



普通高等教育“十二五”应用型本科规划教材

助产学



主编 蔡文智 钟 梅



西安交通大学出版社
XI'AN JIAOTONG UNIVERSITY PRESS



普通高等教育“十二五”应用型本科规划教材

助产学

主 编 蔡文智 钟 梅

副主编 张宏玉 任 辉

编 者 (以姓氏笔画为序)

王 新 (广州医科大学)

王香丽 (西安交通大学第一附属医院)

任 辉 (第三军医大学)

孙晓宁 (广州中医药大学)

李秋芳 (浙江大学医学院附属妇产科医院)

杨 荣 (第四军医大学第一附属医院)

杨丽霞 (南方医科大学珠江医院)

张宏玉 (海南医学院)

陈小荷 (深圳市人民医院)

周肖郁 (佛山市南海区人民医院)

周明芳 (第三军医大学)

钟 梅 (南方医科大学南方医院)

曹文静 (湘南学院)

蔡文智 (南方医科大学)

秘 书 孙晓宁 (广州中医药大学)



西安交通大学出版社
XI'AN JIAOTONG UNIVERSITY PRESS



图书在版编目(CIP)数据

助产学/蔡文智,钟梅主编. —西安:西安交通大学出版社,2014.12

普通高等教育“十二五”应用型本科规划教材

ISBN 978-7-5605-6892-8

I. ①助… II. ①蔡…②钟… III. ①助产学-高等学校-教材 IV. ①R717

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 287436 号

书 名 助产学
主 编 蔡文智 钟 梅
责任编辑 王银存 赵丹青

出版发行 西安交通大学出版社
(西安市兴庆南路 10 号 邮政编码 710049)

网 址 <http://www.xjtupress.com>
电 话 (029)82668357 82667874(发行中心)
(029)82668315(总编办)

传 真 (029)82668280
印 刷 陕西宝石兰印务有限责任公司

开 本 787mm×1092mm 1/16 印张 35.375 字数 865 千字
版次印次 2015 年 1 月第 1 版 2015 年 1 月第 1 次印刷
书 号 ISBN 978-7-5605-6892-8/R·702
定 价 88.00 元

读者购书、书店添货、如发现印装质量问题,请与本社发行中心联系、调换。

订购热线:(029)82665248 (029)82665249

投稿热线:(029)82668803 (029)82668804

读者信箱:med_xjup@163.com

版权所有 侵权必究

助产学 前言

FOREWORD

助产工作对于促进自然分娩,保障母婴健康和安全有重要意义。助产工作性质复杂,任务繁重,发展助产专业本科教育势在必行。我国助产行业和助产教育发展较迟缓,目前缺乏系统的助产专业本科教材。为满足国家加强普通高等学校应用型本科教育教材建设的政策要求,更好地适应教学与改革的需要;同时,为响应培养医疗卫生技术人员的教育政策和联合国千年发展目标的号召,我们编写了《助产学》一书。

本教材以产科基础理论、基础知识和核心助产技能为主要内容,拓展教材的“五性”(思想性、科学性、启发性、先进性、实用性)特点。本教材的主要特色是借鉴当前国际助产士联盟“促进自然分娩及减少干预、降低死产及母婴死亡率”的愿景和基于“世界需要助产士”“助产士:促进全球妇女健康”的理念,在原有相关教材的基础上,增加助产常用技术、急救技术、常用辅助检查和孕产期药物使用原则、助产发展史、助产伦理原则、产科相关法律法规和风险规避等内容,使本教材更完整、更系统化,有利于拓展助产士工作范畴和完善助产服务模式。

本教材可供助产专业和临床专业妇幼方向的本科生及临床助产士、产科护士等使用。全书共 19 章,根据产前、产时、产后三个时段顺序排列,希望为助产学生提供系统的理论知识、临床实践技能,以培养系统、全面、连贯、批判性临床思维。本教材将教学方法与教材内容有机结合,每章节均有案例分析、复习题和相关链接等。

本教材是高等教育学会普通高等教育“十二五”应用型本科规划教材。编写团队由临床和教学一线的医科院校专职教师、临床妇产科专家、资深助产士和新生儿护理专家组成。本教材在编写过程中得到了西安交通大学出版社的大力支持。在此对编写团队和出版社表示诚挚的谢意。由于编者学识有限,疏漏之处在所难免,敬请专家、同行、读者予以斧正。

