

随着“单独二孩政策”的全面铺开,我国迎来新一批婴儿出生潮,随之,二孩政策导致的问题也接踵而来。医学上把年龄 ≥ 35 岁的孕妇称为高龄产妇,“单独二孩”政策放开后高龄产妇和医院面临诸多困境:首次剖宫产后高龄产妇再产时的困扰;不能正常受孕的生殖问题……



魏丽惠 教授



张为远 教授



乔杰 教授



孙莹璞 教授

“单独二孩”放开 医疗资源保障是关键

▲ 本报记者 于伟

困境 医疗资源跟得上吗?

放开单独二孩政策后,大龄产妇、高危产妇陡增,各级医院产科建档困难,对于已经紧张的医疗资源来讲,更增加了压力。

对超过35岁的高龄产妇来说,均须行唐氏筛查和羊水穿刺检查等,各项检查也更加频繁,无形中花费了更多医疗资源。另外,加之

生头胎时剖宫产导致的瘢痕性子宫,均让医生和患者担忧不已。

专家指出,处理大龄以及高危产妇的技术在大医

院已无障碍,关键问题是我国基层医疗资源还较匮乏,如何保证产前、孕中、产期、产后质量,对优生优育带来前所未有的挑战。

延伸 辅助生殖有哪些挑战?

如今,女性不孕症、复发性流产,以及高龄女性不易受孕,辅助生殖后多胎选择等,成为妊娠研究的热点。

北京大学第三医院乔杰教授介绍,我国辅助生殖已开展25年,可以说,我国生殖医学水平可谓与世界同步。我国近年取得一系列成果,如2015年发布“辅助生殖促进排卵药物治疗专家共识”、“卵巢低反应专家共识”、“黄体支持与孕激素补充共识”等,均有效保证了辅助生殖

的质量。

另外,婴儿性别不均衡问题也受到广泛关注。郑州大学第一附属医院孙莹璞教授介绍,其团队进行的一项纳入18个生殖医学中心121 247名活产婴儿进行回顾性分析显示,在体外受精-胚胎移植/胞浆内单精子注射过程中,受精方式和胚胎移植的阶段对活产婴儿性别比有显著影响,胞浆内单精子注射显著降低性别比例,而囊胚移植显著增加男婴性别比。

问题 高龄产妇再产安全吗?

近年,我国每年新生儿中超过一半为剖宫产,有些地区甚至高达80%,已成目前备受世界关注的一大问题。

“产妇头胎行剖宫产术后,会出现一系列问题。”北京大学人民医院魏丽惠教授告诉记者,如术后的瘢痕处理就非常棘手,瘢痕妊

娠或可引起大出血进而危及生命,一部分产妇还会面临子宫能否保留的窘境,或产妇在后期出现其他妇科疾病需再行手术时,问题频发。”无指征的高剖宫产率的弊端已逐渐显现,其远期风险不可忽视,我们或正在承担高剖宫产率的苦果。

”魏丽惠强调。

北京妇产医院张为远教授指出,我国各地区医疗技术、医疗资源、知识结构、文化理念发展严重不平衡,西部地区孕产妇死亡率是东部地区的2.5~3倍。随国家“二孩”政策的全面放开,短时间内高龄孕产妇比例

增加,导致妊娠合并症和并发症增加;过去十多年来的高剖宫产率给“二孩”生育的孕产妇带来了子宫破裂、胎盘附着异常和再次剖宫产的几率增加。这些因素导致妊娠和分娩的风险增大,政府和我们妇产科医生面临巨大压力。

专家共议维生素D 产前筛查 全面关注母婴健康

日前,在“维生素D妇幼专家沙龙”上,北京积水潭医院妇产科张岩教授和郑州市妇幼保健院妇产科张富青教授基于当前中国人群维生素D缺乏现状,重点就妊娠期妇女维生素D筛查及其对母婴健康的重要意义展开了讨论。

张岩教授

孕妇维生素D普遍不足 自身疾病隐患不容小觑

因产前孕妇多缺乏户外活动,接受日照时间少,且妊娠期胎儿生长发育需要以及双胎等因素影响,大部分孕妇体内维生素D浓度普遍不足。维生素D缺乏一直被认为是糖耐不良的重要风险因素,2012年,我国第一个评估孕期妇女维生素D状态的研究显示,北京妊娠糖尿病(GMD)孕妇维生素D

