

团 体 标 准

T/CHAS 10-2-31—2024

中国医院质量安全管理

第 2-31 部分：患者服务 孕产妇保健

Quality and safety management of Chinese hospital——

Part 2-31: Patient service—— Maternal Health Care

2024- 11 - 9 发布

2025 - 12 - 1 实施

中国医院协会 发布

目 次

前言 III

1 范围 1

2 规范性引用文件 1

3 术语与定义 1

4 关键要素 4

5 要素规范 5

 5.1 孕前保健 5

 5.2 孕期保健 5

 5.3 分娩期保健 9

 5.4 危重孕产妇管理 10

 5.5 产褥期保健 11

 5.6 孕产妇健康教育 11

 5.7 孕产妇保健安全管理的评价 12

附录 A 孕产妇妊娠风险评估表 13

附录 B 世界卫生组织（WHO）危重孕产妇的判定标准 17

附录 C WHO 安全分娩核查表——入室待产 18

附录 D WHO 安全分娩核查表——准备接生 19

附录 E WHO 安全分娩核查表——分娩后 1 小时 21

附录 F WHO 安全分娩核查表——出院前 23

参考文献 24

前 言

《中国医院质量安全管理》分为以下部分：

- 第 1 部分：总则
- 第 2 部分：患者服务
- 第 3 部分：医疗保障
- 第 4 部分：医疗管理

《中国医院质量安全管理 第 2 部分：患者服务》包括以下部分：

- 第 2-1 部分：患者服务 患者安全目标
- 第 2-2 部分：患者服务 院前急救
- 第 2-3 部分：患者服务 急救绿色通道
- 第 2-4 部分：患者服务 急诊服务
- 第 2-5 部分：患者服务 预约服务
- 第 2-6 部分：患者服务 门诊服务
- 第 2-7 部分：患者服务 门诊处方
- 第 2-8 部分：患者服务 住院服务
- 第 2-9 部分：患者服务 手术服务
- 第 2-10 部分：患者服务 麻醉镇痛服务
- 第 2-11 部分：患者服务 重症监护
- 第 2-12 部分：患者服务 临床用药
- 第 2-13 部分：患者服务 临床用血
- 第 2-14 部分：患者服务 临床检验
- 第 2-15 部分：患者服务 临床病理
- 第 2-16 部分：患者服务 医学影像
- 第 2-17 部分：患者服务 放射治疗
- 第 2-18 部分：患者服务 介入治疗
- 第 2-19 部分：患者服务 内镜治疗
- 第 2-20 部分：患者服务 血液净化
- 第 2-21 部分：患者服务 器官移植
- 第 2-22 部分：患者服务 疼痛治疗
- 第 2-23 部分：患者服务 高压氧治疗
- 第 2-24 部分：患者服务 住院患者静脉血栓栓塞症（VTE）防治
- 第 2-25 部分：患者服务 日间手术
- 第 2-26 部分：患者服务 临床研究
- 第 2-27 部分：患者服务 中医药治疗
- 第 2-28 部分：患者服务 康复治疗
- 第 2-29 部分：患者服务 临床营养
- 第 2-30 部分：患者服务 健康体检
- 第 2-31 部分：患者服务 孕产妇保健
- 第 2-32 部分：患者服务 儿童保健
- 第 2-33 部分：患者服务 随访服务

- 第 2-34 部分：患者服务 输液安全
- 第 2-35 部分：患者服务 ERAS 管理
- 第 2-36 部分：患者服务 手术机器人使用管理

本标准是第 2-31 部分。

本标准按照 GB/T 1.1-2020 给出的规则起草。

本标准由中国医院协会提出并归口。

本标准主要起草单位：首都医科大学附属北京妇产医院，重庆市妇幼保健院，深圳市妇幼保健院，复旦大学附属妇产科医院，医院标准化专业委员会。

本标准主要起草人：阴赅宏，邹丽颖，费秀珍，漆洪波，李笑天，胡蓉，杨惠娟，武颖，刘凯波，刘月辉，刘丽华。



中国医院质量安全管理 第2-31部分 患者服务 孕产妇保健

1 范围

本文件规范了孕产妇保健服务中孕前期、孕期（含早孕期、中孕期、晚孕期）、分娩期及产褥期的安全要素内容。

本文件适用于各级医疗机构开展孕前保健及孕产妇保健服务的质量安全管理与评价。

2 规范性引用文件

下列文件对于本标准分册的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅注日期的版本适用于本标准分册。凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本标准分册。

WS/T 801-2022 妊娠期妇女体重增长推荐值标准

WS/T 483.8-2016 健康档案共享文档规范第8部分：产后42天健康检查

WS/T 483.7-2016 健康档案共享文档规范第7部分：产后访视

WS/T 483.6-2016 健康档案共享文档规范第6部分：产前随访服务

WS/T 483.5-2016 健康档案共享文档规范第5部分：首次产前随访服务

WS 377.8-2020 妇女健康基本数据集 第8部分：孕前优生健康检查

WS/T 526-2016 妇幼保健服务信息系统基本功能规范

3 术语与定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

围产期保健 perinatal health care

一次妊娠从妊娠前、妊娠期、分娩期、产褥期为孕产妇和胎儿及新生儿的健康进行的一系列保健措施。

3.2

孕前保健 progestation care

为准备妊娠的夫妇提供以健康教育与咨询、孕前医学检查、健康状况评估和健康指导为主要内容的系列服务。

3.3

孕期保健 prenatal care

又称产前检查或孕期检查，是针对孕妇的怀孕期间的全过程服务。

3.4

早孕期 early pregnancy

又称早期妊娠或孕早期，从妊娠开始到妊娠满13周6天。

注：此阶段是受精卵向胚胎、胎儿分化的重要时期。

3.5

中孕期 second trimester pregnancy

又称中期妊娠或孕中期，从妊娠满14周开始到妊娠27周6天。

3.6

晚孕期 late pregnancy

又称晚期妊娠或孕晚期，从妊娠满28周开始直到分娩前。

3.7

分娩期 delivery period

从规律宫缩开始，至胎儿、胎盘娩出的时期。

3.8

产褥期 puerperal period

是从胎盘娩出至产妇全身各器官除乳房外恢复至正常未孕状态所需的一段时间，一般为产后6周。

3.9

产前筛查 prenatal screening

通过临床咨询、医学影像、生化免疫等技术项目对胎儿进行先天性缺陷和遗传性疾病筛查。

3.10

产前诊断 prenatal diagnosis

又称宫内诊断，通过遗传咨询、医学影像、细胞遗传和分子遗传等技术对胎儿进行先天性缺陷和遗传性疾病诊断。

3.11

高危妊娠 high-risk pregnancy

有可能增加孕产妇及胎婴儿的危险，导致难产或危及母婴健康的妊娠。

3.12

围产儿死亡率 perinatal mortality

妊娠满28周（或新生儿体重达到1000克及以上）至出生后7天内，每1000名出生婴儿中发生的死胎、死产及新生儿死亡数。

3.13

体质量指数 body mass index (BMI)

又称体重指数，用于评价人体的营养状况、胖瘦程度或身体发育水平的一项指标，通过体重（kg）除以身高（米）的平方计算得来。

3.14

围产期营养 perinatal nutrition

在孕前、婴儿出生前后的时期，孕产妇和胎儿、婴儿所需的营养支持。

3.15

妊娠期高血糖 hyperglycemia in pregnancy

妊娠期所有的血糖异常情况，包括孕前糖尿病合并妊娠（pregestational diabetes mellitus, PGDM）、糖尿病前期和妊娠期糖尿病（gestational diabetes mellitus, GDM）。

3.16

妊娠期高血压疾病 hypertensive disorders during pregnancy

妊娠与高血压并存的一组疾病。

注：包括妊娠期高血压（gestational hypertension）、子痫前期-子痫（pre-eclampsia-eclampsia）、妊娠合并慢性高血压（chronic hypertension）和慢性高血压伴发子痫前期（chronic hypertension with superimposed pre-eclampsia）。

3.17

电子胎心监护 electronic fetal monitoring(EFM)