主编

2014 年 6 月

第一章 绪论

- 第一节 助产学的内涵 /001
- 第二节 助产学发展史 /005
- 第三节 助产实践中的伦理学 /008

第二章 女性生殖系统解剖

- 第一节 外生殖器 /013
- 第二节 内生殖器 /015
- 第三节 血管、淋巴及神经 /019
- 第四节 骨盆 /021
- 第五节 骨盆底 /023
- 第六节 生殖器官的邻近器官 /025

第三章 女性生殖系统生理

- 第一节 女性一生各阶段的生理特点 /027
- 第二节 月经及月经周期的临床表现 /030
- 第三节 卵巢的周期性变化及分泌的激素 /030
- 第四节 子宫内膜及生殖器官其他部位的周期性变化 /033
- 第五节 月经周期的调节 /036

第四章 妊娠生理与诊断

- 第一节 妊娠生理 /039
- 第二节 妊娠期母体变化 /043

- 第三节 胎儿附属物的形成和功能 /047
- 第四节 妊娠诊断 /052

第五章 妊娠期妇女管理

- 第一节 产前检查与孕期保健 /057
- 第二节 高危妊娠及其管理 /089
- 第三节 妊娠期常见问题识别与处理 /093
- 第四节 妊娠期心理问题识别和护理 /095

第六章 产科并发症

- 第一节 妊娠期时限异常 /100
- 第二节 异位妊娠 /109
- 第三节 妊娠剧吐 /115
- 第四节 妊娠期高血压疾病 /118
- 第五节 妊娠期肝胆疾病 /123
- 第六节 母儿血型不合 /131
- 第七节 胎儿窘迫 /135
- 第八节 死胎 /137

第七章 胎儿及其附属物异常

- 第一节 前置胎盘 /140
- 第二节 胎盘早剥 /144
- 第三节 胎膜早破 /147
- 第四节 脐带异常 /152
- 第五节 羊水量异常 /155
- 第六节 胎儿生长受限 /160
- 第七节 多胎妊娠 /163

第八章 妊娠合并疾病

- 第一节 妊娠合并心脏病 /168
- 第二节 妊娠合并贫血 /176
- 第三节 妊娠合并特发性血小板减少性紫癜 /181
- 第四节 妊娠合并糖尿病 /184
- 第五节 妊娠合并甲状腺功能亢进 /193
- 第六节 妊娠合并急性阑尾炎 /197
- 第七节 妊娠合并病毒性肝炎 /201
- 第八节 妊娠合并梅毒 /206
- 第九节 妊娠合并获得性免疫缺陷综合征 /209

第九章 正常分娩

- 第一节 正常分娩发动与影响因素 /213
- 第二节 正常分娩机制(枕先露分娩机制) /218
- 第三节 先兆临产及临产 /220
- 第四节 第一产程管理 /223
- 第五节 第二产程管理 /230
- 第六节 第三产程管理 /235

第十章 异常分娩

- 第一节 产力异常 /239
- 第二节 产道异常 /250
- 第三节 胎儿性难产 /259
- 第四节 情绪性难产 /281
- 第五节 疤痕子宫分娩 /284

第十一章 助产及相关技术

- 第一节 胎心音听诊技术 /289
- 第二节 胎心监护技术 /291
- 第三节 孕期超声检查评估技术 /297
- 第四节 阴道检查评估技术 /300
- 第五节 分娩期疼痛管理 /303
- 第六节 人工破膜术 /306
- 第七节 纠正异常胎位术 /309
- 第八节 阴道自然分娩术 /311
- 第九节 阴道助产技术 /322
- 第十节 产后胎盘检查及相关处理 /332
- 第十一节 软产道检查术 /337
- 第十二节 产道损伤修补术 /339
- 第十三节 剖宫产术 /343
- 第十四节 引产术(中、晚期) /346
- 第十五节 碎胎术 /348
- 第十六节 产科常用药物使用技术 /351

第十二章 正常产褥

- 第一节 产褥期妇女生理变化和心理调适 /354
- 第二节 产褥期临床表现 /360
- 第三节 产褥期护理 /361

第十三章 异常产褥

- 第一节 产褥感染 /372
- 第二节 晚期产后出血 /376
- 第三节 产褥期精神障碍 /381
- 第四节 产褥中暑 /385
- 第五节 产褥期其他常见异常 /388

