

柳叶刀

2014年5月

www.thelancet.com

每一名新生儿

《柳叶刀》系列报道摘要汇总



“健康的开端是人类生命历程的重中之重，婴儿的出生面临着死亡、残障和丧失发展潜能的最高风险，这类风险会导致重大的社会影响。”

每一个新生儿

“每一个新生儿”系列清晰地呈现了自 2005 年《柳叶刀》发表的“新生儿生存”系列以来，在新生儿生存和死亡方面取得的持续而缓慢的进展。该系列关注除生存之外的新焦点，在结合各国研究和现实的情况下设立后 2015 的各项目标，以确保每一个新生儿拥有一个健康的人

生开端。本系列由五篇文章¹⁻⁵构成，供稿者来自 18 个国家 29 个机构的超过 55 名专家，本系列为“每一个新生儿行动计划”提供了证据基础和依据。

主要发现

- **终止可预防的儿童死亡：**儿童生存、健康和发展需求的加速变革越来越重视一个健康的人生开端。全球每年有 290 万名新生儿死亡，占五岁以下儿童死亡人数的 44%，预防新生儿死亡的工作只取得了非常缓慢的进展，目前已经妨碍到了全球范围内的儿童生存变革。另外一个密切相关的事实是每年有 260 万例死产，其中几乎一半发生在分娩过程中。
- **确定出生日风险的优先次序：**出生日对于母亲和婴儿来说都是最危险的，导致超过 40% 的孕产妇死亡、新生儿死亡和死产。不作为的代价给家庭和社会带来了严重的破坏，死亡、残障、发育不良和发展和经济生产力潜力损失等造成了人力资本的重大流失。
- **将每一个新生儿都计算在内：**三分之一的婴儿在年满一岁之前没有获得出生证明。每年 550 万的死产和新生儿死亡几乎全部都既没有出生证明也没有死亡证明。这种情况暗示着新生儿死亡和死产的宿命论，尽管事实表明绝大多数这些死亡都可以加以预防。早产、分娩期并发症和感染是新生儿死亡的主要原因。
- **做出可以获得三重回报的投资：**在婴儿出生前后的干预措施不仅能够挽救母亲和新生儿的生命，而且能够预防死产和残障。截止到 2025 年，如果能够额外花费每人 1.15 美元来全面实施这些措施，可以每年挽救 300 万条生命（妇女、死产和新生儿）。在婴儿出生前后开展的干预可以实现最大的效果（避免 41% 的死亡），其次是照料好出生低体重的患病新生儿（30%）。社区护理可以避免 25%–30% 的新生儿死亡。采用现代避孕方法满足计划生育的需求缺口可以将新生儿死亡和死产的数量降低一半。
- **解决具体的卫生系统瓶颈：**阻碍最有效的院内护理大规模扩张的重要障碍包括经费投入和人力资源，尤其是技术熟练的助产士和护士。一些低收入和中等收入的国家通过采取创新措施给最贫困家庭提供更高质量的婴儿出生护理，以及给出生低体重的患病新生儿提供适当护理，进展显著。
- **抓住前所未有的机会取得预期进展：**“每一个新生儿行动计划”基于流行病学、本系列提供的证据以及全球和各国的经验教训，确立了一个框架，旨在到 2035 年终止可预防的新生儿死亡和死产，以此支持联合国秘书长的“每个妇女、每个儿童”运动。行动计划还针对医疗质量、出生和死亡的衡量、以及通过增加投资来提高项目覆盖面和改善对结果的问责制提出更高的标准。

汲取过去十年的经验教训——需要采取哪些不同的行动？¹

变革、挑战和进展

基于经验性政策在过去十年间新生儿健康方面取得的进展的评估，内容包括五大范畴：议程设定、政策制定和采纳、政策实施、政策评估、领导力和合作伙伴关系。自十年前《柳叶刀》发布“新生儿生存系列”以来，在有据可依的议程设定以及新生儿健康相关政策的制定和采纳等方面已经取得了实质性进展。



Paolo

定义

- **新生儿死亡：**在出生后 28 天内死亡的活产婴儿。
- **死产：**基于国际估计值，世界卫生组织对死产的定义是妊娠 28 周（妊娠末期）或胎儿重量≥1000 克的所有妊娠终止事件。
- **出生低体重：**出生体重 <2500 克的婴儿。出生低体重的原因可能是出生过早（早产）或足月出生但体重较低。

然而各种挑战仍旧存在：早产儿数字持续上升，而死产在全球卫生议题中在很大程度上仍然被忽视。针对新生儿的投资比例相对于负担来说过低。

虽然医疗机构内出生人数的增加提供了变革契机，但国家层面上的行动并不一致。需要弥补投入、实施和责任制等方面的缺口，以便保护每一名新生儿，确保所有新生儿都有一个健康的人生开端。