一种评估胎儿宫内状况的方法，其目的在于及时发现胎儿宫内缺氧，以便及时采取进一步措施。

3.18

前置胎盘 placenta previa

孕28周后胎盘下缘毗邻或覆盖子宫颈内口。

注：是妊娠晚期出血和早产的重要原因。

3.19

早产 preterm birth

妊娠满28周或新生儿出生体重 $\geq 1000\text{g}$ 但不满37周之间的分娩。

3.20

产褥期保健 postpartum care

又称产后保健，是在分娩后至产后42天为妇女和婴儿提供的规范、系统和连续的医疗保健服务，包括住院期间的保健、产后访视和产后42天健康检查。

3.21

高龄妊娠 advanced maternal age pregnancy

孕妇预产期年龄 ≥ 35 岁的妊娠。

3.22

子痫前期 preeclampsia

是妊娠期特有的一种多系统受累的进展性疾病，是妊娠期高血压疾病的一种类型，其特点是妊娠20周以后出现的新发高血压，伴或不伴蛋白尿，同时存在一个或多个终末器官功能障碍。

3.23

无创DNA产前筛查 non-invasive prenatal testing (NIPT)

即孕妇外周血胎儿游离DNA高通量测序技术。是利用DNA测序技术对母体外周血浆中的游离DNA片段进行测序，对测序结果进行生物学信息分析，从中得到胎儿的遗传信息，从而检测胎儿染色体非整倍体等疾病患病风险的技术。

3. 24

染色体非整倍体 chromosomal aneuploidy
是指正常的染色体中丢失或添加了一条或几条完整的染色体，导致的染色体数目异常。

3. 25

生育友好 fertility-friendliness
在法律及政策框架内，对符合公序良俗的生育文化予以充分包容，认可生育权利自主，从多维度消除生育障碍，从而支持生育家庭，鼓励、引导家庭生育意愿和社会适度生育率最大限度相容的文化理念。

3. 26

生育友好医院 fertility-friendly hospital
通过优化服务流程、提升医疗质量、完善配套设施、改善服务环境，为育龄人群在孕前、孕期、分娩、产后及0-6岁儿童（特别是新生儿）提供全周期、人性化、高质量医疗服务的医疗机构。

4 关键要素

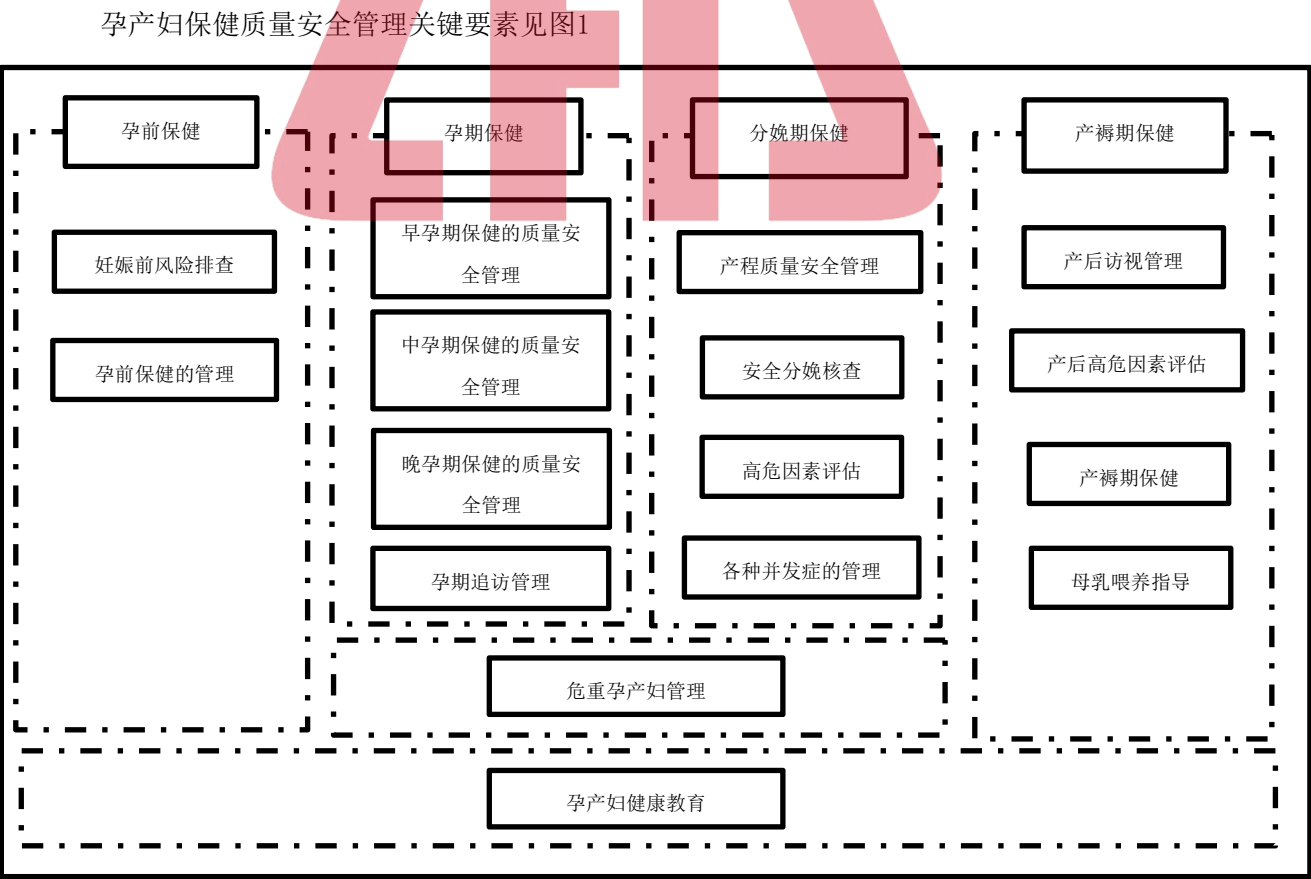


图1 孕产妇保健质量安全管理关键要素

5 要素规范

5.1 孕前保健

5.1.1 妊娠前风险排查

5.1.1.1 对备孕女性及家属进行妊娠前风险评估的宣教,使备孕女性及家属有主动参与孕前检查及风险评估的意识。

5.1.1.2 指导育龄期女性选择最佳的受孕时机,在计划妊娠前3-6个月进行孕前优生健康检查,确保孕前身体健康状况良好,以减少妊娠危险因素和高危妊娠。

5.1.1.3 有不良孕产史的孕产妇出院宣教或门诊治疗建议里应包含下次妊娠前风险排查的内容。

5.1.1.4 妊娠前应保持健康的心理和社会环境,戒烟酒,避免接触有毒物质和放射线。

5.1.1.5 存在重要疾病的女性应在孕前评估是否适宜妊娠,如系统性红斑狼疮、慢性肾脏疾病、心脏病等。

5.1.1.6 基层卫生服务机构及医疗机构进行的围产期保健宣教内容中应包括孕前保健的内容。如:夫妇一方有遗传性疾病或有不良妊娠史,备孕前应进行遗传咨询;开展中医孕前调理,等。

5.1.2 孕前保健管理

5.1.2.1 开展孕产保健的机构应按国家规定要求开展孕前保健工作。基层卫生服务机构、医疗机构及妇幼保健机构应有明确的孕前保健相关制度及措施。

5.1.2.2 基层卫生服务机构是孕前保健宣教的第一道关口,医疗机构是孕前保健的实施主体,妇幼保健机构中孕前保健管理部门负责监管及督导,并接受卫生行政部门的管理,以确保孕前保健工作的质量和效果。

5.1.2.3 省(区、市)级(简称省级)、市(地、州)级(简称地市级)、县(市、区)级(简称县区级)妇幼保健机构或承担孕产妇保健管理职能的医疗机构应明确规定孕前保健管理的部门及专员,负责孕产妇保健相关制度的落实、管理及质控。

5.1.2.4 孕前保健专员应参与孕产妇死亡评审及围产儿死亡评审,及时发现并梳理问题,提出整改措施。

5.2 孕期保健

5.2.1 早孕期保健

5.2.1.1 设立早孕关爱门诊,主要服务于妊娠14周前的女性,为拟生育、早孕异常、早孕拟人工流产三类人群,提供针对性指导和精准规范的诊疗服务。

5.2.1.2 早孕期建册

a) 早孕期建册的工作由基层卫生服务机构负责,在基层卫生服务机构及医疗机构进行早孕期建册的宣传。

b) 医疗机构发现未建册孕妇及时督促孕妇建册。

c) 县区级及地市级妇幼保健机构管理孕妇早孕期建册情况,每季度一次进行建册数据通报及督导,对未建册及发生的重大孕产妇安全事故应按行政管理部门要求执行。

5.2.1.3 建册、建档风险筛查

a) 在基层卫生服务机构建册及医疗机构首次建档时均要进行妊娠风险筛查和评估。

b) 风险筛查应按孕产妇妊娠风险评估表中内容逐项完成,对于某些孕妇理解困难的项目及定义要做必要的解释说明,并告知孕妇隐瞒病史对母儿健康的影响。筛查基本信息包括但不限于:孕妇实际年龄、身高、体重,既往史、个人史、手术史、孕产史及家族史等;

