



降消项目管理工作






管理规范文件

- 《卫生部关于进一步规范降低孕产妇死亡率和消除新生儿破伤风项目工作的通知》卫生部卫妇社发[2006]206号文件（5个附件）
- 孕产妇死亡评审规范
- 贫困孕产妇住院分娩救助资金管理方案
- 孕产妇急救转诊网络管理规范
- 县级产科急救中心设置标准
- 乡镇卫生院产科标准



孕产妇死亡评审规范

■ 目的

- 
- 明确孕产妇死亡原因, 分析导致孕产妇死亡的相关因素;
 - 提出降低孕产妇死亡的干预措施, 为政府决策提供依据;
 - 及时吸取孕产期保健和助产技术服务的经验教训, 不断完善和落实技术服务规范, 提高产科质量;
 - 引起全社会对孕产妇健康和安全的关注;
 - 有效减少孕产妇死亡的发生, 将孕产妇死亡控制在最低水平。

孕产妇死亡评审规范

- 评审的组织与职责
- 卫生行政部门职责
- 领导、组织、监督和协调所辖区内孕产妇死亡调查及评审工作；
- 负责成立本辖区内孕产妇死亡评审专家组；
- 负责提供和保障孕产妇死亡调查及评审所需的各项经费；
- 根据评审发现的问题，组织制定相应的管理规定并监督落实；
- 负责向下级卫生行政部门反馈评审结果。



孕产妇死亡评审规范

- 评审的组织与职责
- 妇幼保健机构职责
- 在卫生行政部门领导下，负责实施对本县（市）孕产妇死亡的评审；
- 负责对非住院分娩的孕产妇死亡个案进行全过程调查，收集医疗机构上报的孕产妇死亡全过程的调查资料；
- 负责将原始调查资料、评审个案分析报告和评审总结报告一并报送上一级妇幼保健机构，同时将评审总结报告报同级卫生行政主管部门；
- 负责反馈孕产妇死亡评审结果。

孕产妇死亡评审规范

■ 评审专家组成员组成与职责

■ 成员组成：卫生行政部门管理人员、医疗保健机构的妇产科、妇幼保健及其他相关专业人员，评审组成员数量应为单数。

■ 职称要求：县（市）评审组成员原则上由中级以上职称人员组成。

■ 职责：根据提供的孕产妇死亡调查资料、个案报告，明确孕产妇的死亡诊断；根据“十二表格”、“三个延误”理论，发现孕产妇死亡发生过程中保健、医疗、管理环节中存在的问题，提出改进意见或干预措施；市级专家组成员应参加县级组织的评审。

孕产妇死亡评审规范

■ 评审原则

- 保密原则：评审结论不对社会公布，评审人员不得将评审经过与结论对外披露。
- 少数服从多数原则：以多数人的意见为结论。
- 相关学科参评原则：死亡原因与某学科相关时，必须邀请该学科专家参评。
- 回避原则：孕产妇死亡发生医院的专家组成员在评审时，应采取回避原则。

孕产妇死亡评审规范

■ 评审时间、程序

■ 时间：根据孕产妇死亡时间、数量确定，原则上半年组织1次。

■ 程序：医院内的孕产妇死亡填写《医院孕产妇死亡调查》及死亡病例摘要，评审时带全部原始病历参评；非医院内的孕产妇死亡由县妇幼保健机构或乡镇卫生院入户调查，填写《社区（入户）孕产妇死亡调查》参评。

■ 孕产妇死亡评审个案分析报告（评审后产出）

■ 孕产妇死亡评审总结报告（评审后产出）

孕产妇死亡评审规范

n个案例分析报告

安徽省

孕产妇死亡评审专家意见

一、致死主要疾病诊断

医疗保健机构诊断

县(市、区)级评审诊断

A. _____

A. _____

B. _____

B. _____

C. _____

C. _____

二、诊断依据(请在选定处打√,如选C或D请写出具体依据)

A. 尸检 B. 病理 C. 临床 D. 死后推断

临床或死后推断具体依据:

三、死因分类

A. 直接产科原因

B. 间接产科原因

四、影响死亡的主要因素及理由(十二表格评审)

五、三个延误(请在选定处打√)

A. 就诊延误

B. 交通延误

C. 医疗延误

D. 无延误

六、评审结果(请在选定处打√)

A. 可避免死亡

B. 不可避免死亡

七、问题与教训

八、建议与措施

评审专家组组长签名:

年 月 日

孕产妇死亡评审规范

■ 评审总结报告

- 第一部分：概述（包括死亡例数、死因分布、死亡病例到一般特征、评审情况等）
- 第二部分：发现到主要问题（按照3个环节4个方面查找存在问题，要把问题进行归纳、提炼、分类）
- 第三部分：根据存在问题提出干预措施（不能太笼统、简单，要符合当地到实际，具有可及性和可操作性，能够通过当地政府、卫生行政部门、医疗保健机构到努力可以达到或实现的）



