

关于单独二胎政策出台的思考

顾梦薇,孙丽洲

(南京医科大学第一临床医学院,江苏 南京 210029)

摘要:“单独二胎”政策的开放给产科工作带来一系列的影响;高龄产妇的增多,以及疤痕子宫再生育的风险,会增加妊娠合并症与并发症的发生。应加强产前咨询,完善产前筛查与诊断技术,提高诊疗水平,倡导阴道分娩,有效降低剖宫产率以及完善对高危孕产妇的管理与救治。文章通过对“单独二胎”政策出台后的分析,预估产科工作中即将面临的一系列问题,旨在做好相应防范措施,完善孕产妇的管理,加强宣教,提高整体医疗服务水平。

关键词:“单独二胎”政策;孕产妇管理;医疗服务

中图分类号: R19-0

文献标识码: A

文章编号: 1671-0479(2014)02-109-003

doi: 10.7655/NYDXBSS20140208

十八届三中全会通过的《中共中央关于全面深化改革若干重大问题的决定》明确提出“坚持计划生育的基本国策,启动实施一方是独生子女的夫妇可生育两个孩子的政策”^[1],标志着“单独二胎”政策将正式实施。启动实施单独两孩政策,由各地依据《人口与计划生育法》,通过省、自治区、直辖市人民代表大会或其常委会修订地方条例或做出规定,依法组织实施,各地卫计委将做好调研指导工作。启动实施单独两孩政策,全国不设统一的时间表,将由各省(区、市)根据实际情况,确定具体时间^[2]。单独二胎是指夫妻双方一人为独生子女,第一胎非多胞胎,即可生二胎。放开“单独二胎”政策对于缓解社会保障制度的压力、老龄化速度等问题都有着积极效应,是有助于稳定社会和促进国家进步的重要政策措施。短时间内,关于二胎的讨论在社会各界逐步展开,这将对各行各业产生深远的影响。在人民网发起的“是否愿意生二胎”的调查中,49.9%的人选择“愿意”,这意味着多数符合条件的夫妻有生二胎的打算。两个孩子可以减少孩子的孤独感,也可以提高家庭抗风险能力。当然部分家庭考虑到经济、教育等问题,不考虑生二胎。新政策的实施,对房地产、教育业、母婴市场等都会带来各种效应。随着政策的推进,也将给产科工作者带来一系列的影响,如何培

养产科专业人才的素质,应对各种可能产生的问题,提高胜任力,值得我们进一步思考。

一、完善产前筛查与产前诊断技术

临床工作中发现,有二胎生育需求的妇女大部分年龄已经超过30岁,甚至超过35岁。由于35岁女性的身体机能处于下滑趋势,加上卵巢功能的退化,胚胎发育不良以及胎儿畸形的发生率会进一步增加。美国妇产科学会(ACOG)和遗传医学学会(ACMG)提出:凡是年龄>35岁孕妇均应进行侵入性的产前诊断^[3-4]。我国《母婴保健法实施办法》也明确规定,对于高龄产妇应进行必要的产前诊断^[5]。

目前的产前诊断疾病主要有以下几类:第一类为染色体异常,如唐氏综合征、13-三体综合征等;第二类为性连锁遗传病,如红绿色盲、血友病等;第三类为先天结构畸形,如先天性神经管缺损、先天性心脏病等疾病;第四类为遗传性代谢疾病,包括糖原贮积症、半乳糖血症以及苯丙酮酸尿症等疾病;另外还有其他疾病。产前筛查分为有创和无创两类,有些孕妇会担心羊膜腔穿刺、绒毛取样术、胎儿镜等操作会带来流产或者感染等风险而拒绝此类检查。因此,可借此契机全面普及产前筛查和产前诊断的相关知识,提高产前诊断技术人员的业务水平。应该更加重

收稿日期:2014-02-16

作者简介:顾梦薇(1990-),女,江苏无锡人,硕士研究生。

视无创技术,如超声,或是通过对胎儿DNA的测序分析,如荧光原位杂交技术(FISH)、比较基因组杂交技术(CGH)、PCR技术等运用。随着医疗技术水平的不断发展,产前筛查和产前诊断的水平得到了较大幅度的提高,今后还可以开展关于产前诊断与产前筛查的论坛、学习班,加强交流,学习国内一流医院的先进技术,引进新型设备,引入人才,进一步为减少我国出生缺陷儿做出贡献。

