

临床住院医师规范化培训教材

妇 产 科 学

主 审 李子森

主 编 乔玉环

河南医科大学出版社

临床住院医师规范化培训教材

妇 产 科 学

主 审 李子森

主 编 乔玉环

专业主编

产 科 学 孙莹璞 张菊新

妇 科 学 王建六 崔金全

XH2-0128



河南医科大学出版社

· 郑州 ·



3 0032 6114 0

临床住院医师规范化培训教材

妇 产 科 学

主 审 李子森

主 编 乔玉环

责任编辑 张巨波

责任监制 张 超

河南医科大学出版社出版发行

郑州市大学路 40 号

邮政编码 450052 电话 (0371)6988300

黄河水利委员会印刷厂印刷

开本 787×1092 1/16 24.75 印张 587 千字

1997 年 10 月第 1 版 1997 年 10 月第 1 次印刷

印数:1-6 150

ISBN 7-81048-218-1/R·210

定 价 25.50 元

编 委 (以姓氏笔画为序)

申爱荣 孙丽君 苏迎春 李 华 李秀荣 李筱梅
崔世红 韩丽萍 谭 丽 魏 利

临床住院医师规范化培训教材

编 审 委 员 会

主 任 刘全喜

副主任 张广兴 王玉玲 李克勤

委 员 (以姓氏笔画为序)

王广田 王玉玲 王春华 王留美 王淑梅 田 涛
石爱梅 刘全喜 乔玉环 闫学儒 李仁发 李克勤
李俊秀 李荣轩 谷 红 张广兴 张月丽 张书岭
张 杰 杜作栋 宋 昌 陆常东 陈幸运 孟 玮
赵善龙 郎鸿志 姜秀琴 郭希让 郭茂华 高城璋
高恩民 梁秀芳 盛光耀 黄钊奇 黄富银 董明敏

前 言

随着医学科学技术的发展和医学模式的转变,传统的一次性教育观念被终身教育观念所替代,形成了学校基本教育——毕业后医学教育——继续医学教育三阶段的医学教育连续统一体。毕业后医学教育是医学生完成学校基本教育接受某一学科规范化的专业培养,是医学专业所特有的教育阶段。它对培养高层次医学卫生人才起着承上启下的作用,其中包括研究生教育和住院医师、专科医师培训两种培养途径。临床住院医师培训是在可行的制度及措施下,通过指导和规范要求,对住院医师进行职业道德、医学理论知识和临床基本技能的培训,为培养专科医师甚至更高层次的医师打下坚实的基础。

国家卫生部十分重视住院医师培训工作,于1993年下发了“关于实施《临床住院医师规范化培训试行办法》的通知”,组织编写了供全国参考使用的《临床住院医师规范化培训大纲》。河南省卫生厅于1996年下发了《河南省临床住院医师规范化培训试行办法》,并按照卫生部制定的《大纲》,组织了河南医科大学第一附属医院、第二附属医院、省人民医院等单位的临床医学专家编写了此套教材,共包括内科学、外科学、妇产科学、儿科学、口腔科学、眼科学、耳鼻喉科学和皮肤性病学8个临床学科的临床住院医师规范化培训教材。相信这些基础性工作,对我省临床住院医师培训向规范化发展,进一步完善毕业后医学教育制度将起着积极的推动作用。

临床住院医师培训工作是一项开拓性工作,我们编写此类教材还缺乏经验,恳请同道们批评指正。

临床住院医师规范化培训教材

编 审 委 员 会

1997年10月

编写说明

本教材是根据卫生部下发的《临床住院医师规范化培训大纲》中的“妇产科细则”编写而成,供住院医师在接受规范化培训时使用,也可作为中青年医师工作中的参考书。

本教材既不同于大学本科教材,又不同于“手册”和“新进展”。其特点是详细介绍了妇产科重点疾病,如妊娠高血压综合征、头位难产、妇科恶性肿瘤及性传播疾病等;系统讲述了妇产科基本操作技术,如妇产科手术注意事项、妇产科内镜技术、不孕症诊疗方法等;综述性介绍了妇产科疑难问题如产前诊断、高危妊娠监测、卵巢癌的诊治等。为拓宽知识面,对边缘性学科如妇女保健、妇产科心理学及影像医学在妇产科的应用等也作了介绍。同时,为使住院医师对临床科研及论文写作有进一步了解,在此方面也进行简要介绍。