- c) 应根据孕妇实际情况告知其风险,对不宜继续妊娠者,应告知及时终止妊娠;对高危妊娠者,严密观察,并执行转诊制度。

5.2.1.4 早孕期筛查

- a) 医疗机构对于初次就诊的早孕期女性应关注不适主诉,了解生命体征(血压、脉搏等),进行体格检查。
就诊检查内容包括但不限于:血糖、血尿常规、肝肾功能及传染病(如艾滋病、梅毒、乙型肝炎、丙型肝炎等),心电图检查。
- b) 对早孕期体格检查或辅助检查发现异常的孕妇进行评估及指导,必要时请相关科室会诊,评估孕妇是否适合妊娠,并制定后期保健管理方案。

5.2.1.5 早孕期宣教及并发症处置

- a) 孕妇首次就诊时,应告知孕妇早孕期超声的重要性,并告知孕妇一旦发生腹痛、出血或其他不适应及时就诊。
- b) 需要保胎治疗的,应首先确定为宫内妊娠;对于多胎妊娠应确定绒毛膜性。
- c) 做好预防流产相关知识宣教,指导妊娠早期生活方式,运用心理评估量表等工具及时进行孕产妇心理健康状况评估,预防孕期及产后心理健康问题及心理疾病的发生。
- d) 早孕反应严重者应关注孕妇体重下降情况、神志及生命体征,检测血尿常规、肝肾功能及血清离子水平,必要时进行血气分析、头颅核磁、肝胆超声等检查,及早干预,避免妊娠剧吐严重并发症的发生。

5.2.1.6 孕期营养指导

- a) 孕期体重管理应从早孕期开始,计算孕前体重指数(BMI),进行体重风险评估及孕期增重相关指导,并提供饮食、营养及运动的个性化建议。
- b) 医疗机构应设置围产期营养门诊,配备专业的营养师或医生,建立孕妇营养档案,为孕妇提供个性化的营养咨询和指导。
- c) 从事孕产妇保健工作的医务人员应了解孕产妇营养及叶酸补充的相关知识。对于早孕反应严重的孕妇提供饮食建议及监测指导。

5.2.1.7 子痫前期风险人群的预防措施

- a) 孕产保健医师应根据母体因素、家族史、孕产史、生化指标、超声等综合因素评估孕妇产前子痫前期风险。
- b) 对于子痫前期高风险人群应使用低剂量阿司匹林预防,从孕11~13⁺6周,最晚不超过孕20周开始使用,每晚睡前口服阿司匹林100mg~150mg至孕36周,或者至终止妊娠前5~10日。

5.2.1.8 静脉血栓栓塞症(VTE)预防措施

- a) 首次产前检查应评估VTE风险,根据孕妇年龄、孕前BMI值、孕产次、吸烟史、VTE病史、家族史、辅助生殖史等确定,密切监测孕妇孕情变化及高危因素,动态进行VTE风险评估。
- b) 对于VTE高风险人群培养科学合理的饮食习惯,加强运动,避免脱水,可以采取被动运动、按摩、穿弹力袜、气压治疗等物理方法预防。
- c) 对于有过VTE病史的孕妇,应与血管外科一起共同管理孕妇,指导孕妇妊娠期抗凝药物的使用。

5.2.1.9 出生缺陷的妊娠早期筛查

- a) 对妊娠11~13⁺6周的孕妇应通过超声进行胎儿颈部透明层厚度(NT)的筛查,早期排查胎儿染色体异常。
- b) 有条件的医疗机构在妊娠10~14周应进行早孕期胎儿染色体非整倍体血清学筛查和胎儿严重畸形的早孕期超声筛查(如无脑儿、严重心脏病、胎儿严重水肿等)。
- c) 合理使用无创DNA产前筛查(NIPT)技术,不得以NIPT替代诊断性羊膜腔穿刺。

- d) 对产前筛查中发现的高风险人群应及时转诊到产前诊断机构进行产前诊断；对有染色体异常患儿分娩史及遗传性疾病家族史的孕妇应进行遗传咨询。

5.2.1.10 妊娠期高血糖的早期筛查

- a) 首次产前检查应行空腹血糖检查，早孕期空腹血糖 $\geq 5.6\text{mmol/L}$ 可诊断妊娠合并空腹血糖受损，空腹血糖 $\geq 7.0\text{mmol/L}$ 可诊断糖尿病合并妊娠，诊断妊娠合并空腹血糖受损和糖尿病合并妊娠的孕妇均应尽早进行血糖管理。
- b) 有糖尿病高危因素的人群应在孕早期开始防范妊娠期糖尿病的发生，调整生活及饮食方式，高度关注血糖情况。

5.2.1.11 运用中医理论，开展中医孕早期保健。

5.2.2 中孕期保健

5.2.2.1 产前筛查及产前诊断管理

- a) 实施孕期保健的非产前筛查或非产前诊断机构应有规范的转诊流程并落实到位。
- b) 产前筛查及产前诊断机构应有针对产前筛查及产前诊断的管理制度，并做好本院产前筛查及产前诊断情况的登记与随访。
- c) 省级及地市级妇幼保健机构中应设有产前筛查及产前诊断工作管理部门及专员，负责对管辖区域内医疗机构产前筛查及产前诊断实施情况进行监督及质量评价。
- d) 产前筛查及产前诊断工作专员应经过产前筛查及产前诊断专业知识的培训，并考核合格。

5.2.2.2 孕中期胎儿染色体非整倍体筛查的管理

- a) 未进行早孕期胎儿染色体非整倍体血清学筛查的孕妇应在孕15周-孕20周6天进行孕中期胎儿染色体非整倍体血清学筛查，错过最佳时间的，应推荐其通过无创DNA产前筛查排查胎儿染色体非整倍体。
- b) 血清学筛查提示胎儿常见染色体非整倍体风险值介于高风险切割值与1/1000之间的孕妇应进行无创DNA产前筛查。
- c) 将产前筛查高风险的孕妇及时转诊到产前诊断机构或产前诊断门诊，转诊流程通畅。

5.2.2.3 胎儿结构异常的超声筛查

- a) 孕妇应在孕中期接受胎儿常规超声检查。孕18周~孕24周是孕中期胎儿常规超声检查的最佳孕周。
- b) 对超声检查发现胎儿解剖学结构异常的，应转诊至产前诊断中心进一步明确诊断，并酌情进行介入性产前诊断。
- c) 中孕期常规超声筛查的医生应获得产前超声诊断的资质，并接受定期培训。

5.2.2.4 及时完成血糖评估与监测

- a) 早孕期空腹血糖正常的孕妇应在孕24周~孕28周间行75g口服葡萄糖耐量试验，完成妊娠期糖尿病的筛查。诊断为妊娠期糖尿病的，应进行专门的营养管理和指导，制定个体化、合理的膳食方案和运动方案，并指导孕妇如何进食和监测血糖，必要时给予胰岛素等药物治疗。
- b) 对于糖尿病合并妊娠的孕妇应做好胎儿畸形的筛查。对于妊娠期高血糖孕妇的血糖管理应贯穿整个孕期。
- c) 监测孕妇增重情况、血压，以及胎儿情况，血糖波动大的孕妇应加强胎儿监测。

