

产后访视标准操作流程（SOP）手册

乡村安全孕产守护计划 / 村医版 V2.0

适用范围：乡镇卫生院及村卫生室妇幼保健人员

制定机构：中国乡村发展基金会 x 默沙东 Merck for Mothers

版本日期：2025年3月

一、产后访视概述与背景

产后访视（Postpartum Home

Visit）是孕产妇系统管理的核心环节，指产妇出院后由基层卫生人员上门进行的系统健康检查与保健指导服务。产后42天内（即产褥期）是产妇和新生儿并发症高发期——全球约60%的孕产妇死亡发生在产后，其中超过半数集中在产后第一周。世界卫生组织（WHO）将产后访视列为降低孕产妇死亡率的四大核心干预措施之一。

在中国农村地区，由于地理交通限制、传统坐月子习俗和经济因素，许多产妇在产后不到乡镇卫生院复查。村医入户访视成为连接专业医疗服务与农村孕产妇家庭的“最后一公里”。

本SOP手册依据WHO《产后保健指南》（2022版）和《国家基本公共卫生服务规范》编制，旨在为村医提供标准化的产后访视操作参考。

二、访视时间与频次

根据WHO 2022指南推荐和《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》要求：

| 访视时序 | 时间窗口 | 执行地点 | 重点内容 |
|---------|----------------|-------|--------------------|
| 第1次访视 | 产后3-7天（最迟≤14天） | 产妇家中 | 母婴全面评估、喂养指导、EPDS初筛 |
| 第2次访视 | 产后28-30天 | 产妇家中 | 复查评估、避孕咨询、复筛EPDS |
| 产后42天复查 | 产后42-49天 | 乡镇卫生院 | 全面体检、盆底评估、避孕方案确定 |

如遇以下情况，应增加访视频次至每周1次或更密集：产妇存在产后出血高危因素（如前置胎盘、多胎妊娠分娩后）、妊娠期高血压疾病延续至产后、确诊或疑似产后抑郁（EPDS≥13分）、新生儿体重<2500g或早产（<37周）、新生儿黄疸需要监测。

注意：

访视尽
由专干

三、访视前准备

3.1 访视包标准配置

村医产后访视包应包含以下基本装备，每次出发前逐一核对：

- 生命体征测量：电子血压计（上臂式）、电子体温计、指夹式脉搏血氧仪
- 体格检查：听诊器、软尺（测宫高/头围）、婴儿体重秤（便携式）、医用手电筒
- 消毒与防护：一次性医用手套（至少3双）、速干手消毒液、医用外科口罩、一次性帽子
- 文书与工具：产后访视记录表（一式两份）、EPDS筛查量表、笔、健康宣教折页
- 新生儿检查：新生儿经皮胆红素仪（如有条件）、脐部护理包（75%酒精棉签+无菌纱布）
- 其他：手机（用于拍照记录、紧急联系、录入小程序）、充电宝

3.2 信息准备

- 提前电话联系产妇或其家属，确认上门时间、家庭地址（特别关注偏远自然村）、联系电话
- 查阅孕产妇系统管理档案：了解产前检查记录、高危因素评级、分娩方式、分娩时有无并发症（产后出血、产褥感染、新生儿窒息等）、新生儿出生体重和Apgar评分
- 了解是否存在特殊社会因素：未成年产妇、未婚单亲、家庭暴力风险、经济极度困难、精神疾病家族史等——这些是产后抑郁的高危因素

四、产妇评估（核心内容）

4.1 生命体征与一般情况

每次访视首先测量血压、脉搏、体温、血氧饱和度。重点：

- 血压：产后血压应在1周内恢复至孕前水平。若收缩压 ≥ 140 mmHg或舒张压 ≥ 90 mmHg并持续至产后2周以上，考虑产后高血压，需转诊评估。子痫前期患者产后48-72小时为抽搐高发期，访视时务必确认有无头痛、视力模糊、上腹痛
- 体温：产后24小时内体温可轻度升高（ ≤ 38 度）属生理性。若产后3天后持续发热 ≥ 38.5 度，高度怀疑产褥感染、乳腺炎、尿路感染或剖宫产切口感染
- 脉搏：正常60-100次/分。产后心动过速（ > 100 次/分）+低血压=内出血预警信号
- 面色与精神状态：贫血貌（面色苍白、眼结膜苍白）、精神萎靡、反应迟钝——均须进一步询问恶露出血量、饮食情况，必要时测血红蛋白

