

实用助产

★ 王晨虹 陈敦金 主编 培训手册

SHIYONG PEIXUN SHOUCE ZHUCHAN

★ ★ ★
面向临床一线助产医护人员
临床一线助产操作 强化临床实用
基层医护人员必备参考书

CIS
CHINESE INDIAN SYNERGY
中印和谐



湖南科学技术出版社



实用助产培训手册



SHIYONG ZHUCHAN

PEIXUN SHOUCE

主 编：王晨虹 陈敦金

副主编：朱社宁 李元涛 孙 颖

编 委：（按姓氏汉语拼音排序）

陈敦金	成 娟	陈娟娟	程 黎	陈艳红	杜习羽
付美云	郭红霞	谷 寅	韩 冬	胡端林	黄神姣
何雪仪	何玉甜	姜 蕙	鞠叶兰	赖宝玲	赖彩芹
刘大艳	林 琳	李湘元	刘益芬	李元涛	李智泉
潘玲兰	秦 薇	苏春宏	孙 雯	孙 颖	涂新枝
王晨虹	王欢华	王 洁	王宏宇	吴利玲	吴晓霞
王晓怡	肖 雪	余 琳	张春芳	张慧丽	朱社宁
曾月娥	周燕媚	周紫琼			

主 审：姚吉龙



湖南科学技术出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

实用助产培训手册 / 王晨虹, 陈敦金主编. — 长沙: 湖南科学技术出版社, 2015. 10

ISBN 978-7-5357-8849-8

I. ①实… II. ①王… ②陈… III. ①助产学—手册
IV. ①R717-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 235259 号

实用助产培训手册

主 编: 王晨虹 陈敦金

责任编辑: 曹 鹍

出版发行: 湖南科学技术出版社

社 址: 长沙市湘雅路 276 号

<http://www.hnstp.com>

湖南科学技术出版社天猫旗舰店网址:

<http://hnkjcs.tmall.com>

印 刷: 长沙鸿和印务有限公司

(印装质量问题请直接与本厂联系)

厂 址: 长沙市望城区金山桥街道

邮 编: 410200

出版日期: 2015 年 10 月第 1 版第 1 次

开 本: 710mm×960mm 1/16

印 张: 14.5

字 数: 290000

书 号: ISBN 978-7-5357-8849-8

定 价: 38.00 元

(版权所有·翻印必究)

妊娠和分娩是一个伟大的过程，标志着新生命的孕育和诞生！在这一过程中，需要助产医护人员的精湛技术和耐心呵护，才能确保母婴安全。助产医护人员是个特殊的群体，专业技术要求高，肩负着医护双重责任和母婴两条生命，责任重大。随着经济的快速发展和医疗卫生保健体系的逐步完善，孕产妇死亡率和婴儿死亡率已成为反映健康水平的重要指标。在社会关注、媒体凝视、民众期待的社会大环境下，母婴健康和安全备受关注。近年来，随着人们对自然分娩的认识和无痛分娩技术的提高，以及全程责任制助产、导乐陪伴分娩、产程中一对一护理等的推广，无指征的剖宫产率在逐年下降，越来越多的孕产妇选择自然分娩，助产安全更是成为社会关注的焦点。

我们在查阅大量国内外参考文献的同时，结合产科的新知识和助产专科技术的发展，组织临床相关的助产及医疗护理专家，编写了《实用助产培训手册》，以供临床助产士、医护人员及助产专业学生参考。

本手册从助产基本理论、基本操作技能、病理妊娠的早期识别及分娩期处理等方面进行阐述，主要包括以下内容：孕期保健与助产门诊服务，正常分娩助产服务，分娩镇痛与导乐分娩，异常分娩的处理，分娩期并发症的预防与处理，高危妊娠的分娩期处理，产科常用技术，分娩期常用药物，产褥期处理，助产伦理与孕产期相关法规指南等，并将理论与实践紧密结合，重点突出分娩期处理和助产技能的讲解。本手册与其他助产类的专业图书相比较，其特色是增加了助产门诊服务、分娩镇痛与导乐分娩、助产伦理与孕产期相关法规指南等内容，提供了更为新颖和全面的理论指导，尤其是助产伦理与孕产期相关法规指南的介绍，可以帮助助产士在病情告知、医患沟通等方面更好地构筑和谐医患关系，避免不必要的临床风险。

