首位,而新生儿期死亡又占婴儿期死亡的40~70%,1周内尤其3天内的死亡又占新生儿死亡的一半以上,而子宫内的胎儿死亡及产间死亡又是一周内新生儿死亡的2倍,因此人口死亡的大部分是集中在围绕着妊娠、分娩,也即胎儿出生前后的一段时间内。社会学家及医学家认为,仅用人口死亡率来反映医学卫生水平及社会经济文化水平已远远不够。第二次世界大战后人口的减少使许多国家开始关注儿童的健康,20世纪60年代后发达国家的婴儿死亡率有了显著下降,但死胎及新生儿死亡率却相对上升,孕产妇死亡率尤其贫困国家的孕产妇死亡率还没有引起社会的足够重视,社会经济及医学的发展使医学的重点关注到这一特定时期的母亲及胎儿、新生儿,当时迅速发展的医疗仪器如超声波、电子仪器等提供了医学发展的有力支持。70年代在此基础上形成并发展了一个新的独立的学科即围产医学,以母子为共同主体,开展了大量基础与临床研究。

20世纪产科是一门较为成熟的学科,但新生儿的医疗护理归属于儿科,新生儿出生后早期的医护由产科护理人员负责日常照料,对于这一特殊群体的生理病理研究甚少,儿科的重点也不在新生儿,因此死亡率较高。50年代是新生儿学科发展的年代,它从儿科中逐渐独立,专门从事新生儿疾病诊治。

60年代是胎儿医学逐渐形成的年代,对胎儿死亡原因的分析,推动了临床医学与

基础医学如病理、遗传学等在此领域中的合作，超声波、电子胎儿监护仪等仪器问世，对胎儿宫内状况的监测及一些胎儿疾病的诊断有了很大的进步。

在以上基础上围产医学在 70 年代成为一门新兴的学科问世。

围产医学发展早期的重要里程碑：

1950 年 Allen 及 Diamend 新生儿溶血症换血治疗

1953 年 Du Vigneand 催产素人工合成成功

1954 年 Paty 对氧气的毒性研究，提出要限制性用氧

1955 年 Hann 新生儿寒冷损伤的诊治

1956 年 Tji0 及 Leian 确定人类 46 条染色体

1958 年 Donald 超声诊断应用于产科

1958 年 Hon 电子胎儿监护仪研制成功

1959 年 Virgria Apgar 提出新生儿出生状况评价的评分法

1960 年 Burjus Hodgman 及 Cass 新生儿灰色综合征之研究

1961 年 Eisen 及 Hellmen 硬膜外麻醉成功用于临床

1962 年 Saling 取胎儿头皮血标本成功，成功地作胎儿血气分析

1963 年 Lileg RH 溶血症胎儿宫内输血

1963 年 Mclam 羊水穿刺取羊水标本成功

1963 年 Green Touchstone 雌三醇与胎盘功能关系

1964 年 Steele 及 Bog 羊水细胞培养成功

1965 年 Miglahi, Blane 及 Silnecman 新生儿坏死性小肠结肠炎诊断

1966 年 Parkman 及 Mgee 风疹免疫成功

1967 年新生儿血气分析，新生儿转运系统建立

1967 年 Jacobson 细胞遗传病宫内诊断

1968 年 Duduk 静脉高营养疗法问世

1968 年 Nadla 宫内诊断先天代谢病

1968 年 Sfem 新生儿加强监护中心 (NICU) 建立，呼吸机应用于新生儿临床。

1971 年 Gluck L/S 比值与 RDS 关系确立

1972 年 Brock Sufeliffe aFP 与神经管缺陷的关系确立

1972 年 Liggins Hoeon 糖皮质激素促肺成熟

1972 年辐射热用于新生儿保温

1972 年 Freeman 电子胎心监护仪广泛用于产科临床

1972 年 Dulues 胎儿呼吸运动的研究

1973 年 Sadonsky 实时显相超声用于临床

1973 年 Hobbars 胎儿镜的应用

20 世纪 80 年代以后围产医学加速发展，从发达国家迅速向全世界传播，在我国围产保健三级网建立，高危妊娠筛查及管理，危及孕产妇生命的主要原因如产后出血、妊娠高血压疾病、感染等治疗渐趋规范，使孕产妇死亡率大大下降。新生儿科的建立发展，新生儿疾病特别是呼吸系统、感染性疾病、早产儿等诊治水平提高。NICU 及转运

