



生殖保健培训教程

（供县乡级妇幼保健人员使用）

主编：王凤兰 张德福
REPRODUCTIVE HEALTH CARE
TRAINING PROGRAM

EDITOR: WANG FENGLAN ZHANG YUNJING
北京医科大学出版社

前 言

由联合国人口活动基金提供资助的《中国生殖健康/计划生育项目》将通过以下三个相关的项目目标来实现：(1) 把围产保健服务和生殖道感染/性传播疾病的预防和计划生育技术服务作为生殖保健服务不可分割的部分来提供，旨在实现“以服务对象为中心”的优质生殖保健服务目标；(2) 通过多种传媒的宣传活动、人际交流与咨询和社会动员，提高目标人群对安全性行为及预防生殖道感染和性传播疾病的认识，增进决策者和社区领导对《人口与发展大会》基本原则——对生殖健康/计划生育基本方式的理解；(3) 在县、乡、村三级加强生殖健康/计划生育项目的管理。

1990~1995年《加强中国基层妇幼卫生/计划生育服务》国际合作项目，作为90年代我国妇幼卫生工作的重要内容和实施国别规划的重大举措，已经取得了卓著的成效和成功经验。实施中国生殖健康/计划生育项目在战略措施和主要对策上，应该继续运用和发展已有的执行项目的成功经验。因此，本项目仍坚持“以培训为先导”的原则。进一步开发妇幼保健和计划生育技术服务人力资源，以提高基层生殖保健服务能力为目的。

生殖保健培训仍以乡级服务提供者为主要培训对象，以掌握基本知识，提高基本操作，强化基本急救，规范基本服务为原则；采用“参与”成人式培训方法和逐级培训的方式，安排短期理论培训和临床进修及检验进修，力求做到理论联系实际，学以致用，提高培训效果。

卫生部基妇司项目办公室组织有关专家在《农村妇幼卫生岗位培训教材》的基础上编写了这两本生殖保健培训教材，包括《生殖保健培训教程》(简称《教程》)，供县、乡级妇幼保健人员培训使用和《村级生殖保健服务指南》(简称《指南》)，供村级妇幼保健人员使用。

本《教程》采用了《加强中国基层妇幼卫生/计划生育服务》项目(1990~1995)和《加强中国妇幼卫生服务》项目(1996~2000)共四轮培训教材的有关部分，结合该项目的培训要求和最新进展，略加修改，并增加了生殖健康概念、生殖健康状况和生殖保健服务及有关的伦理道德准则；生殖道感染/性传播疾病防治、性传播疾病的实验室检查、孕产期疾病防治、新生儿保健、生殖保健技术服务规范、生殖道感染/性传播疾病临床管理和乡村级生殖保健服务管理基本要求等内容。为全面指导培训工作的顺利进行，我们特编写了本教程的培训大纲及教学效果评估问卷。

《指南》是在上述项目开发的（《村级妇幼保健基本技术服务手册》）基础上，增加了生殖健康的概念，生殖道感染/性传播疾病防治、计划生育等部分改编而成的。该《指南》可作为村级提供生殖健康服务的工作指导，亦适用于乡级对村级妇幼保健和计划生育人员的培训。

《中国生殖健康/计划生育项目》是由国家计划生育委员会和卫生部两个并行的行政部门组织实施的。为了尊重项目旨在积极促进两个基层服务系统，既有明确分工又有密切合作的意愿，结合我国的国情和项目工作的安排，计划生育技术服务教材由计生委负责另行编写。作为一本完整的生殖保健培训教程，除上述内容没有涵盖以外，还有有关性健康、不孕症的防治、生殖辅助技术及有关男科学的部分也未纳入其中，我们期待着一本完善的生殖保健培训教程的面世，它必将为我国生殖保健专业队伍的成长和全面推进我国的生殖保健的服务水平作出贡献。

该项目所开发的上述教材经过专家们的充分讨论及乡级预试验，教材中涉及到疾病的诊断、治疗方法、用药和急救等，主要依据现行的教材、专著及作者们的临床实践，同时还参考了世界卫生组织的有关资料和中国—东盟性病/艾滋病培训教材，进行反复修改。教材力求简明实用，以提高基层生殖保健服务人员的技术服务能力，实现项目目标为宗旨。我们相信通过培训，将使多年来对基层妇幼保健人员的培训更趋完善，基层生殖保健服务更加规范。为编写《教程》，专家们和全体参与编写人员冒着历史罕见的酷暑，付出了辛勤的劳动。北京医科大学出版社也给予了大力支持，在此一并表示诚挚的感谢！

