

实用妇产科专著系列

shiyongfuchankezhuanzhuxilie

图解妇产科学

Obstetrics and Gynaecology —An Illustrated Colour Text

Joan Pitkin

Alison B. Peattie

Brian A. Magowan

主审◎乔 杰

主译◎熊光武



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS



妇产科学分卷系列

妇产科学分卷系列

图解妇产科学

Observation and Cytomorphology
—An Atlas and Clinical Text—

Author:

John A. Hodge

John A. Hodge

Editor: Dr.

John A. Hodge



WILEY-LISS
JOURNAL OF GYNECOLOGY

图说(91)目录藏还书图

am) 葛慕玛(英), (A. Z. Peattie) 裴阿支(英), (J. A. Magowan) 金碧支(英), 学科(英) 妇产科学

图解 妇产科学

Obstetrics and Gynaecology —An Illustrated Colour Text

原著 Joan Pitkin
Alison B. Peattie
Brian A. Magowan

原书为：第1版，1977年，1000页，240mm x 160mm，彩图

0075-1000：彩图

50.00.00：付家

人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北京

图书在版编目(CIP)数据

图解妇产科学/(英)皮特金(Pitkin, J.), (英)皮阿提(Peattie, A. B.), (英)玛蔻温(Magowan, B. A.)原著;熊光武译. —北京:人民军医出版社, 2009. 11

ISBN 978-7-5091-3053-7

I. 图… II. ①皮…②皮…③玛…④熊… III. ①妇科学—图解②产科学—图解 IV. R71—64

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 171496 号

策划编辑:崔玲和 孟凡辉 **文字编辑:**伦踪启 **责任审读:**黄栩兵

出版人:齐学进

出版发行:人民军医出版社

经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290; (010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300—8139

网址:www.pmmp.com.cn

印刷:北京天宇星印刷厂 **装订:**京兰装订有限公司

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:17.5 **字数:**424 千字

版、印次:2009 年 11 月第 1 版第 1 次印刷

印数:0001~2500

定价:69.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

前言

PREFACE

妇产科学是一门生机勃勃、发展迅速的学科。在产前诊断、不孕症诊治及避孕技术方面均取得了很大的进步。微创外科技术的引入、止痛药的使用缩短了床位占用时间,利于患者尽早痊愈出院;符合 NHS 标准的助产服务的发展,已经出现了新的多学科方法的应用、新的助产士角色转换,以及妇科执业护士的出现。

产科和妇科同等重要,要求严格。围生期保健给我们大家以挑战,要求我们更加以妇女为中心,在世界范围内提供同样标准的保健服务。我们无时无刻不在体会着新生命降临的喜悦,同时,本专业也有着最高的诉讼率,给临床医师增加了负担。正因为如此,审计、临床管理,以及循证医学方法都是特别重要的。

本专业领域仍然饱含许多有争议的方面,特别是辅助生殖技术、终止妊娠和激素替代治疗方面。不会有任何一个医学分支学科会对性交困难、阴道分泌物和性心理等如此私人和私密的细节问题进行讨论。患者对医师的信任,对医师来讲是一种非常珍贵和值得珍惜的殊荣。

我们旨在将本专业深奥的知识用生动和实用的方式传达给读者。每个主题因为广泛使用插图而显得生动。同时,还包含了相当多的最新的信息细节,并且涉及了一些其他书本中未曾提到过的话题。图表和“要点”框的使用方便读者阅读和查询。我们衷心地希望这本书能给您以启发,并在阅读中得到享受。

Joan Pitkin

Alison Peattie

Brian Magowan

目 录

CONTENTS

第一部分 产 科

一、正常妊娠的生理症状和体征·····	(1)
二、产前保健·····	(4)
三、孕前咨询·····	(7)
四、胎儿染色体异常·····	(10)
五、胎儿畸形·····	(14)
六、孕期感染·····	(20)
七、人免疫缺陷病毒(HIV)·····	(23)
八、早产及未足月胎膜早破(PPROM) ·····	(27)
九、高血压·····	(30)
十、小于孕龄胎儿·····	(33)
十一、妊娠期合并症·····	(36)
十二、妊娠合并糖尿病Ⅰ·····	(42)
十三、妊娠合并糖尿病Ⅱ·····	(46)
十四、妊娠期贫血·····	(50)
十五、妊娠期血红蛋白病·····	(53)
十六、产前出血·····	(57)
十七、多胎妊娠·····	(61)
十八、臀先露·····	(64)
十九、静脉血栓栓塞性疾病·····	(68)
二十、产前保健中的社会心理问题·····	(71)
二十一、正常分娩机制·····	(74)
二十二、过期妊娠与引产·····	(77)
二十三、产程中胎儿监护·····	(80)
二十四、异常分娩·····	(83)
二十五、手术分娩·····	(86)