4.2 子宫复旧评估

产后子宫从约1000g逐渐恢复至孕前50-70g，称为子宫复旧（Uterine

Involution）。评估方法：嘱产妇排空膀胱后仰卧屈膝，检查者一手在耻骨联合上方固定，另一手从脐部向下触诊宫底。

- 正常复旧进程：产后即刻——宫底平脐或脐下一指；产后第1天——脐下一指（约耻骨联合上12-14cm）；之后每日下降1-2cm；产后10-14天——宫底完全降入盆腔，腹部触诊不应再触及
- 异常信号：宫底下降速度过慢（每日 < 1 cm）、宫底有压痛、质地软而不收缩——提示子宫复旧不良，可能与宫腔残留（胎盘/胎膜组织残留）、感染有关
- 恶露评估：询问恶露量（与月经量比较）、颜色变化（红 \rightarrow 浆 \rightarrow 白）、气味。正常恶露持续4-6周，总量250-500ml。恶露突然增多、转为鲜红色或出现腐臭味，提示宫腔残留或感染

4.3 会阴及腹部切口检查

- 自然分娩会阴切口：检查侧切或撕裂伤口愈合情况——有无红肿、硬结、裂开、渗液或脓性分泌物。正常伤口应在7-10天愈合。会阴清洁指导：每次大小便后用温水从前向后冲洗，勤换卫生巾

- 剖宫产腹部切口：检查切口有无红、肿、热、痛、渗液、裂开。正常切口愈合需7-10天（表皮）。询问切口疼痛程度，有无发热。提醒产妇术后6周内避免提重物（>5kg）

4.4 乳房与哺乳评估

哺乳支持是产后访视的重中之重——WHO和中国卫健委均推荐纯母乳喂养至6个月，并持续母乳喂养至2岁或以上。访视内容：

- 乳房检查：视诊有无红肿（乳腺炎早期）、触诊有无硬结（乳汁淤积）、皮温升高。询问有无疼痛、发热
- 哺乳评估：观察一次完整喂奶过程——婴儿含接姿势（口张大含住大部分乳晕，下唇外翻，下巴贴乳房）、有效吸吮（深而慢的吸吮，可听到吞咽声）、哺乳后乳房变软
- 常见问题处理：乳头皲裂——哺乳后挤出少量乳汁涂在乳头上自然晾干（乳汁含抗感染成分）；奶量不足——增加哺乳频率（每天8-12次），确保母亲每天饮水 $\geq 2000\text{ml}$ （约8杯），多喝汤水；乳房胀痛——先热敷后按摩，排空乳房，必要时手动挤奶
- 不宜哺乳的情况（罕见但有）：母亲HIV阳性（替代喂养）、母亲正在服用某些特殊药物（如化疗药物、放射性碘）、婴儿半乳糖血症

4.5 产后营养指导

产后营养直接影响产妇恢复、乳汁质量和婴儿生长发育：

- 能量：哺乳期妇女每日额外需要约500千卡热量。关键不是多吃，而是吃对——增加优质蛋白（鱼、瘦肉、蛋、豆制品），保证蔬菜水果摄入
- 关键微量营养素：铁——产后继续补铁3个月（每日元素铁60mg），动物肝、红肉、菠菜富含铁，同时补充维生素C促进铁吸收；钙——每日1000mg（哺乳期），牛奶、豆制品、小鱼干富含钙；碘——哺乳期每日250 μg ，使用加碘盐
- 传统坐月子误区纠正：月子期间可以洗头洗澡（注意保暖避免受凉）、可以吃蔬菜水果（不需要只吃鸡和蛋）、不需要喝大量红糖水（红糖水喝7-10天即可，过久不利恶露排出）、房间需开窗通风（每天至少通风2次，每次15分钟）

