

PRACTICE OF MIDWIFERY

实用助产学

主编 丁 焱 李笑天



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE



网络
增值服务
ONLINE SERVICES



实用助产学

■ 主 编 丁 焱 李笑天

■ 副 主 编 李儒芝 罗太珍 徐鑫芬 熊 钰

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

实用助产学/丁焱, 李笑天主编. —北京:
人民卫生出版社, 2018

ISBN 978-7-117-26313-9

I. ①实… II. ①丁…②李… III. ①助产学
IV. ①R717

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2018)第 057790 号

人卫智网	www. ipmph. com	医学教育、学术、考试、健康, 购书智慧智能综合服务平台
人卫官网	www. pmph. com	人卫官方资讯发布平台

版权所有,侵权必究!

实用助产学

主 编: 丁 焱 李笑天

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: [pmph @ pmph. com](mailto:pmph@pmph.com)

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京盛通印刷股份有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 889×1194 1/16 印张: 28

字 数: 1053 千字

版 次: 2018 年 4 月第 1 版 2018 年 4 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-26313-9/R • 26314

定 价: 198.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: [WQ @ pmph. com](mailto:WQ@pmph.com)

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

编者名单

- 主 编 丁 焱 李笑天
- 副主编 李儒芝 罗太珍 徐鑫芬 熊 钰
- 编 者(以姓氏笔画为序)
- 丁 焱 复旦大学附属妇产科医院
- 王 娜 复旦大学附属妇产科医院
- 王 靖 复旦大学附属妇产科医院
- 王 静 山东省立医院
- 王龙琼 重庆医科大学附属第一医院
- 王素珍 复旦大学附属妇产科医院
- 孙晓溪 复旦大学附属妇产科医院
- 许 华 复旦大学附属中山医院
- 羊 芸 复旦大学附属妇产科医院
- 朱春香 复旦大学附属妇产科医院
- 朱新丽 复旦大学附属妇产科医院
- 陈敦金 广州医科大学附属第三医院
- 杜美蓉 复旦大学附属妇产科医院
- 闵 辉 复旦大学附属妇产科医院
- 李桂英 复旦大学附属妇产科医院
- 李 丽 复旦大学附属妇产科医院
- 李 磊 山东省立医院
- 李玲玲 上海长征医院
- 李秋芳 浙江大学医学院附属妇产科医院
- 李儒芝 复旦大学附属妇产科医院
- 李笑天 复旦大学附属妇产科医院
- 肖喜荣 复旦大学附属妇产科医院
- 张 斌 复旦大学附属妇产科医院
- 张俊平 复旦大学附属妇产科医院
- 张月萍 复旦大学附属妇产科医院
- 张 铮 复旦大学附属妇产科医院

罗太珍 广州医科大学附属第三医院
周菲菲 复旦大学附属妇产科医院
周英凤 复旦大学护理学院
赵 纓 复旦大学护理学院
胡 蓉 复旦大学附属妇产科医院
党建红 上海长征医院
顾春怡 复旦大学附属妇产科医院
郭 方 复旦大学附属妇产科医院
郭 琳 复旦大学附属妇产科医院
钱来娣 复旦大学附属妇产科医院
徐 焕 复旦大学附属妇产科医院
徐萌艳 浙江大学医学院附属妇产科医院
徐鑫芬 浙江大学医学院附属妇产科医院
黄邵强 复旦大学附属妇产科医院
梁 嫒 复旦大学附属妇产科医院
盛 佳 复旦大学附属妇产科医院
彭 婷 复旦大学附属妇产科医院
温 弘 浙江大学医学院附属妇产科医院
熊 钰 复旦大学附属妇产科医院

■ 秘 书 郭 琳 梁 爽

序 一

在复旦大学上海医学院(原上海医科大学)创建 90 周年之际,复旦大学“实用”医学丛书的《实用助产学》问世了。

助产学在复旦大学附属妇产科医院(上海市红房子医院)具有悠久的历史。自 1884 年红房子医院的创始人伊丽莎白·罗夫施耐德女士在黄浦江边创建“西门妇孺医院”,与她同伴的伊丽莎白·麦基奇尼女士作为来华的第一位护士,与罗夫施耐德一起在西门妇孺医院工作。麦基奇尼和她的同事们将严格有序的护理和助产理念带进了医院,并培养了一批又一批的中国助产士和护士。她是第一位将助产和护理的理念及技术带进国门的人。据 1910 年《西门妇孺医院 25 周年纪念册》记载:“盖婴儿出院以后,其情形果何如耶?彼未完全成熟之婴儿,曾经悉心看护,并以药剂哺之,出院以后其情形又如何耶?斯皆医师与护士所时刻在心,念念不忘者……”这应该我国最早关于早产儿救治的文字记载了,开创了我国最早的围产儿保健、随访的先河,最早的孕产妇保健。1920 年,红房子医院创办了协和高级护士学校,为国内最早的培养助产士和护士的专科学校,开启了我国助产和护理专业的现代人才培养体系。

助产专业范畴从分娩时助产操作扩展到围产期、围孕期甚至整个生殖期保健领域,是一个多学科领域的融合交叉点。国内专业人士也正在转变对助产专业的认识。随着国家生育政策的调整,高龄、高危孕产妇增加,生育需求出现井喷现象,助产服务面临着新的压力和挑战,为了满足社会需求,保障母婴安全,党和政府非常重视加强助产专业队伍的临床服务能力。红房子医院为了适应新的形势和科技发展,把新的理念和思想贯穿到临床实践中,强化将证据到临床的实践转化,近年来,又开展了助产士咨询门诊、营养咨询门诊、伤口处理专科、心理咨询和干预专科……把助产学的工作从原来的正常妊娠助产扩展为全孕期的保健、临床和预防并重、医疗和管理结合的全新的助产学体系。