二十六、会阴·····	(93)
二十七、产后出血及第三产程异常·····	(96)
二十八、产科急症·····	(99)
二十九、正常产褥·····	(103)
三十、异常产褥·····	(107)
三十一、分娩方式的选择·····	(111)
三十二、分娩镇痛·····	(115)
三十三、围生期保健的改革·····	(118)
三十四、药物滥用和躯体虐待·····	(121)
三十五、妊娠期常见的问题·····	(124)
三十六、极其重要的统计数据·····	(127)
三十七、新生儿·····	(131)
三十八、出生后第1周的问题·····	(134)
三十九、妇产科中的丧亡·····	(137)

第二部分 妇科学

一、妇科情况评估·····	(141)
二、发育和小儿妇科学·····	(144)
三、青春期及其异常·····	(147)
四、流产·····	(150)
五、人工流产(终止妊娠)·····	(153)
六、滋养细胞疾病·····	(156)
七、异位妊娠·····	(160)
八、盆腔炎性疾病·····	(163)
九、生殖道感染·····	(166)
十、雌激素依赖性避孕药·····	(172)
十一、孕激素依赖性避孕药具·····	(176)
十二、非激素类避孕方法·····	(180)
十三、闭经·····	(183)
十四、多囊卵巢综合征·····	(186)
十五、日间手术·····	(189)
十六、子宫肌瘤·····	(193)
十七、月经生理·····	(196)
十八、月经紊乱Ⅰ·····	(199)
十九、月经紊乱Ⅱ·····	(203)
二十、急、慢性盆腔炎·····	(207)
二十一、子宫内膜异位症·····	(211)
二十二、不孕症的检查·····	(215)

二十三、不孕症的处理	(218)
二十四、宫颈上皮内瘤变	(221)
二十五、宫颈癌	(226)
二十六、子宫恶性肿瘤	(229)
二十七、卵巢良性病变	(233)
二十八、卵巢癌	(237)
二十九、外阴良性病变	(241)
三十、外阴癌	(244)
三十一、绝经:生理变化.....	(248)
三十二、绝经:治疗.....	(251)
三十三、子宫阴道脱垂	(255)
三十四、尿失禁	(258)
三十五、妇科学中的情绪困扰	(261)
三十六、性心理疾病	(265)
三十七、术后护理	(269)

第一部分 产 科

一、正常妊娠的生理症状和体征

妊娠期母体将发生一些变化,以最大限度地适应胎儿的发育和代谢(图 1)。这种变化与正常非孕期的生理状态不同,而且并不是完全对母体有利。

正常情况下(非孕期),在发生某些生理变化后机体可通过内环境稳态调节机制使其重新回复到平衡状态,而孕期母体的内环境稳态调节机制是由胎儿根据其生长发育的需要所控制的。因此,在孕早期母体就会发生许多变化,虽然此时胎儿的实际需要非常微小。