《实用助产培训手册》方便读者在临床工作中遇到问题时随时查阅，避免凭印象工作，降低临床风险，提高助产安全，方便实用。希望本手册能够成为对



临床助产士和广大医护人员有益的参考书，在临床工作中发挥积极的作用。

本手册在编写过程中，得到全体编者及所在单位、湖南科学技术出版社的鼎力支持，在此谨表诚挚谢意！

《实用助产培训手册》中的内容和编排尽管已经反复修改，仍难免有不妥之处，殷切希望使用本手册的同仁给予指正，以便纠正和改进。

编者

2015年6月6日

第一章 绪论	001
第二章 孕期检查与管理	003
第一节 妊娠诊断与孕期检查	003
一、妊娠诊断	003
二、孕期检查与保健	005
第二节 孕妇健康教育	008
第三节 助产门诊服务	009
第三章 正常分娩助产服务	012
第一节 住院期间产前检查评估	012
第二节 正常分娩助产服务	019
一、正常分娩产程的监护	019
二、分娩镇痛	036
三、导乐分娩	039
四、医疗文书	046
第三节 安全分娩	048
第四章 异常分娩	052
第一节 产力异常	052
一、子宫收缩乏力	052
二、子宫收缩过强	055
第二节 产道异常	057
一、骨产道异常	057
二、软产道异常	060
第三节 胎位异常	061
一、持续性枕后位、枕横位	062
二、胎头高直位	063
三、前不均倾位	064
四、面先露	064
五、臀先露	065

六、肩先露	066
七、复合先露	067
第四节 异常产程的诊断与处理	068
第五章 高危围产儿	071
第一节 胎儿窘迫	071
第二节 新生儿窒息复苏	073
第六章 分娩期并发症的预防与处理	077
第一节 胎膜早破	077
第二节 脐带脱垂	079
第三节 子宫破裂	081
第四节 软产道损伤	085
第五节 产后出血	087
第六节 子宫内翻	091
第七节 羊水栓塞	093
第八节 产科休克	097
第九节 产科弥散性血管内凝血	099
第七章 产时急救	103
第一节 子痫	103
第二节 急性心力衰竭	105
第三节 羊水栓塞	106
第四节 产后出血与失血性休克	108
第五节 先兆子宫破裂与子宫破裂	110
第六节 忽略性横位	111
第八章 产科常用技术	113
第一节 阴道助产技术	113
一、人工破膜术	113
二、会阴切开缝合术	113
三、顺产接生	115
四、肩难产	116
五、持续性枕后位	118
六、持续性枕横位	121
七、胎头高直位	122
八、面先露	124
九、复合先露	126
十、胎头吸引术	127
十一、产钳术	130
十二、臀位助产术	132
十三、转胎位术	135

十四、毁胎术	139
十五、人工剥离胎盘术	140
十六、宫腔填塞术	140
十七、宫颈裂伤缝合术	141
十八、产道血肿手术	142
十九、宫颈环扎术	142
第二节 引产术	144
一、妊娠中期引产	144
二、妊娠晚期引产	146
三、中孕引产产妇的心理支持	148
四、胚胎(死胎)处理	149
五、围产儿死亡登记	149
六、出生缺陷登记	150
第三节 剖宫产术护理与手术配合	152
第九章 高危妊娠的分娩期处理	156
第一节 早产	156
第二节 过期妊娠	158
第三节 前置胎盘	160
第四节 胎盘早剥	162
第五节 羊水过多	164
第六节 羊水过少	165
第七节 胎儿生长受限	166
第八节 妊娠期糖尿病	169
第九节 妊娠期高血压疾病	172
第十节 妊娠合并心脏病	177
第十一节 妊娠合并传染病	182
一、妊娠合并病毒性肝炎	182
二、妊娠合并梅毒	184
三、妊娠合并人类免疫缺陷病毒感染	185
第十二节 多胎妊娠	187
第十三节 死胎	189
第十章 分娩期常用药物	192
第一节 促进子宫收缩药物	192
一、缩宫素	192
二、地诺前列酮栓	193
三、米非司酮配伍前列腺素类药物	194
四、卡前列甲酯	195
第二节 抑制子宫收缩药物	196