《实用助产学》的编写人员绝大多数是来自国内顶尖助产机构的临床一线人员,她们具有坚实的理论基础和丰富的临床经验。全书在“循证”的基础上突出“实用性”,希望成为助产专业人员在实践过程中的“良师益友”。希望这本书可以帮助助产一线人员提高知识技能水平,以应对现在和未来妇产科所面对的诸多风险和挑战。

本书的出版对复旦大学助产专业的发展也具有积极作用。2014 年国家卫计委妇幼司启动了助产专业本科教育的试点工作,作为八所助产本科招生试点单位之一,复旦大学希望抓住机遇,迎接挑战,高起点、高标准探索助产人员的培养模式。2016 年复旦大学上海医学院又启动了助产专业本科-硕士-博士培养的联动方案,探索助产人才培养的复旦模式。复旦大学作为助产专业建设的拓荒者,希望把人才培养建立在扎实的临床实践的基础上。本书的面世也从一个层面反映了复旦人在助产专业建设方面的努力和收获,我们希望这本书可以为助产学生从理论走向实践搭建一个桥梁,帮助“新助产人”更好、更快地成为合格的助产一线人员,服务于国家的妇幼事业。

桂永浩

复旦大学常务副校长

复旦大学上海医学院院长

2018 年 4 月

序 二

卫生保健服务必须顺应社会需求的改变和科学技术的进步而不断调整 and 改革，助产服务也不例外。近年来，国家生育政策调整，两孩政策落地，高龄、高危孕产妇明显增多，如何降低孕产妇和新生儿死亡率更成为值得关注的重大社会问题。同时，随着社会进步、文明发展、技术革新，加上“健康中国”理念的提出、全球互联网格局的形成，如何面向全体服务对象提供高质量的预防保健和健康管理、如何建立有利于防治结合的妇幼保健机构运行新机制业已成为助产人面临的新的挑战。

《实用助产学》就是在这样一个社会背景下出版的，其社会意义不言自明。

助产的服务对象具有独特性，大部分服务对象是健康人群，我们不仅要关注产妇和新生儿的生存和安全，同时还要保证整个孕期和分娩过程的自然、顺利，维持孕产妇及其家庭对整个过程的正向体验，让自然和技术完美结合和有效平衡，从而体现人文关怀、体现“以孕产妇为中心”的思想。助产学作为产科学、护理学、儿科学等多学科的交叉点和融合点，其范畴日趋扩大，内涵不断深入，在实践过程中如何落实多学科之间的高效合作也极具挑战性。

《实用助产学》就是在这样一连串的思考中逐步成形的，其实用价值也显而易见。

此书汇聚了多个学科的专家学者们，历时两年时间，在新的理念的指导下，依据最新证据，综合宝贵的临床经验撰写而成。助产质量是母婴保健的核心内容，助产质量的提高对保障母婴健康意义重大。希望这本参考书可以帮助助产医务人员提高助产服务水平，满足日益增长的社会需求。

以此为起点，热忱期望助产学这一亚专科顺时应势，健康发展！

是以为序。

徐丛剑

复旦大学附属妇产科医院院长

2018年4月

前言

两孩政策实施以来,累计生育需求集中释放,出生人口数量明显增加,高龄孕产妇比例增高,妇幼健康服务的数量、质量和服务资源面临新的挑战。2016年原国家卫生计生委与国家发展改革委、教育部、财政部和人力资源社会保障部联合印发了《关于加强生育全程基本医疗保健服务的若干意见》,明确提出:“推进防治结合服务模式。以保健为中心,保健与临床相结合,面向妇女儿童提供防治结合的健康管理服务。建立有利于防治结合的妇幼保健机构运行新机制,为妇女儿童提供预防保健服务和常见病诊疗服务。”《实用助产学》就是在这样的背景下,经过两年时间酝酿而成的。

《实用助产学》所针对的主要读者群是助产士、产科医师和妇幼保健人员。是她们进行助产实践活动的参考书。全书共分为八大篇:总论篇;孕前保健篇;孕期保健篇;正常分娩篇;异常分娩篇;产后保健篇;新生儿照护篇;助产急救篇。

总论篇包括助产学导论和助产学基础两部分。助产学导论主要包括:助产学的发展和助产现状;中国助产服务体系;健康促进和健康教育;以及助产的循证实践等内容。助产学基础主要包括女性生殖系统解剖和生理;临床遗传学基础;胎儿、胚胎发育和胎儿各系统生理特点(包括胎头的详细解剖);胎儿附属物及其功能;以及妊娠期母体变化。

孕前保健篇主要对孕前保健(尤其是孕前保健在中国的开展情况)和辅助生殖技术进行了介绍。

孕期保健篇分为正常妊娠和异常妊娠,同时还包括遗传咨询、产前筛查和产前诊断部分。正常妊娠部分包括妊娠诊断;妊娠期保健和管理;胎儿健康评估;以及妊娠期常见症状管理。异常妊娠部分首先对高危妊娠管理进行了介绍;然后分述产科常见异常情况。

正常分娩篇是本书的重点之一,共分为十章,包括:产房管理和分娩服务模式;分娩动因及影响因素;枕先露的分娩机制;先兆临产、临产与产程;产时母儿监护;分娩镇痛管理;第一产程的管理;第二产程的管理;第三产程的管理;以及剖宫产术后分娩方式的选择和管理。