第十四章 正常新生儿

- 第一节 新生儿发育特点 /399
- 第二节 新生儿体检 /403
- 第三节 新生儿观察与日常护理 /404

第十五章 高危新生儿

- 第一节 新生儿窒息 /412
- 第二节 新生儿颅内出血 /419
- 第三节 产伤 /422
- 第四节 新生儿呼吸窘迫综合征 /425
- 第五节 低出生体重儿 /430
- 第六节 新生儿高胆红素血症 /439
- 第七节 糖尿病母亲的新生儿 /444
- 第八节 高危新生儿常用护理技术 /447

第十六章 产科急危重症处理

- 第一节 产后出血 /466
- 第二节 子宫内翻 /471
- 第三节 子宫破裂 /474
- 第四节 羊水栓塞 /476
- 第五节 产科血栓栓塞性疾病 /478

第十七章 优生与辅助生殖技术

- 第一节 优生与咨询 /486
- 第二节 产前筛查 /490
- 第三节 产前诊断 /492
- 第四节 不孕症 /494
- 第五节 辅助生殖技术 /497

第十八章 计划生育

- 第一节 避孕 /500

第二节 避孕失败的补救措施 /506

第三节 避孕节育措施的选择 /509

第四节 输卵管绝育术 /511

第十九章 助产常用指南及相关政策法规

第一节 国外助产指南 /514

第二节 我国助产相关政策法规 /526

第三节 国外助产相关的管理条例和法规 /536

中英文名词对照索引 /538

参考文献 /550

► 学习目标

1. 掌握妇产科学、助产学、助产士等定义。
2. 熟悉助产士的工作范畴和职能角色。
3. 了解助产学发展史、助产实践中的伦理学准则和道德。

助产学是医学领域的重要组成部分,在临床中起着不可低估的作用,它涉及范围广、整体性强,具有很强的独立性和特异性。

第一节 助产学的内涵

一、助产学相关定义

(一) 妇产科学

妇产科学(obstetrics and gynecology)是专门研究妇女特有的生理和病理的一门学科,包括产科学和妇科学两大部分。产科学是一门涉及妇女妊娠、分娩、产褥的全过程,并对该过程中发生的一切生理、病理、心理改变进行诊断处理,是一门协助新生命诞生的医学科学。妇科学是研究妇女非妊娠期生殖系统的一切病理改变并对其进行诊断处理的医学学科。另外,我国的妇产科学还包括计划生育。

(二) 助产学

助产学(midwifery),狭义上是为使胎儿顺利娩出母体产道,于产前和产时采取的一系列措施,主要包括照顾好产妇、认真观察产程,并指导产妇正确配合产程进展及接生;广义上是一门由妇产科学衍生而来、结合护理学相关知识、研究助产理论知识、发展规律及其相关技能的一门交叉学科。助产学是在研究孕产妇、胎儿及新生儿生理和病理的基础上,对孕产妇现有和潜在健康问题的身心反应进行护理评估、诊断与处理,为孕产妇、胎儿及新生儿健康保健开展服务。

(三) 助产士

助产士(midwife or nurse-midwife),是指有经验的妇产科护士通过接受正规助产学教育课程,成为具备从业资格的专业人员。她们的职责是为孕妇提供产前咨询、参与低风险产妇的生产过程,为产妇提供产后护理,为婴儿实施专门护理。

国际助产联盟(International Confederation of Midwives, ICM)对助产士的定义是:一个

已经成功完成助产教育项目并被她所在国家承认的人,无论她身在何处,她必须符合 ICM 规定的助产士基本操作能力标准和基本教育标准,她必须获得必要的资格证书进行注册和合法授权进行助产实践,能以助产士的身份胜任助产工作,通过与孕妇建立伙伴关系,提供妇女整个孕期、产时和产后必要的支持、护理和咨询,在其职责范围内进行助产接生、提供新生儿照顾,为孕产妇提供全程连续性服务。

二、助产士的工作范畴和职能角色

助产士的技术水平和操作能力关系着母婴的安危,其工作性质决定了助产士需要集助产、产科和护理技术于一身。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、新生儿照顾及难产护理。20 世纪末,随着人们对优生优育的倡导和需求,产科工作已逐步向科学化与现代化方向发展。在广度上,助产工作的内容和范畴从医院延伸至家庭、社区;在深度上,开始走向专业化,其知识、技术向更加先进、复杂、高级化发展,助产士职责扩大至产前和产后护理、计划生育、父母教育妇女保健。