随着现代科学技术的进步，生殖健康的内涵正在不断拓展，学术界对其深邃的含义也正在不断地揭示，我们终将会理解生殖健康和生殖保健服务是保护和促进人类生命健康和人类健康繁衍的基础；是医学科学进步与发展的核心；也是医学与人口学、伦理学、法学等其他社会人文科学的交汇点。我们必须调正视角，从科学与人类自身发展的高度，切中国情，重新审视我们的过去和现在，才能较好地面对未来。我们深信一切有识之士必将云集在这一前沿而十分重要的领域，携起手来，作出共同的努力。

王凤兰 张蕴琛

一九九九年五月

目 录

第一部分 生殖健康与生殖保健概述

一、生殖健康的概念	(1)
二、历史的演变	(1)
三、生殖健康的状况	(3)
四、我国生殖健康面临的问题和对策	(6)
五、生殖健康所涉及的有关伦理道德问题	(8)

第二部分 生殖道感染/性传播疾病

一、滴虫阴道炎	(12)
二、念珠菌阴道炎	(13)
三、细菌性阴道病	(15)
四、盆腔炎	(17)
五、淋病	(21)
六、非淋菌性尿道炎	(27)
七、梅毒	(31)
八、尖锐湿疣	(42)
九、生殖器疱疹	(45)
十、艾滋病	(49)

第三部分 孕产妇保健与新生儿保健

孕期保健	(54)
一、孕期保健内容	(55)
二、孕期适宜技术	(57)
三、孕期营养	(62)
四、孕期用药问题	(65)
五、孕期吸烟的危害	(69)
分娩期保健	(71)
一、分娩先兆	(71)
二、临产征象	(71)

三、产程处理要求	(71)
四、产程分期及产程处理要点	(72)
五、产程图的应用	(78)
六、适宜技术	(79)
产褥期保健	(82)
一、产后访视	(82)
二、产后健康检查	(82)
三、产褥期保健指导	(82)
四、产褥期精神问题	(83)
新生儿保健	(84)
一、新生儿的特点与保健	(84)
二、母乳喂养	(90)
三、危重新生儿的识别与处理原则	(96)
四、新生儿窒息的预防与复苏	(101)

第四部分 孕产期疾病防治

一、产科出血	(114)
二、妊娠高血压综合征	(134)
三、难产识别及处理	(142)
四、子宫破裂	(159)
五、产褥感染	(164)
六、羊水栓塞	(169)
七、妊娠合并缺铁性贫血	(172)
八、妊娠合并心脏病	(177)
九、妊娠合并肝病	(182)
十、早产	(187)

第五部分 生殖保健技术服务规范

生殖道感染/性传播疾病技术服务规范	(190)
一、滴虫阴道炎	(190)
二、念珠菌阴道炎	(191)
三、细菌性阴道病	(192)
四、盆腔炎	(193)
五、淋病	(195)
六、非淋菌性尿道炎	(196)

七、梅毒	(198)
八、尖锐湿疣	(199)
九、生殖器疱疹	(200)
十、艾滋病	(201)
生殖道感染/性传播疾病临床病例管理	(202)
一、临床病例管理基本知识	(202)
二、阴道分泌物增多或异常的临床病例管理	(206)
三、男性尿道分泌物的临床病例管理	(209)
安全分娩技术服务规范	(212)
孕产期疾病技术服务规范	(216)
一、妊娠高血压综合征	(216)
二、子宫破裂	(219)
三、产后出血	(220)
四、头位产程延长的识别与处理	(226)
五、产褥感染	(229)
六、新生儿窒息的预防与复苏	(231)
 第六部分 生殖道感染/性传播疾病的实验室检查	
一、淋病奈瑟菌的实验室检查	(234)
二、梅毒螺旋体的实验室检查	(236)
三、念珠菌的实验室检查	(240)
四、滴虫的实验室检查	(242)
五、细菌性阴道病的实验室检查	(243)
六、沙眼衣原体的实验室检查	(245)
七、支原体的实验室检查	(247)
附1 革兰染色法	(249)
附2 显微镜的构造、使用和维护	(250)
 第七部分 乡村级生殖保健服务管理基本要求	
一、乡级妇幼卫生例会	(253)
二、乡村转院转诊	(254)
三、乡村妇幼卫生服务监督指导	(255)
 第八部分 生殖保健培训教程培训大纲	
培训目标及安排	(256)