二、加强产前咨询,提高医疗技术水平

二胎政策的放开,满足了部分符合条件夫妇的需求,然而,并非每个符合政策条件的妇女都适合再次妊娠。高龄以及身体机能的下降将会带来一系列问题,初次剖宫产的妇女二次怀孕也带来一系列的危险因素例如前置胎盘、产后出血、子宫疤痕部位妊娠等。首先应对这些人群进行再生育的评估,这就需要营养、内分泌、超声等相关临床知识或科室医生联手为备孕妇女量身定制个性化的再生育方案,这也是我们产科工作者适应政策改变需要拓宽加强的一方面。上级医院应该加强与社区医院的联动,实行规范化产前检查,避免二胎孕妇对产检的轻视,忽视产检的重要性。各医院产科应该与政府有关部门共同负责,对孕妇进行系统管理,落实孕妇系统保健的三级管理,对孕妇划片分级管理,健全相互间会诊、转诊制度等。在二胎生育政策出台前,由于计划生育政策的限制,部分妇女因为计划外怀孕进行过人工流产,或放置过宫内节育器,反复的宫腔操作增加了妇女异位妊娠、宫腔粘连的风险^[6]。近年来随着剖宫产和麻醉技术的改进、孕妇对宫缩痛的恐惧及人们对剖宫产安全性的认可,使剖宫产率明显升高,导致疤痕子宫显著增多。因而在做好相应的产前咨询、产前诊断的同时,临床工作者们更需提高手术水平,如子宫下段剖宫产术、输卵管切除术、输卵管造口术、切开术等。在切开、分离组织、缝合等各项操作的同时,应该严格按照手术原则,避免医源性因素给二次手术带来的困难。在规范化治疗的基础上,做到因人而异,制订适合个人的最佳治疗方案。

三、引导阴道分娩观念,有效降低剖宫产率

近年来,由于剖宫产手术水平的提高,社会大众对剖宫产的认可,以及部分妇女难以忍受阴道分娩的疼痛感等,使得剖宫产率一直居高不下。除了胎儿缺氧、胎位异常、产程停滞、患严重的妊娠合并症等有剖宫产指征的产妇进行手术,还有部分是因为社会因素施行的剖宫产。所以,随着二胎生育逐渐

增多,产科医生和护士对孕妇顺产观念的引导是必须的,“单独二胎”政策的开放,也许对降低剖宫产率是一个良好的契机。孕妇对剖宫产可能带来的不良后果知之甚少,据统计,正常分娩后24 h阴道出血量为400~500 ml,而剖宫产术中及产后24 h出血量为700~800 ml,剖宫产术的出血量明显多于阴道分娩;羊水栓塞的发生率也比阴道分娩高2~5倍;还有损伤膀胱、输尿管的危险;盆腔及下肢静脉血栓形成的发生率更明显高于阴道分娩者;剖宫产妇女再次妊娠时,前置胎盘、胎盘粘连或植入的发生率也明显增加,且有发生子宫下段切口自发性破裂和子宫切口部妊娠的风险^[7-8]。根据术后远期观察,异位妊娠、子宫内膜异位症的发生率也较阴道分娩者为高,由于是经腹手术,尚有发生肠粘连与肠梗阻的危险。对于剖宫产手术出生的新生儿,由于未经产道的挤压,新生儿湿肺、新生儿羊水吸入、新生儿肺炎等的发生率也会增加,偶尔还会发生新生儿呼吸窘迫综合征。在临床工作中,我们必须严格掌握剖宫产的手术指征,提高阴道分娩率及阴道分娩的安全性,应注意以下几个问题。

(一)加强和完善孕妇的健康教育

制订健康教育的新内容、新方式和新途径,使产前健康教育规范化、制度化。在孕期进行营养指导,防止巨大儿、妊娠期糖尿病等的发生。提高大众对分娩的正确认识,树立阴道分娩的信心。

(二)重视分娩中的镇痛问题

医生和助产士应在产妇身边指导产妇如何正确使用腹压,产程中如何作深呼吸以缓解产妇的疼痛和紧张,必要时也可采用镇痛药物。近年来,导乐分娩法和硬膜外镇痛法、水中分娩等,都是有效的分娩镇痛方法。我们应该进一步推进分娩镇痛等人性化服务,消除或减轻产妇恐惧和疼痛,为产妇树立阴道分娩的信心。

(三)严密监测产程,熟练掌握各项助产技术

如今的胎儿电子监护仪可以检测胎心率的变化及其与宫缩之间的关系,但如宫口扩张情况、先露的高低、胎方位的判断等,以及对胎儿电子监护仪记录的正确解释等,还是需要产科医生的观察和认真的分析。在分娩时,应当强调自然分娩,做限制性的会阴侧切技术,掌握并正确应用出口产钳和胎头吸引术的操作等。

(四)产后出血及产道裂伤的处理

产后出血的常见原因通常是由于子宫收缩乏力或宫颈阴道裂伤,应及时触摸子宫的软硬度,及时行阴道检查,同时检查胎盘和胎膜的完整性。对产后子

宫收缩乏力要耐心地按摩子宫,及时使用宫缩剂,必要时采用其他的止血措施等。如有产道裂伤,应及时缝合。此外,也要注意阴道或会阴部血肿,血肿可能是自发或缝合不良所引起的,首发症状可能是肛门及外阴部坠胀,因此要提高警惕。