1992 年 ICM 规定助产士的工作范畴包括:助产士必须能够为妇女提供妊娠、分娩期间及产后所需的照顾,并且能够独立地执行接产工作,照顾初生婴儿及幼儿。这种护理包括实行各种预防方法、观察母亲及婴儿的异常情况、取得医疗协助,以及在缺乏医疗协助的情况下应对紧急问题。她同时以专业人士的角色,参与处理妊娠、分娩及产褥期中复杂、异常的情况。她身负向妇女、家庭、社区提供健康辅导及教育的重要任务;这方面的工作涉及产前教育、协助服务对象承担为人父母的责任,其职责也旁及若干妇科、家庭计划及幼儿护理等范畴。她可以在医院、诊所、医护单位内执业,或出外接产,或在任何其他医疗服务机构工作。

(一) 角色

随着现代医学模式的改变,助产士以往单一的角色也向多重角色转变,其担任的角色也延伸至更广的领域。

1. 执行者

正确评估孕产妇在生理、心理和社会文化等方面潜在的或现存的问题及影响因素。及时准确执行医嘱,为孕产妇提供熟练地操作技术,配合医生进行各种并发症的抢救。

2. 支持者

孕产妇的心理因素对整个围生期都有重要的影响。助产士应充分重视其心理需求,为孕产妇和家属提供有针对性的信息、知识和方法,同时通过不断提供心理和情感支持可以有效地缓解其心理压力,帮助孕产妇顺利度过整个围生期。

3. 合作者

助产士主要负责正常产妇接产,协助产科医师处理难产并负责计划生育、围生期保健和母婴卫生的宣教及技术指导。助产士是所照顾的孕产妇及其家属、医师、护士、实验室人员、特殊临床资源供应人员和管理人员等的合作者。

4. 教育者(咨询者)

助产士的健康教育职能早已经不再局限于分娩期,而是扩展至围生期。同时,健康教育的对象也不仅仅是孕产妇,而是整个家庭。

健康教育内容应包括孕前、孕期分娩期及产褥期、新生儿期保健的重要性,各期的生理表现,各期的保健要点、心理保健、营养、运动等相关知识。

(二) 职能

通常一些西方国家的助产士注册后享有基本检查、处方权,常规的孕期随访、检查和正常自然分娩可以由助产士全程管理;医院的产科医生主要负责对高危孕产妇的管理。

瑞典助产士在降低孕产妇病死率方面担任重要角色,其角色职能主要体现在保障生殖健康和提供公共卫生服务两大方面。一名注册助产士可选择在不同的医疗卫生机构工作,如妇产科医院、初级卫生保健中心或私人诊所,也可选择在大学进行教学研究或培训工作。其主要职能如下:

1. 围生期护理

负责孕前健康咨询、正常妊娠期、临产分娩期和产褥期的管理及新生儿照顾。经过超声技能培训后的助产士还为孕妇进行超声检查。

2. 计划生育工作

助产士有基本的检查权,为妇女放置或取出宫内节育器、开避孕药处方、介绍不同避孕方法等。

3. 妇科保健

提供妇科体检,采集巴氏涂片筛查宫颈癌,指导如何自我检查乳房和处理更年期问题等。

4. 其他

如为青少年提供性健康教育、开展助产专业的研究、发展工作。

我国香港助产士的主要职能包括以下内容:围生期护理、全力提倡母乳喂养、多元化健康教育、心理辅导服务和出院后随访等。

而我国内地助产士的主要职能如下。

1. 孕前健康咨询

可担任孕期检查、无痛分娩、孕期卫生、婴儿保健知识和避孕的健康指导和一般的护理与处置工作。

2. 正常妊娠期和临产分娩期的管理

(1)观察正常产程,正常产接产,处置新生儿,负责送产妇返回病房休息,新生儿母婴同室。必要时充当难产助手,或担任一部分难产急救工作。

(2)提供支持性护理,协助产妇选择适当的非药物减痛方法缓解产痛,给予饮食、排泄生活照顾,给产妇及其家人提供信息和精神心理支持。

(3)在待产室对已有镇痛的产妇做产前处置,指导及帮助进行无痛分娩,并注意产程进展和变化情况。

3. 产褥期管理

(1)注意观察产妇回病房后子宫收缩情况,以及有无流血现象和预防交叉感染。

(2)负责母乳喂养指导及新生儿的护理工作。

4. 其他

(1)负责室内物品器械的清洁保管,保持室内安静整洁和注意温度、通风的调节。

(2)负责分娩室内应用物品的准备,并及时补充。

(3)在护士长的领导下,协助完成对助产学生的临床教学及实习任务。

三、助产服务模式

围生期照顾模式主要包括助产士主导模式和产科医生主导模式两种。

产科医生主导照顾模式是指整个围生期照顾均以产科医生为主导,实行以医疗措施为主,以助产士照顾为辅的工作模式。产妇进入医院,即先预测产妇可能会有状况发生,甚至要求产妇禁食、禁水(剖宫产时利于麻醉),因此将每位产妇当成“剖宫产的候选人”;分娩过程中以胎儿为重,产科医生为主导,少注意到产妇的自主性。即使是一般无危险性的产妇也以胎儿监视器从头到尾监测,将产妇当成“病人”,产妇产下床活动受限,阻碍并延迟产程的进展。这样的分娩环境和病理化的分娩过程,加上未能充分发挥产妇自我掌控能力,必定会削弱自然分娩所需的助力。目前,我国围生期照顾模式多为产科医生主导照顾模式,助产士职责仅为片段性的针对产时的管理,工作场合只限于产房,部分地区助产士通过孕妇学校形式开展健康教育而参与到产前,且为大班上课形式,没有做到个性化,产后大多由病房护士照顾,助产士缺乏与孕产妇之间的信任关系,以及对孕产妇整个围生期的连续性照顾。

助产士主导的连续性服务模式是指助产士监测产妇及其家庭在整个妊娠过程中的生理、心理、精神及社会健康,以产妇及其家庭为中心,强调产妇和胎儿在分娩过程中的主动性,为孕妇提供个体化的教育、咨询及产前照顾,在分娩前、产时及产后提供连续性照顾,将不必要的医疗技术干预降低到最小,对于需要产科或其他专家照顾的孕产妇能够有效识别且及时转诊。与产科医生主导照顾模式相比,助产士在满足正常孕妇的需求方面更符合自然分娩的过程,包括保护、支持、阴道分娩及正常的哺乳。同时,更加关注孕妇对怀孕和分娩经历的期望及心理需求。助产士主导的连续性服务模式同其他照顾模式的区别在于:理念、关注点、照顾提供者与孕妇的关系、分娩时干预措施的使用等方面有所不同。

目前,ICM 倡导的是“助产士主导的连续性服务模式”,强调妊娠分娩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,通过助产士给产妇提供连续性专业健康服务,能够提高自然分娩率,降低阴道助产率和剖宫产率,减少孕期并发症及产期住院时间,减少产期药物镇痛与麻醉率,降低会阴侧切率,降低新生儿复苏率,同时,也能增加产妇对分娩过程的满意度。ICM 倡导的助产士主导的连续性服务模式主要包括以下要点:①一组助产士照顾一定数量的妇女;②妇女在妊娠期间见过每一位助产士;③助产士与孕妇发展成伙伴关系;④妇女紧密与助产士进行沟通、交流;⑤保证妇女在分娩期至少有一位助产士可以全程陪伴;⑥助产士进行产后随访。助产士主导的连续性服务模式倡导每位产妇至少在活跃期拥有一对一的助产服务。对于助产士主导的连续性服务模式,欧洲及英联邦国家比世界其他地区做得更好。澳大利亚一项研究表明,低危孕产妇肯定了基于伙伴关系的责任制助产模式。荷兰助产士与孕产妇建立了良好的信任关系,为其提供充分的指导和支持。Hattem 等指出,助产士主导模式可使产妇的药物镇痛使用率减少 19%、手术助产率减少 14%、会阴切开术减少 18%,并促进了自然阴道分娩、母乳喂养和产妇的自控感。同时,连续性照护模式使孕产妇产生良好的产时自控感,提高了对整个围产期服务的满意度,也增强了助产士自主意识和工作满意度。但是,目前全球助产士人力资源短缺现象是助产士主导的连续性服务模式推广和发展的主要障碍。

因此,我国急需开辟、拓宽中国的助产专业特色领域,借鉴国外先进的助产服务理念 and 成功的助产服务模式,从助产士教育培训、专业准则、职业操守的规范建立、循证助产科研实践等多角度出发,探索适合我国国情的高级助产服务新模式,以期将我国的产科服务发展成为“以