一、目标	(256)
二、总体安排	(257)
短期理论培训	(257)
一、培训内容及学时分配	(257)
二、培训内容目的、要求及授课计划	(259)
三、培训教材包	(280)
四、培训方式及方法	(280)
五、培训教师	(280)
六、培训对象	(281)
七、培训评估	(281)
妇产科临床进修	(281)
一、进修目的	(281)
二、进修时间安排	(282)
三、进修内容及具体要求	(282)
四、进修人员及其条件	(283)
五、进修地点及带教师资	(283)
六、监督指导及评估	(284)
临床检验进修	(284)
一、进修目的	(284)
二、进修时间安排	(285)
三、进修内容及具体要求	(285)
四、进修人员及其条件	(285)
五、进修地点及带教师资	(286)
六、监督指导及评估	(286)
附录 1 乡级妇产科临床进修评估问卷 (一)	(287)
附录 2 乡级妇产科临床进修评估问卷 (二)	(290)
附录 3 乡级临床检验进修评估问卷 (一)	(291)
附录 4 乡级临床检验进修评估问卷 (二)	(293)
主要参考资料	(294)

第一部分 生殖健康与生殖保健概述

一、生殖健康的概念

生殖健康是指凡属有关生殖系统、生殖功能和生殖过程等各方面所有问题中个人的健康和安宁。生殖健康包括生命周期的各个阶段。从儿童、青春期、婚育期，更年期直到老年期。它不仅仅是没有疾病和失调，而是一种身体、心理和社会适应的完好状态。其内容包括：人们能够进行负责、满意和安全的性生活，而不担心传染疾病和意外妊娠；能够生育，并有权决定是否生育、何时生育和生育间隔；妇女能够安全地经历妊娠和分娩，妊娠结局是成功的，婴儿存活并健康成长；夫妇能够知情选择和获得安全、有效及可接受的节育方法。

尽管人们对生殖健康这一概念、内涵及其外延，在不同国家、不同组织间存在不同的理解，然而，它赋予实践的最根本目的，在于消除人们在性和生育的一系列过程中及婴儿早期生长发育阶段的死亡风险。帮助人们具有安全满意的性生活；通过安全妊娠、分娩，提高母婴的存活率，在育龄期不担心意外怀孕，预防性传播疾病，使其在不同的生理条件下，其生活受到尊重，得到安全、健康和幸福。

二、历史的演变

40~60年代期间，世界人口爆炸性增长。发展中国家的人口增长被认为是社会经济发展的一个障碍，所以认为经济价值可因避免生育而构成。1965年，Lyndon Johnson把这种思想方法综合成一句名言：“不足5美元投入到人口控制相当于100美元投入到经济增长的价值。”因而导致生育控制本身就是目的。虽然避孕的有效性通过它对人口增长率的影响而做出了应有的贡献，但人们也注意到生育控制单独一项，并不是发展的一个替代方法，同时也给妇女的健康带来许多亟待解决的问题。

70年代期间在许多国家开始出现了避孕问题的重新评估。其要点是对避孕服务质量给予的关注而不是服务的数量。数十年来，我们主要关心避孕药具、方法的使用者人数和覆盖面，而很少关心其副作用及其有限

度的选择。1974年在布加勒斯特人口会议上, John Rochefeller III 呼吁发达国家应当帮助其他民族通过后者自己的方式和尊重他们的文化去解决他们的生育问题。他还呼吁, 妇女们应当有较大自由去选择她们的生育和她们在社会中的角色。

80年代, 讨论的问题主要集中在妇女卫生保健一体化的概念上, 主张按照妇女们接触保健系统机会不多的实际情况, 应当提供一套综合性的保健服务措施。这些服务措施应当包括癌症预防、计划生育、生殖道感染/性传播疾病的预防和妇幼保健相结合, 并从仅仅是对身体症状和预防的活动, 扩展到社会、心理方面的关注。1989年 Judith Brace 描述了根据某些变量, 用以评估避孕规划质量的一个模式:

1. 各种避孕方法的自由选择;
2. 为使用者提供适当的信息;
3. 保健人员的技术能力;
4. 提供者与当事人的相互关系;
5. 有一个妥善随访的保证和满足妇女健康需求的综合服务。

实际上已把一个质量标准明确地规定下来了。

妇女卫生保健一体化的概念, 在国际和地方组织之间, 被称为“生殖健康”, 同时也包括男人。从生育控制到生殖健康的演变涉及到一些国际组织, 如世界卫生组织, 尤其是人类生殖的研究发展和研究培训规划(HRP), 联合国人口活动基金(UNFPA), 国际妇产科联合会(FIGO)和WHO/FIGO的专题工作组。经过多年来对生殖健康的解释已经由 Barzelatto (1988年), Fathalla (1988) 和 Pinotti 等 (1990) 提出而产生了一个更加全面的定义。然而, 拉丁美洲关于生殖健康的定义更加全面并且已被命名为“妇女健康整体援助计划”, 其要点如下:

- 优先安排的重点必须限定在带有公共卫生特征的一些问题: 高发病率、疾病传播的严重性、预防措施的有效性和可行性及成本效益;
- 通过预防性流行病学干预, 将需要的保健综合为一体;
- 尽最大可能消除现有的官僚主义和各种障碍, 方便妇女接近保健系统;
- 扩展一体化的保健活动, 这样妇女们就有可能尽量在同一地点和时间得到她们全部的保健需求;

- 妇女们参与保健系统必须得到允许, 并在各级水平上受到鼓励。

生殖健康是内容较为广泛的概念。它更加适合发展中国家妇女的健康状况和社会状况。它明确地强调了围产期母婴安全的重要性, 并对妇女在青春期和老年期的保健也给予全面重视, 这些重视是建立在正确的流行病学基础之上的。

1994年在开罗举行的《国际人口与发展》大会正式推出了“生殖健康”这一新概念并得到了绝大多数与会代表的赞同。之后在落实《人口与发展》大会后续行动中，这一概念的内涵正在不断向深广拓展，而保健活动的一体化是实行生殖健康规划的基石，它实质上的意思是，一名妇女的各种健康需求应当在同一时间和地点同时受到照顾；也正是这一新概念的開發，使人们从生育控制的困惑中得到了解脱，妇女们的权利和健康由此而得以维护。

三、生殖健康的状况

生殖健康影响人们的生活环境，同时也受人们生活环境的影响，包括经济、教育和就业机会、文化及法律，尤其是女孩子和妇女在某些已知社会中的地位，决定着她们自己的生活、性行为和生育力所能控制的程度。

据世界银行和世界卫生组织的分析显示，生殖疾病占据育龄妇女中疾病和伤残总负担的30%以上，与男性相比男性为12%。性传播疾病(STDs)在妇女中间占据疾病负担的8.9%，而在同龄组的男性中仅占为1.5%。还有STDs在妇女中直到出现严重病情之前时常不易被明确诊断，因而，难以得到及时治疗。

生殖疾患的全球估计列于表1-1，未满足计划生育需求的人数约1亿2千万人口，不包括青少年或未婚人群中未满足的人数，也不包括避孕失败而寻求保健而得不到满足的人数。在发展中国家，STDs是妇女发病和死亡的主要原因之一，如果不予以治疗，则可导致盆腔炎性疾病、不孕症、异位妊娠和癌症。

表 1-1 生殖健康主要问题大小的全球估计

类 别	百万 (全球范围)
计划生育需求未得到满足的夫妇	120
不育夫妇	60~80
孕产妇死亡 (每年例数)	0.5
孕产妇严重患病 (每年例数)	20
围产儿死亡 (每年例数)	7.2
低出生体重婴儿 (每年例数)	23
不安全流产 (每年例数)	20
HIV 感染到 2000 年	30~40
AIDs 到 2000 年	12~18
可治疗的 STDs (每年例数)	315
女性生殖器残毁	35~110

(注：据来自世界银行和世界卫生组织的分析)

人类免疫缺陷病毒 (HIV) 和 AIDS 在妇女特别是年轻妇女中间快速传播。因此, 改变性行为的干预措施——尤其在男人中间仍然是迫切需要的。发展中国家的孕产妇死亡率几乎达到发达国家相应数字的 20~40 倍。

