

中华医学会第三届
妇产科学学术会议
交流情况汇报材料

中华医学会湖南分会
妇产科学会整理

一九八四年十一月

目 录

中华医学会第三届全国妇产科学术会议学术交流情况汇报

一. 产科部份

1. 保健

湖南省妇幼保健院 金明华整理

2. 孕期监护

湖南省人民医院 何智芳整理

3. 有关治疗方面及其他

湖南医学院附属二医院 郑毓秀整理

二. 妇科部份

湖南医学院附属一医院 朱敬璋整理

三. 计划生育部份

常德地区人民医院 路志英整理

四. 肿瘤部份

1. 参加全国第三屆妇产科学术会议妇科肿瘤组汇报材料

湖南省肿瘤医院 宁国媛整理

2. 全国妇科肿瘤学习班有关宫颈癌部份汇报材料

湖南省肿瘤医院 序革望整理

3. 子宫肌瘤与卵巢囊肿切除术

衡阳医学院 高岳生整理

4. 子宫肌瘤、卵巢囊肿剔除术
子宫内膜癌

长沙市一医院

赵文煌整理

5. 卵巢癌的诊治与治疗进展

湖南医学院附属一医院 杨 湛整理

6. 妇科恶性肿瘤的化疗

湖南医学院附属二医院 刘鸿鹤整理

7. 腹腔镜在妇科的临床应用

株洲市一医院

郭益逖整理

8. 孕妇用药对胎儿和新生儿的影响

湖南省妇幼保健院

孙运容整理

自从建立了围产医学以来，强调了婚前保健、产前咨询、围产期管理及监护、适宜技术等都是缺一不可的重要环节。在新的生命即将开始时，就为它的降临创造良好的生长发育环境和条件。

婚前保健

对即将承担做父母职责的青年男女，在建立家庭，开始婚姻生活的转折点上，对他们进行保健检查和指导。

上海市总结了婚前保健门诊四年的工作。

一、组织各妇幼所有关人员进行业务培训，统一检查表格，明确指导内容。业务指导由市计划生育指导所负责。

二、经过多种形式，争取有关部门的支持和配合。尊重群众，尊重社会风格，尊重科学，宣传科学，把科学知识渗透到生活中去，采取一定的行政措施，有的区民政局在接受婚姻登记时，介绍登记对象先去妇幼所检查，有的工厂企业规定职工要在接^婚查出具婚前健康检查证明才可办理登记手续。

三、不断完善和充实检查及指导工作的内容。

开设初期，各区妇幼所一般都指定年龄较大，经验较丰富的妇保医师或助产士担任门诊检查及指导工作。检查重点是生殖系统的检查，指导的重点是性卫生及节育知识。发现有生理发育缺陷等有碍婚姻生活的疾患及重要的全身性疾病的对象，指导矫治。

以后，在实践中，陆续发现了一些明显有碍优生的遗传性疾患者，即从优生的角度进行耐心细致的工作，劝阻结婚。医务

人员深感责任重大，原有的知识水平已不能适应，为此除了组织全市性的业务培训外，还邀请有关专家讲授遗传、优生、精神病、麻疯病、泌尿生殖系疾病等专业知识，提高妇保人员的业务水平，同时还通过多种途径增聘了内科、泌尿科、妇产科医师参加门诊。指导内容除普及婚姻保健知识外，重点放在对有优生问题的对象工作上。

四、检查结果

(一)三年来，受检人数逐年增加。

婚前检查人数

年 份	结婚登记数	婚前检查数	受检率%
1980年7月-12月	90866	11232	12.36
1981年	268658	45176	16.82
1982年	231562	55768	24.08
1983年	135629	68045	50.17
合 计	726715	180219	24.80

(二) 疾病情况：

被检人员中发现患有各种疾病的人数 25432 人，占检查总数的 14.11%，其中生殖系统疾病占 50.81%，内外科疾病占 40.08%，先天性遗传性疾病占 9.11%。