助产士主导正常妊娠分娩、产科医生主导病理产科”为特色的服务系统。

第二节 助产学发展史

一、助产学的发展史

生育分娩使人类得以繁衍生息,助产学由此应运而生,其发展离不开人类社会发展和医疗护理实践。在其短短百余年的发展过程中,已为促进母婴健康,维护家庭、社会稳定,提高国民素质做出了积极地贡献。

(一) 国外助产学的发展史

1. 基督纪元时代

基督纪元时代,欧洲的助产士对教会来说很重要,因为她们在洗礼的时候扮演着关键的角色,而教会也通过一定的规则对助产士实施管理。

2. 18 世纪后到 19 世纪中叶

18 世纪后,随着医学的发展,医生掌握了一些无菌技术,但助产士却没有受过这方面的训练,所以由助产士参与的生产,产妇和婴儿的死亡率要明显比由医生参与的生产高。于是外科医生对助产士展开了猛烈的攻击,他们宣扬现代科学的生产过程要比来自民间的助产士参与的生产过程对母亲和孩子更好。所以,18 世纪初英国大部分的婴儿是由助产士接生的,而到了 19 世纪初,大部分孩子的出生都会有一个外科医生的参与。但是,当医生们试图接替助产士的工作时,却发现他们在接生方面的知识非常欠缺。

3. 19 世纪末到 20 世纪中叶

1881 年,英国政府组织成立了助产士训练班(1947 年改为皇家助产学院)。1902 年通过了英格兰助产士法,成立了中央助产委员会(Central Midwives Board),以协助进行专业助产士的培育、执业及考试。1949 年,英国实施国民医疗服务制度(National Health Service)以后,非高危孕产妇皆有国家认可助产士(State Certified Midwife, SCM)负责。同时,助产士对产妇的护理权却仍掌握在全科医生的手中,她们只能协助产妇进行正常分娩。在美国,随着医生在产妇生产过程中的作用日益增强,助产士的角色及地位迅速衰落。1935 年后,由助产士开展的助产活动大幅减少。

4. 20 世纪中后期

20 世纪 60 年代后,英国和美国的女权主义者们主张妇女应该在分娩过程中负起责任来,从妇产科男医生那里夺回主动权,这为助产士的发展提供了极好的机会。20 世纪 70~80 年代,助产士迅速增长,她们为促进产妇和婴儿的健康做出了极大的贡献。

(二) 国内助产学的发展史

1. 原始的自助式阶段

人类依靠繁衍而延续,但助产作为一种职业并不是与分娩活动相伴产生的。古时候,妇女多靠自己完成分娩过程,这几乎被视作一种妇女的本能,认为祸福生死全靠天意与命运决定,人类本身束手无策。即使在社会经济迅猛发展的今天,在非洲的部分原始部落,妇女仍然采用自助式分娩。

2. “旧产婆”助产阶段与助产文化的萌芽

随着人类社会的发展,一部分有生育经验的妇女开始协助其他妇女处理分娩过程,且逐渐形成一种职业。在我国,助产专业化最初形成于东汉时期。“稳婆”就是最早从事助产行业的人;唐宋时期,“稳婆”作为一种职业已非常盛行。“稳婆”大都没有专业医学知识,只是利用民间智慧帮助产妇分娩,故对妇婴来说危险性相对较大。但作为一种有广泛社会需求的、趋向职业化的群体,其稳重和大胆、谨慎与精明的职业素质已初见端倪,已出现助产学的萌芽。

3. 助产职业化阶段与早期助产文化

我国的助产教育起源于20世纪初。1908年7月金雅梅医生创办北洋女医学堂附属北洋女医院。1915年英籍医师 LeiTang 在福建兴化圣教医院开设了圣路加助产士和护士训练班(现莆田学院护理系前身)进行护士和助产士的培训。1929年杨崇瑞医生在北平创办了北京国立第一助产学校,成为当时培养助产士的最高学府,并尽力推行助产士注册系统,成为我国助产教育的开拓者。1930年,杨崇瑞拟订《助产学管理法》,呼吁新旧助产士一律需登记注册。到1947年,我国公、私立助产学校计86所,学生约1712名,全国持助产士证者计5268名。1949年,全国已有助产士13900名,但大多数都集中在大城市,广大农村依旧是“旧产婆”接生,产妇死亡率仍高达7‰,婴儿死亡率达11.16‰。