本教材在编写过程中,参考了《妇产科学》(第四版)、《临床产科学》、《妇产科手术学》、《妇产科理论与实践》、《卵巢临床与病理》等书籍以及大量妇产科专业期刊,在此深表谢意。鉴于篇幅所限,不能全部列出,敬请谅解。

在参照本书指导临床实践中,亦应结合本医院治疗常规,并参考其他有关资料。因患者个体差异较大,特别是在用药方案和剂量方面,更应注意。

虽然参加本教材编写人员大都具有高级职称,并有一定临床经验,但由于时间仓促,编写水平有限,教材中难免有遗漏及不足之处,诚望读者及专家不吝雅正。

乔玉环

1997年8月

目 录

第一章 中国妇女卫生保健的历史与展望.....	1
第一节 妇女卫生保健学的概念及发展史.....	1
第二节 我国妇女卫生保健工作的展望.....	4
第二章 围生保健的概念及内容.....	7
第一节 围生保健概念.....	7
第二节 围生保健工作内容.....	8
第三节 围生保健网的建立及职责.....	9
第四节 围生保健质量管理中的若干问题	11
第五节 提高围生保健质量的途径	13
第三章 女性生殖系统解剖	14
第一节 女性生殖器官解剖	14
第二节 邻近器官	21
第三节 血管、淋巴及神经.....	22
第四节 中国女性骨盆	27
第五节 女性生殖器官发育异常	34
第四章 妊娠高血压综合征	41
第一节 妊高征的病因	41
第二节 妊高征的流行病学调查	43
第三节 妊高征的病理生理变化	44
第四节 妊高征的临床表现及诊断	45
第五节 妊高征的治疗	50
第六节 妊高征的并发症及处理	59
第七节 妊高征的预防及预测	64
第五章 高危妊娠	66
第一节 高危妊娠的范畴	66
第二节 胎盘功能及胎儿窘迫的检查	67
第三节 胎儿成熟度的检查方法	71
第四节 胎儿监护的方法及意义	78
第五节 高危妊娠的处理	93
第六章 头位难产的诊断与处理.....	104
第一节 概述.....	104
第二节 持续性枕后位.....	107
第三节 持续性枕横位.....	109
第四节 胎头高直位.....	110

第五节	前不均倾位	111
第六节	面先露	112
第七节	额先露	113
第七章	新生儿产伤	114
第一节	颅内出血	114
第二节	头颅血肿	115
第三节	骨折	116
第八章	新生儿常见病	118
第一节	新生儿特发性呼吸窘迫综合征	118
第二节	新生儿肺炎	120
第九章	TORCH 综合征	123
第十章	产前诊断	129
第一节	出生缺陷、遗传学、致畸学	129
第二节	无创性染色体异常检查技术	132
第三节	有创性染色体异常检查技术	134
第十一章	胎盘大体及病理检查的意义	137
第一节	概述	137
第二节	胎盘病理基础知识	138
第三节	胎盘病理检查的应用	140
附 一	胎盘送病理检查的适应证	144
附 二	胎盘送验的意义	144
第十二章	子宫内膜异位症	146
第十三章	子宫颈癌	153
第一节	子宫颈癌流行病学	153
第二节	子宫颈癌细胞学诊断	156
第三节	子宫颈癌组织病理学诊断	158
第四节	子宫颈癌临床诊断	161
第五节	子宫颈癌手术治疗	165
第六节	子宫颈癌放射治疗	166
第七节	子宫颈癌综合治疗	167
第十四章	子宫内膜癌	170
第十五章	卵巢恶性肿瘤诊断与治疗	186
第一节	卵巢恶性肿瘤流行病学	186
第二节	卵巢肿瘤组织学分类和临床分期	188
第三节	卵巢恶性肿瘤生物学行为特征	190
第四节	常见卵巢恶性肿瘤临床特征	191
第五节	卵巢恶性肿瘤的诊断	196
第六节	卵巢恶性肿瘤的手术治疗	201