一、硫酸镁	196
二、利托君	196
三、阿托西班	197
第三节 产科急救药物	197
一、产后出血常用药物	197
二、新生儿抢救用药物	198
三、羊水栓塞常用药物	199
第十一章 产褥期处理	201
第一节 正常产褥期的观察与处理	201
一、产褥期观察与处理	201
二、母乳喂养与乳房护理	202
三、产后运动	203
四、产后常见症状及处理	203
五、盆底肌肉康复与指导	204
第二节 异常产褥期的观察与处理	204
一、产后精神障碍的观察与处理	204
二、产褥感染的观察与处理	206
三、晚期产后出血的观察与处理	207
四、产褥中暑的观察与处理	208
第三节 产后随访服务	209
一、产后 42 天门诊复查	209
二、产后随访	209
三、产后社区服务	211
四、计划生育技术宣教指导	212
第十二章 助产伦理与孕产期相关法规指南	213
第一节 助产伦理与医患沟通	213
第二节 母婴享受的权益和义务	213
第三节 关于终止妊娠的规定	216
第四节 胎盘处理涉及的法律规定	216
第五节 计划生育政策及管理条例	217
第六节 爱婴医院与母乳喂养	224

助产士 (midwife or nurse-midwife) 是指接受了助产教育, 具备从业资格并被国家认可开展工作的人, 她为孕妇提供产前咨询、参与低风险孕妇的生产过程, 为产妇提供产后护理, 也为婴儿实施护理。

Midwife 这个词在古英语中的意思是“与妇女在一起的人”, 这个人一般是女性, 人类的世代繁衍都离不开助产士。2 世纪, 希腊医师 Soranus 曾在他的著作中讲到, 一个好的助产士要聪明, 有很好的听觉、嗅觉、视觉, 有柔软、细长的手指与剪短的指甲, 有同情心, 有良好的记忆力, 热爱工作, 值得尊敬。当时助产士来自民间, 各国对其有不同的看法, 地位有高有低, 如在罗马助产士的地位甚至高过了医师。到基督纪元时代, 由于助产士在教会洗礼的时候扮演着关键角色, 因此欧洲助产士开始变得很重要。教会也通过一些规定对助产士进行管理。18 世纪后, 随着医学的发展, 医师掌握了无菌技术, 而助产士却由于缺乏专门训练, 由她们参与分娩的母婴并发症及死亡率高, 外科医师对助产士展开了猛烈攻击。到了 19 世纪初, 大部分孩子的出生都会有一个外科医师参与, 但是外科医师毕竟在接生方面的知识及技术较助产士欠缺。1881 年英国政府组织成立了助产士训练班 (后改为皇家助产学院), 1902 年通过了《英格兰助产士法》, 成立专门的中央助产委员会, 以协助进行专业助产士的培训、执业以及考试。此后, 经国家认可的助产士可以负责非高危孕产妇。在美国同样经历过一段时间的医师对助产士的抨击, 从而导致助产士的角色和地位迅速衰落。直到 20 世纪 60 年代后, 英国和美国的女权主义者主张从男妇产科医师手里夺回女性助产士的主动权, 才为助产士的发展提供了机会。20 世纪 70 年代至 80 年代, 助产士人数迅速增长, 她们为产妇和婴儿的健康做出了极大的贡献。现在, 国际上很多发达国家有独立的助产士的教育、培训和注册系统。而且国外助产士的教育起点较高, 在美国助产士教育以研究生教育为起点, 在新西兰以本科教育为起点。