4. 普及“新法接生”阶段与助产文化的初步形成

新中国成立后,1950年在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。农村的接生状况有了一定的改善,接生人员在公众心目中的地位和受尊重的程度也有很大提高,接生人员也开始认识到自己肩负的神圣使命与职责,一种具有中国特色的助产文化已初步形成。但60年代,全国助产学校均停办,助产士队伍的发展受到极大影响。70年代末,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医院不足,大量护士填充到助产士队伍中,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。

5. 现代科学助产阶段与助产文化的发展趋向

随着20世纪70年代围生医学的兴起与发展,以及人们对优生优育的倡导和需求,助产工作已逐步向科学化与现代化方向发展。

二、助产学的未来和展望

助产学与妇产科具有共同的基础。因此,在回顾助产学发展和展望未来的同时,也孕育着妇产科的发展与未来。国内现代助产学发展迅速,正逐渐与世界助产学接轨,从国情出发正着手多种形式的改革和尝试。为适应医学模式转变和社会发展过程对生育、健康及医疗保健需求的变化,护理模式已逐渐从以疾病为中心的护理转向以患者为中心的系统化整体护理,所以助产学服务模式势必随妇产科学和现代护理学发展趋势做出相应调整。然而人们发现患者与其家庭之间有着密切的联系,家庭可影响患者的健康和生活质量,而患者的健康也可影响家庭,于是以家庭为中心护理应运而生。以家庭为中心的护理既秉承了系统化整体护理的理念,又促进了系统化整体护理的发展。近年来,其在临床的应用日益受到关注和重视。

“家庭化产科服务模式”，指以产妇为中心，重视家庭的支持、参与和选择的重要性，使“生物-心理-社会”医学模式的具体化，是“以患者为中心”服务模式的进一步深化。以家庭为中心的产科服务模式指：以产妇为中心，重视家庭的支持、参与和选择的重要性，确定并针对个案、家庭、新生儿在生理、心理、社会等方面的需要及调适，向他们提供具有安全性和高质量的健康照顾，尤其强调提供促进家庭成员间的凝聚力和维持身体安全的母婴照顾。

开展以家庭为中心的产科服务模式的必要性是：①对孕妇家庭而言，有利于建立养育和亲密的家庭关系；易于完成及扮演称职父母的角色；有助于产生积极的生育经验和满足感；在产后最初几个月内，父母及新生儿之间容易建立积极的相互依附关系（亲子关系）；有助于父母建立自信心。②对于医护人员而言，不仅能为护理对象提供连续性的健康照顾，还可及时获得个案及家庭的反馈信息，真正落实“以患者为中心”的服务宗旨；能促进在职人员的继续教育活动，并有效地发挥工作人员的在职教育作用；便于促进工作人员间建立良好的协调关系；减少并发症；充分发挥助产士独立性角色功能，提高护理人员的工作成就感。

开展以家庭为中心的产科服务模式具有可行性。国外许多学者认为应将家庭为中心的护理的观念贯穿于生育的全过程，这一模式不只是有多功能的房间、漂亮和温馨的环境，更重要的是改善整个产科服务的态度和理念。促进家庭成员共同参与，提供安全、高质量的母婴服务，适应母婴及家庭成员的生理和心理需要。基于该理念，一些医院除实施以家庭为中心的健康教育以外，还建立了家庭化病房、以家庭为中心的产时分娩支持、以家庭为中心的产后护理、以家庭为中心的出院指导，以及产后访视。

以家庭为中心护理基于4个核心概念：尊严与尊重，信息共享，患者及其家庭成员参与整个护理活动与决策，照顾者、患者与家庭成员密切协作。这4个核心概念在实践过程中拓展为9项基本内容：①认识到家庭作用，贯穿于患者一生；②促进家庭与医护人员在健康维护方面全方位的合作；③尊重不同家庭的种族、文化及经济社会背景；④认识到家庭的力量及其差异性，尊重不同家庭各自的应对方式；⑤医护人员能始终公平性地与家庭分享所有的信息；⑥促进家庭与家庭之间的支持系统及网络化建设；⑦将满足患者与家庭的发展需要作为健康维护的一部分；⑧通过政策和实际行动为家庭提供心理、感情与财力方面的支持；⑨整个健康维护的计划应是灵活、可行、综合性的，能满足家庭的需求。