第七节	卵巢恶性肿瘤的化疗	204
第八节	卵巢恶性肿瘤放射治疗	213
第九节	卵巢恶性肿瘤内分泌治疗	217
第十节	卵巢恶性肿瘤免疫治疗	220
第十六章	妊娠滋养细胞疾病	226
第一节	葡萄胎	227
第二节	侵蚀性葡萄胎	230
第三节	绒毛膜癌	231
第四节	胎盘部位滋养细胞肿瘤	236
第十七章	国内外节育方法及研究进展	237
第一节	屏障避孕法	237
第二节	宫内节育器	238
第三节	药物避孕	241
第四节	紧急避孕	245
第五节	未来避孕途径	246
第六节	输卵管绝育术	247
第十八章	不孕症的诊疗技术	250
第一节	不孕症病因的检查方法及步骤	250
第二节	排卵障碍的处理	253
第三节	黄体功能不足	259
第四节	输卵管因素与不孕	260
第五节	子宫内膜异位症	261
第六节	子宫颈因素与不孕	261
第七节	免疫性不孕	262
第八节	辅助生育技术	265
第十九章	妇产科性传播疾病	269
第一节	淋病	271
第二节	尖锐湿疣	276
第三节	艾滋病	281
第二十章	影像医学在妇产科中的应用	289
第一节	超声诊断学在妇产科中的应用	289
第二节	妇科疾病的 CT 成像诊断	302
第三节	介入性放射学在妇科的应用	304
第二十一章	妇产科内镜技术	309
第一节	腹腔镜	309
第二节	宫腔镜	315
第三节	阴道后穹窿镜	322
第四节	羊膜镜	324

第五节	胎儿镜	326
第六节	阴道镜	331
第二十二章	妇产科手术注意事项	334
第一节	妇科手术	334
第二节	产科手术	341
第二十三章	妇产科的心理学问题	352
第二十四章	临床医学科研方法及论文写作	360
第一节	临床医学科研的研究对象和内容	360
第二节	临床医学科研设计	362
第三节	医学科技论文的撰写方法	365
第四节	医学科技论文的发表	371
附录一	培训大纲	373
附录二	培训内容与要求	378

第一章 中国妇女卫生保健的历史与展望

第一节 妇女卫生保健学的概念及发展史

妇女卫生保健学(science of woman health)是一门新兴的学科。随着社会的进步、医学科学的迅速发展、妇女社会地位的提高及其身心健康水平的日益增长,妇女保健事业的发展已成为世界性趋势,由此而推动医学模式由生物医学模式转变为生物——心理——社会医学模式。医学教育及卫生工作必须将预防医学和临床医学紧密结合,于是妇女保健学也就应运而生,由传统的妇产科学分化形成。10多年来我国已有6所医科大学开办了妇幼卫生专业,为国家培养专门从事妇幼专业的本科医生,1993年河南医科大学也开办了妇幼卫生专业。当然,如何使这个专业的内涵不断完善及健康发展是刻不容缓的主要工作。

一、妇女卫生工作的重要性

妇女卫生工作是世界卫生事业的主要组成部分,需要由专门组织机构和专业队伍承担此项工作,其主要原因是:

1. 妇女的特殊地位和作用 妇女占人口半数,为家庭及社会的核心,是人类的母亲。母亲的健康直接关系到后代子孙的健康,母亲的知识水平直接影响到家庭和社会的知识水平。自从国际组织提出“儿童优先,母亲安全”倡议后,妇女保健已被推向崭新的历史阶段并为全球所注目,显示了妇女的特殊地位和作用。