投入

更多的经费支持对于在各国实现变革很重要。不到 10% 的面向母亲、新生儿和儿童健康的官方发展援助和不到 4% 的儿童健康工作经费中提及“新生儿”这个词，而“死产”只被提及了两次。但是，资助“孕产妇、新生儿和儿童健康”等同于投资用于降低新生儿死亡所需的技能、物资和实践的假设是不成立的。（图 1）。

需要面向新生儿采取哪些不同的行动？

改善儿童生存取决于增加对新生儿的投资。如果满足下列条件，则完全有可能取得快速进展：

- 后 2015 框架中包括减少新生儿死亡和死产的目标值，各项目标值都有相应的责任制追踪；
- 每名婴儿在出生时都被统计，社会规范不再理所当然地认为妇女或婴儿死亡是不可避免的；
- 各国政府和资助机构都优先并增加投资额度；
- 将干预措施整合到生殖健康、孕产妇、新生儿和儿童健康以及营养项目中，并且达到一定的规模，从而使新生儿和母亲能够获得高质量服务；
- 增加创新并开展实施性研究；
- 采用指标追踪干预覆盖面、质量、公平性和效果，加强结果的责任制；
- 强化政治行动和领导力，尤其是在高负担国家，培养领导力

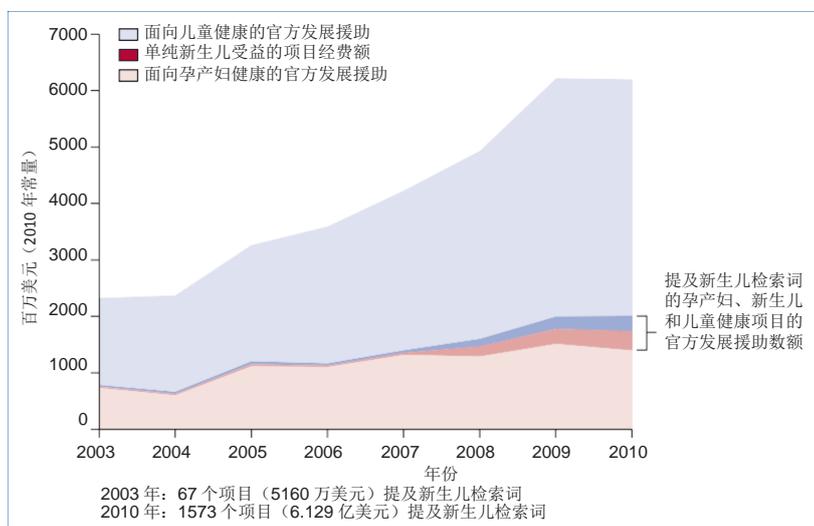


图1：《倒计时 2015》追踪到的针对孕产妇、新生儿和儿童健康的官方发展援助变化

除生存以外的进展、重点和潜力²

用一代人的时间终结新生儿死亡

自 1990 年以来，全球范围内五岁以下儿童死亡数和孕产妇死亡数由于“千年发展目标”（MDG）已经减半。但是，在降低新生儿死亡率方面取得的平均年度进展（2.0%）远低于同期记录的 1 至 59 个月的儿童死亡率（3.4%）和孕产妇死亡率（2.6%）。每年估计的 260 万例死产没有反映在“千年发展目标”中，这方面的降低率甚至更加缓慢（约 1%）。

“每一个新生儿”针对接下来二十年间的的新生儿死亡率和死产设定了雄心勃勃、但可实现的目标（图 2）。已经预期能够实现“千年发展目标”的国家应当设定具体的国内区域公平性目标值以便惠及尚未涵盖的人群，最大限度地实现发展成果，将残障风险降至最低。

这些目标值的设定经历了一个协商过程，43 个国家政府、23 个全球机构和超过 2000 人直接参与了该过程，并且借鉴了多种来源的数据，以便支持各国确保其目标符合“A Promise Renewed”（再续承诺）运动为 2035 年设定的 5 岁以下儿童死亡率目标值。在协商过程中，各参与方明确要求设定一个具体的死产目标，确保进展的可见度和责任制。

根据数据设定的重点

多少？ 每年 290 万例新生儿死亡和 260 万例死产。

何处？ 超过 75% 的新生儿死亡发生在南亚和撒哈拉以南非洲（图 3）。在 2012 年，九个国家的新生儿死亡率（NMR）为每 1000 例活产中超过 40 例死亡，其中绝大多数国家位于撒哈拉以南非洲，一半以上国家受到武装冲突影响。

何时？ 46% 的孕产妇和 40% 的新生儿死亡发生于分娩期间以及出生当天。约四分之三的所有新生儿死亡发生于出生后第一周内，其中 100 万名婴儿在出生当天死亡。