系统的建立使新生儿死亡率也有大幅度下降,产儿科的合作,促进了围产医学的发展,推动了胎儿医学的发展,对胎儿宫内状况的监测、疾病诊断治疗,使胎儿死亡率也有明显下降。20世纪80年代到90年代中叶是我国围产医学快速发展阶段,90年代后发展处在一个平稳阶段,但21世纪生命科学的发展以及社会高需求,又将促进围产医学的再次加速发展。

二、围产保健的定义

围产保健是围产医学临床部分的重要组成部分,即运用围产医学的理论、适宜技术和工作方法,以孕产妇及胎婴儿为主体,以保障母子健康,促进二代人的生命质量为目标,提供以生理、心理、社会适应为目标的综合保健服务。

三、围产期的定义

围产期是围产医学中对胎婴儿的一种时段分类方法,根据社会经济及医疗卫生水平不同,采取的定义也有所区别。

围产期 I:妊娠满28周(胎儿或新生儿出生体重 $\geq 1000\text{g}$)至出生后7天内。

围产期 II:妊娠满20周(胎儿或新生儿出生体重 $\geq 500\text{g}$)至出生后7天内。

围产期 III:妊娠满28周(胎儿或新生儿出生体重 $\geq 1000\text{g}$)至出生后28天内。

围产期 IV:胚胎形成至新生儿出生后7天内。

围产期 I 是 WHO 推荐并于1976年国际妇产科联合会同意的定义,也是1981年我国全国围产医学学术会议建议采用的。

发达国家目前多采用围产期 II、III。围产期定义是统计围产儿死亡率的依据。由于医疗水平不同。对不同胎龄胎儿出生后处理水平差异很大,发达国家对孕20~22周出生的胎儿认为是有生机儿,在良好的支持下有存活的可能,因此他们围产期的起始点就早。此外,虽然一半新生儿死亡发生在生后一周即新生儿早期,但许多早期疾病的延续或晚期发生的疾病仍然威胁着另一半新生儿,因此他们的围产期终点也就晚到生后28天,即包括了整个新生儿期。采用不同的定义对围产保健的要求不同,在我国目前虽然仍采用围产期 I 定义,但医疗水平较好的地区医院应向围产期定义 II、III 努力,许多 NICU 也有不少孕28周以前新生儿存活的报道。

围产期定义只是统计围产儿死亡的时段依据,围产儿死亡包括胎儿、新生儿死亡,均是与母体健康状态以及得到的保健质量有关,因此要降低围产儿死亡必须从母亲保健开始,从现代医学新概念,21世纪促进健康的三大主题——生命的准备、生命的保护、生命的质量来看,生命的准备是关键,而这种准备至少从生命的来源——配子(男性及女性生殖细胞)开始,新生命起始从受精卵期开始,所以围产保健不是围产期保健,而是从生命的准备阶段即受孕前的准备阶段就开始,高质量的父母健康素质才能孕育健康的孩子,高质量的保健才能使健康的父母在健康的内外环境中孕育一个健康的后代,国际上从20世纪90年代起提出生殖健康的新概念,历史从受孕准备、胚胎期、胎儿期、新生儿期、儿童期、青少年期、婚育期、更年期、老年期各生命阶段,而围产保健则是生殖健康周期中关键的一段,也是生殖健康中唯一涉及二个以上个体和二代群体的时段,围产保健质量不仅影响到妊娠分娩及产褥期母子健康,而且还对子代的远期生命