孕妇的能量平衡和呼吸系统的变化受下丘脑的调控,其中孕激素发挥着重要的作用,外周的血容量、血液成分和凝血功能的变化以及水、电解质情况则由雌激素调控。

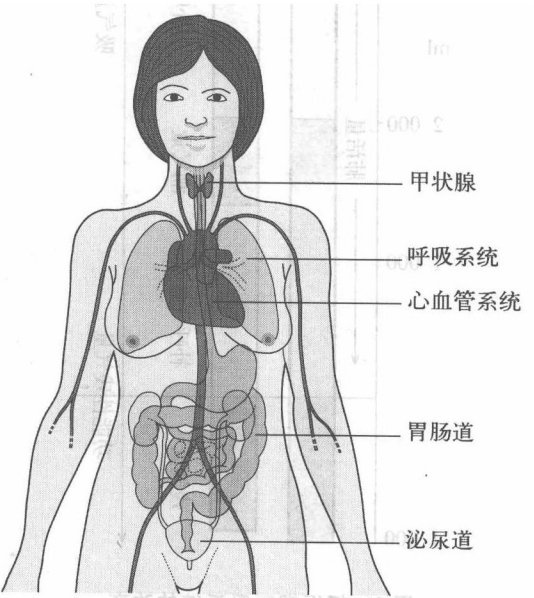


图 1 妊娠期母体的改变

(一)心血管系统

主要的改变如表 1 所示。足月时心排量增加的分配如下。

- 子宫增加 400ml/min。
- 肾增加 300ml/min。
- 皮肤增加 500ml/min。
- 其他部位增加 300ml/min。

表 1 心血管系统的变化

变化	结果或处置
血容量由 2 600ml 增加到 3 800ml	从早孕期(8~9 周)开始增加
红细胞体积由 1 400ml 增加到 1 650~1 800ml	需要补充足够的铁剂
血红蛋白和血细胞比容降低	由于上述两个因素造成妊娠生理性贫血
静息心排量由 4.5L/min 增加至 6L/min	早期开始增加,直至整个孕期和分娩期,产后开始下降
心率增加至 80~90/min	需增加每搏量
氧耗量由 30ml/min 增加至 50ml/min	心排量增加以适应氧耗量的增加
周围血管阻力下降与心排量增加平行	血管扩张,有利于胎儿产生的热量散失
中孕期血压的下降源于周围血管阻力明显下降而心排量增加相对不足	需要知道早孕期的血压以便对孕期血压升高进行评价(见高血压)
心脏杂音发生率增加与通过瓣膜的血流量增加有关	需要与功能性杂音鉴别器质性心脏病进入产程后酌情应用抗生素

(二)泌尿系统

孕期泌尿系统的解剖结构也会发生改变。细胞肥大导致肾长度增加 1cm。由于孕激素的舒张平滑肌作用,输尿管管径增粗,晚期还可能由于子宫增大而引起输尿管的梗阻。由于近曲小管的重吸收负荷过重,葡

葡萄糖的滤过增加,可导致糖尿的发生。早孕期孕妇有尿频感,与肾血流量增加和妊娠子宫对膀胱的压迫有关。在胎盘娩出后出现一过性的尿量增多是由于血管床的血流量减少近 500ml。表 2 中列出了妊娠期的泌尿系统指标的改变。

(三)胃肠道的变化

孕激素可以使平滑肌松弛,肠蠕动减少,从而造成便秘等不适,给母体带来不良影响,口服铁剂治疗还会加重便秘。排使用力可由于妊娠子宫增大压迫引起静脉回流受阻而导致的痔疮疼痛加重。

由于酸性胃内容物的反流所引起的胃灼热感在孕期非常常见。这种现象的生理基础是胃食管括约肌的松弛同时伴有胃排空延迟。由于子宫增大使腹腔内脏器向上及向外侧移位,此时像阑尾炎之类的外科急腹症的诊断也很困难。

(四)甲状腺

孕期甲状腺增大是由于肾处理血浆无机碘化物的能力改变所致。肾脏滤过率增加会导致这些物质的血浆浓度下降,为了维持正常的血浆碘化物浓度,甲状腺则代偿性肥大。妊娠期甲状腺肥大表明轻度的相对碘缺乏。

(五)体液

妊娠期机体的水分增加 8.5L。其中 6L 分布于胎盘、羊水、血容量、子宫以及乳腺,2.5L 为细胞外液,可导致水肿。妊娠期指凹性水肿(双下肢)是为常见。结缔组织中基质的含水量增加导致韧带松弛,由此孕妇可感觉背痛、腰椎前突以及在行走时会感觉到耻骨联合分离引起的疼痛。指尖麻刺感与相应的神经通过屈肌支持带时由于组织水肿而受压所致。体液增加的好处在于使分娩过程中宫颈组织的弹性增加。

(六)呼吸系统

呼吸中枢受到孕激素的调控,可使 CO_2 分压由 6kPa 降至 4kPa,有利于胎儿排泄废气。通气量因潮气量的增加而在早孕期增加

表 2 数值的变化

肾血流量增加	1. 2L/min 增加至 1. 5L/min
肾血流量增加致相应的肾小球滤过率增加	140ml/min 增加至 170ml/min
血清尿素氮因滤过率增加而下降	4. 3 $\mu\text{mol/L}$ 下降至 3. 1 $\mu\text{mol/L}$
血清肌酐因肾小球滤过率增加而下降	73mmol/L 下降至 47mmol/L

40%,随着孕周的增加和子宫的增大,肺容积减少近 200ml。而妊娠期最大呼气流速没有变化(图 2)。

早孕期往往会有呼吸困难,这与母体未适应 CO_2 分压降低有关。轻微的活动就可以导致 CO_2 分压下降至足,可以引起脑血流下降和头晕等症状。 CO_2 分压降低与血浆中的碳酸氢盐浓度保持平衡,以维持正常的 pH。血浆渗透压一直保持低渗状态,从而导致早孕期多尿和口渴。