我国是十分重视并积极发展妇幼保健事业的。全国已建立了遍及城乡的妇幼卫生/计划生育服务网络。孕妇产前检查率城市为 98%, 农村为 70%。新法接生率达到 84.1%, 孕产妇死亡率由 1949 年的 500/10 万下降到 1995 年的 61.4/10 万。对一些危害妇女健康的常见病、多发病进行了有效的防治。目前我国妇女的平均期望寿命已由解放前的 36.7 岁提高到 72 岁。儿童的生存、健康和发展是妇女生殖健康的重要组成部分。我国利用有限的资源, 建设和发展了儿童保健体系, 使婴幼儿死亡率有明显下降。婴儿死亡率从 1949 年的 200‰ 下降到 1995 年的 34.34‰, 0~5 岁儿童死亡率为 43‰。

随着妇女地位的提高, 婚育观念正在向晚婚晚育少生优生方面转变。妇女早婚比例下降, 平均结婚年龄提高。1970 年 20 周岁以前结婚的妇女占全部初婚妇女的比例为 43.05%, 1992 年下降为 12.9%。1970 年平均初婚年龄为 20.8 岁, 1992 年为 22.5 岁, 提高了 1.7 岁。1992 年已婚育龄妇女的节育率为 83.4%。人口出生率从 1970 年的 33.43‰ 下降到 1992 年的 18.2‰。人口自然增长率 1970 年为 25.83‰、1992 年为 11.60‰。总和生育率 1970 年为 5.81, 1992 年为 2.0。

我国非常重视现代避孕技术和方法的研究, 现在全国已有专门从事避孕节育以及人类生殖基础研究的科研院所 24 个, 取得了大量的研究成果。全国现有 40 多个避孕药具生产厂家, 育龄夫妇使用的避孕药具做到自给自足。

为了提高生殖健康的服务质量, 我国重视基层专业人员的业务培训。从 1990~1995 年对 305 个县的基层妇幼卫生及计划生育服务的 36 万名乡村医生进行了三轮培训, 1996~1999 年培训工作又扩展到近 1000 个项目县, 为开展这项工作打下了良好的基础。

生殖健康服务是一项系统工程, 它涉及到许多领域, 如各级机构的支持、社区参与、转诊机制的建立和正常运转、监督评价等。其最基本的目的是满足人们在生育调节、孕产妇保健和婴幼儿保健的基本需求 (图 1-1)。

各级机构的支持包括人员培训、合作与监督、后勤保障、管理和人际交流技巧。人员培训首先应对卫生人员的工作和任务进行分析, 建立相应的规范, 对基本药物及设备进行规定, 并进行培训和再培训。合作指通过转诊系统及社区支持系统, 使提供生殖健康服务的县、乡、村各级人员应

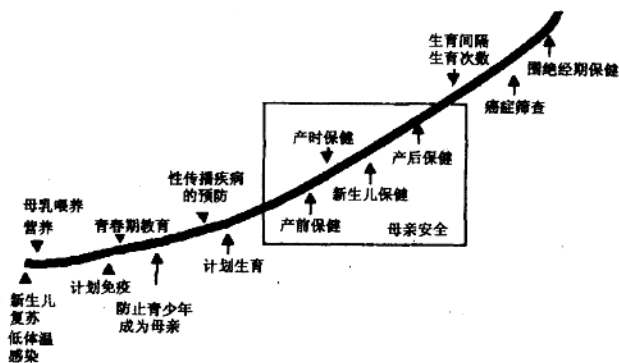


图 1-1 生殖保健服务

明确自己的责任和任务，及时准确转诊，并对转诊的病人进行恰当的治疗。同时对各级人员的工作情况、服务的覆盖率及服务质量进行从上至下的评估监督。各级的基本药物及设备应得到保证，设备应妥当保管。由于生殖健康服务是一个综合性系统，应使各级人员明确自己的责任，实行目标管理。提供社区生殖健康服务，应进行社区诊断、确定优先领域、制订相应的计划并组织实施，以保障人们的生殖健康需要。服务对象对服务的理解与合作，这就需要良好的人际交流技巧，使人们有效地利用现有的服务，特别要关照经济状况较差的人群。