县级产科急救中心设置标准

■ 重视每一例孕产妇，因为：

怀孕妇女

40% 会出现并发症

15% 会出现危及生命的并发症

但是几乎不可能预见哪些妇女会出现并发症



县级产科急救中心设置标准


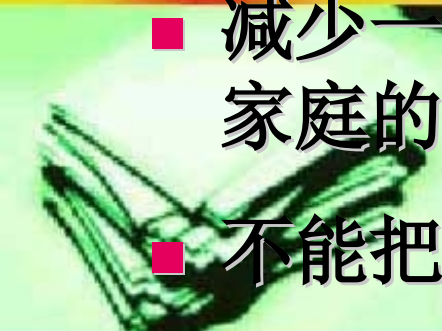
■ 产科急救服务的可得性

- 超过最佳抢救时间，抢救就难以成功，及时得到合适的医疗救助是关键。为此，服务半径应在2(±5)小时的路程内。

疾病名称	最佳抢救时间
产前出血	12小时内
产后出血	2小时内
子宫破裂	24小时内
子痫	48小时内
滞产	72小时内
产褥感染	6天内



县级产科急救中心设置标准

- 
- 孕产妇应该是政府优先救助的对象，因为：
 - 救了一个孕产妇就救了两条命！
 - 救了一个孕产妇就救了一个家庭！
 - 减少一个孕产妇死亡就减少了一个新的贫困家庭的出现！
 - 不能把孕产妇死亡当正常死亡看待！
- 



县级产科急救中心设置标准

■ 中心设置



■ 选择1个县级综合医院作为本县的产科急救中心。

■ 中心必须具备综合抢救能力，除妇产科外，内科、外科、儿科、急诊科、麻醉科、检验科等均须具备与中心相适应的急诊急救能力。




■ 产科急救中心所在的医疗机构应取得《母婴保健技术服务许可证》。



县级产科急救中心设置标准

■ 组织管理



■ 产科急救中心设立急救小组，急救小组成员由医务科、妇产科、内科、外科、儿科、急诊科、麻醉科、辅助科室等相关人员组成，组长由业务院长担任。



■ 急救小组承担现场抢救及转运任务。



县级产科急救中心设置标准

■ 制度建设



■ 建立各项管理制度及工作制度

■ 建立基础信息登记（孕产妇急危重症接诊及出 诊登记本、孕产妇急危重症抢救登记本、转运 与反馈登记本、急危重症及死亡病例讨论记录 本、业务学习登记本）



■ 知识技能

■ 基础理论

■ 基本知识

■ 基本技能

县级产科急救中心设置标准

■ 人员资质

■ 必须具备国家认可的医学专业学历、相应专业的执业资格；助产人员须有妇产科执业医师（助理执业医师）或护士注册资格，并取得《母婴保健技术服务考核合格证》。

■ 急救中心的产科人员配备应与所承担的业务量相适应，人数不得少于8人，其中中级以上职称不得少于4人，产科主任应从事妇产科专业10年以上，并具有妇产科中级以上职称。



县级产科急救中心设置标准

■ 房屋设备



■ 房屋、设备与药品要符合县级医疗机构建设的基本标准。

■ 产科应设急危重症孕产妇抢救室，配备相应的抢救设备。



■ 急救中心必备设备

■ 妇产科必备设备

■ 急救药品和血液制品

县级产科急救中心设置标准

■ 病历书写

- 门(急)诊病历记录：接诊医师完成(抢救与观察记录)
- 24小时内入出院记录：出院或死亡后24小时内完成。
- 抢救记录：随时完成，时间应具体记录到分钟，未能及时书写的，应在抢救结束6小时内据实补记，并加以说明。
- 死亡记录：24小时内完成，死亡时间具体到分钟。
- 死亡病例讨论记录：一周内完成，并做好相应记录。
- 因抢救需下达口头医嘱时，护士应复诵一遍，抢救结束后据实补记医嘱。

县级产科急救中心设置标准

■ 绿色通道

- 建立与辖区转诊单位的网络联系，有明确的联系电话及联系人，建立登记本。
- 在辖区内公布专用的孕产妇急救电话，设醒目的急救通道和抢救地点标识。
- 备有处于功能状态的救护车，实行24小时值班。
- 急救中心接电后5分钟内出诊，实施抢救或转运。
- 急危重症孕产妇到达急救中心，当班产科最高职称的医师5分钟内到场组织抢救。
- 抢救过程中要保全部药品的保存安瓿、资料，以备核对。
- 对每例抢救孕产妇均要进行分析、总结、反馈。