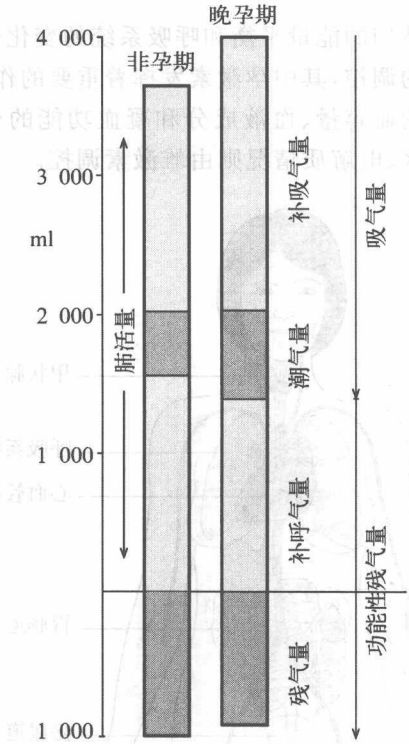


图 2 妊娠期呼吸系统的改变

(七)能量平衡

在妊娠后半期体重平均增加 12kg,包括胎儿、子宫、乳房、血容量增加和体脂;且体脂呈向心性分布。体脂增多一方面由于额外摄入增加,另一方面是因为脂肪利用率下降。后者是因为妊娠后生活方式发生改变,如孕妇习惯坐位休息而不愿运动。

(八)糖代谢

孕期糖代谢改变,与非孕期妇女比较其血糖升高更明显,持续时间更长,且胰岛素水平也较正常增高。孕期胰岛素抵抗在晚孕期尤为显著。空腹血糖在早孕期降低,而在孕 16~32 周升高。因此,妊娠期糖尿病在孕晚期更易被发现。

(九)铁代谢

由于红细胞总体积增加(18%)相对少于

血容量的增加,因而随孕周的增加,血红蛋白逐渐降低。平均红细胞体积的减小是铁缺乏(血清铁下降、总铁蛋白结合力增加)最敏感的指标。

常规补充铁剂能使红细胞总体积增加 30%,但是仅仅对铁缺乏的孕妇补充铁剂还是对所有孕妇都补充尚存在争议。

(十)妊娠期凝血机制的变化

早孕期开始即存在高凝状态,有利于减少胎盘与子宫分离造成的出血。晚孕期逐渐增强的中和肝素的能力在胎盘娩出后迅速恢复到正常状态,这对于需要肝素治疗的患者尤其重要。可以观察到纤维蛋白原、Ⅶ因子、Ⅷ因子、X 因子水平升高。而Ⅺ因子和Ⅻ因子水平降低,纤溶活性下降。

正常妊娠-生理性的症状和体征

- 母体的生理变化是为适应胎儿需要而出现的,其与通常情况下机体受到损害而发生的回复到正常生理状态的机制不同。
- 孕激素可以使平滑肌松弛,从而引起泌尿系统和胃肠道的改变。
- 孕期母体的许多生理性变化也是疾病的征象,因而,对于这些变化应该谨慎地做出解释。

(魏 媛)

二、产前保健

(一)保健目的

产前保健的目的是确保妊娠结束时母婴健康。因此,产前保健成为评价高危因素的过程,从病史和孕期检查中发现可能危及孕期母婴健康的因素,并及时予以纠正。

(二)保健类型

传统的产前保健出现在 20 世纪早期,28 周前每月检查 1 次,28~36 周每 2 周检查 1 次,此后每周检查 1 次,直至分娩。这样保证妊娠期有 12~14 次检查,更多次的检查有助于发现妊娠期重要的合并症,如高血压或者胎儿生长受限(FGR)。一般来说,在妊娠早期建册,最好是早孕期,并且告知在饮食、吸烟、饮酒、用药等方面的注意事项。这些内容在孕前咨询时讲明更好(见孕前咨询)。初诊时应详细地询问病史,从中可以找出导致围生儿死亡的高危因素。

1. 流行病学因素

(1)未成年孕妇——高血压和胎儿宫内发育受限(IUGR)发病率增加。

(2)高龄初产妇(>35 岁)——胎儿染色体疾病、围生儿死亡和产科干预增加。

2. 既往产科疾病史

(1)既往死产和新生儿死亡史。

(2)既往胎儿畸形史。

(3)早产和急产史。

(4)剖宫产史。

(5)可能复发的妊娠合并症:子痫前期、IUGR 及胎盘早剥、产后出血(PPH)。

3. 母亲的疾病史

(1)心脏病、糖尿病、甲状腺功能紊乱、吸毒、肾脏疾病、血栓性疾病、高血压、癫痫(见妊娠期合并症)。

(2)体格检查:心脏杂音、高血压、母亲的体形(高大容易发生妊娠期糖尿病,瘦小容易发生 IUGR)、盆腔包块、子宫大小与孕周不

符等。

(三)临床检查

很少有孕妇曾经接受过医学检查,常规体检应涵盖心血管、呼吸、肾及运动等系统,以除外这些系统的疾病。

临床检查除外乳腺疾病是必要的,同时要检查乳头的情况,对于那些准备母乳喂养的孕妇,如果乳头内陷应予纠正(乳头罩或者按摩乳头)。静脉曲张时应该及早穿合适的弹力袜,避免静脉曲张加重导致血栓性疾病。