患病情况分析

性别	病例数	生殖系统疾病	内外科疾病	先天性遗传性疾病
男	15440	8776 (56.84%)	5473 (35.45%)	1191 (7.71%)
女	9992	4147 (41.50%)	4720 (47.24%)	1125 (11.26%)
合计	25432	12923 (50.81%)	10193 (40.08%)	2316 (9.11%)

生殖系统疾病，男性以包皮过长最为常见（75.74%），其次为包皮嵌顿占11.19%。其它还有精索疾病，睾丸发育不良，尿道下裂等。女性生殖系统疾病以霉菌或滴虫性阴道炎为最常见（69.63%），生殖道畸形（包括无阴道、处女膜闭锁）占0.98%。其他有子宫肌瘤、卵巢囊肿，附件肿块、子宫发育欠佳等。

内外科疾病男女青年中都以高血压为第一位（男占51.12%，女占33.32%），心脏病及肝病其次，因疾病、外伤造成智力低下后遗症亦占5.4~6.29%。

先天性遗传性疾病中以高度近视为首位，低能痴呆男性占9.7%，女性占11.6%。其它还有精神分裂症、癫痫、先天畸形、色盲等。

五、对上述疾病，按不同情况给予不同指导和处理。

尽力劝阻结婚的：精神分裂症、狂躁抑郁型精神病、癫痫等病情未稳定者，有生理缺陷不能进行正常性生活者。

在治疗或缓解（矫治）后登记：麻疯病、急慢性传染病、活动性肺结核、严重心脏病、肾脏病、男性尿道上下裂、严重包茎、女性处女膜闭锁、先天性无阴道、阴道粘连性狭窄。

落实节育或绝育措施后登记：痴呆、低能，有遗传病家族史而又坚决要求结婚者。

六要防止门诊任务重，忙于应付检查，忽视指导。要文明礼貌、坚守严肃、热情、畅言、守密的原则。

七、目前男青年的保健工作还是一个被忽视的环节。婚前检查中发现男性生殖器疾患高于女性，男青年生殖器清洁卫生较差。卢湾区在区内对400名高一男青年普查发现有外生殖器疾患者占25±%，有手淫者占20%。建议在中学增设生理卫生课，加强男女青年的青春期保健指导，养成良好的个人卫生习惯。

实践证明，婚前保健能为以后的妇幼保健、计划生育打下良好基础，为优生工作站好初筛的第一岗，有利于新婚夫妇身心健

康和家庭幸福，是涉及到婚姻、家庭、社会的十分细致的工作。同时亦可提高妇保人员的业务建设，是妇保工作的重要一环。

早孕监护

一、目的：探讨从早孕开始监护，能否提高胎儿质量，权衡利弊，是否应放人力、物力干这项工作？其价值大小。早孕监护在我国应包括哪些内容及试验？哪些方法可以推广到基层或农村。