社区参与包括对社区卫生人员的培训、健康教育和社区支持机制的建立。乡村医生、接生员和计划生育宣传员等是村级主要人员，也是社区中重要的卫生人员，对他们的培训将使他们在生殖健康项目中发挥重要的作用。只有社区对生殖健康项目完全理解，才能保证项目的成功。所以必须进行必要的健康教育，使社区成员了解项目对他们健康的好处。同时要调动社区重要人物的积极性，如各级干部的参与。

转诊机制包括转诊规范、各级转诊机构的联系、交通和通讯和转诊病人的接受等。服务规范应明确何时转诊、转至何处，转诊的过程中应带病历，并且在转诊前应向上级机构进行联系，如病情危重，医护人员还应陪同。联系还包括上级机构向下级机构进行反馈、培训和定期评审。而不是上级机构仅仅对转来的病人进行处理。对于急症病人，交通和通讯条件直接关系到病人的生命，在没有相应交通和通讯工具的地方，应组织和开展以社区为基础的转诊组织，并且协调好卫生行政部门与社区间的关系。

监督和评价包括对覆盖率的估计、服务质量的监督、评价指标和病历的保管等内容。

诚然，就世界范围而言，全球生殖健康状况在过去 20 年已经有了相当大的改善，但也面临着巨大的挑战。全世界每年约有 1.5 亿妇女妊娠，其中 50 余万妇女因妊娠相关的原因死亡，5000 万因妊娠和分娩出现明显的后遗症。除此之外，由于母亲的健康原因，导致 700 万围产儿死亡，400 万死胎和 300 万新生儿死亡。

世界卫生组织估计全世界每年有 2.5 亿性传播疾病（STD）感染的新病例。虽然男性与女性的感染率相似，但疾病对妇女和婴儿的影响更为严重。淋病及沙眼衣原体感染可导致急性和慢性盆腔炎，引起长期下腹部疼痛、不育症及异位妊娠，甚至引起孕产妇死亡。早期梅毒导致死胎、新生儿死亡、先天性梅毒、新生儿眼炎及失明。患有性传播疾病使 HIV 的感染增加 3 倍。此外，滴虫性阴道炎、霉菌性阴道炎和细菌性阴道病的发病率也较高。但由于症状轻微或得不到相应的帮助，以及对这些疾病的重视不够从而忽略了这些疾病。

四、我国生殖健康面临的问题和对策

虽然我国在妇女生殖健康领域内作了大量的工作，但从实现妇女生殖健康概念的目标相比还面临着巨大的挑战。

1. 我国人口基数大，庞大的人口增长量制约着社会经济的发展和人民生活质量的提高，目前我国人口自然增长率虽然在 11.5% 左右，但每年出生人口仍在 2000 万以上，净增人口在 1400 万左右，由于人口年龄结构的影响，这种低生育高增长的局面还将继续存在，到本世纪末，我国人口将高达 13 亿。人口的过快增长，制约着中国经济和社会的发展。

2. 我国妇女人口总体素质还有待提高。从文化教育水平看，妇女的文盲率高，文化层次低，限制了妇女就业的部门和层次。由于封建思潮仍在起着一些作用，所以妇女对生殖健康及生殖权利的认识程度还较低。

3. 我国经济和社会发展还存在着高度不平衡。城市和农村、沿海和内地、一般农村和边远地区的农村及少数民族地区的妇幼卫生/计划生育基层网络的建设，妇女生殖健康服务方面还存在着差别。其表现为孕产妇死亡率农村是城市的 2 倍，京津沪地区为 39.3/10 万，而新疆、贵州、西藏高达 200~374/10 万，这种高度不平衡是长期经济和社会发展的后果。当前的改革开放会缩小这一差别的，但仍需要大量的工作及相当长的时间。

4. 性传播疾病再度出现。近年来, 由于一些复杂的社会经济因素和受到外来因素的影响, 曾一度在我国几乎绝迹的一些性传播性疾病又死灰复燃, 妇女卖淫者虽被禁止而暗中仍有增加的趋势。同时带来的是性传播性疾病, 包括艾滋病 (AIDS) 的增加。

5. 专业队伍的业务水平低, 尚不能满足优质服务的要求。对中国 3.2 亿育龄妇女来说, 专业人员的数量, 尤其是基层专业人员的数量、专业水平、工作方法等都还不能满足优质生殖健康服务的要求, 需做大量的培训