5.2.2.5 早产风险排查与管理

- a) 医疗机构应对早产高危人群进行早产风险筛查，早产高危人群包括：有早产史或晚期流产史；年龄小于17岁或大于35岁；肥胖或消瘦孕妇；有宫颈手术史；辅助生育受孕；多囊卵巢孕妇； ≥ 3 次宫腔操作术史；多胎妊娠；早孕期或中孕期反复阴道出血；有不良嗜好孕妇（如吸烟、酗酒、吸毒等）；孕早期或孕中期经阴道超声宫颈长度 $\leq 25\text{mm}$ 等。
- b) 应将有早产风险的孕妇转诊到有早产儿救治能力的医疗机构分娩。

c)产儿科密切合作救治早产儿。

5.2.2.6 妊娠期合并症、并发症的管理

a)对妊娠期合并症孕妇，孕期应做好产科情况及其合并症情况的动态评估与监测。

b)对妊娠期合并症孕妇，应多学科联合诊疗，重点患者（如妊娠合并恶性肿瘤，自身免疫性疾病活动期等）应及时上报本院及上一级产科安全管理部门。

c)运用中医药、针灸等方法治疗妊娠期高血压、糖尿病等并发症。

5.2.3 晚孕期保健的质量安全管理

5.2.3.1 胎动监测的管理

a)医疗机构应有明确的胎动计数的宣教视频或宣教文字，让每一位孕妇知晓孕晚期计数胎动的重要性及计数方法。

b)医疗机构应在孕妇学校的课程中设置有关胎动计数的课程，教会孕产妇计数胎动。

c)每次产前保健均应询问孕晚期孕妇胎动情况，并记录。

d)对于因胎动不好来就诊的孕妇，应有本单位的处置流程，以便及时发现异常，改善母婴结局。

5.2.3.2 胎儿监测的管理措施

a)孕妇出现胎动异常、羊水量异常、脐血流异常等情况时，应进行电子胎心监护。

b)高危孕妇应从孕32周开始进行电子胎心监护，但具体开始监测时间和监测频率应根据孕妇情况制定个体化方案。

c)电子胎心监护出现异常时，应根据异常的种类及程度，结合超声测量的胎儿大小、脐血流、羊水量、胎动情况以及孕周等综合评价胎儿宫内状况，以决定进一步的处理措施。

5.2.3.3 妊娠期高血压疾病的管理

a)监测孕妇血压，教会孕妇血压自我监测，每1~2周评估病情变化情况，若病情进展迅速，应缩短监测评估周期。

b)做好病情危重孕妇的多学科联合诊疗。

c)基层医疗机构应将妊娠期高血压疾病孕妇转诊到有救治能力的三级医疗机构，并做好转诊过程中孕妇的管理，以及与接诊单位的衔接。

5.2.3.4 有子宫手术史的孕妇孕晚期管理

a)应详细了解既往手术情况，包括手术部位、损伤子宫的深度、面积、瘢痕数量等，以便评价子宫破裂的风险及分娩方式。

b)若既往手术为剖宫产手术，在孕36周~孕38周间超声评价子宫切口的连续性及厚度。

c)应告知孕妇孕晚期及分娩期子宫破裂的风险，如胎动异常、腹痛等，发生异常情况随时就诊。

d)若既往手术情况较为复杂，超声不能有效评价时，应行核磁共振检查以进一步明确子宫情况，以便制定后期管理方案。

e)分娩期监测子宫破裂征象，包括胎心监护异常、腹痛、血尿、异常阴道流血、低血压、晕厥或休克等。

5.2.3.5 多胎妊娠（含双胎妊娠）的孕晚期管理

a)多胎妊娠的产前检查应在二级以上医疗机构进行，并由高年主治医师以上职称的人员进行，其中，单绒毛膜性双胎妊娠及三胎以上多胎妊娠的产前检查应由副高级以上职称人员进行。

b)从事双胎妊娠产前检查工作的医务人员应掌握双胎相关并发症的诊断和管理措施。

c)承担双胎妊娠产前检查的医疗机构应有双胎妊娠的管理制度和流程，并与可进行复杂双胎宫内治疗的医疗机构建立宫内转会诊流程，且流程具有可行性。

d)多胎妊娠应根据绒毛膜性及羊膜性，是否有并发症等情况制定个性化产前检查方案。

e)多胎妊娠应在二级以上医疗机构分娩。医疗机构应做好多胎妊娠分娩方式的评估与管理，并制定个性化分娩期管理预案。

5.2.3.6 前置胎盘的孕晚期管理

- a) 孕中期产前检查考虑前置胎盘者，若无阴道出血，应在孕32周行经阴道超声检查明确胎盘位置。无症状前置胎盘孕妇在孕36周再次行经阴道超声检查评价胎盘情况，并制定诊疗预案。
- b) 可疑胎盘植入者应在超声检查的基础上行核磁检查进一步判断胎盘植入及侵犯周围组织情况。
- c) 对孕妇出现的贫血情况，应积极给予纠正。并告知孕妇注意胎动，有出血及时就诊和就诊流程。
- d) 前置胎盘孕妇应在二级以上医疗机构分娩，医疗机构应在术前做好充分的评估与准备，针对孕妇病情制定个性化分娩期管理预案，包括手术切口的选择、血源的准备、止血措施的方案、新生儿的救治以及手术人员等。

5.2.3.7 完善孕产妇转会诊流程的管理措施

- a) 医疗机构应具有孕产妇并发症/合并症转诊及会诊的流程，且产科工作者人人知晓。
- b) 针对转诊孕产妇，转出机构应有随访记录。
- c) 对于会诊孕产妇，会诊机构应有详细的会诊记录。
- d) 省级、地市级、县区级妇幼保健机构或承担孕产妇保健管理职能的医疗机构负责辖区内孕产妇的转会诊协调与管理，并定期督导。

5.3 分娩期保健

5.3.1 产程的质量安全管理

5.3.1.1 医疗机构应有如何识别和处理异常分娩的规范和流程。

5.3.1.2 医疗机构应有降低阴道分娩并发症发生率专项行动的计划和措施。

5.3.2 安全分娩的核查

5.3.2.1 入院时对孕妇进行相关检查，初步评估孕妇健康状况、骨盆及胎儿情况，制定详细的分娩计划，如为高风险产妇需转诊，与上级医疗机构联系，确保转运途中安全。

5.3.2.2 分娩前对孕妇情况再次进行核查及评估，做好分娩（包括剖宫产）前可能出现的危急情况的评估及相应准备。

5.3.2.3 分娩后1小时内检查产妇和新生儿的健康状况，及时发现母儿双方的危险征象。

5.3.2.4 出院前对产妇及新生儿的健康状况再次进行核查，并根据母儿健康状况制定母儿随访计划，并让产妇及家属知晓。

5.3.3 分娩期高危因素评估

5.3.3.1 提倡住院分娩，高危孕妇应提前入院。

5.3.3.2 产程中关注产妇生命体征及主诉，动态评估产妇高危因素，应做到防产后出血、防产褥感染、防产程停滞、防产道损伤、防新生儿窒息、加强产时监护和产程处理。

5.3.3.3 提倡在医疗机构中开展家庭式产房，关注产妇分娩期心理问题，消除产妇的焦虑和恐惧。

5.3.4 产后出血的预防与管理

5.3.4.1 医疗机构应有适合本单位的产后出血的抢救预案，相关人员责任清晰。

5.3.4.2 从事助产工作的医疗机构应进行产后出血抢救的模拟演练，每年不少于2次。

5.3.4.3 孕妇住院时及入产房前要进行产后出血风险评估，对于高风险孕妇临产后积极配血，开放2条静脉通路，做好应对产后出血的预案。

5.3.4.4 启动三级预警时应启动多学科联合诊疗，并上报本机构医政管理部门。

5.3.5 剖宫产手术安全的管理措施

5.3.5.1 做好麻醉实施前、手术开始前及患者离开手术室前的核查。

5.3.5.2 术前核对手术指征：如以胎位异常为手术指征的，手术当日应再次核对胎位；以产程停滞为手术指征的，手术前应再次核对产程进展情况。

5.3.5.3 手术前关注胎儿情况，离开病房、进入手术室及手术开始前均应胎心听诊。

5.3.5.4 术前充分评估手术相关风险，做好手术切口选择、子宫切口选择、止血措施等方案，解剖层次不清晰时避免盲目操作。

5.3.6 羊水栓塞的预防与管理

5.3.6.1 产科医护人员应高度关注产妇羊水栓塞的前驱症状，如憋气、呛咳、呼吸急促、胸痛、烦躁等。对可疑羊水栓塞时即刻给予生命支持，并对症治疗，边明确诊断边积极救治，避免延误救治。