异常分娩篇共三章,包括:异常分娩管理;异常分娩的早期识别与监测;异常分娩的预防和早期处理;以及异常分娩常用处理技术。

产后保健篇包括:正常产褥管理;异常产褥管理以及孕产妇心理保健三部分内容。

新生儿照护篇以正常新生儿为重点,内容主要包括正常新生儿照护和部分异常新生儿的照护,以及新生儿产时护理与转运等内容。

助产急救篇是本书的特色之一,内容包括:产科急救管理和助产急救各论。各论包括:即刻剖宫产;羊水栓塞;脐带脱垂;胎盘滞留;肩难产;子宫破裂;产后出血;子痫;肺栓塞;以及产科休克。体现多学科合作,强调急救规范和流程。

本书强调实践过程中人文精神和医学知识的统一,充分反映生理-心理-社会的健康新概念,重视政策、文化、心理社会因素对整个生育过程的影响。同时本书反映助产新理念,强调分娩的自然性,体现“以家庭为中心”的服务思想,突出生育家庭的主导地位,助产团队的实践必须围绕生育家庭的需要,重视生育家庭的真实体验。

本书还着重体现“多学科合作”的助产实践发展趋势和工作模式,聚焦助产实践和技术,适当减少和产科学交叉的内容,充分整合国内外助产专业发展的最新信息和最佳实证,渗透服务和管理等元

素，以突出该书在临床助产实践领域的适用性和先进性。为了加强本书的“实用”特点，“快速实践指导 (practice sheet)”贯穿部分章节，方便读者直接使用。重点内容后以方框形式出现“临床思考 (reflective activity)”，促进读者消化吸收所学内容，和实践相结合，融会贯通。最后以“本章关键点”结尾，帮助读者总结提炼。同时整本书将尽量体现助产专业的最新、最佳证据，每章后附主要参考文献，供有兴趣的读者进一步学习。

本书的编者以工作在助产临床和教学第一线的助产士、产科医师为主体，在编写过程中兢兢业业，诚惶诚恐，但水平有限，不免会有不足或错误之处，希望读者能不吝指出并赐教，共同进步。

生命的起源是如此神奇，充满着喜悦、艰辛和风险。让我们一路相随……

丁焱 李笑天

2018年4月

《实用助产学》配套增值内容步骤说明

1. 打开激活网址

扫描封底圆形二维码或打开
激活平台 (jh.ipmph.com)

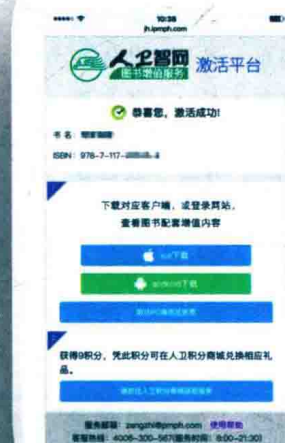


2. 激活增值服务

刮开封底激活码
激活图书增值服务



3. 下载客户端或登录网站



4. 扫码浏览资源

登录客户端
扫描书内二维码浏览资源



目 录

第一篇 总论篇

第一章 导论	1
第一节 助产学的发展和助产现状	1
第二节 中国助产服务体系	4
第三节 助产门诊服务	6
第四节 健康促进和健康教育	11
第五节 助产的循证实践	17
第二章 助产学基础	20
第一节 女性生殖器官解剖	20
第二节 女性生殖系统生理	32
第三节 临床遗传学基础	42
第四节 胚胎、胎儿发育和胎儿各系统生理特点	46
第五节 胎儿附属物及其功能	56
第六节 妊娠期母体变化	61

第二篇 孕前保健篇

第三章 孕前保健	66
第一节 孕前保健的基础概念和中国现状	66
第二节 孕前保健的实施	67
第四章 辅助生殖技术	72

第三篇 孕期保健篇

第五章 正常妊娠	78
第一节 妊娠诊断	78
第二节 妊娠期保健	82
第三节 妊娠期管理	89
第四节 胎儿健康评估	99
第五节 妊娠期常见症状管理	104
第六章 遗传咨询、产前筛查和产前诊断	112
第一节 遗传咨询	112
第二节 产前筛查	114
第三节 产前诊断	117

第七章 异常妊娠	119
第一节 高危妊娠管理	119
第二节 妊娠期出血性疾病	121
第三节 妊娠相关疾病	134
第四节 妊娠合并感染性疾病	176

第四篇 正常分娩篇

第八章 产房管理和分娩服务模式	188
第九章 分娩动因及影响因素	191
第一节 分娩动因	191
第二节 分娩的影响因素	193
第十章 枕先露的分娩机制	197
第十一章 先兆临产、临产与产程	200
第十二章 产时母儿监护	203
第十三章 分娩镇痛管理	210
第十四章 第一产程的管理	218
第一节 第一产程的临床经过及处理	218
第二节 缩宫素的使用	223
第三节 自由体位的应用	225
第十五章 第二产程的管理	231
第一节 第二产程的观察与处理	231
第二节 第二产程相关助产技术	237
第十六章 第三产程的管理	242
第一节 第三产程的基本处理	242
第二节 第三产程相关并发症	247
第三节 第三产程相关助产技术	251
第十七章 剖宫产术后分娩方式的选择和管理	257

