

• 临床指南 •

编者按 本问题的提出源于在新生儿复苏的临床和培训工作中, 中华医学会围产医学分会新生儿复苏学组不止一次地接到全国各地围产同道提出问题: 对于重度窒息出生只有几次心跳的濒死儿应如何复苏? 是否还要按照流程图的要求一步步来? 面对这些问题, 中华医学会围产医学分会新生儿复苏学组委托南方医科大学附属深圳妇幼保健院杨传忠、朱小瑜主任撰写, 并组织部分专家讨论, 制定本共识, 以指导临床实践。当然, 关于濒死儿的复苏还涉及很多伦理和法律问题, 目前国内外也缺少高质量大样本的循证医学证据, 本共识的内容还需要在今后的工作中进一步验证和完善。也欢迎广大读者参与讨论及科研合作, 共同促进我国新生儿复苏的研究及临床实践。

新生儿重度窒息濒死儿复苏方法的建议

新生儿窒息是我国新生儿死亡的主要原因之一^[1-3], 而重度窒息濒死儿(简称濒死儿)又是其死亡的主要人群, 其发生率约占活产儿的 0.25%~1.3%^[4-5]。加强对濒死儿的抢救, 减少其死亡和并发症发生, 对降低围产儿死亡率、提高人口素质具有重要意义。但濒死儿的复苏抢救是新生儿复苏的难点, 故制定本共识, 以指导临床对濒死儿的复苏。

一、濒死儿的定义和病理生理状况

濒死儿指出生时因窒息处于死亡边缘即“正在死亡 (be dying)”的初生儿^[6], 国际上亦称“近死产儿 (near stillborn infant)”。这部分患儿在出生时可能完全无心跳或仅有几次心跳, 但经过有效的新生儿复苏后, 至 1 min 甚至 5 min 能恢复缓慢心跳, 此时进行 Apgar 评分可能得分, 即通常所说的 Apgar 0~1 分儿。从心跳停止到真正死亡大约经历 5~8 min^[7], 濒死儿即可能处于这一阶段中。此时, 如经有效的、高质量复苏将有机会把一个“正在死亡”的新生儿复苏成功。分娩过程中(无论是阴道分娩还是剖宫产)出现胎儿心跳停止, 娩出后属于真正的“死产”还是“濒死儿”状态, 在刻不容缓的复苏现场做出判断并非易事也无必要, 即刻进行快速和高质量的复苏是关键。濒死儿往往对复苏有反应, 如进行 1、5 甚至 10 min Apgar 评分可以得分;

而真正“死产”儿则对复苏完全无反应。如果出生即刻, 复苏医生不作为或复苏不当, 则往往将部分实际上属活产的濒死儿推入“死产”^[8]。全球每年有近 300 万名所谓的“死产”儿, 主要集中在南亚和撒哈拉沙漠以南的非洲地区, 如果其中 1% 能得到积极正确的复苏, 则每年将有 3 万名濒死儿得以最终抢救存活^[6]。

有关围产期窒息病理生理改变的研究指出, 宫内窒息有 3 个主要机制^[9]: (1) 脐带血流的中断; (2) 胎盘氧交换受阻, 如胎盘早剥等; (3) 胎盘灌注不足, 如母体循环改变。而生后窒息则为宫内窒息的延续, 难以或不能启动生后自主呼吸, 发生原发性呼吸暂停; 如缺氧继续, 进而发生继发性呼吸暂停, 出现终末呼吸停止、心跳停顿、血压消失, 最终发生脑死亡, 整个过程大约历时 20 min。如在脑死亡发生前娩出, 即为“濒死儿”。所以, 濒死儿娩出时即刻实施有效、高质量的通气和迅速恢复循环是新生儿复苏的关键步骤。

二、国内外濒死儿的复苏现状

美国第 4 版新生儿复苏教程已明确指出, 2/3 接近死产的足月儿可复苏成功, 且存活者中 2/3 都是正常的, 即使是超低出生体重儿也有 50% 的存活机会, 故仍主张积极复苏^[10]。

1. 濒死儿的病死率: 濒死儿虽病死率较高, 但国内文献报道随着复苏技术和水平的提高, 其病死率在 20 世纪已降低至 35.6%, 目前已经降至 11.1%^[11]。国外报道濒死儿在复苏现场病死率为 33.3%^[5]。