质量直接相关,因此它的重要性概括了 21 世纪促进健康三大主题的全部内容。

围产保健的另一重要意义是生殖健康链中一个新的子链开始的一个衍生点,因为母体从受孕开始就启动了一个新生命生殖健康链,如此一代周而复始进行生命的繁衍。

第二节 围产期保健的目标

因为科学的发展是循序渐进的,他的目标不能在同一时间达到。围产保健的发展一样,他的目标也需分阶段完成。

一、初期目标

降低孕产妇和围产儿死亡率,这也是最低目标,20 世纪以后孕产妇、围产儿死亡率已成为比人口死亡率及预期人均寿命更敏感的指标来衡量一个国家、地区社会经济文化和医疗卫生水平。

二、中期目标

降低母婴发病率及远期致残率,这也是降低死亡率的基础,从预防医学角度看一级预防为防发病,二级预防为防意外,三级预防为降低死亡率。降低危害母婴死亡的主要疾病如妊娠高血压疾病、产科出血、新生儿窒息、新生儿呼吸系统及感染性疾病、早产、先天畸形等发病率,预防这些疾病发生比发生意外情况时抢救更有效、更经济。如果这些疾病发病率不下降,则死因的顺位不会改变,死亡率也无法真正的稳定下降。

三、最终目标

提高人口健康素质。这是人类的愿望,也是人类发展的基础。20 世纪 80 年代 WHO 提出健康新标准为不仅是身体无病,而是生理、心理、社会适应完美的三维标准,对医学提出新的要求。医学服务内容不能单纯以医病为主,而要涉及到三维健康标准的综合服务,这就需要服务能力提高,多学科合作、服务内容的拓展、服务理念及模式的转变。近年许多研究表明母亲妊娠期代谢性疾病如糖尿病等,可改变子宫内环境,不仅影响围产儿质量而且还可影响子代一些代谢相关疾病的发生率,所以围产保健与人类健康素质直接相关。围产保健目标虽然分阶段的,但是当初级目标达到或接近达到时,社会经济文化发达后人们需求提高时,中期及最终目标也提到日程上来。围产医学家的目的也要向着全面的目标努力。

四、母亲安全与子代健康

母亲安全与子代健康是围产医学永恒的主题,永远的目标。

1987 年在肯尼亚内罗毕召开第一届国际母亲安全会议,首次将孕产妇死亡提到国际首脑会议议程中来,以血淋淋的事实提出了孕产妇死亡是一个社会问题,是忽视妇女人权的一种表现,首次提出,母亲安全这口号,并得到了世界卫生组织、联合国儿童基金会、联合国人口基金会、世界银行的响应,以后在 1990 年世界儿童问题首脑会议上又提出到 2000 年各国要将孕产妇死亡率降到 1990 年的 1/2,1994 年国际人口与发展大

会、1994 年第四届国际妇女代表大会均提出了各国政府必须致力于降低孕产妇死亡的工作。

母亲安全是一个全球卫生战略的重要目标,“妊娠人生大事,务使母婴平安”是 WHO 1998 年世界卫生日提出的口号。虽然妊娠和分娩是一个正常的生理过程,但每一位母亲和婴儿的健康与生命在此过程中都面临着危险,母亲安全就是帮助母亲战胜危险,安全幸福地将一个新生命带到世界上来,在影响妇女健康的各生理阶段中,妊娠与分娩是最重要而且最易于发生危险和意外的过程,母亲安全不仅是妇女健康的核心,也成为人类发展的核心。