第五篇 异常分娩篇

第十八章 异常分娩	261
第一节 产力异常	261
第二节 产道异常	264
第三节 产程异常	268
第四节 胎方位异常	270

第五节 横位.....	274	第二十五章 新生儿产时护理与转运.....	351
第六节 臀位.....	275	第一节 宫内至宫外的过渡.....	351
第十九章 异常分娩管理.....	279	第二节 新生儿娩出后即时护理.....	354
第一节 异常分娩的早期识别与监测.....	279	第三节 新生儿外科疾病的产时宫外治疗.....	357
第二节 异常分娩的预防和早期处理.....	282	第四节 新生儿窒息.....	359
第二十章 异常分娩常用处理技术.....	285	第五节 新生儿 STABLE 转运模式.....	368
第一节 引产和加速产程.....	285		
第二节 内倒转术.....	289	第八篇 助产急救篇	
第三节 产钳助产术.....	291	第二十六章 产科急救管理.....	372
第四节 胎头吸引术.....	294	第二十七章 助产急救各论.....	375
第五节 剖宫产术.....	296	第一节 即刻剖宫产.....	375
		第二节 羊水栓塞.....	378
第六篇 产后保健篇		第三节 脐带脱垂.....	382
第二十一章 正常产褥管理.....	301	第四节 胎盘滞留.....	384
第一节 产褥期母体变化.....	301	第五节 肩难产.....	387
第二节 产褥期护理和保健.....	303	第六节 子宫破裂.....	392
第三节 产后盆底康复.....	308	第七节 产后出血.....	395
第四节 母乳喂养.....	314	第八节 子痫.....	403
第二十二章 异常产褥管理.....	325	第九节 肺栓塞.....	405
第一节 产褥感染.....	325	第十节 产科休克.....	408
第二节 晚期产后出血.....	329		
第二十三章 孕产妇心理保健.....	331	临床思考参考答案	414
第一节 妊娠期心理保健.....	331		
第二节 分娩期心理保健.....	333	附录 1 孕产妇妊娠风险筛查表.....	422
第三节 产褥期心理保健.....	334		
		附录 2 孕产妇妊娠风险评估表.....	424
第七篇 新生儿照护篇		中英文名词对照索引	427
第二十四章 新生儿的照护.....	338		
第一节 新生儿评估和护理.....	338		
第二节 新生儿喂养.....	342		
第三节 早产儿和小于胎龄儿.....	343		
第四节 新生儿高胆红素血症.....	347		

视频资源二维码目录

附：视频资源	
视频 1 手挤奶	319
视频 2 即刻剖宫产	376

第一篇 总论篇

第一章 导论

第一节 助产学的发展和助产现状

助产(midwifery)是一门涉及女性生命周期中妊娠、分娩、产后康复、新生儿照护以及性生殖保健等方面的健康相关学科,助产实践的内容非常广泛。由 Renfrew 领导的国际助产专家团队基于现有各国证据定义当今的世界助产实践为:从孕前到产后,给予生育年龄妇女、新生儿及其家庭的,基于技术、知识和人文关怀的所有照护。要提供高质量的助产服务,需要多学科团队的有效合作和共同努力,包括:家庭医师,产科医师,助产士,产科护士,新生儿科医师、护士,社区健康工作者等等;其中,助产士(midwife)是提供助产服务的重要力量。世界卫生组织(World Health Organization,WHO)明确提出:助产士是正常妊娠分娩妇女的主要健康照顾者。国际助产士联盟(The International Confederation of Midwives,ICM)将助产士定义为:接受其所在国认可的正规的助产士教育,并且完成规定的助产学科的学习课程,获得必需的资格[如注册和(或)具有法律效力的证书]从事助产士工作;助产士是负有责任的专业人员,在孕期、产时和产后与妇女进行合作,提供必需的支持、保健和建议,根据助产士的职责帮助分娩,为新生儿和婴儿提供保健;其职责范围应该将产前教育和父母角色准备纳入,并且延伸到妇女健康、性健康或生殖健康以及儿童保健;助产士的工作场所包括家庭、社区、医院、诊所、学校和其他卫生单位。

一、助产学的发展历史

助产专业具有悠久的历史;世界各国,尤其是发达国家

和欠发达国家或地区之间的生育文化观念和助产专业实践特征迥异,历经多重变迁。

(一) 助产专业的发展历程

据公元前 1900~1550 年间在古埃及的亚伯斯古医籍记载,助产是一项属于女性的职业,当时的五卷纸草文稿记载了妇产科学,尤其侧重产程处理和初生新生儿的预后诊断等。公元前 1700 年,威斯特卡纸草文献记载了计算预产期的方法和不同分娩凳的形态,皇家分娩室内的浮雕作品亦证实了古代助产文化的存在。古希腊和罗马时代的助产工作由不同的职业女性担任,包括来自各村落拥有民间传统医术技能的老妇、接受过多渠道相关知识培训的助产士或是训练有素的女医师。

中世纪的助产对保障女性生命健康意义重大,其发展先于医学的专业化。那一时期大多数助产士来自底层社会或是文盲,她们从其他女性或自身生育经历过程中收获助产技能。瑞典在 16、17 世纪就提出了“帮助妇女分娩”的说法。18 世纪初期,“帮助分娩”开始专业化,而且瑞典政府逐步参与管理并引入了助产专业正规教育和助产规章。19 世纪,助产士工作领域得到了扩展,涉及正常产程、分娩的观察处理、新生儿照护以及难产护理。20 世纪末,由于产前护理的开展,助产士职责扩大至产前和产后护理、计划生育、新父母教育及妇女保健。与美国等国家相比,欧洲国家(尤其瑞典、荷兰等国)的助产士在孕产妇的照护过程中扮演了更为重要的角色,并强调“妊娠和分娩是正常生理过程”的助产模式。如今,上述欧洲国家的助产士工作范畴已涉及整个生命周期的疾病预防和生殖保健,尤其是提供母婴健康安全保障。

(二) 助产专业教育

英国的助产专业教育可追溯到 1881 年由政府组织成立的助产士训练班,1947 年改为皇家助产学院。英国于

1902年通过英格兰助产师法,并且成立中央助产委员会(Central Midwives Board)以协助专业助产师培育、执业及考试;1949年实施全民健康保险(National Health Service),之后英国的非高危孕产妇皆由国家认可助产师(state certified midwife, SCM)负责。