随着经验的增多,腹部触诊的技能会逐步提高。规范的检查步骤可以保证获得大量的信息。

1. 视诊 观察腹部膨隆的程度;脐部的突出往往表示腹部过度膨胀(应警惕双胎或者羊水过多)。观察胎儿运动(若胎儿运动存在,则提示腹部的膨隆与妊娠有关而非卵巢囊肿)。腹白线在妊娠期加重成为妊娠线。

2. 宫底 用左手尺侧自胸骨剑突向下检查来确定宫底的位置(子宫的最上部分)。

3. 耻骨联合至宫底高度(SFH) 用软尺测量从宫底部过脐部到耻骨联合上缘的距离。在孕晚期这个测定值(cm)与孕周数接近(± 3 周)。

4. 两侧腹的触诊 如图 3 所示,两手展平放于母体腹部两侧,检查胎产式(胎儿的纵轴与子宫纵轴的关系)。胎儿在两手之间轻轻地浮动,以确定胎儿的部位。胎产式有纵产式、斜位和横位,其中纵产式最多见(参见异常分娩)。羊水量亦可以通过触诊进行判断。触诊时可以感觉到与胎儿之间水垫的存在,则羊水量正常;若感知胎体困难则为羊水过多,若在腹部可以清楚地触清胎体则可能存在羊水过少。

5. 检查先露部 双手均放置在子宫的下段处,确认位于此处的胎儿部分(图 4)。

这样往往可以确认先露部是否已经衔接(先露部的最大径线通过了骨盆的入口)。头先露时也可以是触及大约五分之几胎头(图4)。

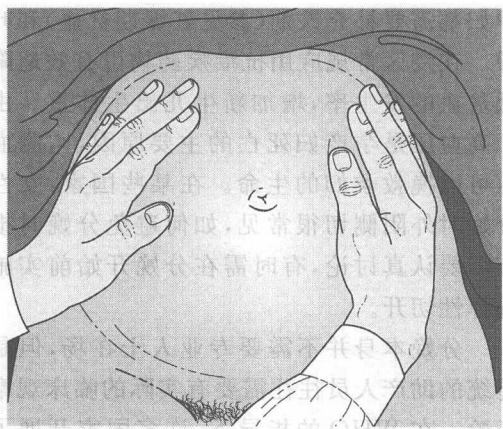
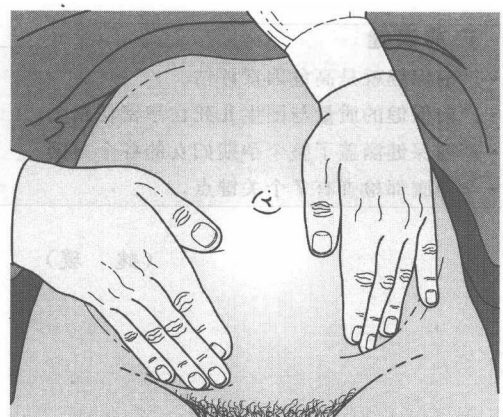


图3 妊娠腹部两侧触诊



完全在 上方	前顶+++ 枕部++	前顶++ 枕部+	前顶+ 枕部能触及	前顶+ 枕部未触及	胎头无 法触及
5/5	4/5	3/5	2/5	1/5	0/5

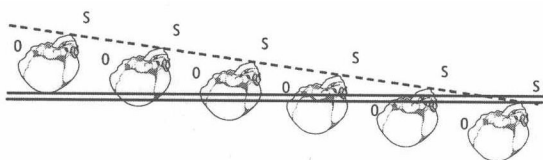


图4 先露部腹部触诊与衔接的关系

6. 胎儿健康状况 最后我们通过 Pinard's 听诊器或手提式多普勒听诊胎心心脏。母体关于胎动情况的描述可以替代胎心心脏听诊。

(四)检查结果报告/记录

往往以从病史的描述开始,例如,某女士,30岁,孕36周,孕2产0,血压升高,检查子宫增大与孕周相符,腹部可见陈旧的妊娠纹。①宫底高度35cm;②纵产式;③单胎;④头先露;⑤可触及3/5的胎头;⑥胎心可闻及;⑦羊水量正常。检查时,这7项都需要记述清楚。

(五)产前访视

产前访视往往从询问孕妇的健康状况和胎动情况是否满意开始。有些医生要求孕妇在28周后记录胎动情况观察表。这是基于胎儿死亡前24h胎动减少或者胎动消失。一份“数到10”的观察表从9:00始进行记录,如果到21:00胎动少于10次,则要求孕妇与当地医院联系或去医院进行胎儿状况评价,通常是宫缩胎动图(CTG)。