县级产科急救中心设置标准

■ 信息管理

■ 建立信息上报制度

■ 每季度填报转运抢救急危重症孕产妇统计表，报县项目办。

■ 质量控制

■ 严格执行技术服务规范。

■ 建立自查机制，接受上级督导。

■ 应加强产科急救中心服务和技術质量的管理，提高急诊急救能力，减少孕产妇和围产儿死亡。

。

孕产妇急救转诊网络管理规范

- 职责
- 村级卫生室
 - 掌握孕情，动员孕产妇到乡卫生院产前检查和住院分娩。
 - 成立护送小组，负责护送孕产妇到乡镇卫生院或产科急救中心分娩。
- 乡镇卫生院
 - 负责辖区内的孕产妇保健管理
 - 负责高危筛查，注意早期识别和管理高危孕产妇
 - 成立抢救小组，负责初步抢救，及时护送转诊
 - 没有输血和抢救条件的乡镇卫生院，原则上不得开展剖宫产手术



孕产妇急救转诊网络管理规范

■ 职责



■ 县级医疗保健机构

■ 妇幼保健机构负责全县孕产妇保健管理及信息管理，其他助产机构必须履行孕产妇保健和信息收集与上报职能。



■ 医疗机构履行高危孕产妇的诊治职能

■ 履行转诊职能，及时将疑难或急危重症孕产妇转至“产科急救中心”或上级医院。



■ 参与对乡、村级卫生人员的技术培训。

孕产妇急救转诊网络管理规范

- 高危孕产妇管理
- 筛查制度：按照《高危孕产妇评分标准》进行筛查，评分在10~30分以上者转县级以上医疗保健机构诊治与分娩。
- 首诊制度：实行首诊负责制，高危孕产妇须建档、专人负责、早期干预、及时转诊。
- 逐级报告制度：评分10分以上高危孕产妇须及时报县级妇幼保健机构进行动态管理。
- 追踪随访制度：定期下村跟踪随访高危孕产妇。
- 护送转诊制度：使用《高危孕产妇转诊及反馈通知单》

孕产妇急救转诊网络管理规范

高危妊娠产前评分标准

异常情况	代号	评分		代号	评分	
一般情况	年龄 <18 岁或 ≥ 35 岁	1	10	骶耻外径 <18 厘米	10	
	身高 ≤ 1.45 米	2	10	坐骨结节间径 ≤ 7 厘米	10	
	体重 <40 公斤或 >80 公斤	3	5	骨盆畸形	15	
胸廓脊柱畸形	胸廓脊柱畸形	4	15	臀位、横位(30周后)	15	
	自然流产 ≥ 2 次	5	5	先兆早产 <34 周	15	
异常产史	人工流产 ≥ 2 次	6	5	先兆早产34—36周 ⁺	10	
	早产史 ≥ 2 次	7	5	盆腔肿瘤	10	
	早期新生儿死亡史1次	8	5	羊水过多或过少	10	
	死胎、死产史 ≥ 2 次	9	10	妊娠高血压疾病轻度、中度	10	
	先天异常儿史1次	10	5	妊娠高血压疾病重度	15	
	先天异常儿史 ≥ 2 次	11	10	子痫	20	
	难产史	12	10	妊娠晚期阴道出血	10	
	巨大儿分娩史	13	5	胎心持续 ≥ 160 次/分	5	
	产后出血史	14	5	胎心 ≤ 120 次/分但 >100 次/分	10	
	严重内科合并症	贫血 血红蛋白 $<100\text{g/L}$	15	5	胎心 ≤ 100 次/分	15
贫血 血红蛋白 $<60\text{g/L}$		16	10	胎动 ≤ 20 次/小时	10	
活动性肺结核		17	15	胎动 <20 次/小时	15	
心功能I级、II级		18	15	多胎	10	
心功能III级、IV级		19	20	胎膜早破	10	
糖尿病		20	15	估计巨大儿或IUGR	10	
乙肝病毒携带者		21	10	妊娠41—41周 ⁺	5	
活动性病毒性肝炎		22	15	妊娠 ≥ 42 周	10	
肺心病		23	15	母儿ABO血型不合	10	
甲状腺功能亢进或低下		24	15	母儿Rh血型不合	20	
高血压		25	15	致畸因素	孕妇及一级亲属有遗传病史	5
慢性肾炎		26	15		妊娠早期接触可疑致畸药物	5
妊娠合并性病		淋病	27	10	妊娠早期接触物理、化学物质及病毒感染等	5
	梅毒	28	10	社会因素	家庭贫困	5
	艾滋病	29	10		孕妇或丈夫为文盲或半文盲	5
	尖锐湿疣	30	10	丈夫长期不在家	5	
	沙眼衣原体感染	31	10	居住地到卫生院有1小时路程	5	

注：同时占两项以上者其分数累加。分级，轻：5分；中：10、15分，重 ≥ 20 分。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/208066012106006065>