在我国, 几千年来扮演助产士角色的也都是无医学知识的妇女。正式的助产教育始于 20 世纪初。1908 年 7 月由中国第一位留美女大学生金雅梅创办的附属于北洋女医院的北洋女医学堂就设有助产和护理两个班, 为国人培养了最早的助产士。1927 年杨崇瑞医师在北平开办了首个助产士培训学校并亲任教



长,从此我国的助产事业逐步得到了发展。新中国成立后政府也非常重视母婴保健工作,开办了很多助产士和助产医师的中专教育项目,但是由于历史原因,这些教育都受到了限制。

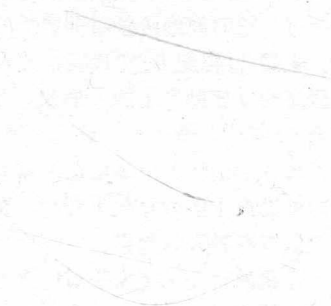
目前,我国助产服务仍以产科医师为主导,助产学仍从属于护理专业,既非独立学科,也无完善的专业教育、培训和注册体系,与国际水平相去甚远。为数不多的几所学校开办的助产士教育项目也大多是以中专教育为起点。

在我国的围产医学保健工作中,助产士们发挥着重要作用,她们主要负责正常产妇接产,协助产科医师处理难产并负责计划生育、围产期保健和妇婴卫生的宣教及技术指导。近年来,我国剖宫产率居高不下,在某些地区或医院甚至已经超过了世界卫生组织(WHO)的警戒线。经研究显示,我国过高的剖宫产率不仅与孕产妇观念有关,也与缺乏充足的专业助产人员帮助孕妇坚持度过艰难的分娩期有关。在开展的导乐陪产和助产士一对一全程陪产中,助产士的人性化服务取得了非常好的效果,降低了剖宫产率。因此,加强助产士的培训,增加助产人员以协助产科医师对孕产妇的支持刻不容缓。

与产科医师主导模式不同,助产士主导模式强调助产士是孕妇孕期主要照顾者,通过助产士给产妇提供连续性照顾的专业医疗服务,能够提高自然产率,减少妊娠期的住院时间,减少药物镇痛与产时麻醉,降低会阴侧切率,降低新生儿复苏率,同时也能增加产妇对分娩过程的满意度。

随着对助产士角色的认识和重视程度的加深,提高助产教育层次刻不容缓。未来应建立完善的专业教育体系、构建体系的专业理论、建立独立的助产专业团队。目前,我国还有数十万在临床工作的助产士,她们大多学习护理教育专业。对于在职助产士而言,脱产教育不太现实,应该通过加强助产士临床继续教育的途径强化助产理念和技能。在学校教育之后,临床工作之中进一步提高助产士知识技能是提高产科质量、保障母婴安全的重要环节。

(王晨虹)



第一节 妊娠诊断与孕期检查

一、妊娠诊断

胚胎和胎儿在母体内生长发育的过程称为妊娠。卵子受精是妊娠的开始，胎儿及附属物自母体排出是妊娠的终止。临床将妊娠全过程共分为3个时期：妊娠13周末以前称早期妊娠（first trimester）；第14～27周末称中期妊娠（second trimester）；第28周及其后称晚期妊娠（third trimester）。

【早期妊娠的诊断】

（一）病史与症状

1. 停经 育龄期有性生活史的健康妇女，平时月经周期规则，一旦月经过期10天或以上，应疑为妊娠。若停经已达8周，妊娠的可能性更大。停经是妊娠最早与最重要的症状。停经不一定是妊娠，应予以鉴别。哺乳期妇女月经虽未恢复，仍可能再次妊娠。