2. 妇女的特殊生理和生殖功能 女性一生分为胎儿期、婴儿期、幼儿期、青春期、性成熟期、更年期和老年期。其中青春期为生殖功能逐渐发育到成熟的过渡时期;更年期则为卵巢功能逐渐衰退进入老年期的过渡时期;性成熟期30年左右,一般均要经历结婚、妊娠、分娩、产褥、哺乳、育儿等阶段。各阶段之间贯穿着一系列生理变化,密切相关,互相影响。如果忽视了这一连贯的生理保健工作,则可使该阶段的生理过程演变为病理过程,进而影响母婴两代健康,并危及生命。

二、我国妇女卫生保健的历史

我国医学对妇女解剖生理的特点、疾病的防治、专科的设置等有着悠久的历史和丰富的经验,对中华民族的繁衍作出过很大的贡献。在3000多年前殷商时代的甲骨文卜辞中,就有不少是问及生育问题的。现存古典著作《易经·爻辞》中有“妇孕不育”和“妇三岁不孕”等记载。因那时人口不多,如何共同抗御自然灾害,增进劳动生产力和繁殖人口是一个首要的问题,故须重视妇女的生育。先秦战国时代的《典礼》指出“取妻不取同姓”,认识到“男女同姓,其生不蕃”,初步了解血缘亲近者结婚,对生育存在不利的因素,实际上具有优生学的意义。《内经》指出女子到了十四五岁左右便会有月经来潮,这标志着青春期的到来,若“阴阳和”则有妊娠的可能。二十一岁左右女子才发育成熟而身体盛壮,故后世医书据此提出“必二十而后嫁”,过早结婚,对母子不利。妇女到四十九岁左右月经便不再来

潮,并缺乏生殖能力。又据马王堆汉墓出土文物记载公元前2世纪已有《胎产书》。据《史记·扁鹊仓公列传》记载:“扁鹊名闻天下,过邯郸,闻贵妇人,即为带下医”。所谓带下医,指治疗裙带以下疾病者,即妇产科医生。汉初,妇科医生有文献可查者,最早的女医生为义媾和淳于衍,她们都是西汉时代入宫作为皇后或皇太后的侍从医生,主要从事妇产科。汉末张仲景的《金匮要略》中有“妇人妊娠”,“如人产后”及“妇人杂病”三篇,既有症候描述,也有方药治疗,治疗痛经、闭经、安胎、妊娠呕吐等,至今仍然常用。其中不仅有内治法,还有外治法,如以狼牙汤沥阴中,以蛇床子囊或铤剂纳阴中等,开创了妇科冲洗和阴道放药的先例,为以后的妇产科打下了基础。汉末名医华佗,对妇产科也具有精湛的治疗技术,能用针或药处理胎死下不下的病例等。《隋书·经籍志》记载多种妇产科专著,共论述283种症候,并提出人工流产法。唐代孙思邈的《千金要方》载有绝产的方药和灸法,可见我国在隋唐以前已重视孕妇的健康和胎儿的正常发育,同时有各种方法行绝育、避孕或药物堕胎,对生育问题已有正确的认识和措施。

《千金要方》不仅记载了妇产科很多疾病的诊治方法,还明确记载了不孕症的诊治以及为避免新生儿患破伤风而禁用铁器断脐的教导。

公元10世纪的宋朝时代,设有管理医事的太师局,共300人,其中产科10人,设有产科教授,这是世界医学史上最早的独立分科,各科专著及妇产科专著出版颇多。13~14世纪中叶的金元时代,是我国医学百家争鸣时代,其中以刘完素、李东垣、朱丹、张子和四大家为主,至今有明显疗效的四物汤仍广为应用。

明代的医家,继承了宋、金、元各家理论和经验加以提高,并提出女子因生理缺陷而造成不孕的高深论点等。

清代将妇产科统称为妇人科和女科,著述颇多,对后世影响较大的有《付青主女科》、《医宗金鉴》、《妇科心法要诀》和《达生篇》。

清末民初以至解放后的几十年间,中医妇产科学也有一定的发展。清末时期由于西洋医学的输入,对中国医学具有一定的影响,出现了中西汇通的浪潮,唐容川、张锡纯为其代表人物。