我们应当重点关注哪些死亡原因？ 在 2012 年，早产并发症、产时相关疾病或新生儿窒息和感染（尤其是败血症、脑膜炎和肺炎）是导致新生儿死亡的主要原因。

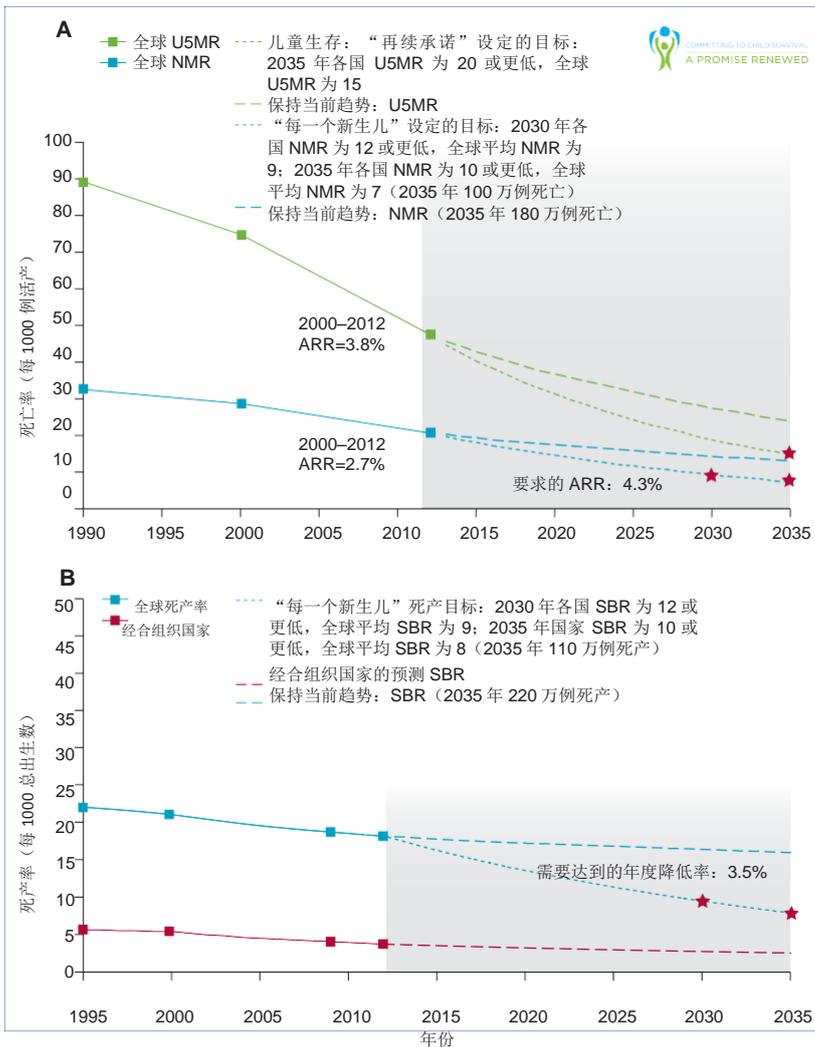


图2：2015年及以后的进展、预测和目标 (U5MR=五岁以下儿童死亡率。NMR=新生儿死亡率。SBR=死产率。ARR=年度降低率)

将每一名新生儿都计算在内

约三分之一的婴儿在年满一岁之前没有出生证明，死亡率最高的国家有着最低的出生和死亡登记率 (图 3)。全球范围内，每年 550 万的死产和新生儿死亡几乎都没有被记录，意味着社会和卫生工作者都已经接受了这个事实。出生和死亡登记可以提供具有国家代表性的、及时的数据，还代表着社会规范转变，即将每名新生儿和死产都计算在内。全球改善户籍登记和人口动态登记的努力非常重要，这其中人性的一面体现在目前被最少计算的新生儿和死产儿这一人群中。

为什么重点关注低体重婴儿？ 低体重婴儿在母体内、新生儿期间和整个儿童期都面临着最高风险。撒哈拉以南非洲和南亚死亡的新生儿中超过 80% 是低体重儿，其中许多死亡都可以通过简单的新生儿护理得到避免。低体重儿还面临着长期并发症的较高风险，包括发育迟缓、人力资本损失和非传染性疾病。

超越生存？ 每年，估计 1900 万新生儿面临着危及生命的状况，包括早产、产时相关脑损伤、严重细菌感染和病理性黄疸。每年至少 150 万新生儿虽然存活下来但却发生长期残障。

新生儿面临的三重挑战

在许多情况下，新生儿死亡率最高的国家也有着最高的死亡人数，并且在降低新生儿死亡率方面取得的进展最缓慢。按照当前的进展速度，需要一个多世纪的时间才能让非洲出生的婴儿与高收入国家出生的婴儿享受同样的生存机会；尽管当前的新证据和许多可行性创新可能会使进展加快，这一速度仍比高收入国家在重症特别护理出现之前所花时间长三倍。