4.6 产后心理评估（EPDS初筛）

产后抑郁（Postpartum

Depression）影响约10-20%的产妇，是产后最常见的严重并发症之一。村医在第1次访视（产后3-7天）即应使用爱丁堡产后抑郁量表（EPDS）进行初筛。详见《EPDS抑郁筛查量表》专项手册。核心要点：

- 筛查时机：第1次访视做初筛（产后3-7天），第2次访视复筛（产后28-30天）
- 筛查环境：尽量私下进行（避免丈夫或婆婆在场），让产妇能真实作答
- 结果处理：总分 < 10 分常规随访；10-12分2周后复筛； ≥ 13 分或第10题 ≥ 1 分，转诊精神科/心理咨询并通知乡镇卫生院妇幼专干
- 绝不可以未做评估的情况下对产妇说“你想多了”、“做妈妈都这样”——这是导致悲剧的常见原因

4.7 产后避孕咨询

产后排卵恢复时间不确定：非哺乳妇女最早产后25天可排卵（即产后20天左右就可能恢复排卵），因此产后首次性生活就应采取避孕措施。WHO推荐最佳生育间隔为至少18-24个月。间隔过短（ < 18 个月）增加下一胎早产风险40%、低出生体重风险60%、孕产妇贫血风险30%。

产后可用避孕方法及其适用时机：

| 避孕方法 | 产后开始时间 | 哺乳期可用 | 有效期 | 备注 |
|------|--------|-------|-----|----|
|------|--------|-------|-----|----|

| | | | | |
|---------------|---------------|-------|-------|---------------|
| 避孕套 | 产后首次性生活 | 是 | 单次使用 | 同时可预防性传播感染 |
| 皮下埋植 | 产后即可放置 | 是，不影响 | 3年 | 手臂内侧，取出即恢复生育 |
| 宫内节育器(Cu-IUD) | 产后48h内/产后>=4周 | 是 | 5-10年 | 含铜IUD不影响哺乳 |
| 单纯孕激素口服药 | 产后6周 | 是 | 每日服药 | 必须每天同一时间服用 |
| 哺乳闭经法(LAM) | 产后0-6个月 | 是(前提) | ≤6个月 | 需同时满足3条件，详见下文 |
| 输卵管结扎 | 产后48h内/产后>=6周 | 是(永久) | 永久 | 不可逆，需充分知情 |

哺乳闭经法(LAM)适用三条件(缺一不可):①产妇仍处于闭经状态(月经未恢复)②婴儿为纯母乳喂养(不添加任何其他食物或液体,包括水)③产后不足6个月。只要有一个条件不满足,即应立即改用其他避孕方法。

重要提示:

产后42
不影响

五、新生儿评估

5.1 生长发育评估

- 体重:出生后第3-4天可出现生理性体重下降(下降幅度≤出生体重的7%),一般7-10天恢复出生体重。满月体重应较出生体重增加约800-1000g(即每天增重约25-30g)。若出生2周后体重仍未恢复出生体重或满月增重不足600g,须评估喂养情况
- 身长:足月新生儿出生身长约50cm,满月增长约3-4cm
- 头围:足月新生儿出生头围约34-35cm,满月增长约2-3cm。头围增长过快(警惕脑积水)或过慢(警惕小头畸形)均须转诊