21 世纪母亲安全的概念已不再只是降低孕产妇死亡率,广义的母亲安全还包括降低发病率、致残率,提高三维健康质量,同时还包括降低围产儿死亡率和提高子代健康素质。

20 世纪特别是 80 年代后,世界经历了深刻的变化,社会经济文化及人类的福利都有了长足的进步,其中一项成就是人预期寿命延长,世界平均预期寿命提高了 20 年,出生后第一年的死亡率降低了近 1/3。由 1970~1975 年的 92‰降到 1990~1995 年 6‰,在发达国家和地区,在相应的时间内围产儿死亡率从 22‰降到 12‰,发展中国家从 105‰降到 69‰,发达国家的孕产妇死亡率已降到 10/10 万活产以下,妇女平均寿命已达到 80 岁以上。但是在发展中国家,平均妇女寿命仅 53 岁,而且其中 6%~11% 时间用来生育,妇女一生中死于妊娠并发症的危险非洲达 1/16、亚洲 1/65、拉丁美洲 1/130,而北欧发达国家仅为 1/9800。全世界每年至少有 1.6 亿妇女妊娠,其中 15% 发生严重并发症,其中 1/3 危及生命,每年平均孕产妇死亡数为 60 万。更为严重的是伴随 1 例孕产妇死亡会有 30 例妇女遭受因妊娠分娩并发症引起的严重伤残。WHO 统计每年有 8 万妇女患尿道阴道瘘,全世界仍有 50~100 万此类患者。埃及 58% 妇女患子宫脱垂,哥伦比亚、菲律宾、巴基斯坦等国,45 岁以下妇女患子宫脱垂占 9%—25%。不仅如此,60 万/年孕产妇死亡还伴随着 300~400 万/年生后 1 周内死亡及相同数量的死胎发生,原因是与孕产妇死因相同——不适当和不足的围产保健。总之,全世界 85% 的分娩、95% 的婴儿死亡和 99% 孕产妇死亡发生在发展中国家。

中国对于母亲安全的努力已有一个多世纪,1928 年杨崇瑞博士在北京创办了第一所接生员讲习所,解放后她担任卫生部第一任妇女管理局局长,一直致力于降低孕产妇死亡。在我国政府的重视下,在一代代妇幼卫生工作者的努力下,我国孕产妇死亡从解放初期的 1500/10 万活产降到 1989 年的 94.7/10 万。

1990 年国际儿童问题首脑会议号召各国,中国政府承诺,将孕产妇死亡率降到 1990 年的 1/2。20 世纪 90 年代,我国政府先后制定了《中国妇女权益保障法》、《未成年人保障法》、《中国妇女发展纲要》、《九十年代中国儿童发展纲要》等一系列妇女儿童权益的法律。

1991 年起开展了规模宏大的农村三项建设,到 1998 年共投资 141 亿,73% 乡镇卫生院和 76.93% (1729) 所县妇幼保健院得到了改造。

1992 年启动全国性创建爱婴医院活动,有力地推动了各级医院产、儿科的建设,提高了对孕产妇和儿童的服务质量。

1995 年颁布实施《母婴保健法》，使妇幼保健工作逐步走上依法管理的轨道。

新中国成立初期 1500/10 万

1990 年 88.9/10 万

1994 年 64.8/10 万

1996 年 64.6/10 万

1998 年 56.2/10 万

2000 年 53.0/10 万

从上述资料可以看到，2000 年仍未达到 1990 年的 1/2 (44.5/10 万)。为此，国务院妇女儿童工委、卫生部、财政部于 2000 ~ 2001 年在内蒙古、江西、湖南、重庆、四川、贵州、云南、西藏、甘肃、宁夏、青海、新疆等 12 省、自治区、直辖市中 378 个县开展降低孕产妇死亡率和消除新生儿破伤风项目，要求以省为单位孕产妇死亡率降到 1990 年的 1/2，新生儿破伤风以县为单位降到 0.1% 以下。到 2001 年项目结束时内蒙古、江西、湖南、贵州、云南、西藏、甘肃孕产妇死亡率已降到 2000 年的 1/2。378 县新生儿破伤风均已降到 0.1% 以下。2004 ~ 2005 年国家再次拨款在 17 省 440 县，以 2001 年为基础孕产妇死亡率再下降 25%，2005 年可能项目覆盖 23 省 1000 县。

2002 年全国妇幼卫生监测资料显示，全国孕产妇死亡率降到 43.2/10 万，其中城市 22.3/10 万，农村 58.2/10 万，比 2001 年减低分别为 13.9%、32.6%、6%；沿海地区孕产妇死亡率 19.7/10 万，内地 53.8/10 万，边远地区 81.6/10 万，分别比 2001 年下降 32.8%，1.1% 及 6.5%。死亡原因中产科出血占 52.35%、妊娠高血压疾病 12.1%，可避免因素中家庭占 56.3%、医疗保健部门占 42.8%，与 WHO 分析的三延误一致：个人家庭就诊延误、转诊延误、医疗保健部门延误。