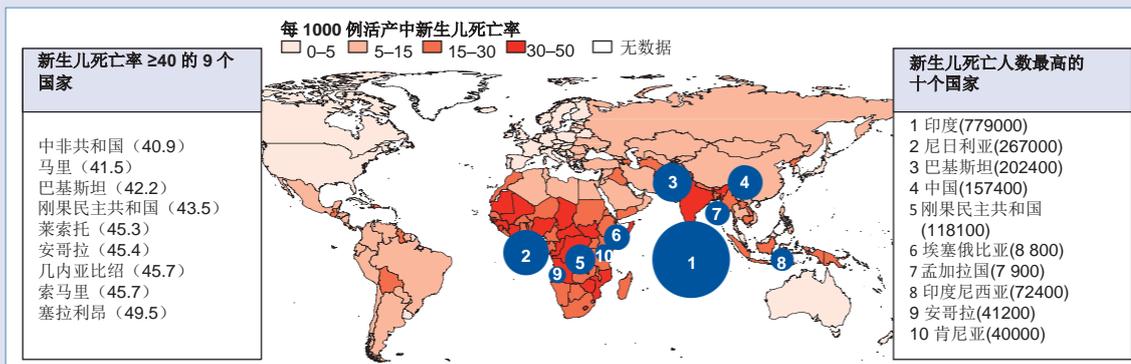


图3：2012年各国之间的新生儿死亡率差异

终止可预防的新生儿和孕产妇死亡，以及死产³

Lives Saved Tool (LiST, 即生命挽救统计工具) 已根据系统性评估进行更新, 用于估计在 75 个“倒计时 2015”高负担国家提高预防死产、妇女以及新生儿死亡的干预措施的效果以及所需的年度增量运营成本。

挽救绝大多数生命的服务包

出生前后的护理 (总效应的 41%) 包括技术熟练的医疗服务和紧急产科处理、每名新生儿的即时护理 (母乳喂养支持、脐带护理和保暖护理) 和新生儿窒息复苏 (图 4), 到 2025 年可以预防 150 万孕产妇和新生儿死亡以及死产。

出生低体重及患病新生儿护理 (总效应的 30%) 可以实现第二大效应, 到 2025 年预防大约 60 万新生儿死亡。这项成果在没有重症护理的情况下也能实现 (图 4), 具体内容包括袋鼠妈妈式护理以及新生儿败血症、新生儿黄疸和产时缺氧后新生儿脑病的预防和管理。

生命周期法, 尤其是满足计划生育的需求缺口, 可以大幅减少儿童死亡 (47%) 和死产 (64%)。包括母乳喂养支持在内的产前和产后预防性护理也很重要。实现均等、高覆盖的机构护理和健康的家庭行为需要采取社区策略, 例如通过妇女小组和家庭访视。在服务不可及的地区, 有针对性的治疗措施是一项有据可依的方案。

可以挽救多少生命和需要付出多大代价?

截止到 2020 年, 通过给所有在机构分娩的妇女以及她们的新生儿提供有效护理来弥合服务质量缺口, 估计可以预防 11.3 万孕产妇死亡、53.1 万死产和 132.5 万新生儿死亡, 年度运营成本约为每人 0.91 美元。截止到 2025 年, 高覆盖的孕前、产前、产时和产后干预可以避免 54% 的孕产妇死亡、33% 的死产和 71% 的新生儿死亡, 其年度运营成本为 56.5 亿美元 (每人额外成本为 1.15 美元)。这些成就将会是对每挽救一条生命投入 1928 美元的三重回报。填补计划生育的需求缺口将起到协同作用, 有助于将出生和死亡数量减半。

截止到 2035 年, 全面覆盖可以实现新生儿死亡率和死产率的目标值, 同时通过增加使用现代避孕方法来满足计划生育的需求缺口, 这样每年可以挽救 400 万条生命。绝大部分效应 (82%) 归功于机构护理, 虽然成本较高昂, 但效果也更好。