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-9408.2016.01.003

通信作者: 叶鸿瑁, 100191 北京大学第三医院儿科, Email: yhm1938@vip.sina.com; 朱小瑜, 518020 南方医科大学附属深圳妇幼保健院新生儿科, Email: shenzhenzy@126.com

2. 神经系统并发症发生率：国外有研究表明，濒死儿复苏成功后，有超过 60% 的患儿可以完全无神经系统并发症^[5,12-13]，这可能与新生儿对缺氧的耐受力相对较强有关^[14]。国内深圳市妇幼保健院资料也显示：在濒死儿复苏存活的足月儿中，出院时无严重神经系统并发症（中、重度缺氧缺血性脑病）者达 75%^[15]。

三、濒死儿复苏前的准备

1. 复苏器械的准备：国内外颁布的各版新生儿复苏指南均明确提出，产科分娩室、手术室应当配备新生儿复苏设备和药品，做到随手可得、随时可用。特别需强调的是所有复苏用品应在每一间分娩室和手术室准备好，而不应由复苏人员复苏时随身带入。濒死儿的复苏尤其需要秒秒必争，复苏过程中的任何耽搁和延误都可能造成无可挽回的后果。因此，产房、手术室指定责任人要每天例行检查相关设备、器具和药品是否齐全可用，护士长则例行抽查，复苏前再由复苏人员亲自检查是否完好无缺并呈待用状态（如喉镜电池，灯是否足够亮）；复苏完成后要及时做好清理、消毒和补充。

2. 人员准备：每个分娩医院应组成至少一支人员相对固定的新生儿复苏团队，定期开展新生儿复苏技能培训和团队合作训练，可建立新生儿模拟复苏培训室，培训中特别强调同时执行多项复苏技术的能力训练，以及团队成员如何相互协作，在复苏过程中尽可能减少胸外按压和人工通气的中断。对于常规新生儿复苏，应确保每次分娩时至少有一名熟练掌握新生儿复苏技术的医护人员在场^[1,10]。但在濒死儿复苏现场最好有 3~4 名分工明确、配合密切、技术娴熟的复苏人员在场。其中一名作为主复苏者站在患儿头侧，负责体位、快速气管插管和正压通气；一名助手站在左侧或右侧，负责在正压通气的同时进行胸外按压；另一名助手负责脐带处理，监测心率、呼吸和氧饱和度，并进行脐静脉置管或穿刺、给药（包括气管内和脐静脉）等；如能有一名巡回医护人员则更好（负责氧气、吸引器、配药和传递物品等）。

3. 识别产前高危因素，复苏团队提前到场：濒死儿发病率不高，仅约 0.25%~1.3%^[4-5]，对高危因素认识不足往往会造成复苏抢救时措手不及，而贻误时机^[16]。产前高危因素包括胎盘早剥、产前大出血、子痫或重度子痫前期、严重胎儿窘迫、多胎妊娠、双胎输血综合征、严重围产期感染、孕妇发

生意外如外伤、昏迷，过量使用镇静剂、麻醉剂，以及产前已明确母儿严重疾病等；产程中突发的高危因素如脐带脱垂、打结、扭转，以及各种难产、急产、产时大出血等。以上情况除了进行快速正确的产科处理外，应及时通知新生儿复苏团队提前到达分娩现场。

四、濒死儿的复苏

新生儿复苏流程图作为一个通常分娩情况下的复苏指南，可以减少新生儿窒息及其并发症的发生，但对濒死儿则应作为一种极端情况进行特殊处理，不能墨守成规，应该灵活掌握。

（一）濒死儿的判断和初步处理

除了孕妇分娩前和分娩时的高危因素评估外，产时的胎心监护及产科医生、助产士的临床经验和判断也非常重要。濒死儿娩出时几乎无任何反应、亦无肌张力和呼吸动作，产科医生或助产士应该即刻断脐（用止血钳在近胎盘端钳夹断脐，保留大部分脐带），同时迅速将患儿放在预热的复苏台上，头部朝向主复苏者，此时喉镜已打开、灯亮，复苏者已左手持镜，右手拿好带管芯的气管插管，站好位置，等患儿一放下即行气管插管。

（二）人工通气和胸外按压

1. 复苏顺序：气管插管正压通气是濒死儿复苏的关键措施，生后即刻应由技术熟练的复苏者完成气管插管人工通气，并配合进行胸外按压。此时，常规的吸痰、擦干、刺激等动作均需暂缓，正压通气、胸外按压几乎同时并举；另一助手则迅速行脐静脉穿刺或置管给药，全过程所耗时间越短则成功率越高，一般勿超 30 s 就应全部准确施行到位。胸外按压可以为心脏和脑提供重要血流^[17]，胸外按压一旦开始，切忌中断^[18]；如还没插管就误行胸外按压则不妥，待要插管时按压会被迫中断。