2. 早孕反应 约半数妇女于停经6周左右出现畏寒、头晕、乏力、嗜睡、流涎、食欲不振、喜食酸物或厌恶油腻、恶心、晨起呕吐等症状，称早孕反应。恶心、晨起呕吐可能与体内雌激素增多、胃酸分泌减少以及胃排空时间延长有关。早孕反应多于妊娠12周左右自行消失。

3. 尿频 妊娠早期出现尿频，系增大的前倾子宫在盆腔内压迫膀胱所致。约在妊娠12周以后，当宫体进入腹腔不再压迫膀胱时，尿频症状自然消失。

（二）体征与检查

1. 乳房的变化 自妊娠8周起，受增多的雌激素及孕激素影响，乳腺腺泡及乳腺小叶增生发育，使乳房逐渐增大。孕妇自觉乳房轻度胀痛及乳头疼痛，初孕较明显。哺乳期妇女一旦受孕，乳汁分泌明显减少。检查见乳头及其周围皮肤（乳晕）着色加深。乳晕周围皮脂腺增生出现深褐色结节，称蒙氏结节。

2. 生殖器官的变化 妊娠 6~8 周行阴道窥器检查, 可见阴道壁及宫颈充血, 呈紫蓝色。双合诊检查发现宫颈变软, 子宫峡部极软, 感觉宫颈与宫体似不相连, 称黑加征 (Hegar sign)。随妊娠进展, 宫体增大变软, 最初是子宫前后径变宽、略饱满, 于妊娠 5~6 周宫体呈球形, 至妊娠 8 周宫体约为非孕宫体的 2 倍, 妊娠 12 周时约为非孕宫体的 3 倍。当宫底超出骨盆腔时, 可在耻骨联合上方触及。

(三) 辅助检查

1. 超声检查

(1) B 型超声显像法: 是检查早期妊娠快速准确的方法。在增大的子宫轮廓中, 见到来自羊膜囊的圆形光环 (妊娠环), 妊娠环内为液性暗区 (羊水), 最早在妊娠 5 周时见到妊娠环。若在妊娠环内见到有节律的胎心搏动, 可确诊为早期妊娠、活胎。

(2) 超声多普勒法: 在增大的子宫区内, 用超声多普勒仪能听到有节律、单一高调的胎心音, 胎心率多在 150~160 次/min, 可确诊为早期妊娠且为活胎, 最早出现在妊娠 7 周时。此外, 还可听到脐带血流音。

2. 妊娠试验 孕妇尿液含有 HCG, 用免疫学方法 (临床多用试纸法) 检测, 若为阳性, 在白色显示区上下呈现两条红色线, 表明受检者尿中有 HCG, 可协助诊断早期妊娠。

3. 黄体酮试验 根据孕激素在体内突然撤退能引起子宫出血的原理, 对月经过期可疑早孕妇女, 每天肌肉注射 (肌注) 黄体酮注射液 20 mg, 连用 3 天, 停药后 2~7 天内出现阴道流血, 提示体内有一定量的雌激素, 注射孕激素后子宫内膜由增生期转为分泌期; 停药后孕激素水平下降致使子宫内膜剥脱, 可以排除妊娠。若停药后超过 7 天仍未出现阴道流血, 则早期妊娠的可能性很大。

4. 宫颈黏液检查 宫颈黏液量少质稠, 涂片干燥后光镜下见到排列成行的椭圆体, 不见羊齿植物叶状结晶, 则早期妊娠的可能性大。

5. 基础体温测定 双相型体温的妇女, 高温相持续 18 天不见下降, 早期妊娠的可能性大。高温相持续 3 周以上, 早孕的可能性更大。基础体温曲线能反映黄体功能, 但不能反映胚胎情况。