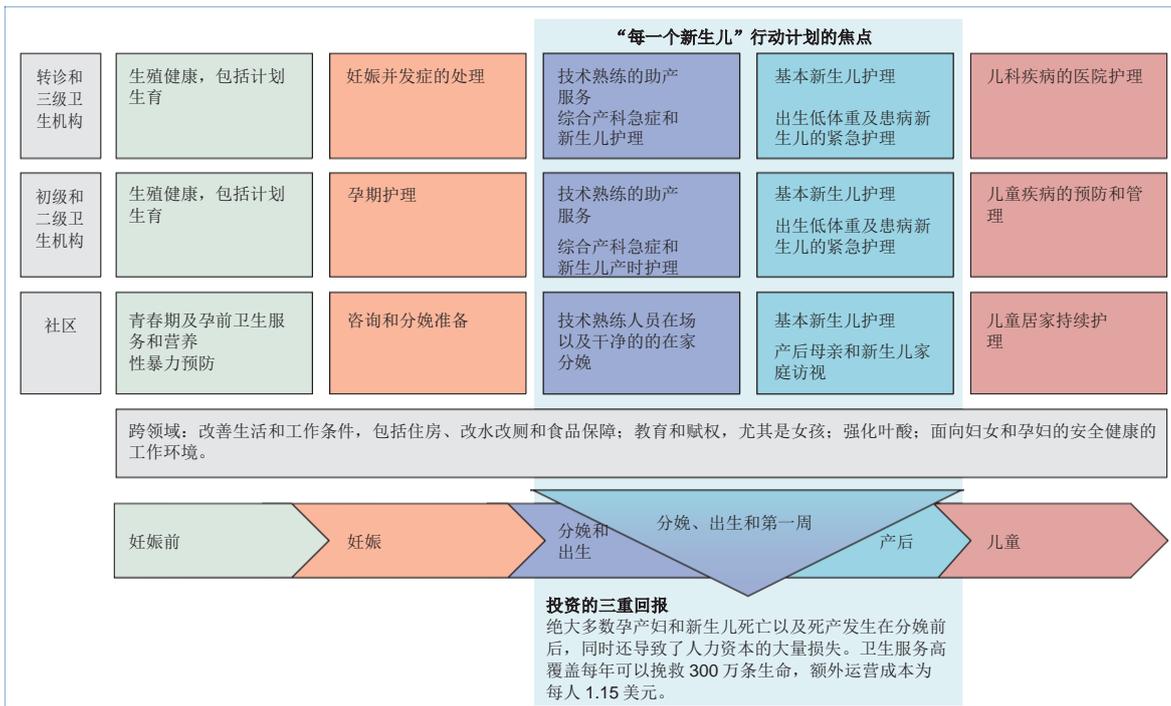


图 4: 持续性的服务, 显示“每一个新生儿”行动计划对出生低体重及患病新生儿出生和护理的关注

让高质量的卫生服务触及所有妇女和新生儿⁴

我们对阻碍分娩前后以及对出生低体重和患病新生儿护理服务范围扩大的卫生系统瓶颈开展了系统性的评估。超过 600 名专家参与了评估过程，确定了 8 个国家 (>50% 的负担) 的 2465 个瓶颈问题和解决方案 (图 5)。

各国具体的卫生系统局限

高负担国家有着类似的卫生系统挑战，尤其是筹资 (病人自付费用明显较高) 和卫生人力资源 (医生和助产士的卫生人力资源密度低)。各国自己的卫生数据非常重要，因为一项干预可能在一些国家被认为可行，但在其他国家却面临着挑战。例如，袋鼠妈妈式护理被认为在非洲国家具有非常高的可行性，但在亚洲国家却受到挑战。

关键干预面临较多的瓶颈

一些干预措施面临着多个瓶颈——早产的处理、出生低体重及患病新生儿的住院护理和严重感染的处理。其他干预 (例如基本新生儿护理) 面临着很少的主要瓶颈，但可能依赖于家庭和卫生工作者的行为改变。

取得快速进展的国家

某些策略可以克服瓶颈，提高护理的可及性和质量，包括人力资源规划以增加人数和提高特定技能、任务分摊和农村卫生工作者激励措施 (马拉维)；高效的领导力，包括创新和社区赋权 (尼泊尔)；以及经济保护，例如健康保险、有条件的现金支付转移和基于绩效的拨款 (秘鲁)。如果所有国家都像取得快速进展的邻国一样在新生儿生存方面实现相同的进展速度，则到 2035 年可以实现“每一个新生儿”运动的目标值。

每一个母亲、每一个新生儿卫生服务护理质量——一项有据可依的变革方案

作为“每一个新生儿行动计划”和孕产妇目标设定过程的一项里程碑，众多合作伙伴会联合起来开发一项包括全球标准在内的母婴友好的质量提高倡议行动。重点将放在分娩、婴儿出生和出生后第一周这几个关键的时间段，以及推广用户友好的护理。重点是填补机构提供的妇女和婴儿的护理质量缺口，同时增强与社区的联系。倡议行动过程中会指定具体的规范和标准，一项重要内容是质量追踪的衡量指标。基于“爱婴医院行动”的经验，死亡评审流程和其他质量改善经验将为给国家主导行动和可持续性提供依据。

所有高负担国家 (阿富汗、孟加拉国、刚果民主共和国、印度、肯尼亚、尼日利亚、乌干达、巴基斯坦)