2. 给氧方法：建议濒死儿复苏开始即可使用 100% 的氧气。同时考虑到复苏时人工通气的速率可能较普通复苏时快，因此建议氧气流量增至 10~15 L/min，以保证复苏囊的储气袋始终饱满，有较高浓度的氧气输出。由于新生儿高氧暴露有害的证据日益增多，特别是早产儿^[19]。因此，应及时在患儿右上肢监测脉搏氧饱和度，一旦循环恢复，根据血氧饱和度值适当调整吸入氧浓度。血氧饱和度达到目标值即可，一般出生时为 60%，5 min 时达到 85%。目的是避免组织内氧过多，但同时要确保输送足够的氧。

3. 清吸气道：对于濒死儿的复苏，以上迅速插管、通气和胸外按压是确保患儿复苏成功的关键。美国第 6 版《新生儿复苏教程》对羊水胎粪污染无活力的新生儿要求用 12~14 F 大孔吸管进行口咽部吸痰^[20]，对于濒死儿的复苏口咽部吸引可暂缓，除非咽喉部有较多分泌物影响插管时，可用比平时略高吸引负压快速吸净（约 1~2 s），也可考虑用棉签极快旋蘸一下清除。气管插管正压通气后，复苏者可根据经验判断是否需进行气管内吸痰，原则是迅速恢复肺泡氧合。

对羊水胎粪污染的濒死儿已插管成功后究竟先吸引胎粪还是先正压通气，要视不同情况：若见气管内有胎粪涌出，或感觉胎粪特别黏稠，堵塞气管导管，则应先行胎粪吸引管吸引，胎粪吸引和重新插管动作应迅速。若估计气管内残存胎粪不多，或胎粪不很黏稠，则应首先保证氧合，立即接复苏囊加压给氧（当然胸外按压和给药亦紧紧跟上）；若在正压通气时，导管内（又）有胎粪和/或羊水涌出，量少可继续复苏，直至肤色转红心搏有力；量多且氧饱和度无上升趋势，则可考虑行胎粪吸引管快速吸一次，吸引和重新气管插管过程中，复苏团队应密切配合，尽可能缩短时间，以提高抢救成功率。

4. 高质量的心肺复苏：在成人或儿童心肺复苏时建议实施高级气道管理后，可继续进行胸外按压（速率为每分钟至少 100 次），且不必与呼吸同步^[18]，但是否适合危重新生儿的复苏尚有待进一步研究。有报道对于濒死儿的复苏开始时同样可不要求胸外按压与人工呼吸按 3 : 1 比例^[11]，且需提高各自速率，胸外按压按 120~140 次/min 而不是通常的 90 次/min，更接近正常新生儿心率，人工通气按 60~80 次/min 而不是通常的 30 次/min，以增加每分通气量；之后可根据复苏情况按 3 : 1 的胸外按压与人工通气的比例进行复苏。心肺复苏过程中的胸外按压次数对于能否恢复有效循环以及存活后是否具有好的神经系统功能非常重要。此外，要以足够的深度进行胸外按压，胸外按压深度为新生儿胸廓前后径的 1/3，保证每次按压后胸廓回弹，并尽可能避免按压中断。

濒死儿的高质量心肺复苏还包括：（1）新生儿气管插管人工通气时，对于正压通气的压力设置，按复苏指南一般初始压力约 20 cmH₂O（1 cmH₂O = 0.098 kPa），无改善时增加至 30 cmH₂O，并小心地提高直至 40 cmH₂O^[1,21]，但对濒死儿逐渐提高压力的方法进行复苏可能会延误抢救时机。复苏者可

根据个人经验（复苏时个人捏气囊的手感）和现场情况选择适当的初始压力，有效后再逐渐下调压力，维持适当的氧合；正压通气时也需注意避免发生气漏和过度通气。（2）强调 2 min 无中断的心肺复苏：主复苏者马上开放气道、气管插管并通气，助手开始胸外按压，以建立有效呼吸和循环；其他助手需如前述紧紧跟上各项配合。切不要因为“听心率、看呼吸”而中断正压通气和胸外按压^[18]。