19世纪后期,西方医学有关妇产科和妇女保健思想迅速传入我国。1884年Reifsnnyder在上海创办妇孺医院;1921年北京开展产前检查;1928年《妇婴卫生学》和《妇婴卫生纲要》出版;1929年起先后在北京、南京创办助产学校,其后林巧稚、王淑贞、金向淇等为妇产科和妇女保健事业作出重要贡献。解放区在国内革命战争时期、抗日战争时期,尽管条件困难,也对妇女健康问题十分重视。

新中国成立之后,宪法规定妇女在政治、经济、社会和家庭中,享有与男子平等的地位和权利,于是妇幼卫生工作在新中国卫生工作方针指导下大力开展起来。1950年建立中央妇幼保健院;1963年开始进行生育调节研究;1979年后,我国妇女保健学家与国际同行的技术协作与学术交流增多,更促进我国这一领域的迅速发展;1980年华嘉增主编《妇女保健》一书面世;1985年起同济医科大学等6所部属院校先后开办妇幼卫生系;1985年底我国召开首届妇女保健专业学术会议;1989年我国成立妇女保健学会;1990年华嘉增主编的《妇女保健学》出版;1994年严仁英主编的《妇女卫生保健学》出版。至此,我国妇女保健工作从理论到实践,从教学到科研逐步形成具有中国特色的体系,妇女保健工作

已初具规模。

三、近代河南省妇女保健工作的发展情况

为了解我省妇产科发展历史情况,特访问了现年 88 岁的妇产科徐邦风教授,据介绍河南妇女保健事业的发展与全国先进地区发展在时间和水平上是相应的。早在 1927 年就有留日学者何健民在开封接办民政部门承办的产科训练班,改为河南大学附属妇产科医院,开设 40 张病床。同时开办助产学校,开展外出接生。1928 年有曾到德国留学的韩明渠教授作风正派、技术高超,负责解决妇产科临床疑难问题,成功的解决胎盘早剥等,树立了良好的医疗作风。后即由大学毕业班选拔优秀学生作助教工作,既作医院医生又兼助产学校教师。高级助产学校每班学员 40 名,年复一年,培养了大批的助产人员,为河南的妇女保健事业撒下了优良的种子。

七七芦沟桥事变,河南大学由开封先后迁到镇平、嵩县,妇产科医院宋玉五教授任该院院长。搬迁工作十分完善,很快即开办外出接生及免费施诊所(吃、住、接生、治疗全免费),收到了良好的社会效益,为该地保健事业作出了不小的贡献。助产学校学生借给群众作牛痘免疫注射之机大力宣传新法接生,一举冲淡了群众的迷信观念,将当地的产科水平大大提高。全国解放前夕,褚教授由浙江来汴开办了面向全国分配的妇产科专科大专班,主编了内容丰富的妇产科教材并绘图 600 余幅,改善了河南战乱中丢失了大批图书资料的局面。目前这批学生分别在全国各地作妇产科业务领导工作,这些情况显示了河南的妇女保健工作是有一定基础的。解放以后,在党的预防为主方针正确指导下,全省各地组织开展新法接生训练班,各县妇产科开展各项难产手术,向消减和降低孕产妇死亡率进军,至 70 年代已发展为“村村有接生员、保健员,县县设妇幼保健所(站)”。许多县、乡还有省市级组织的上山下乡医疗队贯彻“六二六”指示,所到之处不同程度地提高了各级妇女保健工作水平,个别保健组织由站到院,系统建立了以县为核心的三级保健网试点(如河南邓县)。文革以后,农村经济状况日益改善,由富裕走向小康,并多与国际接轨,李鹏总理在联合国签署两项承诺。1985 年,河南省妇幼保健院成立,全省 12 个项目县接受了国际、国内资助,市、地、县全面建立三级保健网,在监督、总结、逐级培训、年度评审的良好循环中已作出了显著成绩。目前项目县的孕产妇死亡率显著下降,随着市场经济发展,正规保健网日益扩大,科技水平迅速提高,2000 年即将到来,两项承诺的实现及妇女保健工作质量的提高一定可以实现。