需要测量血压,检查尿液,了解尿蛋白情况。晚孕期发生高血压可严重影响母婴健康(参见高血压)。外周指凹性水肿比较常见。

查阅近期所有的化验检查结果(表3),并根据需要给予适当地处理。贫血者应给予铁剂治疗。Rh阴性的患者在28周和34周需要进行抗体检测。然后开始腹部检查,了解胎儿的生长发育及其胎方位情况。如果发现胎儿小于正常水平则需要进行超声监测胎儿生长情况。必要时可以间隔2周进行1次超声检查以确认胎儿真实的生长发育速度。子宫增大超过预期则应怀疑是否存在羊水过多。

初产妇的胎儿先露部在37周前衔接,如果胎头高浮,则需要检查以除外前置胎盘和胎儿畸形。越接近分娩的孕妇,越担心而要求与医生进行讨论。对于拟定分娩计划中孕妇主观愿望与医疗处理原则存在的各种分歧,都必须详细加以讨论。

表 3 妊娠期血液和尿液检查

检验项目	意 义
血红蛋白	在分娩前纠正贫血
镰状红细胞	在地中海和加勒比海地区进行产前诊断
血红蛋白电泳	检查地中海贫血
Rh 血型 and 抗体滴度	Rh 阴性需要进行监测
风疹滴度	大多数在上学期间已进行免疫接种
乙肝病毒	常规检查如果阳性需要检查 HIV
HIV 病毒	在知情同意后进行检查
FTA 和 TPHA	进行治疗以预防先天性梅毒
尿蛋白	有感染或菌尿者需要进行治疗
尿糖	即便血糖正常,由于肾糖阈降低也会出现尿糖

尽管发展中国家孕期宣教和母婴保健与发达国家孕妇保健和父母学校的情况大不相同,但这些课程都是为孕妇能够充分了解分娩过程做准备的。对于未知事物的恐惧会增强对痛觉的感受性(参见分娩镇痛)。指导孕妇呼吸有助于增强孕妇在宫缩时的自我控制,同时指导孕妇站立的姿势以及如何减轻背痛。还可以去参观分娩室以树立孕妇自然分娩的信心。对父母双方进行育儿指导,并

应介绍母乳喂养的益处。

以上所述在发展中国家可能还不能全部实现,那里血液化验只检查血红蛋白和 HIV,而且没有超声检查设备;因此,在产前访视中相关人员的侧重点各不相同。所有的孕妇都需要补充铁剂(参见妊娠期贫血)和叶酸。在疫区常规应用抗疟疾药物可有效地降低贫血的发生率,增加新生儿出生体重。由于高血压是孕产妇死亡的主要原因,监测血压可以挽救孕妇的生命。在某些国家,女性分娩时外阴侧切很常见,如何避免分娩时损伤需要认真讨论,有时需在分娩开始前实施选择性切开。

分娩本身并不需要专业人士在场,但是传统的助产人员往往需要有实际的临床观摩经验。在 WHO 的指导下,许多国家开展了针对传统助产人员的培训计划,以提高母婴保健质量。

产前保健

- 产前保健就是高危因素评估。
- 产前保健的质量与围生儿死亡率密切相关。
- 产前保健涵盖了整个孕期妇女的各个方面。
- 孕期腹部检查有 7 个关键点。

(魏 媛)

三、孕前咨询

孕前咨询在很多情况下都是有幫助的,包括一般性的宣教;对曾有基础病患者制定妊娠计划;为曾有产科并发症的患者回顾分析病情提供积极预防的计划;对存在胎儿畸形高危因素的患者妊娠和分娩进行讨论。事实上,产前咨询往往在妊娠早孕期进行。

(一)一般宣教

过早或过晚妊娠者的产科并发症发生概率较高,尤其是妊娠期高血压疾病,围生儿死亡率也明显升高。吸烟也会增加围生儿死亡率,最好能够戒烟。饮酒会降低生育能力,是一种潜在的致畸物质。在英国,营养不良比较少见,但明显的母体营养不良则和胎儿宫内生长受限(IUGR)密切相关,有的可增加日后发生冠状动脉性心脏病、非胰岛素依赖型糖尿病和卒中等疾病的风险(胎儿起源学说)。

孕前开始服用叶酸对于曾分娩过神经管缺陷儿者可以降低其再次分娩神经管缺陷儿的风险(图5)。所有孕妇孕前服用预防剂量的叶酸可起到一定的保护作用。目前,尚无叶酸致畸的报道。