尽管经产妇自己有时也能作出早期妊娠的诊断, 但当就诊时停经日数还少, 常需根据病史、体征及辅助检查结果综合判断, 才能确诊早孕。对临床表现不典型者, 应注意与卵巢囊肿、囊性病变的子宫肌瘤以及膀胱尿潴留相鉴别。注意不应将妊娠试验阳性作为惟一的诊断依据, 因有时也会出现假阳性。尽管免疫学方法 (试纸法) 的敏感度极高, 也应结合病史、体征以及 B 型超声结果, 以免误诊。

【中、晚期妊娠的诊断】

妊娠中期以后, 子宫明显增大, 能扪到胎体, 感到胎动, 听到胎心音, 容易确诊。

(一) 病史与症状

有早期妊娠的经过，并逐渐感到腹部增大和自觉胎动。

(二) 体征与检查

1. 子宫增大 子宫随妊娠进展逐渐增大。检查腹部时，根据手测宫底高度及尺测耻上子宫长度，可以判断妊娠周数。宫底高度因孕妇的脐耻间距离、胎儿发育情况、羊水量、单胎或多胎等而有差异。

2. 胎动 指胎儿的躯体活动。胎动是胎儿情况良好的表现。妊娠 12 周后可用听诊器经孕妇腹壁听及胎动，孕妇于妊娠 18~20 周开始自觉胎动，胎动每小时 3~5 次。妊娠周数越多，胎动越活跃，但至妊娠末期胎动渐减少。腹壁薄且松弛的经产妇，甚至可在腹壁上看到胎动。检查腹部时可扪到胎动，也可用听诊器听到胎动音。

3. 胎心音 听到胎心音能够确诊为妊娠且为活胎。于妊娠 12 周用多普勒胎心听诊仪能探测到胎心音。妊娠 18~20 周用听诊器经孕妇腹壁能听到胎儿心音。胎儿心音呈双音，第一音和第二音很接近，似钟表“滴答”声，速度较快，每分钟 110~160 次。于妊娠 24 周以前，胎心音多在脐下正中或稍偏左、右听到。于妊娠 24 周以后，胎儿心音多在胎背所在侧听得最清楚。听到胎心音即可确诊妊娠且为活胎。听到的胎心音需与子宫杂音、腹主动脉音、胎动音及脐带杂音相鉴别。子宫杂音为血液流过扩大的子宫血管时出现的吹风样低音响。腹主动脉音为咚咚样强音响，两种杂音均与孕妇脉搏数相一致。胎动音为强弱不一的无节律音响。脐带杂音为脐带血流受阻出现的与胎心率一致的吹风样低音响。

4. 胎体 妊娠周数越多，胎体触得越清楚。于妊娠 20 周以后，经腹壁可触到子宫内的胎体。于妊娠 24 周以后，触诊时已能区分胎头、胎背、胎臀和胎儿肢体。胎头圆而硬，有浮球感；胎背宽而平坦；胎臀宽而软，形状略不规则；胎儿肢体小且有不规则活动。随着妊娠进展，通过四步触诊法能够查清胎儿在子宫内的位置。

(三) 辅助检查

1. 超声检查 超声检查对腹部检查不能确定的胎产式、胎先露、胎方位或胎心未听清的孕妇有意义。B 型超声显像法不仅能显其胎儿数目、胎产式、胎先露、胎方位、有无胎心搏动以及胎盘位置，且能测量胎头双顶径等多条径线，并可观察有无胎儿体表畸形。在妊娠 18~24 周，可采用超声进行胎儿系统检查，筛查胎儿结构畸形。超声多普勒法能探出胎心音、胎动音、脐带血流音及胎盘血流音。

2. 胎儿心电图 目前国内常用间接法检测胎儿心电图，通常于妊娠 12 周以后即能显示较规律的图形，于妊娠 20 周后的成功率更高，本法优点为非侵入性，可以反复使用。