四、世界各国妇女卫生保健发展史

从历史发展来看,文献上最早有产科记载的为公元 2 世纪时阴道窥器的应用,15 世纪末开创了手术分娩,即在 1500 年剖宫产术施行成功,至 1598 年发明了产钳。在 18 世纪漫长的历程中,产科处于寂静的状态,更缺乏预防观点和方法。1847 年 Semmelweis 对产褥感染发表划时代的病因假说,并提出预防措施,虽然当时遭到“有神论”学者的猛烈攻击,但在数年后微生物学家发现了细菌,证实了该理论。1910 年 Marshall 编写的《生殖生理学》问世,这是历史上最早关于生殖生理的专著。

据世界卫生组织(WHO)统计:1948 年胎儿死亡率为 23‰,新生儿死亡率为 20‰,婴儿死亡率为 34‰,产妇死亡率为 600/10 万,当时世界人口为 25 亿,发达国家女性期望寿命为 70 岁。为维持人口稳定,每个家庭需要 2.2 个小孩。虽然此时期孕产妇死亡率下降较

明显,但围产儿死亡率下降缓慢。

20 世纪中期以后,妇女保健事业更是飞速发展。20 世纪 50 年代初,围生医学(perinatal medicine)开始崛起。由于生产力与科学的发展,人们认识到,健康的含义在于提高生命的质量,为此必须开展全面卫生保健,于是围产保健及时诞生,一些国家开始对孕产妇死亡作流行病学调查研究,大大提高了围产保健质量。

60 年代末,WHO 将改进母婴保健工作列为重点项目之一,决定设立孕产妇服务机构,一些工业化国家在大城市中建立围产监护中心、产时诊断中心、新生儿抢救中心,备有各种现代化医疗仪器设备,接受各级医疗单位转来的高危孕产妇及高危新生儿,从而能及早发现遗传性疾病及先天性畸形的胎儿。这一时期,不仅孕产妇死亡率大大降低,而且明显降低了围产儿死亡率及病残儿发生率。此外,由于妇女的寿命延长及更年期有推迟倾向,更年期与老年期保健也受到重视并采取了加强措施,并将研究成果逐步扩展到发展中国家。

80 年代初,世界人口已超过 40 亿,发达国家女性寿命延长,孕产妇死亡率下降,围产儿死亡率下降,这些国家已将注意力放在改进提高妇女保健工作的质量方面,更加重视生活方式、社会行为、环境因素及保健制度对孕产妇及胎儿、婴儿的影响。

90 年代初,孕产妇死亡率进一步下降,但各国差距巨大,可相差 550 倍(2/10 万 ~ 1 100/10 万)。在发展中国家,尤其在不发达的贫困地区,妇女的社会地位、经济条件、受教育及工作的权利也完全不同,其生理特点及保健要求,尚未引起应有的重视。据 WHO 有关组织报道,全世界文盲中 2/3 是妇女,非洲地区有文化的妇女只占 15%,有些地区孕产妇死亡率至今仍高达 640/10 万,围产儿死亡率 $\geq 50\%$,属末级水平。

近些年来,据 WHO 调查,估计全世界每年约有 50 万妇女因流产、分娩而死亡,因此,多次召开会议研究降低孕产妇死亡率的措施。其他一些国际组织也联合进行了一系列有关母婴安全的活动。

1977 年第 30 届世界卫生大会提出“2 000 年人人享有卫生保健”。80 年代后期 WHO 进一步号召 2 000 年孕产妇死亡率要比原基础降低 50%,并将此作为人人享有卫生保健策略的一部分。