家庭化产科服务模式的服务内容主要包括：导乐陪伴分娩、家庭化产房和母婴床旁护理。导乐陪伴分娩指由一位有生育经验的妇女，在产前、产时及产后给予孕产妇持续的生理与心理支持、帮助及安慰，使整个产程在无焦虑、无恐惧，充满热情、关怀和鼓励的氛围中进行，对促进自然分娩起到了积极的推动作用。导乐陪伴分娩不仅是产时服务的一项适宜技术，也是一种以产妇为中心的新服务模式，在注重给予产妇全方位的支持，尤其是给予产妇心理和精神上的支持的同时，也减少了产时干预，降低了剖宫产率和难产率，提高了产时服务质量，保证了母婴安全健康。家庭化产房指为母亲、配偶、家庭提供家庭般的、非病房化的环境。“待产-分娩-恢复房间”（labor-delivery-recovery rooms, LDRs），是为了适应母亲和婴儿从待产到分娩和恢复的全过程而设计的，配备了可处置大部分并发症设备，剖宫产手术除外。在分娩时，LDR房间充分准备了为母亲和婴儿进行不复杂的阴道分娩的设备，如产钳、会阴撕裂修补等手术均可在LDR房间内安全地实施。家庭化产房就是为了让孕妇避免产生对医院环境的不适感，其设施在考虑医疗护理的同时也应体现家庭氛围。母婴床旁护理指助产士严格按照护理程序和操作常规，在床旁对母亲和新生儿进行一对一的护理。母婴床旁护理是推动产科护理新模式的重

要方法,也是现代产科护理新模式的核心内容。母亲和婴儿是一个整体,是相互依赖的共同体,护理者按照临床判断和评估提供护理干预,制定适合母婴个体身心健康的行为处方,提高产妇及家庭自我管理及新生儿护理能力,使产科护理更人性化、自然化、家庭化。

三、助产学的内容和特点

(一)服务对象的动态性

主要体现在:①助产学主要关注与生产过程有关的生理阶段,此阶段孕产妇心态复杂,不易很好地配合医护工作;该阶段生理病理变化快,意外情况多。②女性一生中生殖系统解剖与生理是一个动态变化的过程,在不同时期表现出不同的特殊生理变化,如青春期的月经初潮、绝经过渡期的绝经等。③女性的角色功能也会发生不断变化,女儿、妻子、母亲等,女性可以有多重角色功能。

(二)服务对象的特殊性

主要体现在:①服务对象首先是处于正常生理过程的妊娠期妇女,其次是处于特殊阶段的患病孕产妇个体,第三涉及家庭多要素,包括婴儿、家庭其他成员等;②关系到母婴两条生命的安危,责任特别重大;③涉及女性最隐私的部位,需要特别尊重服务对象;④产科疾病与年龄关系密切。

因此,助产士应了解服务对象的动态性与特殊性,有利于在护理评估时资料收集、评判性思维诊断分析、护理计划制定订护理观察。

(三)服务内容的完整性

助产学的内容在产科学的基础上,主要包括产科护理、计划生育指导和妇女保健等,其中产科护理主要包括正常妊娠三期护理、异常妊娠三期护理和高危妊娠管理。因此,助产士不仅要掌握医学与护理学基础、预防医学与相关学科及人文社会学科知识,熟练助产操作技能,而且要综合运用到临床助产实践中,针对服务对象开展个体化的助产服务,同时在工作中不断积累经验。

(四)服务内容的相关性

助产学是一门与基础医学和相关护理学科关系密切的实践学科,孕产妇可能引起或合并内科、外科等疾病。助产学的内容虽然分为产科护理、计划生育指导和妇女保健等,但在护理过程中要注意彼此间的相互联系与相互影响,如产褥期妇女的护理,助产士既要做好产褥期的妇女保健,预防产妇生殖道感染,保证母婴健康,又要做好计划生育指导。

第三节 助产实践中的伦理学

伦理是人们处理相互关系时应该遵循的行为准则,要求人应该具备仁爱慈善、善良助人、勤奋进取、真诚奉献等道德情感、意志及信念。助产士由于其服务对象的特殊性,患者都是女性,而且涉及生育、婚姻、家庭、社会,这就使得其伦理问题则更为突出。因此,助产士必须加强职业道德的修养,以良好的形象和品格去为产妇进行助产服务。