1996年芬兰有85%的分娩由助产士接生,婴儿死亡率约5‰。其助产士本科教育是在护理普通学科制3.5年半之上再加1年完成,芬兰的助产士大多具有大学或硕士学历,并具有专门的资格认证。

瑞典的助产学教育是由瑞典大学或大学学院提供的一项高等专科教育,学生需完成3年护理本科教育并成为注册护士,之后再申请并完成1.5年的助产专业教育。助产课程涉及性、生殖和围产保健,侧重人类生殖和生命起源,包括社会学、行为科学、医学以及助产学的基本价值观;学生还需学习有关伦理、道德操守、对个体的尊重等知识。学习过程注重理论结合临床,其中临床实习占据约1/2教学时间。完成学业后,学生将被授予助产士学位文凭。继续教育方面,助产士有资格申请攻读硕士、博士学位,其研究领域涵盖妊娠、分娩、产后护理、母乳喂养、妇科保健、性健康和避孕等方面。

然而,总体而言,全球各国在助产基础设施、资源和助产教育体制等方面仍存在广泛差异。目前高质量的助产教育面临的挑战主要包括:缺少师资力量、教学设备质量差、缺少实践培训机会以及缺少办学场地等。同时,各国对于助产士毕业前监督下接生的数量规定不同,难以满足从业后对助产士胜任力的要求。很多国家仍缺少立法认定助产士为正规的职业,尚未清晰描述助产士能力、教育标准以及有效的监管程序。

二、世界助产状况

(一) 孕产妇死亡原因及潜在因素

在发展中国家,孕产妇死亡是仅次于艾滋病死亡的第二大常见死因。全球孕产妇死亡的五大产科因素包括出血、感染、不安全的人工流产、妊娠高血压疾病以及梗阻性分娩。孕产妇死亡受多种因素影响,涉及与女性地位、生殖健康及就医行为相关的社会、文化和政治因素,或是由于不完善的卫生服务系统和转运设施所致。全球每天有1500名孕产妇和10 000名新生儿死于妊娠或分娩相关事件;据估计,产时专业照护和并发症的及时处理能够避免88%~98%的孕产妇和新生儿死亡。

在发达国家,99%的新生儿是由具有娴熟技能的专业人员所接生;然而,在经济欠发达或不发达国家,这一比例分别仅为59%和34%。在卫生服务不可及或资源缺乏的国家,高危孕产妇的存活情况岌岌可危;即使在西方国家,妊娠或分娩的风险因素仍未完全消除。因而,孕产妇的分

娩安全问题依然面临严峻挑战。

(二) 提供专业照护是降低孕产妇死亡率的重要因素

1987年在肯尼亚首都内罗毕召开的《孕母安全倡导》国际会议,首次以专题形式关注妇女健康问题。该活动是一项旨在降低孕产妇死亡率和发病率的全球战略性举措,其具体目标是到2000年将孕产妇死亡率至少降低50%。1997年,在《孕母安全倡导》发起10周年之际,母亲安全合作伙伴国提议了10项行为信息,包括:①尊重人权,促进母亲安全;②赋予女性权利,知情选择;③将孕母安全视为重要的社会和经济投资;④晚婚晚育;⑤承认每位怀孕女性都面临妊娠风险;⑥确保女性分娩过程享有专业助产服务;⑦提高优质孕产保健服务的可及性;⑧防止意外妊娠和不安全人工流产;⑨衡量进展;⑩利用伙伴关系的力量。

在《孕母安全倡导》发起的第20个年头,国际关注焦点转向强调并推广分娩专业照护的概念。专业照护者是一个经过专门培训后具备管理正常分娩、对孕产妇并发症进行识别诊断和及时转介等娴熟能力的助产人员,包括医师、助产士或护士等,但传统接生员除外;它是生殖健康的衡量指标之一,其定义后拓展为在孕期、产时和产后为孕产妇提供专业护理的卫生服务提供者。提供专业照护是降低孕产妇死亡率的重要因素;此外,社会经济因素和人口学因素如女性识字率、总和生育率和城市人口等指标均与安全分娩结局息息相关。由于多数卫生资源集中在城市地区,加上运输和通讯困难等因素,使得农村女性获取专业照护的可及性很低。此外,若缺乏必要的配备设施和转诊功能链则会减弱专业人员对孕产妇的救护能力;因而,世界卫生组织(WHO)提倡创建一个有利分娩的支持性环境(enabling environment)。

(三) 助产士是分娩专业照护的主要提供者

改善女性和儿童健康水平是联合国千年发展目标(The Millennium Development Goals, MDGs)中的两项重要内容。受过教育并被系统管理的助产士能够为妇女和新生儿提供其所需87%的核心照料,让她们为每一名产妇及新生儿提供专业助产服务也是降低孕产妇和新生儿患病率或死亡率最有效的干预措施。助产士为广大妇女所提供的高质量照护行为受助产法律、法规及资质认证的保障认可;同时,高质量助产照护有助于促成更健康的家庭及更具成效的社区氛围。助产士是初级卫生保健领域的“最佳投资”,即投资助产教育及社区卫生服务可以收到高达16倍的回报,具体体现在:挽救生命的数量以及剖宫产率降低带来的成本减少;使医师、护士及其他卫生人员专注自身领域,关注其他健康需求,从而达到共同的目标——终止可预防的母婴及新生儿死亡。