(一) 孕前咨询——过去不良产史或自然流产史者，计划是否再次妊娠。

(二) 产前咨询

- 早孕接触过不良环境
- 孕妇本身异常（近亲婚配，高龄孕妇，遗传性疾病等）
- 既往不良产史

(三) 影响胎儿的孕妇疾病的检查。

(四) 产前保健及合并症的防治。

三、手段：B超，多普勒胎心探测仪，乙型肝炎表面抗原及核心抗原抗体，风疹血清凝集抑制试验（血清抑制试验）血清胎甲球蛋白、血、羊水培养细胞核型分析等。

四、举例

(一) 孕妇风疹感染的监测和婴儿的随访。

文献报告早孕妇女患原发或再发风疹感染，可使婴儿患先天性风疹综合征，可致成小头畸形，智力低下，先天性白内障或耳聋等。且病毒可长期存在，甚至达十数年。

方法：早孕妇女在妊12周作血清抑制试验。抗体稀释度 $>1:8$ 为 $<+$ ， $<1:8$ 为 $<->$

结果：有905名早孕妇女接受了检查

结 果	例 数	意 义
阴 性 ($<1:8$)	86 (9.5%)	从未发生过风疹,如在妊娠间发生感染,则为原发性感染,危险性较大,须密切观察。
阳 性 ($1:8-1:64$)	720 (79.6%)	发生过风疹感染,此次是否有感染,须经动态观察,否则不能说明有感染。
阳性滴度 高者 ($\geq 1:128$)	99 (10.9%)	最近可疑有过感染。

对其中533例2个月后再次测血凝抑制试验作动态观察

533例抗体滴定度动态观察

结 果	例 数	意 义
阴 性	40 (7.5%)	到目前为止孕妇未得过风疹。
阴性→阳性	16 (3%)	高度怀疑早孕期间有过原发感染。
升 4 倍	32 (6%)	可疑近期有过感染
降 4 倍	17 (3.2%)	
$\geq 1:128$	54 (10.1%)	
不 变	374 (70.2%)	此次妊娠无再感染

在119例血清可疑风疹感染者中,妊娠早、中期有 $1/3$ 有发

热感冒现象，无一例出疹。

婴儿随访：主要观察体重、身长、头围、视听力，智力方面不易测定，需继续访视。先天性风疹综合征可能数年或十数年后表现症状。

随访106例婴儿，其中3例为双胞胎，1例新生儿死亡，随访年龄 $1\frac{3}{12} \rightarrow 2$ 岁。

106例婴儿随访情况

结 果	例数	正常儿	异 常 情 况
阴性 $\rightarrow$ 阳性	11	5	6 (阴蒂大, 反应慢, 体重低)
上 升	23	18	5 (心率慢, 加速, 耳前赘生物)
下 降	7	5	2 (多趾, 斜视)
$\geq 1:128$	65	49	16 (头围小, 身长短, 先心病, 心率快等)
合 计	106	77	

意义：国外对孕妇妊娠以前均注射风疹疫苗预防CRS，我国尚无疫苗，故进行筛查对终止必要的妊娠是有效的。

(二) 孕妇乙型肝炎患病者及携带者的筛查。

方法：早孕妇女第一次检查时，抽血测HBsAg及SGPT的筛查，如HBsAg阳性，则大多数复查一次，并同时检查e抗原及e抗体。

结果：

1398例早孕妇女中，乙肝患病者或携带者为3.86%。其中e抗原阳性率为4.1%，而e抗体阳性只1例，说明传染性较强。54例HBsAg(+)妇女中，乙肝患病率为30.2% (17)，其余37例 (69.8%) 为病毒携带者。

妊娠结局及婴儿感染情况。

54例 HBsAg(+) 妇女妊娠结局

	例数	人流	已分娩	外院分娩	婴儿状况
患病者	17	9	7	1	2例患乙肝(4月内)
携带者	37	3	26	8	" "

意义：早孕孕妇进行乙肝及肝功能筛查可了解孕妇能否承担此次妊娠，从优生角度及遗传角度亦可对 HBsAg 滴定度高者及 e 抗原阳性者进行人流，以后滴定度下降后再妊娠。