(二)医学建议

母体慢性疾病对生育能力有不良影响,但随着病情好转,其对生育能力的影响会减轻。母体疾病会影响胎儿,妊娠本身也可以影响疾病发展,尤其是系统性红斑狼疮(SLE)(参见妊娠期合并症)、糖尿病(参见妊娠合并糖尿病)、HIV(参见人类免疫缺陷病毒)、肾病(参见妊娠期合并症)、血栓栓塞性疾病(参见静脉血栓栓塞性疾病)、以及甲状腺疾病(参见妊娠合并症)。

很少建议有心脏病的妇女不要妊娠,但应该劝告那些有右向左分流的心脏疾病患者不要妊娠,因为妊娠对她们自身健康的影响实在太(例如肺动脉高压患者)。活动性系统性红斑狼疮性肾炎患者母体及围生儿的死亡率

明显升高,发生子痫前期的风险也特别高。

那些由于瓣膜疾病、静脉血栓性疾病服用华法林的孕妇胎儿畸形,尤其是颜面中部发育不良的危险性增高,因此,对于妊娠时机选择,以及至少在早孕期改用肝素是否合适都应给予充分的考量。癫痫患者服用的抗癫痫药物也有致畸作用(图6),最理想的是服用单一药物以控制癫痫发作,如果2~3年没有癫痫发作者,可考虑停药药物,这可能影响患者的工作和(或)驾驶车辆。由于抗癫痫药物可导致血清叶酸水平降低,孕前应给予补充叶酸治疗。

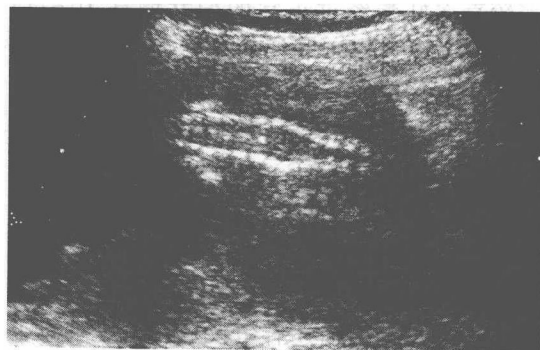


图5 脊柱裂——大的腰骶部脊髓脊膜突出
最理想的是孕前开始服用叶酸

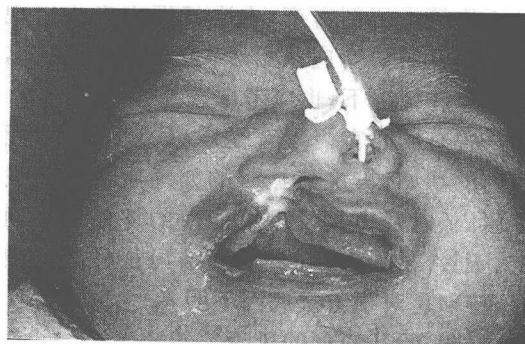


图6 抗惊厥药物与神经管缺陷、心脏和颅面部畸形有关

图中为单侧唇裂

(三)产科方面的建议

对以往妊娠期间曾患产科疾病者来说,她们只要谈起这些往事就会非常地紧张,并且希望了解再次妊娠时发生该疾病的概率,尤其是曾经胎死宫内或新生儿死亡的妇女,由于这些病史常常会多次反复提及,因而她们经常会表现得焦虑不安,有时可能会发怒。在讨论可能存在的复发风险和下一次妊娠计划之后,给患者做出解释是非常有用的。这也是辨明那些情绪低落患者的良好机会,对她们来说,在考虑再次妊娠之前的进一步咨询是非常有益的。曾经发生子痫前期的患者再次妊娠时除了可能发生严重的早产性疾病外,病情有改善的趋势。首次妊娠发生子痫前期者再次妊娠时子痫前期并蛋白尿的发生率较首次妊娠经过正常的妇女增高 10~15 倍。有人建议对于既往病情严重的患者自妊娠早期开始(<17 周,或许从孕前期 3 个月开始)给予小剂量阿司匹林可能会降低胎儿宫内发育受限(IUGR)或围生儿死亡率。这方面的研究报告还存在争议。

以往有器械助产历史的患者再次分娩时常常会比较顺利,但是偶尔也有要求选择性剖宫产者。这方面还有争议,因此,要求对手术和经阴道分娩的利与弊进行详细而充分的考量(参见手术分娩)。通常情况下,上次因臀位、胎儿窘迫、继发于胎位不正的相对性头盆不称等指征剖宫产,本次妊娠中未再出现这些指征的妇女应该给予阴道试产的机会,但在某些情况下,也应考虑选择性剖宫产。

曾有胎儿宫内发育受限(IUGR)或胎死宫内的孕妇,再次妊娠时的处理应根据其发生原因、以及再次发生可能性的评估结果而定。通常是加强产前监护,结局往往都比较好,特别是对于上次病因不明者。