根据世界卫生组织的统计数字:全球每年有超过50万妇女在怀孕和分娩时死亡,另有800万人产生并发症,

而助产士在减少孕产妇死亡和患病方面起着至关重要的作用。因此,WHO 妇女发展基金和国际助产联盟曾发表联合声明表示,全球范围内需要新增 70 万名助产士,才能满足需要。2010 年 6 月,在美国华盛顿举行有关妇女分娩问题的国际会议(Women Deliver 2010)上,与会者向各国政府发出呼吁并得到联合国人口基金会(UNFPA)、联合国儿童基金会(UNICEF)、世界卫生组织(WHO)、国际妇产科联合会(FIGO)、国际助产士联盟(ICM)等国际组织的支持。呼吁包括以下内容:加强助产士教育和培训提高基本服务能力;完善法律、法规确保助产士有临床实践的标准,并以此加强他们的能力建设;稳定和发展助产士人才队伍,使贫困和被忽视的妇女得到助产服务;加强国家助产协会的建设以促进专业发展,完善服务规范,参与政策的制定以及建立与其他专业组织合作的关系。同时也呼吁国际社会,特别是 G8 和 G20 国家为发展中国家的助产士队伍发展提供一个长期的支持以保证妇女和新生儿健康。

基于联合国千年发展目标的大背景,国际助产士联盟(ICM)大会在 2011 年提出了助产实践的五大主题:全球化、倾听孕产妇及其同伴的感受、连续性助产照护、加强助产实践以及文化、社会 and 传统价值观,并呼吁世界各国采取必要措施,促进助产专业和实践的发展,以降低孕产妇及围产儿死亡率。同时,WHO“患者安全项目”(Patient Safety Program)将母婴健康定为全球低收入国家或经济转型国家的 20 大首要研究项目之一,而保障母婴安全的重要前提则是提高助产专业照护服务的可及性。

2013 年 5 月在吉隆坡举办的第二届全球助产研讨会重申创建一支熟练的、积极的、有技术支持的助产队伍是收益巨大的,并且承诺提高全世界各地区助产服务水平,强调了需要改进助产相关的数据收集和证据支持工作,明确行动以消除各国间助产服务的特定文化障碍。

联合国人口基金会发布的《2014 年世界助产状况报告——通用途径:妇女的健康权》将助产士定义为:支持和照顾妇女和新生儿,包括性和生殖保健,尤其是妊娠期、分娩期和产后期护理所需要的卫生服务和卫生保健人员。其角色职能包含了全套的性和生殖保健服务,包括:预防 HIV 母婴传播,预防和治疗性传播疾病,避孕,处理不安全流产引起的后果以及在法律许可范围内提供安全流产。这一概念强调了助产不仅包括分娩过程中对产妇的照顾,更是通过支持性和预防性的照护模式普及以妇女为中心的照护和女性健康。该报告通过助产学的角度展示了世界的不公平现状:有 73 个中低收入国家占据了全球 96% 的孕产妇死亡数、91% 的全球死产数、93% 的全球新生儿死亡数;然而,这些国家的母婴所能接触到的助产士、护士和医师总数仅占全球资源的 42%。自 1990 年以来,73 个国家中有 72 个国家的孕产妇死亡率平均每年降低 3%。取得上述进

展的一个重要原因在于很大低收入国家提高了获得助产服务的途径。

三、中国助产专业的发展现状

我国至今已建立了相对完善的妇幼保健体系,助产这一特定职业已有相当长的历史,目前中国的助产服务以产科医师为主导,但助产专业从属于护理学。我国产科母婴服务体系随社会文化的进步而历经革新;然而,我国产科服务体系却未能传递“个人选择、服务质量、专业特色”等价值理念。因此,国内亟需开拓基于循证的助产实践和研究以支持中国助产专业的发展。

(一) 我国助产教育的变迁与发展

我国的助产教育始于 20 世纪初,1908 年 7 月金雅梅医师创办北洋女医学堂附属北洋女医院。1929 年杨崇瑞医师在北平创办了国立第一助产学校和产院并亲任校长,“牺牲精神,造福人群”是国立第一助产学校的校训,这是我国助产教育最高级别的学府。1930 年,杨崇瑞拟订《助产士管理法》,呼吁新旧助产士一律需登记注册。1947 年,我国公、私立助产学校计 86 所,全国持助产士证者计 5268 名。在 1950 年的第一次全国妇幼卫生工作座谈会上,确定将对妇女儿童威胁最大的接生问题列为妇幼保健的首要任务,提出“改造旧产婆,推行新法接生”的工作方针,并严格规定必须选择在群众中有威信又有接生经验的、热心为公众服务的人进行培训。新中国成立以来,助产专业按中等卫生教育层次设置,助产士取得的学历为中专学历。然而,在十年动乱期间,全国的助产专业学校均停办,助产士队伍的发展受到极大影响。动乱结束后,立即恢复的卫生行政机构抓的第一件大事就是普及新法接生,各地中级卫生学校也相继开办助产士班和医士助产班,为我国妇幼保健队伍提供中级技术人员。由于高等院校毕业人数有限,助产士成了基层妇幼保健的主要力量,另一方面大城市医院助产士人员不足,大量护士加入到助产士队伍中,致使助产专业的学科属性模糊,从某种意义上限制了助产专业的发展。

20 世纪末,助产专业教育从中专上升到高职层次,本科层次教育极少。目前我国助产士的组成中以大专和中专毕业生为主,少数拥有本科学历。这些本科学历拥有者有两种来源,一种是在校接受护理专业本科教育到分娩室工作后接受临床培训而成为助产士;另一种是在分娩室工作多年后通过成人教育获得本科学历。

全国助产人力资源调查结果显示,我国助产士学历、职称较低,助产士和护士的学历构成以大专为主(43.4%),其次是中专(41.9%)。长期以来,无论是课程教育体系还是护理工作方式,我国的助产教育已远远落后于护理科学和医学教育的发展水平。中国的助产高等