因此，早孕监护是在开展围产期监护基础上进一步提高胎儿质量的措施，此监护需一定的试验方法，要有一定的设备条件，要有人力物力的保证，在有条件医院可以开展。

另期自我监护

一、条件：

经过宣传动员，夫妇双方能自愿接受；

早、中期，高危评分 ≤ 10 ，且无内科并发症；

有条件利用单位医务室，卫生站等进行定期血压、体重测量者。

二、方法：

孕30周以前，除了参加孕期保健的宣传教育，在产科门诊另开展早期自我监护专题班。所选对象及其配偶双方参加，使双方理解自我监护的意义和各项内容的临床意义。

三、内容

(一) 指导正确掌握监护的方法和记录。

1. 胎动计数。每日一小时，时间在18.00—22.00之间。如 < 3 次/时，或胎动计数显著减少，应继续测记2—3小时。并在12小

时内多加严密监护。

2、指导配偶听胎心，每日一次，每次听一分钟。

3、每周测宫高一次，测二次，取其平均值。

4、每周自测尿蛋白一次。由门诊提供必要的试剂和试管，并指导判断的正确标准。

(二) 每周到医务室或卫生站测血压体重各一次。

(三) 拟定警戒信号为：

1、胎心率异常。 >160 次/分或 <120 次/分，或呈不规则。

2、胎动记数 <3 次/小时，或胎动次数显著减少。

3、出现主诉症状，如头痛、头晕、胸闷、眼花、阴道流血、流水、腹痛等。

4、出现尿蛋白。

5、下肢浮肿，卧床休息后不消退。

6、血压上升 $\geq 120/80$ mmHg或较基础血压上升 $30/15$ mmHg。

出现以上任何一个警戒信号，应立即到医院作进一步检查。

(四) 无特殊症状和警戒信号，孕30—38周间，除开始各两周复诊一次，作为校对测量和记录的正确值，巩固指导外，鼓励自我监护。

(五) 孕38周后，按常规进行产前复诊。

四、分析

(一) 取同期高危评分比例相同，并在产前接受常规检查的对象200例作为对照。从入院评分、分娩孕周、或新生儿情况，孕期合并症发生率等方面统计，分析监督表格和产前检查记录，核对合并症出现时间和门诊复查时间未发现有异常情况，和因诊断延误而造成严重后果者。

(二) 掌握监护指标的正确值。

以自我监护指标和门诊复查核对的数据，宫底高度测量的符合率（以相差 <1 cm为完全符合）为34.92%，孕39—40周宫高测

量符合率高于 29—38 周的测量值。胎心率符合率 ($< \pm 20$ 次/分作为符合标准) 98.91%。血压符合率 (收缩压 < 30 mmHg 和/或舒张压 < 15 mmHg) 96.93%，体重和尿旦白测定均属符合。

(三) 可接受性和实用性。

1983 年 3 月至 1984 年 3 月，参加监护对象 527 人次，已收回记录表 363 份，填写认真、记录完整者 249 份，有部分遗漏、记录较差的 10.47%，仅 13 例未作任何记录。总的来讲，对象在实践过程中，还是认真、仔细，能及时发现异常而来院作进一步检查的。

五、体会

家庭自我监护是简便、经济、有一定可靠性的方法，能为群众所掌握，是行之有效的措施。家庭作为基层保健单元，发挥其积极性能起到补充或辅助常规的产前检查制度，使低危孕妇有信心地坚持监护，高危孕妇能配合做好常规检查以外的监护观察，这样能达到按需要制订合理的产前检查次数，使医院的有限人力、物力、时间、能更深入地解决高危对象。因此，孕期自我监护是孕期保健服务的一个改革方式。

农村围产保健试点

一、任务

探索根据农村条件下开展围产保健，进行科学管理，提高产科工作质量的办法。力争减少以至消除危险因素，降低孕产妇、围产儿死亡率，向优生优育目标前进。

二、方法

选点：公社农业人口中的孕妇为系统管理对象。

培训：对卫生院妇保人员采取不定期围产期保健讲课和现场

技术指导，讲授孕产妇系统管理方法和高危因素的诊治，组织部分基层妇保人员到医院产科门诊、产后休养室、婴儿室见习。

管理：按三级妇幼保健网分工负责。

具体管理中抓好三个环节，即正常妊娠的管理高危孕产妇的管理和孕产妇保健卡的使用和回收。

三、分析

上海龙华公社从1979年1月1日至1983年12月31日五年间，一胎一产率从72.4%上升到98.73%。北京顺义县从1980年11月1日至1981年10月31日间2201例孕妇初产：经产=3.58:1.4。上海龙华有66.6%的孕妇，北京顺义县有96.5%的孕妇建立了孕妇联系卡，全部孕妇都有产前检查，平均次数有11.1次（上海龙华）和4.8次（北京顺义）。产后访视率（北京顺义）96.1%，平均产后访视人数每人3.3次。孕产妇死亡率0%。围产儿死亡率14.96%（上海龙华），25.77%（北京顺义）。