(四)胎儿畸形的风险

曾经发生胎儿畸形的患者常常迫切需要了解再发生胎儿畸形的风险,以及是否可以进行有关的产前检查。虽然这些问题常常在

发生胎儿畸形后就已经讨论过了,但更进一步的讨论有时也是很受欢迎的。

曾有过唐氏综合征孩子、或因唐氏综合征而流产的夫妇,其风险度比他们年龄相关性风险基线值高出 0.75%(参见胎儿畸形)。然而,唐氏综合征在极少数情况下,也可能是由于父母染色体易位(例如 14:21)、或者是镶嵌而遗传的,这就使得再次发生唐氏综合征的风险显著增加。这个问题非常复杂,常常需要临床遗传学家做出专业性建议(图 7)。其他许多畸形也是如此,例如先天性心脏病,其总的复发率 $\approx 5\%$,其也与家族史、用药史、以及畸形是孤立性的还是其他综合征的一部分都有密切关系;其他的结构畸形,如 Potter 综合征、膈疝等,再发率较低。



图 7 唐氏综合征儿伴有房室管缺损

可见大的室间隔缺损(VSD),未见明显的房间隔

某一些疾病可能存在家族聚集性,而另一些疾病可能具有种族易感性,如 Tay-Sachs 病见于 Ashkenazi 犹太人(德系犹太人),而血红蛋白病则好发于地中海血统的人群。

在基因检测后如果发现夫妻双方都是一种隐性遗传病的纯合体,则适合进一步进行侵入性胎儿检查,可能会检测出一些三倍体综合征(例如强直性肌营养不良、亨廷顿舞蹈

病或脆性 X 综合征),但是这些检测的伦理学相关问题比较复杂,而且并非每对夫妇都有必要或希望进行这些检查。其他的常染色体隐性遗传病也有必要进行检查,如对唾液的检查可以检测出囊性纤维病的较常见的突变等位基因,其中最常见的是 $\Delta F508$,如果父母双方都携带有这个基因,则需要进行侵入性胎儿检查。

(五)生活方式的教育

吸烟与低体重儿相关,一氧化碳和尼古丁都可能导致胎儿低氧血症和贫血,虽然尚无报道显示其与胎儿畸形有关,但长期随访追踪提示其与子代智力和情感缺陷有关。吸烟也与胎盘早剥、早产、胎死宫内和婴幼儿猝死综合征的风险增加有关。乙醇和药物滥用也会给胎儿带来巨大的风险。最理想的是,所有这些物质在妊娠期间都应该避免接触。

有工作环境的放射线、有毒气体或某些化学物质暴露史的妇女应给予适当的劝告。没有证据表明VDUs是有害的,或者这个工作本身对母体或胎儿是有害的。孕妇在不感到过度疲劳的情况下可以建议其继续工作,适度的运动锻炼是有益处的,应予鼓励;但如果合并高血压、多胎妊娠、心肺疾病、产前出血或早产等妊娠合并症或并发症,则应该多休息。

(六)妊娠期间的药物治疗

无法确认药物的妊娠期安全性,只能对已经发生的问题做出报道。通常情况下,所有药物都应避免在妊娠期使用,除非用药的益处远大于给胎儿可能造成的风险。然而,

有益的治疗在没有充分的理由时不能轻易停止。

胎儿重要脏器结构的形成是在妊娠最初的12周内,即器官形成期。孕12周以前药物治疗可能导致胎儿畸形,在这一时期以后用药,虽然不会导致较大的胎儿脏器解剖学缺陷,但可能影响胎儿的生长和发育。

药物相关的致畸作用由于1956年原西德治疗早孕反应的“反应停”事件而备受关注。到1961年底,反应停以多达51种商品名在46个国家出售,之后由于有致畸作用而退市。全世界共有10 000名以上由于孕期使用反应停而导致畸形的婴幼儿出生。

其他有明确致畸作用的药物包括抗癫痫药物、华法林和异维A酸。异维A酸是维生素A的一种衍生物,它是一种强致畸物,小剂量即可导致几乎任何一种畸形的发生。离子辐射能够杀灭快速分裂的细胞,根据剂量的大小,也可以导致多种类型的畸形。

乙醇可以从母体循环透过胎盘进入胎儿循环,具有潜在的致畸作用,胎儿乙醇综合征将在产前保健中的社会心理问题中介绍。

产前咨询

- 服用叶酸可以减少神经管缺陷的发生。
- 某些内科疾病,尤其是心脏结构异常性疾病、肾衰竭等,可能会给母儿造成很大的影响。
- 结构性或遗传性胎儿畸形的筛查是可行的。

(任 昉 魏 媛)