教育及助产人员专业培训十分欠缺,相当部分助产士是从护士改行。

2006年,北京大学与新西兰怀卡托理工学院护理学院联合主办的“本科助产教育”,为我国助产专业体系的发展建立了崭新起点。目前,国内助产专业继续教育总体上尚未形成统一、规范模式,助产士只能参加护理的继续教育学习,内容与助产领域相关性不高,缺乏技术操作培训与专科特色。助产作为一门专业,肩负着母婴两代人健康安全的使命。而今,越来越多的专业人士已意识到助产专业建设的重要性和迫切性。在我国《医药卫生中长期人才发展规划(2011—2020年)》和《贯彻2011—2020年中国妇女儿童发展纲要实施方案》中也特别提出要强化助产教育,探索加强助产士队伍建设的有效途径。2014年,在原国家卫生和计划生育委员会的推动下,全国8所高等院校计划招收和培养本科层次的助产士,这对于建立我国规范的助产士培训体系、完善助产士专业考核和认证制度具有积极意义。

(二) 我国助产士人力资源和管理现状

在世界范围内,每年有超过100万的妇女死于妊娠和分娩并发症。2000年联合国关于女性健康权利的“千年发展目标”(Millennium Development Goals, MDGS)中提出降低孕产妇的死亡率和发病率。我国继2014年“单独两孩”政策之后,2015年提出“全面两孩”,并于2016年1月1日开始实施,这对助产士队伍建设和人力需求提出了新的要求和挑战,也提示我国社会需要加快培育助产人力资源。目前我国助产士总人数的缺口大约在80万;与发达国家助产士与生育妇女1:1000的比例相比,中国仅为这一比值的1/4(即1:4000)。国内各地区助产士人力资源配置结构不合理,包括但不限于助产士在不同等级、不同类型医院之间的分配不均衡;助产士地理分布不公平,中、西部欠发达地区拥有较少助产士人力资源。由于缺乏足够的助产专业人员,部分在岗助产士只能从缺乏专业背景和规范技术培训的护士中选拔并到产房承担助产工作,构成产时不必要干预手段的过度或错误应用,以及造成母婴不良结局和高剖宫产率恶性循环的风险因素。

根据《2016年我国卫生和计划生育事业发展统计公报》实施全面两孩政策后2016年全国新出生婴儿数为1846万人,比2013年增加200万以上,总和生育率提升至1.7以上。预计至2030年,我国人口估计将达到14.533亿人,每年助产士必须服务2480万的孕产妇,才能使人们普遍获得性、生殖及母婴护理。因而,对卫生服务系统而言,需要在此期间更合理地设置助产士人力资源,以应对大量的产前检查、出生量以及产后随访工作。

同时,我国目前助产士管理缺乏相对专业化的管理机构或管理层次,现行的专业技术人员职称评定体系中尚未设置专门的助产士职称系列,即缺乏相应的考核、注册、晋

升制度。这一系列政策的缺失导致了我国助产士数量不足、质量不高、教育不完善等诸多问题。目前国内相关的助产法规大多附属于医疗及护理政策中,助产专业附属于护理学,这与国际助产士联盟提倡的各国助产专业应独立立法的建议及北欧等国独立管理助产专业的体系有很大的差距。

2015年5月,中国妇幼保健协会助产士分会在浙江杭州宣布成立。作为全国助产士的行业组织,助产士分会担负着光荣而艰巨的使命,如加强助产队伍建设、构建助产学科体系、推进助产士立法、设立助产士职称系列、开展助产士规范化培训、形成良好的助产文化、增进与国际助产学界的合作与交流、早日加入国际助产联盟等。助产士分会的成立,成为我国助产专业发展的重要里程碑,标志着助产专业学科建设迈上了一个新台阶,并对我国助产专业的发展起到有力的推动和引领作用。



【本节关键点】

1. 助产专业具有悠久的历史;世界各国,尤其是发达国家和欠发达国家或地区的生育文化观念和助产专业实践特征迥异,历经多重变迁。
2. 让受过教育并被系统管理的助产士为每一名产妇及新生儿提供专业助产服务是降低孕产妇和新生儿患病率或死亡率最有效的干预措施。
3. 我国助产高等教育及助产人员专业培训十分欠缺,迫切需要加快此方面的建设。

(丁焱 顾春怡)

第二节 中国助产服务体系

国际助产专业的服务理念在于崇尚自然分娩,倡导“助产士主导模式”,强调妊娠是一个正常的生理过程,助产士是低危孕产妇的专业护理者。一系列研究表明,在助产士主导的连续性照护模式下,孕产妇有更好的妊娠及分娩结局,并指出所有孕妇都应享受此服务。我国的产科医疗技术在产前诊断、高危妊娠处理、出生缺陷诊断以及异常分娩干预等方面发展迅速,而助产专业服务的现状与发达国家及地区相比则差距甚远,助产服务体系以产科医师为主导,助产士的服务范围大多只限于产妇的分娩阶段,对妊娠期及产后阶段的相关支持仍然不足,工作场所常限于医院的产房。鉴于助产士所发挥的作用与母婴安全的保障及产科质量的高低息息相关,我们需要充分借鉴国外先进的助产服务理念和成功的服务模式,从助产士的教育培训、人才队伍建设、角色职能拓展、工作实践范围、专业准则、职业操守的规范建立、循证的助产科研实践等多角度出发,探索适合