5.3.6.2 产房应准备抢救设备，一旦发生羊水栓塞，设备药品应及时推到抢救现场。

5.3.6.3 人工破膜需要在两次宫缩间歇进行，人工破膜前后应听胎心；对于过强过频的子宫收缩，应使用宫缩抑制剂。

5.3.6.4 对发生羊水栓塞的产妇，医院应启动多学科联合诊治，并上报医院医政管理部门。

5.3.7 妊娠期高血压疾病的分娩期管理

5.3.7.1 产程中定时监测血压，应不少于每2小时一次，若血压异常，需增加血压测量次数，必要时行心电监护。

5.3.7.2 产程中根据孕期治疗情况继续使用降压药，血压波动时调整降压药用量及种类。

5.3.7.3 产科医师应关注膝腱反射，入室查体中应有膝腱反射记录，产程中给予硫酸镁解痉治疗，预防子痫发生。

5.3.7.4 子痫前期及子痫产妇在产后继续使用硫酸镁24~48h。慢性高血压及妊娠期高血压孕妇根据患者主诉及膝腱反射等情况决定是否使用硫酸镁。

5.3.7.5 警惕并发症的发生，如HELLP综合征等。

5.3.8 妊娠期高血糖的分娩期管理

5.3.8.1 产程中血糖波动大，入产房后测量随机血糖，随后2~4小时一次监测血糖，根据血糖水平决定后期血糖检测间隔。监测宫缩，预防产后出血。

5.3.8.2 首选少量多餐半流食，进食困难或血糖波动大时，可暂禁食，改为静脉补液及胰岛素。

5.3.9 高龄孕妇及辅助生育受孕孕妇的分娩期管理

5.3.9.1 高龄妊娠及辅助生育受孕均不是剖宫产指征，对于高龄妊娠及辅助生育受孕同时存在其他合并症或并发症的孕妇，应结合合并症及并发症发生情况综合评估分娩方式。对于因高龄妊娠或辅助生育受孕要求剖宫产的孕妇应充分告知阴道分娩的好处及剖宫产的风险。

5.3.9.2 高龄妊娠及辅助生育受孕是威胁母婴健康的高危因素，阴道分娩的过程中应重视孕妇主诉，关注生命体征，并加强胎儿监测。

5.3.10 分娩镇痛的管理

5.3.10.1 鼓励医疗机构开展多种形式的分娩镇痛，包括非药物性分娩镇痛（如调整呼吸、陪伴分娩、音乐治疗等）和药物性分娩镇痛。

5.3.10.2 应在孕晚期和分娩期告知孕妇分娩镇痛的相关知识，并给予专业指导。

5.3.10.3 应做好药物性分娩镇痛前孕妇健康状况的评估，了解产妇既往史、麻醉史、过敏史及抗凝药物使用情况，合并症及并发症情况，并进行体格检查，完成血常规、凝血功能等化验检查。排除禁忌症后方可实施。

5.3.10.4 实施椎管内分娩镇痛前应开放静脉通路，产妇避免摄入固体食物，告知产妇椎管内分娩镇痛相关风险并签署知情同意书。

5.3.10.5 做好椎管内分娩镇痛实施期间的产妇管理，及时发现分娩镇痛过程中的异常情况，并给予相应处理，填写分娩镇痛记录单。

5.4 危重孕产妇管理

5.4.1 对于早孕期评估为高风险（红球）及较高风险（橙球）的孕妇建立专案管理。

5.4.2 孕中期及孕晚期对孕妇妊娠风险动态评估，病情发生变化及时进行风险升级，并升级管理措施。

5.4.3 省级、地市级、县区级卫生行政部门应设立危重孕产妇救治中心。危重孕产妇救治中心设置应当充分利用现有医疗资源，原则上依托综合救治能力较强的医疗机构，或产科实力突出且与其他医疗机构建立了多学科诊疗协作机制的妇幼保健院或专科医院。危重孕产妇救治中心承担辖区危重孕产妇的救治、会诊和转诊工作，并对下级救治中心开展技术指导和双向协作。

5.4.4 医疗机构应严格按照要求风险分级管理孕产妇，不能超范围接诊橙色球和红色球孕妇。

5.4.5 各级医疗机构针对各种孕产期危重症有抢救流程及应急预案，并具有可行性。

5.4.6 定期进行针对产科各种危重症的救治演练，不少于每季度一次，启动各级预案截点清晰。

5.4.7 危重孕产妇救治需启动多学科联合诊疗，包括但不限于产科、重症医学科、新生儿科、麻醉科、内科、妇科、输血科、检验科、影像科等。并上报本院及上一级产科安全办公室。

5.4.8 建立危重孕产妇病例评审制度，至少每季度进行一次院级、县区级评审，至少每半年进行一次地市级、省级评审。特殊病例及时评审。

5.4.9 应及时完成向危重孕产妇家属的病情告知，危重孕产妇病情变化时，应及时与家属沟通。

5.4.10 省级、地市级、县区行政区域应当至少设立1个服务能力不低于相应层级的危重新生儿救治中心，以保障新生儿得到有效救治。

5.5 产褥期保健

5.5.1 产后访视的管理

5.5.1.1 建立针对产后访视的质控及通报制度。

5.5.1.2 定期进行电话抽查，并纳入绩效指标管理。

5.5.2 产后高危因素评估的管理

5.5.2.1 医疗机构与基层卫生服务机构应顺畅沟通，针对孕产期有特殊情况、产后访视需特殊关注的产妇，医疗机构应在产妇出院2日内与基层卫生服务机构沟通。

5.5.2.2 基层卫生服务机构访视人员在产后访视前应提前了解产妇妊娠期高危因素及分娩情况。

5.5.2.3 基层卫生服务机构访视人员应详细询问产妇及家属产褥期相关情况，并详细进行母子查体。

5.5.2.4 定期进行产后访视的理论和技能操作培训，提高基层卫生服务机构人员业务水平。

5.5.3 产褥期保健的管理

5.5.3.1 医疗机构应对产妇进行产褥期康复、产后避孕及再次妊娠指导相关知识的宣教。

5.5.3.2 建议医疗机构设置产后康复中心，为产妇提供心理指导、健康评估、运动指导、盆底康复等方面的康复保健，或提出指导意见。

5.5.3.3 基层卫生服务机构访视人员应关注产妇心理问题，并给予指导及就诊建议。

5.5.3.4 开展中医针灸、理疗等产后康复服务，促进产妇快速康复。

5.5.4 母乳喂养指导

5.5.4.1 医疗机构及基层卫生服务机构均应明确中心任务：保护、促进和支持母乳喂养。

5.5.4.2 医疗机构将出院的母亲转给基层卫生服务机构，基层卫生服务机构在产妇出院7日内对母婴进行家庭访视。

5.5.4.3 在医疗机构及基层卫生服务机构均应母乳喂养相关宣教常态化，医疗机构应给予哺乳产妇用药指导。

5.6 孕产妇健康教育

5.6.1 医疗机构及基层卫生服务机构分别制定孕早期、孕中期、孕晚期及产褥期健康教育内容清单，并按照清单内容逐一核对；

5.6.2 及时了解孕妇高危因素及其变化情况，给予针对性指导；

5.6.3 对孕妇及家属进行孕产妇健康教育知识知晓率的抽查，以评估健康教育效果；

5.6.4 对高危产妇做好宣教及个性化指导，增加产妇对于产后随访的依从性。

5.7 孕产妇保健安全管理的评价

5.7.1 省级、地市级、县区级妇幼保健机构或各级产科质量控制中心负责辖区内孕产妇保健安全管理、产科质量的质量控制，提出改进措施，每年形成报告报送卫生行政部门。卫生行政部门制定辖区孕产妇保健安全及质量控制方案并组织实施。

5.7.2 医疗机构设产科安全管理办公室，有孕产妇管理的相关制度，危重孕产妇专案管理，台账清晰。

5.7.3 评价指标包括：辖区孕产妇死亡率、高危孕产妇死亡比、高龄孕产妇死亡比、危重孕产妇救治中心覆盖率、危重孕产妇救治中心保障水平、孕产妇妊娠风险筛查评估率，巨大儿发生率、早产率、足月新生儿窒息率、紧急剖宫产自决定手术至胎儿娩出（DDI）时间，产科安全管理办公室响应时间等。