工作。

6. 妇女生殖健康的宣传普及教育工作亟待加强。妇女生殖健康是一新概念, 专业人员及各级政府的工作人员对这一概念还不熟悉, 广大育龄妇女更是生疏。加强这方面的宣传教育工作, 特别是将现有的行政管理及服务方法转变成以服务对象的需求、参与、选择和责任为工作重点, 需要做大量的宣传工作, 需要相当的人力、物力和时间。妇女生殖权利上的自主权, 关键在于知情选择, 这方面不仅限于生育知识, 还有各种避孕方法优缺点的信息咨询, 需要加强培训。

今后的工作对策

人类、社会和家庭要生存、发展和进步, 维持和提高人类本身的生殖健康水平是长期的研究课题。从我国的国情出发, 对生殖健康这一概念应进行深入的研讨, 提出具体实施方案。当前应从完善和加强开展以下各项工作做起:

1. 解决人口问题是首要问题。为提高全体人民的素质及生活质量, 政府在大力发展经济的同时, 将计划生育作为一项基本国策, 努力控制人口数量, 提高人口素质, 使人口增长同社会经济发展相适应、同资源利用和生态环境相协调。

2. 加强对生殖健康概念及内涵的研究及宣传教育工作。我们认为妇女生殖健康涉及到人们对许多现行观念的认识及工作发展方面问题, 需将这一跨学科的课题列入研究重点, 从概念、定义, 内涵及外延上取得共识。并加强宣传教育工作, 每年应有一个“生殖健康日”。

3. 要提高育龄夫妇及社会各方面对妇女生殖健康与生殖权利的认识。在尊重育龄夫妇生殖权利的同时, 也要求育龄夫妇从生育的家庭与社会责任出发, 明智地、负责地选择生育的时间、间隔。