四、完善高危孕妇的管理,关注对危重症患者的救治

高危妊娠对孕妇和胎儿的生命健康有着很大的威胁,会导致难产及(或)危及母婴安全,增加了围产期的发病率和死亡率。高危妊娠因素有许多如疤痕子宫、年龄>35岁、羊水过少、早产、妊娠期高血压疾病、胎膜早破、前置胎盘等。凡列入高危妊娠范围内的孕妇,应接受重点管理,针对不同高危妊娠的临床特点制订相关诊疗常规或诊治指南,落实高危妊娠管理制度,重视健康教育和健康促进,通过系统的孕产期教育,使孕妇自觉接受有益于孕期健康的行为和生活方式,消除或减轻影响孕产期健康的危险因素,预防妊娠合并症和并发症。

孕妇高龄、分娩次数多、既往有剖宫产史、既往自然流产史或人工流产及引产史者,都会导致前置胎盘的发生,而前置胎盘的发生与产科危重症有着密切的关系。多次宫腔操作也会增加胎盘植入、胎盘粘连的风险,致使胎儿宫内缺血缺氧危及胎儿及新生儿,同时也是引起产后出血的高危因素^[9]。所以我们医务人员更应加强婚前宣教,指导避孕,减少人工流产次数,从根本上降低产后出血的发生率。对于有多次宫腔操作史的患者,要警惕胎盘粘连或残留的可能,胎盘滞留者应及时行人工剥离胎盘,胎盘娩出后检查其完整性。对于前置胎盘者,尤其是中央型及部分型前置胎盘,手术前术者要亲自参与超声检查,明确胎盘的位置及胎盘下缘与宫颈内口的关系,选择适当的切口并由经验丰富的高年资医生上台参与手术,做好抢救的各项准备工作,从而有效降低产后出血的发生率^[10]。疤痕子宫增加了产科严重并发症即凶险型前置胎盘的发生率,对产科的危急重症抢救也是个重大考验,其由于胎盘植入发生率高,易出现严重产后出血、休克、弥散性血管内凝血(DIC),子宫切除率高,术前应与患者及其家属充分沟通,告知手术相关风险及可能采取的措施。

再生育人群的妊娠合并症和并发症会高于首次生育人群,这对产科的救治水平也提出了更高要求。如妊娠期高血压疾病,妊娠合并心脏病等,这些产科急危重症的治疗关键是病因处理,应根据不同性质

的危重症采取相应的治疗措施。对于重度子痫前期患者予以解痉、降压等药物治疗和母婴监测,并要根据孕周、胎儿宫内情况、治疗效果决定分娩时间及方式。对于子痫患者也应在子痫控制后尽早考虑终止妊娠。对于妊娠合并心脏病患者,应根据心脏病的类型、心功能状况及孕周等多因素制定治疗方案,对心力衰竭者,在经过强心利尿扩血管等短期治疗后应终止妊娠。

总之,对于此类高危患者,我们应足够重视、开展多学科合作、做好充分的术前准备,术中操作轻柔,仔细检查,术后严密观察、及时发现异常情况、如出血、羊水栓塞、心肺肾功能不全等,积极快速有效抢救。各医院也要积极设立产科专属ICU,为此类患者提供更好的治疗环境。

“单独二胎”政策的开放,是当今社会发展的需要,也是政府在计划生育政策上的又一重大举措。对未来即将面临的人口调整,产科工作者要正确评估风险,做好相应防范措施,并且抓住机遇,完善孕产妇的管理,提升产科队伍的医疗服务水平。

参考文献

- [1] 新华社. 中共中央关于全面深化改革若干重大问题的决定[J]. 前线, 2013, (12): 5-19, 27
- [2] 单独二胎政策新动向[J]. 农村·农业·农民, 2013 (12): 15-16
- [3] American College of Obstetricians and Gynecologists. Prenatal diagnosis of fetal chromosomal abnormalities[R]. ACOG, 2001
- [4] American College of Medical Genetics. ACMG position statement on multiple marker screening in women 35 and older, 1994[R]. ASP, 2003
- [5] 中华人民共和国母婴保健法实施办法[Z]. 2001
- [6] 赵凤敏, 吴久玲, 王临虹, 等. 人工流产与生殖道感染及影响因素分析[J]. 中国公共卫生, 2007, 23(1): 12-14
- [7] 顾美皎, 戴钟英, 魏丽惠. 临床妇产科学[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 451-456
- [8] Deneux-Tharoux C, Carmona E, Bouvier-Colle MH, et al. Postpartum mortality and cesarean delivery [J]. Obstet Gynecol, 2006, 108(3): 541-548
- [9] 张建伟. 合理用药情况分析和典型处方点评[J]. 现代医药, 2009, 9(6): 78-79
- [10] 顾玮, 苏琦枫, 黄咏梅, 等. 产后出血相关因素分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2004, 20(11): 677-679