5.7.4 定期进行危重症救治病例、围产儿死亡病例、孕产妇死亡病例、出生缺陷病例的评审（至少每半年一次）。



附 录 A
孕产妇妊娠风险评估表

评估分级	孕产妇相关情况
绿色 (低风险)	孕妇基本情况良好，未发现妊娠合并症、并发症。
黄色 (一般风险)	1. 基本情况 1.1 年龄≥35 岁或≤18 岁 1.2 BMI>25 或<18.5 1.3 生殖道畸形 1.4 骨盆狭小 1.5 不良孕产史（各类流产≥3 次、早产、围产儿死亡、出生缺陷、异位妊娠、滋养细胞疾病等） 1.6 瘢痕子宫 1.7 子宫肌瘤或卵巢囊肿≥5cm 1.8 盆腔手术史 1.9 辅助生殖妊娠 2. 妊娠合并症 2.1 心脏病（经心内科诊治无需药物治疗、心功能正常）： 2.1.1 先天性心脏病（不伴有肺动脉高压的房缺、室缺、动脉导管未闭；法乐氏四联症修补术后无残余心脏结构异常等） 2.1.2 心肌炎后遗症 2.1.3 心律失常 2.1.4 无合并症的轻度的肺动脉狭窄和二尖瓣脱垂 2.2 呼吸系统疾病：经呼吸内科诊治无需药物治疗、肺功能正常 2.3 消化系统疾病：肝炎病毒携带（表面抗原阳性、肝功能正常） 2.4 泌尿系统疾病：肾脏疾病（目前病情稳定肾功能正常） 2.5 内分泌系统疾病：无需药物治疗的糖尿病、甲状腺疾病、垂体泌乳素瘤等 2.6 血液系统疾病： 2.6.1 妊娠合并血小板减少（PLT 50-100×10⁹/L）但无出血倾向 2.6.2 妊娠合并贫血（Hb 60-110g/L） 2.7 神经系统疾病：癫痫（单纯部分性发作和复杂部分性发作），重症肌无力（眼肌型）等 2.8 免疫系统疾病：无需药物治疗（如系统性红斑狼疮、IgA 肾病、类风湿性关节炎、干燥综合征、未分化结缔组织病等） 2.9 尖锐湿疣、淋病等性传播疾病 2.10 吸毒史 2.11 其他 3. 妊娠并发症 3.1 双胎妊娠； 3.2 先兆早产；

	3.3 胎儿宫内生长受限； 3.4 巨大儿； 3.5 妊娠期高血压疾病（除外红、橙色）； 3.6 妊娠期肝内胆汁淤积症； 3.7 胎膜早破； 3.8 羊水过少； 3.9 羊水过多； 3.10 ≥ 36 周胎位不正； 3.11 低置胎盘； 3.12 妊娠剧吐
橙色 （较高风险）	1. 基本情况： 1.1 年龄≥ 40 岁 1.2 BMI≥ 28 2. 妊娠合并症 2.1 较严重心血管系统疾病： 2.1.1 心功能 II 级，轻度左心功能障碍或者 EF40%~50% 2.1.2 需药物治疗的心肌炎后遗症、心律失常等 2.1.3 瓣膜性心脏病（轻度二尖瓣狭窄瓣口$>1.5\text{ cm}^2$，主动脉瓣狭窄跨瓣压差$<50\text{ mmHg}$，无合并症的轻度肺动脉狭窄，二尖瓣脱垂，二叶式主动脉瓣疾病，Marfan 综合征无主动脉扩张） 2.1.4 主动脉疾病（主动脉直径$<45\text{ mm}$），主动脉缩窄矫治术后 2.1.5 经治疗后稳定的心肌病 2.1.6 各种原因的轻度肺动脉高压（$<50\text{ mmHg}$） 2.1.7 其他 2.2 呼吸系统疾病： 2.2.1 哮喘 2.2.2 脊柱侧弯 2.2.3 胸廓畸形等伴轻度肺功能不全 2.3 消化系统疾病： 2.3.1 原因不明的肝功能异常 2.3.2 仅需要药物治疗的肝硬化、肠梗阻、消化道出血等 2.4 泌尿系统疾病：慢性肾脏疾病伴肾功能不全代偿期（肌酐超过正常值上限） 2.5 内分泌系统疾病： 2.5.1 需药物治疗的糖尿病、甲状腺疾病、垂体泌乳素瘤 2.5.2 肾性尿崩症（尿量超过 4000ml/日）等 2.6 血液系统疾病： 2.6.1 血小板减少（PLT $30\text{-}50\times 10^9/\text{L}$） 2.6.2 重度贫血（Hb 40-60g/L） 2.6.3 凝血功能障碍无出血倾向 2.6.4 易栓症（如抗凝血酶缺陷症、蛋白 C 缺陷症、蛋白 S 缺陷症、抗磷脂综合征、肾病综合征等） 2.7 免疫系统疾病：应用小剂量激素（如强的松 5-10mg/天）6 月以上，无临床活动表

	现（如系统性红斑狼疮、重症 IgA 肾病、类风湿性关节炎、干燥综合征、未分化结缔组织病等） 2.8 恶性肿瘤治疗后无转移无复发 2.9 智力障碍 2.10 精神病缓解期 2.11 神经系统疾病： 2.11.1 癫痫（失神发作） 2.11.2 重症肌无力（病变波及四肢骨骼肌和延脑部肌肉）等 2.12 其他 3. 妊娠并发症 3.1 三胎及以上妊娠 3.2 Rh 血型不合 3.3 疤痕子宫（距末次子宫手术间隔<18 月） 3.4 疤痕子宫伴中央性前置胎盘或伴有可疑胎盘植入 3.5 各类子宫手术史（如剖宫产、宫角妊娠、子宫肌瘤挖除术等）≥2 次 3.6 双胞胎、羊水过多伴发心肺功能减退 3.7 重度子痫前期、慢性高血压合并子痫前期 3.8 原因不明的发热 3.9 产后抑郁症、产褥期中暑、产褥感染等
红色 (高风险)	1.妊娠合并症 1.1 严重心血管系统疾病： 1.1.1 各种原因引起的肺动脉高压（≥50mmHg），如房缺、室缺、动脉导管未闭等 1.1.2 复杂先心（法洛氏四联症、艾森曼格综合征等）和未手术的紫绀型心脏病（SpO₂<90%）；Fontan 循环术后 1.1.3 心脏瓣膜病：瓣膜置换术后，中重度二尖瓣狭窄（瓣口<1.5cm²），主动脉瓣狭窄（跨瓣压差≥50mmHg）、马凡氏综合征等 1.1.4 各类心肌病 1.1.5 感染性心内膜炎 1.1.6 急性心肌炎 1.1.7 风心病风湿活动期 1.1.8 妊娠期高血压性心脏病 1.1.9 其他 1.2 呼吸系统疾病：哮喘反复发作、肺纤维化、胸廓或脊柱严重畸形等影响肺功能者 1.3 消化系统疾病：重型肝炎、肝硬化失代偿、严重消化道出血、急性胰腺炎、肠梗阻等影响孕产妇生命的疾病 1.4 泌尿系统疾病：急、慢性肾脏疾病伴高血压、肾功能不全（肌酐超过正常值上限的 1.5 倍） 1.5 内分泌系统疾病： 1.5.1 糖尿病并发肾病 V 级、严重心血管病、增生性视网膜病变或玻璃体出血、周围神经病变等 1.5.2 甲状腺功能亢进并发心脏病、感染、肝功能异常、精神异常等疾病

	1.5.3 甲状腺功能减退引起相应系统功能障碍，基础代谢率小于-50% 1.5.4 垂体泌乳素瘤出现视力减退、视野缺损、偏盲等压迫症状 1.5.5 尿崩症：中枢性尿崩症伴有明显的多饮、烦渴、多尿症状，或合并有其他垂体功能异常 1.5.6 嗜铬细胞瘤等 1.6 血液系统疾病： 1.6.1 再生障碍性贫血 1.6.2 血小板减少($<30 \times 10^9/L$)或进行性下降或伴有出血倾向 1.6.3 重度贫血 ($Hb \leq 40g/L$) 1.6.4 白血病 1.6.5 凝血功能障碍伴有出血倾向（如先天性凝血因子缺乏、低纤维蛋白原血症等） 1.6.6 血栓栓塞性疾病（如下肢深静脉血栓、颅内静脉窦血栓等） 1.7 免疫系统疾病活动期，如系统性红斑狼疮（SLE）、重症 IgA 肾病、类风湿性关节炎、干燥综合征、未分化结缔组织病等 1.8 精神病急性期 1.9 恶性肿瘤： 1.9.1 妊娠期间发现的恶性肿瘤 1.9.2 治疗后复发或发生远处转移 1.10 神经系统疾病： 1.10.1 脑血管畸形及手术史 1.10.2 癫痫全身发作 1.10.3 重症肌无力（病变发展至延脑肌、肢带肌、躯干肌和呼吸肌） 1.11 吸毒 1.12 其他严重内、外科疾病等 2. 妊娠并发症 2.1 三胎及以上妊娠伴发心肺功能减退 2.2 凶险性前置胎盘，胎盘早剥 2.3 红色预警范畴疾病产后尚未稳定
紫色 （孕妇患有传染性疾病）	所有妊娠合并传染性疾病——如病毒性肝炎、梅毒、HIV感染及艾滋病、结核病、重症感染性肺炎、特殊病毒感染（H1N7、寨卡等）