4. 全面贯彻人口政策, 努力实施《中华人民共和国母婴保健法》。

5. 借鉴国际上关于妇幼卫生/计划生育优质服务的经验, 包括避孕方法的选择; 提供信息; 技术能力; 人际交流方式; 坚持随访、鼓励坚持避

孕；服务的适宜性和可接受性。将这6个要素作为评估计划生育优质服务的指标。可先在部分地区试点。

6. 培训专业人员。将生殖健康引入医学院校、妇幼卫生、计划生育专业等课程内、并应注意加强对在职专业人员的培训。

7. 加强非政府组织在妇女生殖健康中的作用，特别是在建议、监督，为政府制定政策提供咨询、信息服务及专业人员培养方面积极发挥作用。广泛开展国际交流。

8. 学习和借鉴妇女卫生保健一体化或妇幼卫生保健整体化援助规划。

各级妇幼保健院与计划生育技术服务站之间要明确分工、密切合作，坚持作到“以服务对象为中心”优质服务的六条标准。

五、生殖健康所涉及的有关伦理道德问题

国际妇产科联合会（FIGO）有关人类生殖与妇女健康伦理委员会考虑了影响产科、妇科和妇女保健工作行为规范的各种伦理道德问题并作如下建议：

（一）关于母体突然意外死亡的妊娠处理的道德准则

1. 孕妇一旦因脑死亡而被宣告死亡，或由于循环及呼吸功能衰竭而濒于死亡时，胎儿的生命和安全即成为急待解决的问题。

2. 在决定如何处理之前，应尽一切努力维持孕妇的循环和通气，除非已知这违反她本人新近明确表达过的意愿。

3. 可能的选择：

A. 立即地剖宫产术；

B. 继续不断地维持孕妇的循环及呼吸功能以使胎儿成熟；

C. 中止孕妇循环和通气的维持。

4. 需要考虑的问题还有：

A. 胎儿的活力；

B. 胎儿可能的健康状况；

C. 孕妇表达的任何愿望；

D. 孕妇配偶及家属的意见。

5. 万一无法维持孕妇的生命器官功能，如果没有以下两种例外，应立即施行剖宫产，因为延长会增加胎儿受伤的机会。

A. 剖宫产违反孕妇新近明确表示的愿望；

B. 胎儿太不成熟，或可能很不健康。

6. 维持妊娠以使胎儿较为成熟，但需与配偶及/或家属商量，征得他们的同意。

(二) 关于为血库采集脐带血的道德准则

1. 由于发展脐带血可提供丰富的造血干细胞供某些疾病（如白血病）移植之用，因而发展成有组织地收集这一血源建立备用脐血库。

2. 在某些国家，收集、储存和使用足月婴儿脐带血的过程已经商业化。

3. 就道德方面而言，有必要在分娩前征得产妇对为血库采集脐带血的同意。

4. 当前通用的在征求产妇同意时的说明是：胎盘血液对婴儿不再有用处，而这种“废血”却可以救治其他人的生命。这种解释是不完全的，不一定得到知情的同意。

5. 在阴道分娩后过早夹住脐带，可能至少剥夺了婴儿正常血量的1/3，并将引起血液动力学障碍，从而造成严重的发病。

6. 向产妇说明情况征求同意时，应讲明早夹脐带的害处，并向产妇保证采脐带血时不会早夹脐带。

7. 总之，允许为血库收集脐带血不应导致夹脐带时间早于分娩后20~30秒。

(三) 关于非医学原因的剖宫产的伦理道德问题

1. 世界医学界多年来一直关注着剖宫产率的不断增长。许多因素——医学的、法律的、心理的、社会的和经济的——都影响到这一增长。为减少该手术的滥用所做的努力令人失望。

2. 剖宫产术是一种对母婴都有潜在危害的外科干预。它比正常的阴道分娩消耗更多的保健资源。

3. 医生有职责不做任何有害于病人的事。对社会也有义务将保健资源恰当地分配给那些已充分证明对健康有益无害的治疗手段。医生没有必要进行一种医学上没有益处的干预。

4. 近来，产科医生受到妇女越来越多的剖宫产的请求，这些请求主要是个人要求而不是医学原因。

5. 目前，与阴道分娩相比较，非医学原因的足月剖宫产的相对危险性和益处还缺少确凿的证据。但是，已有的证据表明，正常阴道分娩对母婴短期和长远都更为安全。子宫手术对以后的怀孕和分娩都能引起并发症。此外，毫无医学根据地采用人工分娩方法代替自然生产过程，不由得

令人担心。

6. 医生有责任在这个问题上向妇女讲解并提出指导意见。目前，由于没有确凿证据表明剖宫产术绝对有益，因此，施行非医学原因的剖宫产，在伦理道德上不被认可。

(四) 关于为保胎儿健康进行干预的道德准则

1. 大多数妇女如能获得必要的信息和支持，都会为增加她们正常分娩和生出健康婴儿的机会而努力行动。

2. 通过供给孕妇充足的营养，是增进母体和胎儿健康的最佳办法。

3. 尽管胎儿可以得到保养，但它完全依赖于母体。任何治疗都必然通过母亲的身体。

4. 虽然大多数妇女为了胎儿处处注意提供健康环境，甚至甘冒危险，但可能会有与其爱好相抵触的情况

A. 母亲的行为可能给自身及胎儿带来危险性（如用药、抽烟、喝酒、不参加适当的产前保健等）以及

B. 母亲为保护胎儿健康可能选择不接受诊断和内、外科检查处理，包括因胎儿指征而必需的剖宫产术。

5. 医生有责任向母亲讲清道理，指导她移情和忍耐，并在需要时提供这种支持。这样，她就可接受医学忠告并改变生活方式。

6. 然而，不应强迫任何妇女采取她不情愿的为保存胎儿生命或健康的内、外科措施。因为这将构成侵犯人身自由和基本人权。

7. 当妇女对内科或外科处置作出知情后的拒绝时，采取法律干预是不合适的，而且往往事与愿违。

8. 如果母亲作医疗决策的能力已受到损害，那么，医护人员的行动应首先考虑母亲的最大利益，其次才是胎儿的。家属及其他人提供的信息可能有助于判断该妇女的心愿。

9. 未成年孕妇如果有能力对内、外科处置作出知情后同意的话，应尊重其意见。如果认为她不能胜任，则应在决定处置前考虑其近亲意见，如果合适，包括法庭意见。

(五) 有关克隆的道德准则

1. 1997 年发表了用核转移法克隆的第一只绵羊。哺乳动物无性生殖的成功预示着人类也同样有可能。用另一种方法——胚胎分割法克隆哺乳动物早已经是可能的了。

2. 需要指出的是，至少有三个领域应用克隆技术，所产生的伦理和