5.2 系统检查清单

- 皮肤与黄疸:Kramer分区法评估黄疸程度(面部I区→躯干上II区→腹股沟III区→四肢IV区→手足V区)。若黄疸在24小时内出现、蔓延至手足心、持续超过2周(足月儿)或3周(早产儿),须转诊测血清胆红素。生理性黄疸通常在7-10天消退
- 脐带:脐带残端通常在出生后7-14天脱落。检查脐窝有无红肿、分泌物、异味。正常脐部应干燥清洁。脐炎早期表现:脐轮(肚脐周围皮肤)发红。护理指导:每日用75%酒精棉签从脐窝根部向外螺旋擦拭1-2次,保持干燥,穿尿布时折叠前端使其不覆盖脐部
- 喂养与排泄:母乳喂养儿每日排尿≥6次、大便2-5次(稀糊状、金黄色)为摄入充足的标志。若每日排尿<4次、大便干结或次数明显减少、口腔黏膜干燥——提示摄入不足,须指导增加哺乳频率并评估含接姿势
- 呼吸:新生儿正常呼吸频率40-60次/分,睡眠时可降至30-40次/分。计数方法:在患儿安静时观察腹部起伏,计数30秒×2。呼吸困难警示信号——呼吸>60次/分、鼻翼扇动、吸气性三凹征(锁骨上窝、胸骨上窝、肋间隙凹陷)、呻吟。出现上述任一须立即转诊。
- 体温:正常腋温36.5-37.5度。体温<36度(低体温)或≥38度均须评估原因。注意:新生儿低体温比发热更常见且更危险——与感染、寒冷损伤、低血糖相关。保暖指导:室温保持22-26度,皮肤接触/袋鼠式护理每天至少1小时
- 神经行为:观察哭声(是否有力)、吸吮反射、觅食反射、握持反射、肌张力(抱起时头是否后仰或过软)。任何异常须转诊

5.3 新生儿筛查与免疫确认

- 确认新生儿遗传代谢病筛查(足跟血)已完成——在出生72小时后至7天内(充分哺乳6次以上)采集。包括苯丙

酮尿症（PKU）和先天性甲状腺功能减低症（CH），我国发病率分别约1/11000和1/2000

- 确认听力筛查已完成——出生48小时至出院前完成初次筛查。如未通过，须告知家长在42天内返回分娩医院复筛
- 确认乙肝疫苗第1针已在出生24小时内接种，卡介苗已接种（如出生体重 \geq 2500g且无禁忌症）
- 若上述任何一项未完成，村医应联系分娩医院协调补做，并在下次访视时确认完成