四、体会

（一）农村围产保健工作十分需要，深受群众欢迎。

（二）领导重视的重要性。把妇幼保健纳入今后计划，抓秧苗重要，抓胎苗亦重要。

（三）卫生宣教是重要环节，启发人们要求保健，懂得保健，实行自我保健。

（四）从组织上保证措施实施，关键要有一支相对稳定的队伍。要加强培训，十分需要城市技术的支援，提高管理能力和技术水平。

（五）预防和医疗在围产期保健中的地位。预防和医疗都是有限的，不可能预防所有死亡的发生，也不能治愈全部并发症。在围产医学上，产前保健可能避免一部分死胎，为分娩安全提供良好基础。良好的产科处理，可避免一部分死产，又为新生儿¹⁴打下良好基础，减少新生儿死亡，因此，在围产期整个过程中，保健

是基础，产科处理是关键，新生儿医疗护理是保证。三个环节，环环相扣，要努力做到不发生可避免的死亡，围产儿成活必将出现一个突破。

(六) 一个家庭只有一个小孩，需有扎实的儿童保健和围产期保健，任重道远，必须长期坚持不解。

围产儿死亡原因及危险度分析

(综合全国二十五篇有关资料)

本文综合了全国十个省、三个直辖市的三十所医院及福建省莆田县、浙江省农村的围产期 I 死亡儿及其它四个省二十七所医院的有关资料。

一、本文资料中符合围产期 I 死亡率及死胎、死产、新生儿死亡所占的比例见表，共计围产儿出生数 627244，围产儿死亡率 17.0%，其中死胎、死产、新生儿死亡分别为 36.4%、16.9%、46.7%。沪医围产儿死亡率最低为 13.2%，围产儿死亡率高于 35% 的有青医 (38.8%)、藏拉萨医 (42.8%)、肃张掖医 (57.6%)。

二、造成围产儿死亡率增高因素的相对危险度 (RR)。

RR 依次为低体重儿、臀位产、多胎，农村中土法接生的 R 也较高。见表。

各資料國產兒死亡比較

資料來源	日 期 (年)	國產兒死亡率 (%)	分娩總數	國產兒 死亡數	國產兒死亡中所占的%		
					死	胎	死
浙 農	80 81 (2年)	20.7	65808	1363	18.0		20.3
閩 農	82 (1年)	24.2	31268	757	23.1		26.1
沪 醫	74 83 (10年)	13.2	406738	5349	41.9		12.5
鄂 醫	81 83/6 (2½年)	16.8	6442	108	14.8		23.1
桂北海醫	79 83 (5年)	17.0	8181	140	40.0		32.1
成都醫	82/4 83/3 (1年)	21.3	19311	411	36.5		16.5
首 醫	75 83 (9年)	22.4	9828	220			
白 醫	79 83 (5年)	24.0	13434	322	46.0		15.5
吉 醫	78 83 (6年)	24.6	20448	502	35.3		30.5
浙湖二醫	73 83 (11年)	24.6	8419	207	42.3		25.6
津附醫	81 83 (3年)	29.6	8675	257	31.9		13.6
津 一 醫	81 83 (3年)	31.2	17322	540	52.0		4.8
青 醫	80 83 (11年)	38.8	6479	252	28.6		22.2
臧拉薩醫	80 83 (4年)	42.8	1473	63	46.0		28.6
甯張掖醫	73 82 (10年)	57.6	3418	197	27.9		49.7
合 計		17.0	627244	10688	36.4		16.9
							46.7