（三）复苏用药

濒死儿复苏几乎一定会用药，且需要尽早使用。复苏前即应准备好相应药物，以备随时可用。一旦气管插管成功，在进行正压通气和胸外按压的同时，助产士就应处理脐带，在离婴儿端 1~2 cm 左右断脐，并在婴儿脐带断端处行脐静脉插管，游离下来的脐带可采血查血气。大部分情况下，通过气管导管内使用肾上腺素更快速、方便，越早使用自主心跳恢复的机会就越大。无论是气管内用药还是脐静脉给药，开始用药量要足够，气管内用药时每次使用 1 : 10 000 肾上腺素 1.0 ml/kg，快速注入后马上行正压通气，保证药物能很快进入肺内布散吸收，及时发挥作用。一旦脐静脉置管或穿刺成功，应改为脐静脉内用药，剂量为 1 : 10 000 肾上腺素每次 0.3 ml/kg，快速推注后用生理盐水 2~3 ml 冲管，保证药物能充分进入血循环而发挥作用。指南并未推荐外周静脉用肾上腺素^[21]，特别是对濒死儿，血循环极差，外周静脉用药基本无效且成功穿刺概率极小，应特别引起注意。有报道在成人和儿童可以考虑胫骨骨髓腔内用药^[22]。对于肾上腺素使用后无法恢复心率的患儿，往往存在严重的酸中毒，在保证有效通气的情况下，可使用 5% 碳酸氢钠，每次 3 ml/kg（约 2 mmol/kg），用等量注射用水稀释，按 1 mmol/（kg·min）速率经脐静脉推注，2 min 以上推毕^[21,23]。如仍未恢复心跳，可再用肾上腺素推注，重复使用 1~2 次。如有产前失血指征可考虑使用生理盐水扩容处理。

五、暂停或停止复苏操作

如有效复苏超过 10 min 以上仍监测不到心率时，其病死率达 83%，即使存活，其严重并发症发生率达 77%^[24-26]。因此，如果判断存活可能性极小，且致残风险非常高，则继续复苏没有意义。新生儿复苏指南也建议：如果持续 10 min 监测不到新生儿心率，则可以考虑停止复苏^[20]。

六、加强新生儿复苏后的处理

濒死儿经有效复苏，生后 5 min Apgar 评分

仍 ≤ 5 分,出现神经系统并发症的风险将增加,存活的濒死儿中近 1/3 可能发生较为严重的神经系统并发症^[15,27]。复苏后的治疗应包括继续进行适当的呼吸、循环支持,防治神经系统并发症等。其治疗的初始和长期目标包括:(1)转入有治疗能力的新生儿重症监护病房,在恢复有效循环后优化心肺功能和保证重要器官灌注;(2)加强呼吸、循环和脑功能的监测;(3)适当控制体温(包括亚低温),避免高温,以促进神经系统功能恢复;(4)预测、治疗和防治多器官功能障碍,包括避免过度通气和用氧过多。

对于胎龄 36 周以上复苏成功的濒死儿,应行神经系统功能评估,对可能存在中、重度缺氧缺血性脑病者,建议在生后 6 h 内进行亚低温治疗,有助于降低病死率,改善 18 月龄时的神经发育结局^[28]。

参与本共识撰写的专家:杨传忠、朱小瑜(南方医科大学深圳妇幼保健院)

参与讨论并同意本共识的专家:曹玉莲(山西省妇幼保健院),樊尚荣(北京大学深圳医院),贺晶(浙江大学医学院附属妇产科医院),姜梅(首都医科大学附属北京妇产医院),李明珠(新疆维吾尔自治区人民医院),刘兴会(四川大学华西第二医院),母得志(四川大学华西第二医院),夏世文(湖北省妇幼保健院),杨慧霞(北京大学第一医院),叶鸿瑁(北京大学第三医院),阴怀清(山西医科大学第一医院),虞人杰(清华大学第一附属医院),张雪峰(解放军第三〇二医院)