二、孕期检查与保健

孕前和孕期保健 (prenatal care and antenatal care) 是降低孕产妇死亡和出

生缺陷的重要措施。近年来,随着对围产期并发症认识的深入和产前筛查技术的进步,美国、英国、加拿大和 WHO 等制定的孕前和孕期保健指南不断更新,我国也相应制定了适宜我国国情的孕前和孕期保健指南。

【孕前及孕期保健】

1. 孕前保健 是为准备妊娠的夫妇提供以健康教育与咨询、孕前医学检查、健康状况评估和健康指导为主要内容的系列保健服务。

2. 孕期检查与保健 是指从确定妊娠之日开始至临产前,为孕妇及胎儿提供的系列保健服务。对妊娠应当做到早诊断、早检查、早保健。尽早发现妊娠合并症及并发症,及早干预。开展出生缺陷产前筛查和产前诊断。

【孕期保健及检查】

1. 孕期保健内容 孕期保健内容包括:健康教育与咨询指导、全身体格检查、产科检查及辅助检查。其中辅助检查包括基本检查项目和建议检查项目。基本检查项目为保证母婴安全基本的、必要的检查项目,建议检查项目根据当地疾病流行状况及医疗保健服务水平等实际情况确定。根据各孕期保健要点提供其他特殊辅助检查项目。

2. 孕期检查时间与次数 合理的产前检查次数及孕周不仅能保证孕期保健的质量,也能节省医疗卫生资源。针对发展中国家无合并症的孕妇,WHO (2006 年)建议至少需要 4 次产前检查,孕周分别为妊娠 <16 周、 $24\sim 28$ 周、 $30\sim 32$ 周和 $36\sim 38$ 周。根据目前我国孕期保健的现状和产前检查项目的需要,我国推荐产前检查的孕周分别为:妊娠 $6\sim 13^{+6}$ 周, $14\sim 19^{+6}$ 周, $20\sim 23^{+6}$ 周, $24\sim 27^{+6}$ 周, $28\sim 31^{+6}$ 周, $32\sim 36^{+6}$ 周, $37\sim 41^{+6}$ 周。有高危因素者,酌情增加次数。

【初诊和复诊】

依据孕妇到医疗保健机构接受孕期检查的时机,孕期保健分为初诊和复诊。

(一) 初诊

1. 确定妊娠和孕周,为每位孕妇建立孕产期保健卡(册),将孕妇纳入孕产期保健系统管理。

2. 详细询问孕妇基本情况、现病史、既往史、月经史、生育史、避孕史、个人史、夫妇双方家族史和遗传病史等。

3. 测量身高、体重及血压,进行全身体格检查。

4. 孕早期进行盆腔检查。孕中期或孕晚期初诊者,应当进行阴道检查,同时进行产科检查。

5. 辅助检查

(1) 基本检查项目:血常规、血型(A、B、O 和 Rh)、尿常规、空腹血糖、阴道分泌物、肝功能、肾功能、乙肝表面抗原、梅毒血清学检测、艾滋病病毒抗体检测等(孕前 6 个月已查的项目,可以不重复检查)。

(2) 建议检查项目：丙型肝炎病毒（HCV）筛查、甲状腺功能检测、宫颈脱落细胞学检查、沙眼衣原体及淋球菌检测、心电图等。根据病情需要适当增加辅助检查项目。

(二) 复诊

1. 询问孕期健康状况，查阅孕期检查记录及辅助检查结果。
2. 进行体格检查、产科检查（体重、血压、宫高、腹围、胎心、胎位等）。
3. 每次复诊要进行血常规、尿常规检查，根据病情需要适当增加辅助检查项目。
4. 进行相应时期的孕期保健。

【确定保健重点】

根据妊娠不同时期可能发生的危险因素、合并症、并发症及胎儿发育等情况，确定孕期各阶段保健重点。

(一) 孕早期（妊娠 13⁺₆ 周前）

1. 按照初诊要求进行问诊和检查。
2. 进行保健指导，包括讲解孕期检查的内容和意义，给予营养、心理、卫生（包括口腔卫生等）和避免致畸因素的指导，提供疾病预防知识，告知出生缺陷产前筛查及产前诊断的意义和最佳时间等。
3. 筛查孕期危险因素，发现高危孕妇，并进行专案管理。对有合并症、并发病的孕妇及时诊治或转诊，必要时请专科医师会诊，评估是否适于继续妊娠。