卫生系统构成要素	早产的预防和处理	技术熟练的助产服务	基本产科及新生儿紧急护理	全面产科及新生儿紧急护理	基本新生儿护理	新生儿窒息复苏	袋鼠妈妈式护理	严重感染的处理	出生低体重儿及患病新生儿的住院支持护理
领导力和治理	刚果民主共和国, 尼日利亚, 孟加拉国, 印度, 巴基斯坦	刚果民主共和国, 尼日利亚, 乌干达, 孟加拉国, 巴基斯坦	肯尼亚, 乌干达, 阿富汗, 孟加拉国	肯尼亚, 孟加拉国, 巴基斯坦	肯尼亚, 尼日利亚, 乌干达, 阿富汗, 巴基斯坦	肯尼亚, 尼日利亚, 阿富汗, 巴基斯坦	肯尼亚, 尼日利亚, 乌干达, 阿富汗, 孟加拉国, 巴基斯坦	尼日利亚, 乌干达, 阿富汗, 巴基斯坦	刚果民主共和国, 尼日利亚, 乌干达, 阿富汗, 孟加拉国, 巴基斯坦
卫生筹资	刚果民主共和国, 肯尼亚, 尼日利亚, 孟加拉国, 印度, 巴基斯坦	刚果民主共和国, 肯尼亚, 尼日利亚, 乌干达, 阿富汗, 巴基斯坦	刚果民主共和国, 肯尼亚, 尼日利亚, 乌干达, 巴基斯坦	刚果民主共和国, 肯尼亚, 尼日利亚, 乌干达, 孟加拉国, 巴基斯坦	肯尼亚, 尼日利亚, 乌干达, 阿富汗, 巴基斯坦	肯尼亚, 尼日利亚, 乌干达, 阿富汗, 巴基斯坦	肯尼亚, 尼日利亚, 乌干达, 阿富汗, 孟加拉国, 巴基斯坦	刚果民主共和国, 肯尼亚, 尼日利亚, 乌干达, 阿富汗, 巴基斯坦	刚果民主共和国, 肯尼亚, 尼日利亚, 乌干达, 阿富汗, 孟加拉国, 巴基斯坦
卫生人力资源	刚果民主共和国, 肯尼亚, 尼日利亚, 印度, 巴基斯坦	刚果民主共和国, 肯尼亚, 尼日利亚, 乌干达, 阿富汗, 孟加拉国, 巴基斯坦	肯尼亚, 乌干达, 孟加拉国, 阿富汗, 巴基斯坦	刚果民主共和国, 肯尼亚, 尼日利亚, 乌干达, 阿富汗, 孟加拉国, 巴基斯坦	肯尼亚, 尼日利亚, 乌干达, 阿富汗, 巴基斯坦	肯尼亚, 尼日利亚, 乌干达, 阿富汗, 孟加拉国, 巴基斯坦	肯尼亚, 尼日利亚, 乌干达, 阿富汗, 孟加拉国, 巴基斯坦	刚果民主共和国, 肯尼亚, 尼日利亚, 乌干达, 阿富汗, 孟加拉国, 巴基斯坦	刚果民主共和国, 肯尼亚, 尼日利亚, 乌干达, 阿富汗, 孟加拉国, 巴基斯坦
基本医疗产品和技术	刚果民主共和国, 肯尼亚, 尼日利亚, 孟加拉国, 印度, 巴基斯坦	刚果民主共和国, 尼日利亚, 乌干达, 孟加拉国, 印度, 巴基斯坦	刚果民主共和国, 肯尼亚, 尼日利亚, 乌干达, 巴基斯坦, 阿富汗	刚果民主共和国, 肯尼亚, 尼日利亚, 乌干达, 阿富汗, 孟加拉国, 巴基斯坦	乌干达, 阿富汗, 孟加拉国, 巴基斯坦	肯尼亚, 尼日利亚, 乌干达, 阿富汗, 巴基斯坦	刚果民主共和国, 阿富汗, 孟加拉国, 印度, 巴基斯坦	刚果民主共和国, 尼日利亚, 乌干达, 阿富汗, 孟加拉国, 巴基斯坦	刚果民主共和国, 肯尼亚, 尼日利亚, 乌干达, 阿富汗, 孟加拉国, 巴基斯坦
卫生服务的提供	刚果民主共和国, 肯尼亚, 尼日利亚, 乌干达, 孟加拉国, 印度, 巴基斯坦	刚果民主共和国, 肯尼亚, 尼日利亚, 乌干达, 印度, 巴基斯坦	刚果民主共和国, 肯尼亚, 尼日利亚, 乌干达, 孟加拉国, 巴基斯坦	刚果民主共和国, 肯尼亚, 尼日利亚, 乌干达, 阿富汗, 孟加拉国, 巴基斯坦	肯尼亚, 尼日利亚, 乌干达, 阿富汗, 巴基斯坦	肯尼亚, 尼日利亚, 乌干达, 阿富汗, 巴基斯坦	肯尼亚, 尼日利亚, 乌干达, 阿富汗, 孟加拉国, 印度, 巴基斯坦	刚果民主共和国, 肯尼亚, 尼日利亚, 乌干达, 阿富汗, 孟加拉国, 巴基斯坦	刚果民主共和国, 肯尼亚, 尼日利亚, 乌干达, 阿富汗, 孟加拉国, 巴基斯坦
卫生信息系统	刚果民主共和国, 肯尼亚, 尼日利亚, 印度, 巴基斯坦	肯尼亚, 印度, 巴基斯坦	肯尼亚, 尼日利亚, 乌干达, 印度, 巴基斯坦	刚果民主共和国, 肯尼亚, 尼日利亚, 印度, 巴基斯坦	肯尼亚, 乌干达, 阿富汗, 巴基斯坦	肯尼亚, 孟加拉国, 印度, 巴基斯坦	肯尼亚, 乌干达, 阿富汗, 孟加拉国, 印度, 巴基斯坦	刚果民主共和国, 肯尼亚, 尼日利亚, 乌干达, 阿富汗, 孟加拉国, 巴基斯坦	刚果民主共和国, 肯尼亚, 尼日利亚, 乌干达, 阿富汗, 孟加拉国, 巴基斯坦
社区主导行动和合作伙伴关系	刚果民主共和国, 肯尼亚, 尼日利亚, 孟加拉国, 印度, 巴基斯坦	刚果民主共和国, 尼日利亚, 阿富汗, 巴基斯坦	刚果民主共和国, 肯尼亚, 尼日利亚, 巴基斯坦	刚果民主共和国, 肯尼亚, 尼日利亚, 乌干达, 巴基斯坦	肯尼亚, 尼日利亚, 乌干达, 阿富汗, 巴基斯坦	肯尼亚, 尼日利亚, 阿富汗, 孟加拉国, 巴基斯坦	肯尼亚, 尼日利亚, 阿富汗, 孟加拉国, 印度, 巴基斯坦	刚果民主共和国, 肯尼亚, 尼日利亚, 乌干达, 阿富汗, 孟加拉国, 巴基斯坦	肯尼亚, 尼日利亚, 乌干达, 阿富汗, 孟加拉国, 印度, 巴基斯坦