第二节 我国妇女卫生保健工作的展望

一、当前面临的困难和问题

卫生工作是上层建筑,其发展要靠经济的振兴和文化的普及。我国沿海地区及一些大城市经济发展较快,某些衡量妇女保健水平的指标虽已比较接近发达国家,但由于我国幅员辽阔,在老少边穷地区仍停留在较低水平。我国政府虽然非常重视并加强基层卫生保健工作,然而在建国 40 年后 300 个项目县的孕产妇死亡率平均仍高达 202.3/10 万,婴儿死亡率超过 100‰,此占项目县总数的 12.7%,新法接生在 300 个项目县中仅占 36%。整个项目县每年约有 1.8 万新生儿死于破伤风,致使贫困地区婴儿高死亡率与高出生率并存的现象十分突出。在我国不发达地区,约有 30% 儿童营养不良,佝偻病发病率达 26.7%。这些都反映了我国地区与地区间发展极不平衡,常常被平均数所掩盖。这些老

少边穷地区的妇幼保健工作更需加强扶持。

其次的困难是服务能力与实际需求的矛盾。目前全国有 3.2 亿育龄妇女,每年约出生 2 400 万新生儿,而现有妇幼保健队伍不过 10 万余人,平均每人的服务面积约为 93 平方公里,服务对象有 10 000 多人。在专业人员中,只有少数(8.31%)为大专以上学历,大多数为中级人员,还有不少是文盲。此外,在部分地区,由于基层人员待遇未能妥善解决,使队伍不能巩固,加上经费的短缺和必要设备的不足,也给工作带来不少困难。

另外,由于长期以来对健康教育的忽视及各地经济、文化发展不平衡,许多地区,尤其是老少边穷地区重医疗轻预防思想严重地干扰了妇女保健工作的开展,抢救难产十分困难,但却不重视产前检查等。这项工作的推行也需要在许多环节中加以重视和坚持进行。

二、妇女保健工作的任务和展望

(一)制定目标规划并组织实施 世界儿童首脑会议(1990 年)通过了《儿童生存、保护和发展世界宣言》及《九十年代行动计划》两个文件,提出在 1990~2000 年期间降低婴儿死亡率、5 岁以下儿童死亡率减少 1/3、降低孕产妇死亡率和 5 岁以下儿童营养不良患病率等 7 项主要目标。中国政府作出庄严承诺,1991 年正式签署了上述两个文件,并组织讨论通过了《九十年代中国儿童发展规划纲要》。我国执行这项规划纲要也是实现前一次国际承诺《2000 年人人享有卫生保健》的核心与关键,这两次国际承诺(第 2,3 次)的主要目标是完全一致的,争取在本世纪末达到以下总目标。

1. 消除新生儿破伤风和小儿麻痹症。
2. 以乡和村为单位先后实现 85% 的农村产妇和儿童得到保健服务。
3. 孕产妇死亡率比 1990 年下降 50%。
4. 儿童中、重度营养不良比 1990 年下降 50%。
5. 婴儿死亡率比 1990 年下降 1/3。

(二)实施以上战略规划的重点

1. 以农村为战略重点,依靠科技进步,推广适宜技术,提高乡村级妇幼卫生人员对高危孕妇筛查的能力。重点加强乡卫生院产科、儿科、计划生育技术服务的建设,创造住院分娩的必要条件。暂无住院条件的地方,对高危孕妇也应尽量安排住院分娩,一般孕妇则应保证作到新法接生。

2. 对老少边穷地区采取特殊扶持政策,争取国际国内的资源投入,加强合作项目管理,重点加强人才培养,使其获得自我发展的能力。

3. 加强对儿童生长发育监测,及时发现产生营养不良的高危因素和高危儿童,进行营养干预,减少营养不良的发生率。

4. 提高母乳喂养,实行母婴同室,进行产科制度的改革,推动城市妇幼卫生工作开展。

5. 制定全国性产科出血、小儿急性呼吸道感染、腹泻、营养不良的防治规划及全国促进母乳喂养规划,由妇幼卫生司具体组织实施与监督评审,保持高水平的计划免疫覆盖率。

其他在国家、省、市具有较高权利及质量水平的妇幼保健行政及业务机构应积极开展科学研究,上下结合起来总结妇女保健实践经验,使我国妇女保健学内涵不断充实、完善

和提高。各级机构应有计划的加强保健工作的质量管理、监测,以求信息准确,为决策提供依据。利用各种宣传、教育及培训方式,加强妇女健康教育,提高不同年龄女性的自我保健意识及自我保健能力。