我国国情的助产服务新体系。

一、我国的助产服务模式

(一) 我国港台地区的助产服务模式

我国香港地区的产科服务从 20 世纪 80 年代后期开始转变,以“产妇和家庭为中心,注重母婴健康和安全,助产士介入连续性照护”为理念的产科服务,为母婴健康和安全提供了基本保障,适应了现代形势下不断变化的趋势。我国香港助产士的工作方向包括以下内容:全力提倡母乳喂养、多元化健康教育、心理辅导服务以及出院后跟进;成立精英队伍负责连续助产服务,尝试挑选 6~10 名资深助产士组成小组,负责一系列照顾正常怀孕妇女的工作,如门诊产前检查、待产照顾、接生和产后看护等;遇到问题亦可转介产科医师。这一过程使医护人员和产妇关系融洽,配合默契,从而使孕妇对安全生产和康复更有信心。我国台湾省也在政府层面规定了医院应提供助产士主导的服务。

(二) 我国内地的助产服务模式

随着先进医疗技术在我国内地的引入。分娩服务日益趋于医疗化,比如采用各种干预措施以加速产程,使用硬膜外分娩镇痛或各种仪器监护产程中母婴情况,以及惊人上升的剖宫产率。自 1999 年《中华人民共和国执业医师法》的颁布,要求助产士在医院所做的一些工作必须在医师指导下才能担任(产房除外),这导致助产士的独立工作范畴相对缩减许多,其独立工作的能力也在下降。

自 2000 年原卫生部基层卫生与妇幼保健司与 WHO 的合作项目——产科服务新模式,即以“保护、支持、促进自然分娩”为主题正式启动以来,我国已有一系列相关的研究指出,产科服务模式的转变可改善孕产妇分娩结局,对提高产科质量和产妇及家属的满意度发挥了明显作用。然而,新的产科服务模式大多侧重于孕妇分娩期,包括家属陪伴分娩、导乐陪伴分娩、全程助产责任制以及助产士主导管理的正常分娩等。目前内地助产士的执业范围在一定程度上也仅限于产妇的分娩阶段,对妊娠期及产后阶段的相关支持仍然不足,其注册和职称晋升完全按照护士职业的标准进行。

国内许多医院开展了导乐助产士陪伴分娩或家庭化产房服务,使分娩过程更加人性化,但这项工作在国内尚未完全普及。部分医疗机构从助产士在孕期以健康教育者的角色渗入门诊或孕妇学校,少数医院开设了助产士产前门诊,为孕妇及其家庭提供孕期的咨询评估、技术指导和制订分娩计划服务,这在很大程度上延伸了助产士的服务范畴,有效帮助孕产妇建立对阴道分娩的信心,达到保护、支持、促进自然分娩的目的,值得进一步推广应用。然而,目前助产士主导的各类实践活动大多针对孕中晚期的孕妇,尚缺乏对孕妇整个孕期以及产时、产后系统化、个体化、全程化的追踪管理。

二、我国的助产质量现状

我国年出生人口居世界第二,仅次于印度。每年约有 1600 多万名新生儿出生。随着我国计划生育政策的调整实施,出生人口有进一步增长的趋势。世界范围内的统计数据显示:母亲的死亡多集中在围分娩期,新生儿死亡率居高不下影响了 5 岁以下儿童死亡率的下降。2012 年我国的孕产妇死亡率为 2.45/万,新生儿死亡率为 69/万。另据 WHO 报道:我国的母婴死亡率虽然在逐步下降,但依然维持在一个较高的水平,新生儿死亡率的下降和我国的社会经济水平的发展不相匹配。同时,据估计 2008~2010 年城市剖宫产率高达 54%~64%;2010 年 WHO 报告中国的不必要剖宫产量接近 200 万,居世界第一。这些均反映了助产服务的过度医疗化趋势,而大量证据显示:这种趋势导致了围产期母婴并发症的发病率和死亡率的增加,也增加了不必要的医疗费用,提供医疗服务的不公平性也随之凸显。

助产质量是母婴保健的核心内容,助产质量的提高对保障母婴健康意义重大,在当今中国助产士被边缘化、母婴服务过度医疗化的特殊历史时期,正确评价并有效提高助产质量尤为重要。随着医学技术的不断发展,助产服务理念已发生巨大的变化。助产作为产科学、护理学、儿科学的交叉学科,不仅关注产妇和新生儿的生存率,还需要保障整个孕期和分娩过程的自然、顺利,提高并维系孕产妇及其家庭对整个过程的正向体验。相比其他医疗质量指标,助产专业因大部分服务对象是健康人群而具有其独特性,需反映助产服务对象的整体利益诉求,突出助产不同于产科,尤其是病理产科的专业理念。

为持续改进助产服务质量,国外的管理者和研究者对助产质量评价指标进行了一系列研究,旨在筛选出“以孕产妇及新生儿为中心”、最能体现助产工作实质并具有临床适用性的质量评价指标。相比之下,国内的助产质量评价尚处于萌芽阶段,现行零散的助产质量评价指标侧重“病理产科”的医疗结局,难以反映现代循证的助产专业理念,容易导致助产服务的过度医疗化,迫切需要新的完善的质量评价体系来改变这种趋势,引导助产专业的正确发展方向,提高助产服务的质量内涵。国外 Renfrew 领衔的国际专家团队于 2014 年发表在《柳叶刀》(Lancet)杂志上的最新循证助产质量理论框架(图 1-2-1)对我国助产质量的正确评价和持续提高具有借鉴意义。它以孕产妇需求为中心,反映了孕产妇、家庭和新生儿的需求,围绕“服务对象需要何种助产服务、如何更好地提供助产服务、由谁提供助产服务”三个方面构建“循证助产质量理论框架”,强调了助产服务在“促进妊娠和分娩自然过程”和“加强孕产妇及其家庭自我照护能力”两方面的重要性,从“关注少数服务对象的急症医疗干预”转变为“面向全体服务对象的高质量照护”。此理论框架对纠正国内过度医疗化的助产现状具有很好的引领作用。