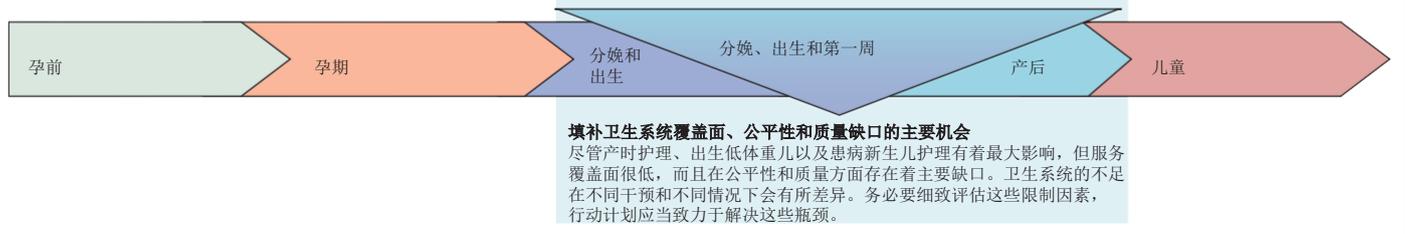


图 5: 限制大规模实施产时护理和出生低体重及患病新生儿护理的卫生系统瓶颈的国别评估 (绿色=1-3 个国家, 橙色=4-5 个国家, 红色=6-8 个国家)

呼吁采取行动——对新生儿的承诺⁵

鉴于本系列和“每一个新生儿”行动计划的证据，我们呼吁重申承诺，在接下来的二十年（即在我们这一代内）大幅改善新生儿和妇女的健康和生存状况，消除可预防的死产。

后 2015 发展框架的各目标

应当制定明确的面向新生儿和死产的国家目标和全球目标。这些目标值与“A Promise Renewed”（再续承诺）运动针对儿童的目标值一致，设定 2030 年的中期目标值，并支持消除可预防的孕产妇死亡的目标。这些目标值是，截止到 2035 年，将国家新生儿死亡率降到每 1000 例活产中小于 10 例死亡（全球平均数为 7），以及将死产率降到每 1000 总出生数中小于 10 例死产（全球平均数为 8）各国还应确立具体的国内公平性目标值以便惠及尚未涵盖的人群，最大限度地实现发展成果，将残障风险降至最低。

实施以及国家行动

各国应当更新国内卫生策略，将“每一个新生儿”死亡率目标、覆盖率目标和里程碑包含在内。国家策略应当与现有流程挂钩，例如卫生部门规划和“A Promise Renewed”（再续承诺）运动，并与以下五项目标相关联：(1) 重点关注妇女和婴儿的产时护理，尤其是出生低体重儿和患病新生儿；(2) 提高医疗服务质量，采纳和扩展“每名母亲、每名新生儿”服务包并解决卫生系统瓶颈问题，尤其是助产士和新生儿护士、物资和平价仪器的短缺；(3) 确保最贫困妇女获得公平的服务，包括全面经济保障；(4) 提高父母表达意见的能力，尤其是妇女；(5) 建立一个监督和责任制框架，确保每名妇女和每名新生儿在出生时都被计算在内。