从以上简要概述可以看出,展现在眼前的是一幅宏伟蓝图,我们这一代妇幼保健工作者有幸参与这个伟大目标的实现是光荣而幸运的。不久的将来进入下个世纪,随着我国经济、社会的不断发展,人民物质、文化生活水平的提高,在妇幼卫生队伍的积极艰苦的努力下,将建成与规划、承诺相适应的妇幼卫生体系,为妇女儿童提供高质量的保健服务。我国妇女儿童的健康水平将普遍提高,孕产妇死亡率、婴儿死亡率、5岁以下儿童死亡率将大幅度下降,优生、优育、优教的各项指标将在全国城乡普遍实现,中华民族将以健康体魄、聪明才智和强大国力屹立于东方。

(李子森)

第二章 围生保健的概念及内容

第一节 围生保健概念

围生医学是研究围生儿生理和病理的科学,亦是研究母子关系的学科。其主要内容是:研究母亲(包括父亲)的遗传素质、孕妇所处的大环境和孕妇本身等对胎儿生长发育的影响;研究宫内诊断、宫内治疗及矫正手术;研究早产儿、新生儿复苏、抢救技术的改进。围生医学是70年代新兴起的一门学科,是一门多学科的医学,不仅与临床医学中的妇产科和儿科学有关,也涉及生理学、病理学、卫生基础学、遗传学和优生学,同时与社会学、心理学、流行病学、经济学等亦密切相关。

围生保健是指围绕分娩前后一段时期内对孕产妇和胎婴儿所进行的一系列保健工作。其主要是通过预防保健减少遗传因素、环境因素和孕产妇并发症对胎婴儿生长的不利影响,对胎儿的成长和健康进行预测和监护,以降低围生儿死亡率和病残儿发生率。

一、围生时期限

围生期(perinatal period)是指围绕分娩前后的一段时期,其起止时间国际上有下列4种不同的规定:

1. 围生期Ⅰ 从妊娠28周(胎儿体重 ≥ 1000 g或身长 ≥ 35 cm)至产后足1周。
2. 围生期Ⅱ 从妊娠满20周(胎儿体重 ≥ 500 g或身长 ≥ 25 cm)至产后足4周。
3. 围生期Ⅲ 从妊娠满28周至产后足4周。
4. 围生期Ⅳ 从胚胎形成至产后足1周。

诊断的依据首先是孕周(胎龄),孕周不清者则以出生1 h内体重为依据,最后可采取身长来确定。

围生期Ⅰ现为多数国家及我国所采用。

二、围生保健发展概况

历史上由于孕产妇死亡率一直相当高,本世纪30年代以前围生期保健是以孕产妇为中心进行研究和管理的,胎儿仅被看作“寄生现象”,如同孕妇的一个器官。

现代各国孕产妇死亡率大幅度下降,但胎婴儿死亡率并无相应改善,遂引起注意。1930年出现围生期死亡率一词,此后围生医学逐步发展,至70年代发展更快,内容涉及上述多学科及产科质量及保健服务等。实践证明,只有高质量的围生保健工作才能降低孕产妇死亡率及围生儿死亡率。发达国家如美国、加拿大在70年代期间建立了三级围生保健网及转诊系统,使围生儿死亡率迅速下降。国际上已将围生儿死亡率作为反映一个国家(地区)的文化、经济、妇幼保健工作质量的指标,围生医学水平成为衡量一个国家的医学水平的重要标志之一。

我国于1978年在江苏省妇幼卫生会议提出开展围生医学研究后,1981年秋召开全国首次围生医学会议,推动了我国围生保健工作的发展。我国各地已形成三级围生保健网,