参 考 文 献

- [1] 中国新生儿复苏项目专家组. 中国新生儿复苏指南(2011年北京修订)[J]. 中华围产医学杂志, 2011,14(7):415-419. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-9408.2011.07.007.
- [2] Black RE, Cousens S, Johnson HL, et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis[J]. Lancet, 2010,375(9730): 1969-1987. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60549-1.
- [3] Lawn JE, Manandhar A, Haws RA, et al. Reducing one million child deaths from birth asphyxia—a survey of health systems gaps and priorities[J]. Health Res Policy Syst, 2007,5:4.
- [4] Haddad B, Mercer MB, Livingston JC, et al. Obstetrics antecedents to apparent stillbirth (Apgar score zero at 1 minute only) [J]. Obstet Gynecol, 2001, 97(6): 961-964.
- [5] Jain L, Ferre C, Vidyasagar D, et al. Cardiopulmonary resuscitation of apparently stillborn infants: survival and long-term outcome[J]. J Pediatr, 1991,118(5):778-782.
- [6] Spector JM, Daga S. Preventing those so-called stillbirths[J]. Bull World Health Organ, 2008,86(4):315-316.
- [7] 封志纯, 祝益民, 肖昕. 实用儿童重症医学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012:69-75.
- [8] Stanton C, Lawn JE, Rahman H, et al. Stillbirth rates: delivering estimates in 190 countries[J]. Lancet, 2006,367(9521):1487-1494.
- [9] Berger TM. Neonatal resuscitation: foetal physiology and pathophysiological aspects[J]. Eur J Anaesthesiol, 2012, 29(8): 362-370. DOI:10.1097/EJA.0b013e328354a4e7.
- [10] 中国新生儿复苏项目专家组. 新生儿窒息复苏指南(2007北京修订)[J]. 中华围产医学杂志, 2007,10(4): 219-223. DOI:10.3760/cma.j.issn.1007-9408.2007.04.002.
- [11] 朱小瑜. 新生儿窒息复苏新境界: Apgar 0-1 分新生儿之复苏[J]. 中华围产医学杂志, 2011,14 (3): 146-150. DOI:10.3760/cma.j.issn.1007-9408.2011.03.006.
- [12] Madia JM, Cachafeiroa RH, de Araujo BF, et al. Apgar score of zero at one minute: Perinatal factors and early neonatal outcomes[J]. J Neonatal Perinatal Med, 2012(5): 65-70.
- [13] Natarajan G, Shankaran S, Luptook AR, et al. Apgar scores at 10 min and outcomes at 6-7 years following hypoxic-ischaemic encephalopathy[J]. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed, 2013,98(6):F473-479. DOI:10.1136/archdischild-2013-303692.
- [14] Haddad B, Mercer BM, Livingston JC, et al. Outcome after successful resuscitation of babies born with apgar scores of 0 at both 1 and 5 minutes[J]. Am J Obstet Gynecol, 2000, 182(5): 1210-1214.
- [15] 李欢, 杨传忠, 朱小瑜, 等. 39 例重度窒息足月新生儿围产期高危因素及复苏效果[J]. 中华围产医学杂志, 2016, 待发表.
- [16] Daripa M, Caldas HM, Flores LP, et al. Perinatal asphyxia associated with early neonatal mortality: populational study of avoidable deaths[J]. Rev Paul Pediatr, 2013,31(1):37-45.
- [17] Wyckoff MH. Improving neonatal cardiopulmonary resuscitation hemodynamics: are sustained inflations during compressions the answer? [J]. Circulation, 2013,128(23):2468-2469. DOI:10.1161/CIRCULATIONAHA.113.006093.
- [18] Hazinski MF, Nolan JP, Billi JE, et al. Part 1: Executive summary: 2010 international consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations[J]. Circulation, 2010,122(16 Suppl 2):S250-275. DOI:10.1161/CIRCULATIONAHA.110.970897.
- [19] Roehr CC, Bohlin K. Neonatal resuscitation and respiratory support in prevention of bronchopulmonary dysplasia[J]. Breath, 2011,8(1):14-23.
- [20] Kattwinkel MD. 新生儿复苏教程[M]. 叶鸿瑁, 虞人杰, 译. 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2012:23.
- [21] Perlman JM, Wyllie J, Kattwinkel J, et al. Part 11: Neonatal resuscitation: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations[J]. Circulation, 2010, 122(16 Suppl 2):S516-538. DOI:10.1161/CIRCULATIONAHA.110.971127.
- [22] Weiner GM, Niermeyer S. Medications in neonatal resuscitation: epinephrine and the search for better alternative strategies[J].