（出处：国卫办妇幼发〔2017〕40号，危重孕产妇和新生儿救治中心建设与管理指南[Z]，2017.）

附 录 B
世界卫生组织（WHO）危重孕产妇的判定标准

世界卫生组织（WHO）危重孕产妇的判定标准	
临床标准	
紫绀	中度或重度昏迷
心跳骤停	子痫抽搐
呼吸>40或<6次/分钟	脑卒中
休克	全身性抽搐持续状态
少尿或无尿	子痫前期患者发生黄疸
凝血障碍	
实验室检查	
持续60mins氧饱和度<90%	pH<7.1
PaO2/FiO2<200 mmHg	乳酸盐>5 mmol/L (>45mg/dl)
肌酐≥300 umol/L 或≥3.5 mg/dl	血小板减少 (<50000/ul 或 50 ×10 ⁹ /L)
胆红素≥ 100 umol/L 或≥6.0 mg/dl	
疾病管理标准	
持续使用血管活性药物	与麻醉无关的气管插管及机械通气
感染或大出血后的子宫切除	针对急性肾功能衰竭的血液透析
输红细胞悬液≥5单位或全血≥1000ml	心肺复苏（CPR）

（出处：World Health Organization. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health [R]. Geneva: World Health Organization, 2011.）

附 录 C
WHO 安全分娩核查表——入室待产

患者病史 姓名 年龄 孕周 经产 否 ☐ 是 ☐ 急产史 否 ☐ 是 ☐ 早产/妊娠期糖尿病 否 ☐ 是 ☐ 糖皮质激素 妊娠风险评估 低危 ☐ 高危 ☐	●是否有特殊用药 ●妊娠合并症及并发症 ●其他高危因素 ●子宫疤痕 ☐否 ☐是 警惕子宫破裂征象 ●多次宫腔操作史 ☐否 ☐是 警惕子宫破裂征象								
是否需要隔离 否 ☐ 是 ☐ 孕妇是否转院 否 ☐ 是 ☐ 新生儿是否需要转院（新生儿科）否 ☐ 是 ☐	☐ 在接诊区域张贴转诊细则，快速确认是否需要转诊								
是否画产程图 是 ☐ 否 ☐ 4 厘米后开始	宫口扩大超过 4cm，每小时宫口扩大超过 1cm ●每 30 分钟：记录孕妇心率、宫缩和胎心率 ●每 2 小时：记录体温 ●每 4 小时：记录血压								
孕妇是否需要抗生素治疗？ 是 ☐ 否 ☐	存在以下任一征象时给予抗生素： ●孕妇体温 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ●阴道分泌物有异味 ●足月胎膜早破 > 18 小时 ●早产胎膜早破 ●GBS 阳性合并胎膜已破或临产在即 ●其他感染高危因素								
是否存在青霉素、头孢过敏史？ 是 ☐ 否 ☐ 硫酸镁及降压药治疗？ 否 ☐ 是 ☐ 给予硫酸镁 是 ☐ 给予降压药物	存在以下任一征象时给予硫酸镁： ●收缩压 $\geq 160\text{mmHg}$ 和/或舒张压 $\geq 110\text{mmHg}$，尿蛋白+ ●子痫前期出现下列症状之一：剧烈头痛、视物模糊、上腹疼痛等症状 ●子痫发作 当血压 $\geq 160/110\text{mmHg}$ 时给予降压药物 ●目标：控制血压在 130-150/80-100mmHg								
☐ 每次阴道检查前洗手，戴手套									
☐ 鼓励陪伴分娩									
☐告知孕妇及家属在待产、分娩期间出现危急征象时，及时寻求帮助	存在下列情况之一 需要寻求帮助： <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>●出血</td> <td>● 阴道流液</td> </tr> <tr> <td>●剧烈腹痛</td> <td>● 头痛或视物模糊</td> </tr> <tr> <td>●排尿困难</td> <td>● 向下用力的感觉</td> </tr> <tr> <td>●呼吸困难</td> <td>● 发热或寒战</td> </tr> </table>	●出血	● 阴道流液	●剧烈腹痛	● 头痛或视物模糊	●排尿困难	● 向下用力的感觉	●呼吸困难	● 发热或寒战
●出血	● 阴道流液								
●剧烈腹痛	● 头痛或视物模糊								
●排尿困难	● 向下用力的感觉								
●呼吸困难	● 发热或寒战								

（出处：尚明朝，漆洪波. WHO安全分娩核查表实施指南[M]. 北京，人民卫生出版社，2018.）

附 录 D
WHO 安全分娩核查表——准备接生

孕妇是否需要： 抗生素治疗？ ☐否 ☐是 是否存在青霉素、头孢过敏史？ ☐否 ☐是	存在以下任一征象时给予抗生素： ● 孕妇体温 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ● 阴道分泌物有异味 ● 胎膜早破 > 18 小时 ● 剖宫产
硫酸镁及降压治疗？ ☐否 ☐是，给予硫酸镁 ☐是，给予降压药物	存在以下任一征象时给予硫酸镁： ● 收缩压$\geq 160\text{mmHg}$ 和（或）舒张压$\geq 110\text{mmHg}$，尿蛋白+ ● 子痫前期出现下列症状之一：剧烈头痛、视物模糊、上腹疼痛等症状 ● 子痫发作 当血压$\geq 160/110\text{mmHg}$ 时给予降压药物 ● 目标：控制血压在 130-150/80-100mmHg
产妇及胎儿异常征象 有以下任何一项异常征象，呼叫帮助 ☐否 ☐是，呼叫帮助 产科医生，儿科医生和麻醉科医生	有以下任何一项异常征象，呼叫帮助 ☐胎心监护异常 做好紧急剖宫产或者阴道助产准备 ☐羊水异常（血性、II度以上污染）警惕胎盘早剥 ☐产妇：胸闷、憋气、头晕、头痛 心电监护 氧饱和度监测，呼叫上级医生，必要时麻醉科医生
确认床旁已有必需用品并为分娩做好准备-对于产妇 ☐产包 ☐手套 ☐清洁及消毒用品 ☐缩宫素 10IU 抽吸入注射器 ☐1%盐酸利多卡因溶液 10ml+灭菌注射用水 10ml	在分娩后 1 分钟内肌肉注射 10IU 催产素。 前列腺素制剂和麦角新碱等制剂，使用前了解过敏史、青光眼以及心脏病等病史。 注意心电监护情况，必要时计算休克指数，分娩后针对产妇采取的处理措施。分娩中发生的肩难产、脐带脱垂、产时胎儿宫内窘迫等情况，立即呼叫，并启动急救流程。 1、估计胎儿大小和产妇产会阴条件、注意保护会阴 2、胎儿前肩娩出后给予缩宫素 3、观察胎盘剥离征象 4、胎盘娩出后按摩子宫 5、了解子宫收缩状态 6、检查软产道有无损伤

确认床旁已有必需用品并为接生做好准备-对于新生儿 ☐清洁毛巾 ☐脐带夹/钳 ☐断脐的无菌器械 ☐复苏球囊面罩 ☐吸引器 ☐新生儿采血气针 是否需要儿科医生看台 ☐是，已联系 ☐否 有随时可用的台下医护人员_____（请具体到人）	分娩中出现羊水污染、产前发热、早产、产钳助产、胎儿窘迫可能的新生儿，在娩出前呼叫儿科医生到场，做好复苏准备。 在新生儿出生后实施延迟结扎脐带，生后 30-60S 后或等待脐带搏动停止结扎脐带。 分娩后针对新生儿采取的处理措施： 1、擦干新生儿全身并保暖 2、吸净粘液、触觉刺激、同时进行 Apgar 评分 3、对羊水清、足月正常儿、可不予常规清理呼吸道 4、如果没有呼吸，清理气道并刺激呼吸 5、如果仍无呼吸： - 复苏球囊面罩通气 - 必要时矫正通气 - 呼叫帮助 - 启动新生儿窒息复苏抢救
---	--