进一步降低孕产妇死亡率任重道远，可以从以下几方面着手：

1. 加强健康教育，提高自我保健意识，主动寻求医疗保健部门帮助，减少第一个延误，在农村提倡住院分娩。
2. 医疗保健部门要改变服务理念及模式，开展友好爱母服务 (mother friendly service)，以人性化服务缩短享受保健的公平性的距离。
3. 医疗保健部门要提高服务质量。以循证医学为指导提供高质量服务。目前两大死因产科出血及妊娠高血压疾病均为可以干预的疾病，系常见病，有成熟的处理经验，也有一部分预防经验，应及时推广，基层医院要尽快接受新知识、新技术，并要掌握识别高危因素，尽早安全转院，二、三级医院要负责培训、指导及接受转诊。如果死因顺位不改变要真正降低孕产妇死亡是不可能的。
4. 保健与临床相结合，结合死亡评审，认真总结地区存在不足，有针对性地逐一解决，提高救治水平。
5. 地方政府应动员社会关注母亲安全，儿童健康，在转运工具、人员或贫困救助等方面出力。

广义母亲安全的目标更长远，二、三级医疗保健机构进行临床及基础研究对目前围产医学中危害较大的疾病如产科出血、妊娠高血压疾病、早产、感染等提出较成熟的防治措施，降低发病率及发病后意外事件发生率。提高产科质量，提高分娩期保健质量，

提高心理保健质量可减少母婴远期致残率、改善生活质量。

第三节 围产期保健的服务内容及方法

一、围产保健的内容

(一) 围产保健服务对象

围产保健服务直接对象为孕产妇和她们的胎婴儿,因此至少包括两个个体,如为双胎妊娠则为3个个体。间接对象还需包括孕产妇的家庭,需要将保健的重要性、内容、方法告诉家属,与他们配合实施对孕产妇及胎婴儿的综合服务。服务对象根据三维健康标准又可分健康、亚健康及患病人群,根据重点进行个体化保健。

(二) 围产保健的分期

围产保健是一个系统保健,是生殖健康中一个承上启下的阶段保健。一对夫妇的健康素质是从他们胚胎期就开始需要保健的,到婚育期才能有健康的生理及心理状态来孕育下一代,近代围产保健的开始从婚前或孕前保健开始,受孕后从孕早期到孕中期、晚期、分娩期、产褥期实施连续系统的保健,子代则从受孕前准备、胚胎期、胎儿期、从胎儿到新生儿的过渡期、新生儿期连续系统保健。以人为本的人性化保健是将孕产妇及他们的胎婴儿不当作病,而作为人予以尊重、关爱,根据他们主观的以及客观的需求提供生理、心理及社会适应的综合保健服务。

围产保健的分期不是说将服务对象分段割裂的保健,只是按不同时段不同的生理、心理特点提供相应的保健,但对孕产妇及胎婴儿的保健应是整体的、连贯的、系统的。

(三) 围产保健的服务内容与方法。

1. 围产保健的组织管理

围产保健三级网是实施围产保健的组织保证,在城市一级机构由基层街道妇幼保健站或医院组成,二级机构由区妇幼保健院(所)、区级医院及厂矿职工医院组成,三级由省市妇幼保健院、省市三级医院及医科大学附属医院组成。农村则一级机构为村保健站,二级为乡镇医院或卫生院,三级为县(区)医院、县(区)妇幼保健院。

各级职责:

一级机构:

(1) 及时发现孕妇,做好早孕登记,进行早孕保健指导并初筛高危因素,及时向上级医院转诊。

(2) 建立围产保健手册,开展产前检查,如有高危因素及时上转。

(3) 负责辖区内产后访视。

(4) 开展健康教育。

二级机构:

(1) 负责辖区内孕产妇保健医疗工作。

(2) 负责正常及一般高危孕产妇的产前保健医疗,分娩期处理及新生儿保健。