- Clin Perinatol, 2012, 39(4): 843-855. DOI: 10.1016/j.clp.2012.09.005.
- [23] Chadha IA. Neonatal resuscitation: Current issues[J]. Indian J Anaesth, 2010, 54(5): 428-438. DOI: 10.4103/0019-5049.71042.
- [24] Harrington DJ, Redman CW, Moulden M, et al. The long-term outcome in surviving infants with Apgar zero at 10 minutes: a systematic review of the literature and hospital-based cohort[J]. Am J Obstet Gynecol, 2007, 196(5): 463.e1-5.
- [25] Iliodromiti S, Mackay DF, Smith GC, et al. Apgar score and the risk of cause-specific infant mortality: a population-based cohort study[J]. Lancet, 2014, 384(9956): 1749-1755. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61135-1.
- [26] Viau AC, Kawakami MD, Teixeira ML, et al. First- and fifth-minute Apgar scores of 0-3 and infant mortality: a population-based study in São Paulo State of Brazil[J]. J Perinat Med, 2014, 43(5): 1-7. DOI: 10.1515/jpm-2014-0100.
- [27] Laptook AR, Shankaran S, Ambalavanan N, et al. Outcome of term infants using Apgar scores at 10 minutes following hypoxic-ischemic encephalopathy[J]. Pediatrics, 2009, 124(6): 1619-1626. DOI: 10.1542/peds.2009-0934.
- [28] Jacobs SE, Berg M, Hunt R, et al. Cooling for newborns with hypoxic ischaemic encephalopathy[CD]. Cochrane Database Syst Rev, 2013, 1: CD003311. DOI: 10.1002/14651858.CD003311.pub3.

(收稿日期: 2015-10-28)

(本文编辑: 刘菲)

• 学术活动专栏 •

第九期“美国新生儿复苏教程高级师资培训班”纪要

林冰纯 杨传忠 朱小瑜

为提高各地新生儿复苏技术水平,中华医学会围产医学分会新生儿复苏学组和深圳市妇幼保健院联合主办,贵州省妇幼保健院承办的全国第九期“美国新生儿复苏教程高级师资培训班”,于2015年10月21日至10月24日成功举行。贵州省和全国各地到会学员达400多人。国家卫生和计划生育委员会新生儿复苏项目专家组组长、全国新生儿复苏学组组长叶鸿瑁教授等近30名著名专家学者到场授课。

此次培训班为期4d,围绕“新生儿复苏”这个主题,从宫内到宫外,从产前、产时到产后,从足月到早产,从复苏项目培训到临床应用,以及窒息对新生儿各个系统的影响及其后期处理,并结合国内外最新研究进展进行了详细讲解。叶鸿瑁、朱小瑜教授介绍了新生儿复苏新进展及国内实施策略;封志纯教授的讲座关注新生儿窒息相关的母源性疾病;刘玲、连朝辉、杨传忠教授分别解读了新生儿复苏指南、特殊情况下的复苏及出生濒死儿的复苏;李明珠、孙建华教授讲解了目前国内新生儿复苏中存在的问题及复苏失败需注意的合并症。曹玉莲、薛辛东、王晓茵、余加林、陈超、俞惠民、周晓光、毛健、夏世文、程国强、王来栓、林振浪、董文斌、陈运彬、柳国胜、庄思齐、黄为民、周伟、吴本清

等教授均作了精彩授课。

贵州省妇幼保健院对此次培训班高度重视,进行了广泛宣传和组织工作,吸引了众多学员前来参加,会场座无虚席,学员们学习热情高涨。

自2007年以来,南方医科大学附属深圳妇幼保健院新生儿科在中华医学会围产医学分会及其新生儿复苏学组地有力指导下,锲而不舍已连续成功举办了9期国家级“美国新生儿复苏教程高级师资培训班”,并连年到广东省基层边远县市开展了8次新生儿复苏学术直通车活动,形成品牌效应,学员遍布全国各地,从一线城市到偏远乡镇,从产科医生、助产士到儿科、新生儿科医生,充分体现了各级医疗机构对新生儿复苏的日益重视和知识渴求。此次培训班第一次应邀在经济欠发达的贵州地区成功举办,为当地基层围产医学人员传播了新知识,有助于其正确理解和掌握新生儿复苏新指南、新技术,为降低新生儿窒息发生率及死亡率开创了新局面。2015年12月,南方医科大学附属深圳妇幼保健院新生儿科获得国家卫生和计划生育委员会医政医管局委托健康报社评选颁发的全国“优质服务岗”嘉奖。主办方表示,随着复苏项目的深入开展,今后还将应邀赴更多有需要的省市进行类似新生儿复苏专题培训。

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-9408.2016.01.004

作者单位: 518028 南方医科大学附属深圳妇幼保健院新生儿科

(收稿日期: 2015-12-28)

(本文编辑: 刘菲)