（出处：尚明朝, 漆洪波. WHO安全分娩核查表实施指南[M]. 北京, 人民卫生出版社, 2018.）



附录 E

WHO 安全分娩核查表——分娩后 1 小时

产妇异常生命体征 否 ☐ 是 ☐ 呼叫帮助 产妇是否有异常阴道出血 否 ☐ 是 ☐ 呼叫帮助 产妇是否需要抗生素： 青霉素头孢过敏史 否 ☐ 是 ☐	产后监护生命体征，注意出血量观察和评估 有以下异常应呼叫上级医生： ● 心率 $\geq 110\text{bpm}$，注意计算休克指数=心率/收缩压 ● 血压 $< 90/60\text{mmHg}$ ● 烦躁 ● 迅猛出血，剧烈腹痛，严重头痛或视力障碍，呼吸困难，发热或畏寒或排尿困难 如果有异常阴道出血： ● 按摩子宫、观察是否有凝血块 ● 及时排空膀胱 ● 检查软产道，及时缝合损伤
需要使用抗生素 否 ☐ 是 ☐ 硫酸镁及降压治疗 否 ☐ 是 ☐ 给予硫酸镁 是 ☐ 给予降压药物	● 联合使用宫缩剂 ● 前列腺素制剂使用前询问过敏史和青光眼病史，麦角新碱使用前了解心脏病史 ● 机械性止血 ● 开放静脉，心电监护，吸氧，保留导尿，保暖，必要时备血 处理病因：宫缩乏力、胎盘胎膜残留、软产道裂伤、子宫破裂、凝血功能障碍等
新生儿是否需要： 转儿科？ 否 ☐ 是 ☐ 已准备好 在产科进行特殊的护理和监测？ 否 ☐ 是 ☐ 已准备好	合理评估出血量，必要时启动产后出血抢救流程 产程中及胎儿娩出后出现下列情况需要抗生素 ● 产程中孕妇体温 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ● 徒手剥离胎盘 ● 三度或四度裂伤 存在下列任一征象时给予硫酸镁： ● 收缩压 $\geq 160\text{mmHg}$ 和(或)舒张压 $\geq 110\text{mmHg}$，尿蛋白+ ● 子痫前期出现下列症状之一：剧烈头痛、视物模糊、上腹疼痛等症状 ● 子痫发作 当血压 $\geq 160/110\text{mmHg}$ 时给予降压药物 ● 目标：控制血压在 $130\sim 150/80\sim 100\text{mmHg}$

	在产后区域张贴新生儿转诊标准，新生儿存在以下情况建议转儿科 ●呼吸频率>60 次/分或<30 次/分 ●呻吟、三凹征或抽搐 ●刺激时活动欠佳 ●体温<35℃（保暖后不上升）或>38℃ ●血糖<2.5mmol/L ●皮肤苍白/紫绀 在产科加强监测，必要时转新生儿科 ●早产大于 34 周或体重<2500 克 ●出生是经过初步复苏，复苏后监测 ●其他高危儿情况
□开始母乳喂养及母婴皮肤接触（如果产妇及新生儿状况良好）	

（出处：尚明朝,漆洪波. WHO 安全分娩核查表实施指南[M]. 北京, 人民卫生出版社, 2018.）



附 录 F
WHO 安全分娩核查表——出院

确认分娩后留院观察 24 小时

产妇是否需要抗生素？ 否□ 是□ 用药并且延迟出院 产妇血压是否正常？ 否□ 进行治疗并且延迟出院 是□ 产妇是否存在异常阴道出血？ 否□ 是 □进行治疗并延迟出院	给予任何药物前询问产妇是否存在过敏反应 ●存在以下任一征象时给予抗生素： ●产妇体温$\geq 38^{\circ}\text{C}$ ●阴道分泌物有异味 存在以下任一征象时给予硫酸镁： ●收缩压$\geq 160\text{mmHg}$ 和(或)舒张压$\geq 110\text{mmHg}$,尿蛋白+ ●子痫前期出现下列症状之一:剧烈头痛、视物模糊、上腹疼痛等症状 ●子痫发作 如果脉搏> 110 次/分且收缩压$< 90\text{mmHg}$，监测休克指数，进行静脉输液并保持产妇温暖 治疗病因（低血容量性休克）
新生儿是否需要抗生素？ 否□ 是□，给予抗生素，延迟出院，进行特殊护理	存在以下任一征象时给予抗生素： ●呼吸频率> 60 次/分或< 30 次/分 ●胸腔有吸入、呼噜声或抽搐 ●刺激时活动欠佳 ●体温$< 35^{\circ}\text{C}$（保暖后不上升）或$> 38^{\circ}\text{C}$ ●喂养欠佳 ●脐部发红延至皮肤或引流脓液
新生儿喂养是否良好？ 否□ 建议良好的喂养习惯并延迟出院 是□	喂养充足的征象是每 1-3 小时主动喂养，伴随排尿或排便
与产妇讨论计划生育方案	母乳喂养的产妇产后 6 个月都不应使用雌孕激素复合避孕药 建议间隔至少 24 个月再尝试下一次妊娠
加强产褥期自我监护宣教，确认产妇及家属在出院后出现危险征象时应及时就诊	产妇有以下征象之一： ●出血 ●剧烈腹痛 ●剧烈头痛或视物模糊

（出处：尚明朝, 漆洪波. WHO安全分娩核查表实施指南[M]. 北京, 人民卫生出版社, 2018.）

参 考 文 献

- [1] 中华人民共和国母婴保健法[M]. 1995.
- [2] 孕产妇保健工作管理办法(Z). 2011.
- [3] 中华人民共和国母婴保健法实施办法(Z). 2022.
- [4] 卫妇社发[2011]56号. 孕产期保健工作规范(Z). 2011
- [5] 国卫办妇幼发[2017]35号. 孕产妇妊娠风险评估与管理工作规范[Z]. 2017.
- [6] 国卫妇幼发[2021]30号. 母婴安全行动提升计划(2021-2025年)[Z], 2021.
- [7] 国卫妇幼发[2015]号. 各级妇幼健康服务机构业务部门设置指南[Z]. 2015.
- [8] 国卫妇幼函[2019]291号. 关于开展产前筛查技术医疗机构基本标准和开展产前诊断技术医疗机构基本标准的通知[Z]. 2019.
- [9] 国家基本公共卫生服务规范(第三版)
- [10] 国卫办妇幼发(2017)42号. 危重孕产妇和新生儿救治中心建设与管理指南[Z]. 2017.
- [11] 2022年12月13日卫生部令第33号发布, 国家卫生健康委员会令第2号修订. 产前诊断技术管理办法. 2022.
- [12] 谢幸, 孔北华, 段涛. 妇产科学(第九版)[M]. 北京, 人民卫生出版社, 2018.
- [13] 尚明朝, 漆洪波. WHO安全分娩核查表实施指南[M]. 北京, 人民卫生出版社, 2018.
- [14] 国卫办妇幼函[2023]481号. 国家卫生健康委办公厅关于印发危重孕产妇救治体系技术评估方案的通知[Z]. 2023.
- [15] Expert Panel on GYN and OB Imaging: Betsy L.S, Pranjna Chopra, Liina Poder, et al. ACR Appropriateness Criteria Second and Third Trimester Screening for Fetal Anomaly. J Am Coll Radiol, 2021, 18(5S):S189-S198.
- [16] L.J Salomon, Z. Alfievic, V. Berghella, et al. ISUOG Practic Guidelines(update): performance of the routine mid-trimester fetal ultrasound scan. Ultrasound Obstet Gynecol, 2022, 59(6):840-856.
- [17] 中华医学会妇产科学分会. 妊娠期高血压疾病诊治指南(2020). 中华妇产科杂志, 2020, 55(4):277-238.
- [18] 中华医学会妇产科学分会产科学组. 妊娠期高血糖诊治指南(2022)[第一部分]. 中华妇产科杂志, 2022, 57(1):3-12.
- [19] 中华医学会妇产科学分会产科学组. 妊娠期高血糖诊治指南(2022)[第二部分]. 中华妇产科杂志, 2022, 57(2):81-90.
- [20] 中华医学会妇产科学分会产科学组. 前置胎盘的诊断与处理指南(2020). 中华妇产科杂志, 2020, 55(1):3-8.
- [21] 中华医学会围产医学分会胎儿医学学组, 中华医学会妇产科学分会产科学组. 双胎妊娠临床处理指南(第一部分). 中华妇产科杂志, 2015, 50(8):561-567.
- [22] 中华医学会围产医学分会胎儿医学学组. 双胎妊娠临床处理指南(2020年更新). 中国产前诊断杂志(电子版), 2021, 13(1):51-63.
- [23] 中华医学会妇产科学分会产科学组. 早产临床防治指南(2024版). 中华妇产科杂志, 2024, 59(04):257-269.
- [24] 中华医学会妇产科学分会. 妊娠期高血压疾病诊治指南(2020). 中华妇产科杂志, 2020, 55(4):227-238.

- [25] ACOG practice bulletin. Obstetric analgesia and anesthesia. Obstet Gynecol, 2019, 133(3):e208-e225.
- [26] 中华医学会麻醉学分会. 分娩镇痛专家共识(2016版). 临床麻醉学杂志, 2016, 32(8): 816-818.
- [27] World Health Organization. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health [R]. Geneva: World Health Organization, 2011.
-