围产儿死亡率增高因素的相对危险度 (RR)

资料来源	因素内容	因素 (%)	围产儿死亡		非围产儿死亡	RR	P值
			该因素 (A)	非该因素 (B)	该因素 (C)		
成都医	郊区	13.6	88	323	2373	18	<0.01
成都医	低体重儿	7.2	167	173	1137	14.1	<0.01
江苏省十一所医	临产依体重儿	3.9	524	573	3673	25.7	<0.01
青医	无产前检查	34.0	44	40	488	2.2	<0.01
浙农	农村中大法接生	2.6	139	1224	1543	4.6	<0.01
浙农	生育三次以上	10.4	237	1126	6593	1.8	<0.01
吉、鄂、肃医、桂北海	臀位产	3.2	189	495	1057	13.2	<0.01
沪医	"	1.8	689	4660	6524	8.9	<0.01
闽农	"	3.2	186	564	802	12.0	<0.01
闽农	在家分娩的时位产	47.9	111	75	362	1.8	<0.01
闽"	近亲婚配	2.6	35	722	786	1.8	<0.01
闽"	母亲 < 19	2.2	24	703	662	1.5	<0.05
闽"	年龄 ≥ 35	2.4	26	701	695	1.6	<0.05
闽"	多胎	1.6	77	680	424	8.0	<0.01

计数方法: $RR = \frac{AD}{BC} = \frac{88 \times 15374}{323 \times 2373} = 1.8$ P值经四格表 χ^2 于检验所得结果。

三、围产儿死亡主要原因。青医、藏拉萨医、肃张掖医及浙农、闽农调查一致反映臀位产^{及横位产}是导致围产儿死亡的重要原因。其余资料认为：早产、缺氧、畸形是围产儿死亡的主要原因。死亡中早产均占总数的10—40%，畸形约占10—15%，白二医报导该院设立畸形专科门诊，畸形致死占33.9%。

不少医院为了进一步分析围产儿死亡原因，开展了尸解工作。首医尸解率最高，75—79年为78.7%，80—83年达92.8%。尸检死亡原因依次为：缺氧52.3%、畸形19.8%、肺部疾患17.1%

四、各地区及医院的围产儿死亡率基本上与该地区产科和新生儿的医疗保健条件相一致。沪医围产儿死亡率74—83年逐年波动幅度不大，徘徊在13%左右。上海地区虽在围产保健工作方面做了一些工作，除推行孕户联系卡，培训专业人员等措施外，不少医院还采取了产前诊断、胎盘功能测定、B超、胎儿监护仪以及胎儿成熟度等监护，但由于近年来第一产占90%以上，难度较高，出现了产科高峰，在人力与任务之间，存在矛盾，影响产科质量提高，这可能是沪医围产儿死亡率徘徊的原因之一。青医、藏拉萨医和肃张掖医，位于我国西北高原及边缘地区，对围产工作已开始重视，但围产儿死亡率尚较高。

五、早产发生率：沪医5.2%，浙农7.4%；早产儿死亡率沪医73.6%，浙农112.6%。农村的发生率和死亡率均较城市为高。苏医资料低体重儿中80%为早产，20%为足月小样儿，要降低围产儿死亡率，首先应放在预防足月小样儿的发生，必须加强妇幼保健工作，孕早期进行登记与检查，对妇产科或内科等可诱发早产的疾病，可早期筛列入高危对象进行监护治疗，特别对导致心脏负担过重的，如双胎、心血管病等孕末期应提早休息或住院。首医等尸检分析早产死亡的原因，除了畸形及缺氧外，肺透明膜及其他肺部感染疾患，死亡比例很高。故必须做好胎儿肺部成熟度诊断与治疗，以便在不影响母婴健康的前提下，适时终止妊娠；产程中注意给氧