投资

- 各国政府和资助机构增加投资额度，并在现有全球经费加大对对新生儿工作的倾斜力度。
- 实施性研究和上游研究投资对于加快进展速度非常关键。

技术能力和领导力的专项开发

- 高负担国家更强的领导力战略开发，涵盖临床、公共卫生和研究。
- 支持父母和妇女团体对妇女赋权，确保父母的心声引起政策制定者的关注。

里程碑

“每一个新生儿”运动面向合作伙伴和各国政府设定了下列里程碑：

- “每一个母亲、每一个新生儿”质量改善包，内容包括在出生前后给母亲和新生儿提供高质量护理的有据可依的规范和标准。
- 全球出生和死亡登记宣传运动，以提供数据来保证每名新生儿都有权获得护理、营养和教育，承诺通过出生证明“将每名新生儿计算在内”，转变社会规范，确保婴儿能够并且应当存活。
- 定义一个有据可依的综合服务包来减少死产。开展更多研究和创新对于解决死产问题很关键。
- 一个与后 2015 框架挂钩的责任制框架，各国政府发挥主导作用，以及相应的工具确保父母和社区能够督促领导人推动进展。
- “每一个新生儿”十大核心指标的定义和衡量方式，以及一个议程供各国和合作伙伴提高数据收集的频率和质量，并将其与项目行动挂钩。



父母对于变革的呼吁

相关社区的心声和行动可以成为变革的最有力的倡导者，正如在艾滋病防治领域中所看到的那样，在减少孕产妇死亡方面也正出现这种趋势。父母越来越多地组织起来提升公众认识、请求政府进行政策变革、呼吁改善医院卫生专业人员婴儿护理培训和公共教育的质量，尤其是在“世界早产日”前后。但是，需要采取一些经过深思熟虑的行动来提高最受影响但心声最少得到倾听的妇女的能力和参与程度，尤其是在负担最高的社区。

有关本系列的更多信息，请参见 <http://www.thelancet.com/series/www.Lancet.com/everynewborn>

参考文献

- 1 Darmstadt GL, Kinney MV, Chopra M, et al, for The Lancet Every Newborn Study Group. Who has been caring for the baby? *Lancet* 2014; published online May 20. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60458-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60458-X).
- 2 Lawn JE, Blencowe H, Oza S, et al, for The Lancet Every Newborn Study Group. Progress, priorities, and potential beyond survival. *Lancet* 2014; published online May 20. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60496-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60496-7).
- 3 Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, et al, for The Lancet Every Newborn Interventions Review Group and The Lancet Every Newborn Study Group. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Lancet* 2014; published online May 20. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60792-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60792-3).
- 4 Dickson KE, Simen-Kapeu A, Kinney MV, et al, for The Lancet Every Newborn Study Group. Health-systems bottlenecks and strategies to accelerate scale-up in countries. *Lancet* 2014; published online May 20. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60582-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60582-1).
- 5 Mason E, McDougall L, Lawn JE, et al, for The Lancet Every Newborn Study Group. From evidence to action to deliver a healthy start for the next generation. *Lancet* 2014; published online May 20. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60750-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60750-9).

相关评论文章

- Samarasekera U, Horton R. The world we want for every newborn child. *Lancet* 2014; published online May 20. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60837-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60837-0).
- Starrs A. Survival convergence: bringing maternal and newborn health together for 2015 and beyond. *Lancet* 2014; published online May 20. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60838-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60838-2).
- Berkley S, Dybul M, Godal T, Lake A. Integration and innovation to advance newborn survival. *Lancet* 2014; published online May 20. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60691-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60691-7).
- Gates M, Binagwaho A. Newborn health: a revolution in waiting. *Lancet* 2014; published online May 20. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60810-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60810-2).
- Yoshida S, Rudan I, Lawn JE, et al. Newborn health research priorities beyond 2015. *Lancet* 2014; published online May 20. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60263-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60263-4).
- New K, Konstantopoulos A, Arulkumaran S, Day-Stirk F. Every Newborn: the professional organisations' perspective. *Lancet* 2014; published online May 20. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60692-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60692-9).

致谢

摘要汇总编写组：《柳叶刀》“每名新生儿研究组”的 Joy E Lawn、Mary Kinney 和 Hannah Blencowe；Nora Coghlan 和 Jennifer Farber (GMMB, 美国华盛顿特区) 也提供了帮助

《柳叶刀》“每名新生儿研究组”：Joy E Lawn (英国伦敦卫生与热带疾病医学院；救助儿童会，美国华盛顿特区；英国 UKAID, 伦敦)，Zulfi qar A Bhutta (Center for Global Health, Hospital for Sick Children, Toronto, Canada, 以及 Center of Excellence in Women and Child Health, Aga Khan University, 巴基斯坦卡拉奇)，Gary L Darmstadt (比尔及梅琳达·盖茨基金会，美国华盛顿州西雅图)，Kim E Dickson (联合国儿童基金会，美国纽约州)，Mary V Kinney (Saving Newborn Lives, 救助儿童会，南非开普敦)，Elizabeth Mason (世界卫生组织，瑞士日内瓦) 以及 Lori McDougall (Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, 瑞士日内瓦)。

设计和排版：《柳叶刀》

本出版物由比尔及梅琳达·盖茨基金会、儿童投资基金会 (Children's Investment Fund Foundation) 和美国国际发展署提供资助。

有关您可以采取的相关行动的信息，请参见 www.everynewborn.org www.healthynewbornnetwork.org

封面版权所有 © © Isabel Pinto/PMNCH