不足发生率高达96.25%,缺乏维生素D的受试者患GMD风险是高维生素D水平受试者的1.8倍。

孕妇缺乏维生素D会对自身骨代谢系统产生不良影响。妊娠期腰椎骨密度较孕前降低1.53%,骨吸收增加导致负钙平衡,致使骨丢失,出现腰腿酸痛,严重者甚至发生一过性骨质疏松和多发性骨

折。国内外研究发现,维生素D含量与妊娠高血压有紧密关系。妊娠早期,若维生素D浓度 < 37.5 nmol/L (15 ng/ml),孕妇患妊娠高血压几率会增加5倍。尽早发现并及时纠正和改善维生素D缺乏情况,有利于妊娠期妇女自身保健,以防骨代谢、糖代谢等疾病危害。

张富青教授

孕期维生素D缺乏将严重威胁婴幼儿健康

作为人体的生命元素,钙对婴幼儿的身体健康和成长发育意义重大。维生素D水平维持在正常范围内时,即血清25-羟基维生素D浓度为20~35 ng/ml,钙吸收率可提高65%。母体孕期补充维生素D还可帮助提高新生儿腰椎

骨密度,减少低出生体重儿发生率。

作为我国儿科重点防治的四病之一,维生素D缺乏性佝偻病导致生长长期组织矿化不全,发病高峰期在婴儿3~18个月龄。

国外研究证实,妊娠期妇女维生素D缺乏还将导致新生儿延迟

性低血钙,增加子代早年1型糖尿病、婴儿期变态反应性疾病、婴儿下呼吸道合胞病毒感染等,甚至一定程度加大儿童语言障碍发生风险。产妇维生素D水平与初次剖宫产手术呈负相关,妊娠妇女缺乏维生素D,对母婴健康均可能产生一定影响。

确保母婴健康 产前维生素D筛查是关键

孕妇维生素D状况直接关系到母婴健康,张岩教授和张富青教授均指出:“为确保母婴健康,产前维生素D筛查亟需加强普及。”国际上,美国妇产科医师学会、澳大利亚和新西兰骨与矿物学会、加拿大儿科协会、美国内分泌协会等众多权威指南均推荐,将维生素D检测

用于维生素D缺乏高风险孕妇或所有孕妇筛查。2008年中华医学会儿科学分会《维生素D缺乏性佝偻病防治建议》指出,为预防维生素D不足,建议妊娠后期为秋冬季的妇女宜适当补充维生素D 400~1000 U/d。如有条件,孕妇妊娠后3个月应检测血液维生素D浓度。若

存在明显维生素D缺乏,可补充维生素D制剂改善并维持维生素D水平达正常范围。

此外,建议按照儿童保健体检要求进行儿童维生素D检测,1岁内每3个月检查1次,2岁内每半年检查1次,3岁及以上1年检查1次,药物治疗者则每3个月检查1次。

规范维生素D检测 改善临床管理

美国内分泌学会2011年发布的《维生素D缺乏评估、治疗和预防的临床实践指南》认为,维生素D缺乏的高危人群应当接受维生素D水平筛查,建议检测25-羟基维生素D的浓度来评价人体维生素D水平,外周血血清25-羟基维生素D水平 < 20 ng/ml者应被诊断为维生素D缺乏,并指出维生素D浓度 > 30 ng/ml临床获益更大。

目前国内无官方维生素D判读指南,较主流的判读标准推荐孕

妇血清25-羟基维生素D ≥ 20 ng/ml;在夏季末应 ≥ 30 ng/ml,才能在冬季和春季维持血清25-羟基维生素D ≥ 20 ng/ml。

准确度和精密度均是维生素D检测手段的重要评估标准。此外,还需具备良好的灵敏度正确识别维生素D高度缺乏患者以进行大剂量补充治疗。

检验医学溯源联合委员会将液相色谱串联质谱法(LC-MS/MS)认定为维生素D检测

“金标准”,但不适于临床大批量标本,目前临床多用免疫化学发光方法。

罗氏诊断Elecys®总维生素D检测采用电化学发光免疫分析法,是已进行LC-MS/MS标准化的检测方法,与LC-MS/MS检测结果一致性高,可追溯至美国国家标准与技术研究院标准参考材料。全自动化设计只需1管血,27 min就能提供检测结果,为临床医生提供快速可靠的检测结果,适合常规临床实验室。