(二) 孕中期（妊娠 14~27⁺₆ 周）

1. 按照初诊或复诊要求进行相应检查。
2. 了解胎动出现时间，绘制妊娠图。
3. 筛查胎儿畸形，对需要做产前诊断的孕妇应当及时转到具有产前诊断资质的医疗保健机构进行检查。
4. 特殊辅助检查

(1) 基本检查项目：妊娠 18~24 周超声筛查胎儿畸形。

(2) 建议检查项目：妊娠 16~20 周知情选择进行唐氏综合征筛查；妊娠 24~28 周进行妊娠期糖尿病筛查。

5. 进行保健指导，包括提供营养、心理及卫生指导，告知产前筛查及产前诊断的重要性等。提倡适量运动，预防及纠正贫血。有口腔疾病的孕妇，建议到口腔科治疗。

6. 筛查危险因素，对发现的高危孕妇及高危胎儿应当专案管理，进行监测、治疗妊娠合并症及并发症，必要时转诊。

(三) 孕晚期（妊娠 28 周及以后）

1. 按照初诊或复诊要求进行相应检查。
2. 继续绘制妊娠图。妊娠 36 周前后估计胎儿体重，进行骨盆测量，预测分娩方式，指导其选择分娩医疗保健机构。

3. 特殊辅助检查

(1) 基本检查项目：进行一次肝功能、肾功能复查。

(2) 建议检查项目：妊娠 34 周后进行胎心电子监护及超声检查等。

4. 进行保健指导，包括孕妇自我监测胎动，纠正贫血，孕产期营养，分娩前心理准备，临产先兆症状，住院分娩和自然分娩，婴儿喂养及新生儿护理等方面的指导。

5. 筛查危险因素，发现高危孕妇应当专案管理，进行监测、治疗妊娠合并症及并发症，必要时转诊。

第二节 孕妇健康教育

孕妇健康教育包括孕前和孕期健康教育。

【孕前健康教育与指导】

遵循普遍性指导和个性化指导相结合的原则，对计划妊娠的夫妇进行孕前健康教育与指导。主要包括：

1. 有准备、有计划地妊娠，避免高龄妊娠。

2. 合理营养，控制体质量（体重）增加。

3. 补充叶酸 0.4~0.8 mg/d，或经循证医学验证的含叶酸的复合维生素。

既往发生过神经管缺陷（NTD）的孕妇，则需每天补充叶酸 4 mg。

4. 有遗传病、慢性疾病和传染病而准备妊娠的妇女，应予评估并指导。

5. 合理用药，避免使用可能影响胎儿正常发育的药物。

6. 避免接触生活及职业环境中的有毒有害物质（如放射线、高温、铅、汞、苯、砷、农药等），避免密切接触宠物。

7. 改变不良的生活习惯（如吸烟、酗酒、吸毒等）及生活方式；避免高强度的工作、高噪声环境和家庭暴力。保持心理健康，解除精神压力，预防孕期及产后心理问题的发生。

8. 合理选择运动方式。

【孕期健康教育与指导】

1. 妊娠 6~13⁺₆周

(1) 流产的认识和预防。

(2) 营养和生活方式的指导（卫生、性生活、运动锻炼、旅行、工作）。

(3) 继续补充叶酸 0.4~0.8 mg/d 至孕 3 个月，有条件者可继续服用含叶酸的复合维生素。

(4) 避免接触有毒有害物质（如放射线、高温、铅、汞、苯、砷、农药等），避免密切接触宠物。

(5) 慎用药物，避免使用可能影响胎儿正常发育的药物。