六、高危因素的识别与处理

6.1 产后出血风险识别（含在家中产后出血的急救）

产后出血（PPH）是全世界孕产妇死亡的首要原因，占全部孕产妇死亡的27%。在农村地区由于距医院较远，转诊时间更长，早期识别和初步处理尤为关键。

产后出血家中急救四步法（适用于村医到达现场时产妇正大量出血）：

第一步——呼救：立即拨打120，同时让家属联系村委会安排车辆。

第二步——子宫按摩：将一只手握拳置于阴道前穹窿向前上方顶，另一只手在腹部经腹壁握住宫底用力按压，两手合力压迫子宫。持续按摩直至子宫收缩变硬。

第三步——药物（如访视包配备）：缩宫素10U肌注+米索前列醇600 μ g舌下含服（或直肠给药）。氨甲环酸1g缓慢静脉注射（如有静脉通路）。

第四步——转运中持续子宫按摩和输液（生理盐水或林格液1000ml快速静滴，维持收缩压 \geq 90mmHg），途中保持平卧头低位，密切监测意识和呼吸。

6.2 转诊指征快速参考

| 类别 | 转诊指征 | 紧急程度 | 转运注意事项 |
|-------|--|----------|--------------------|
| 产后出血 | 出血 \geq 500ml（阴道分娩）/ \geq 1000ml（剖宫产）/血流动力学不稳定 | 即刻(红色) | 持续子宫按摩、开放静脉通路、平卧转运 |
| 产后感染 | 体温 \geq 38.5 $^{\circ}$ C伴恶露异常/腹痛/切口感染 | 24h内(橙色) | 物理降温、记录体温变化 |
| 高血压急症 | 收缩压 \geq 160或舒张压 \geq 110mmHg伴头痛/视力障碍 | 即刻(红色) | 半卧位、保持安静、监测血压 |
| 产妇-心理 | EPDS \geq 13分/自伤念头/自杀计划/不能照顾婴儿 | 24h内(橙色) | 家人全程陪护、移除危险物品 |
| 新生儿重症 | 呼吸 $>$ 60次/分+三凹征/呻吟/喂养困难/体温 $<$ 36 $^{\circ}$ C | 即刻(红色) | 袋鼠式保暖、侧卧位防窒息 |
| 新生儿黄疸 | 黄疸蔓延至手足心/日龄 $<$ 24h出现/ $>$ 2周不退(足月儿) | 24h内(橙色) | 加强喂养、避免阳光直射 |

七、访视记录与信息系统录入

每次访视后24小时内完成《产后访视记录表》填写，内容包括但不限于：访视日期和具体时间、产妇生命体征（血压/脉搏/体温）、宫底高度和恶露情况、会阴/腹部切口愈合情况、乳房和哺乳状况、EPDS筛查得分、新生儿体重/黄疸/脐带/喂养/排泄评估结果、本次访视所给予的健康指导和转诊建议、下次访视或复查预约时间。

记录表一式两份：黄色页由村卫生室留存（纳入居民健康档案），白色页于每月5日前统一上报乡镇卫生院妇幼保健科。高危产妇（五色管理中橙色及以上等级的产后产妇）的每次访视信息应在访视完成后24小时内同步录入孕安通小程序，确保信息及时传递至县级妇幼保健机构。

如果村医在访视中拍摄了有价值的照片（如切口异常、黄疸程度、居家环境等），应将照片加密后随记录一并上传至孕安通，并附简要文字说明。注意：拍摄前须征得产妇或其家属口头知情同意。

附录一：产后访视快速核查表

出发前：访视包装备齐全 联系产妇确认时间地址 查阅产前和分娩记录

产妇检查：生命体征(血压/脉搏/体温/血氧) 宫底高度和恶露 会阴/腹部切口 乳房/哺乳 EPDS筛查
营养指导 避孕咨询

新生儿检查：体重/身长/头围 皮肤黄疸 脐带 喂养/排泄 呼吸评估 筛查(足跟血/听力)确认
免疫(乙肝/卡介苗)确认

后续：填写记录表(一式两份) 约定下次访视/复查时间 录入/上报信息

告警——有下列情况者立即转诊/上报：产妇血压 $\geq 160/110$ 产后出血 $\geq 500\text{ml}$ 体温 ≥ 38.5

EPDS ≥ 13 或第10题 ≥ 1 分 新生儿呼吸 >60 次/分或呻吟 新生儿体温 <35 度

附录二：常用正常值参考

| 指标 | 正常范围 | 需关注 | 需立即转诊 |
|--------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| 产妇血压 | $<140/90\text{mmHg}$ | 140-159/90-109 | $\geq 160/110$ |
| 产妇体温 | 36.0-37.3 $^{\circ}\text{C}$ | 37.4-38.4 $^{\circ}\text{C}$ | $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ 持续 |
| 产妇脉搏 | 60-100次/分 | 100-120次/分 | >120 次/分+低血压 |
| 产后出血量 | $<500\text{ml}$ (阴道分娩) | 500-1000ml | $\geq 1000\text{ml}$ /血流不稳 |
| 新生儿呼吸 | 40-60次/分 | 60-70次/分 | >70 次/分或呻吟/三凹征 |
| 新生儿体温 | 36.5-37.5 $^{\circ}\text{C}$ | 35.0-36.4 $^{\circ}\text{C}$ | $<35.0^{\circ}\text{C}$ |
| 新生儿黄疸 | 面部-躯干(I-II区) | 蔓延至腹股沟(III区) | 手足心(V区)/ $<24\text{h}$ 出现 |
| EPDS总分 | 0-9分 | 10-12分 | ≥ 13 分/第10题 ≥ 1 |