

胎儿心脏超声检查的注意事项

□陈萍

在孕期产检中，胎儿心脏超声检查是一项针对性极强的专项检查，能够及时发现胎儿心脏结构异常和潜在的功能障碍等问题，为宝宝的健康出生筑牢第一道防线。由于大多数准爸爸和准妈妈并非相关专业人士，常对胎儿心脏超声检查存在诸多疑问，比如：为什么要进行胎儿心脏超声检查？胎儿心脏超声检查什么时候做合适？检查结果异常怎么办？今天，我们就来了解一下胎儿心脏超声检查的相关知识。

胎儿心脏超声检查是一种利用超声波技术评估胎儿心脏结构与血流动力学的专项检

查。与普通B超检查不同，胎儿心脏超声检查精准聚焦于心脏，能够清晰地显示心房、心室、瓣膜、血管等关键部位的形态及连接关系，以达到排查先天性心脏病的目的。先天性心脏病是胎儿期常见的出生缺陷，活产婴儿发病率约为7‰~10‰。胎儿心脏超声检查能够检查出80%以上的严重心脏畸形，为临床干预提供关键依据。

胎儿心脏超声检查的最佳时间是孕20周~24周。此时胎儿的心脏结构已成形，大小合适，羊水量分布较均匀，超声穿透性好，且胎儿活动空间充足，视野清晰，便于从多个角度进行观察。若检查

时间过早，可能因心脏发育不完善而导致漏诊、误诊；若检查时间过晚，由于胎儿体形增大、活动空间减小，会影响观察视野且干预难度也会随之增加。

哪些孕妇需要进行胎儿心脏超声检查？除常见的高龄、有先天性心脏病家族史、孕期接触毒物、合并糖尿病等高危因素孕妇外，有不良孕产史（如既往生育过先天性心脏病患儿、反复流产）、孕期服用过可能影响胎儿发育的药物，以及超声筛查时发现胎儿其他结构异常的孕妇，均为胎儿心脏超声检查的重点推荐人群。建议此类孕妇于孕16周~18周进行初步筛查，必要时在孕20周~

24周再次复查以明确诊断，避免遗漏潜在风险。

准爸爸和准妈妈无需担心胎儿心脏超声检查的安全性。超声波作为一种机械波，不同于电离辐射，属于无辐射、无创的检查方式，且其检查强度与时长均在安全范围内。目前，尚无科学证据表明胎儿心脏超声检查会对胎儿造成不良影响。

检查前无需特殊准备，既不需要空腹也不需要憋尿，只需要提前预约并按时到院即可。在检查过程中，孕妇应放松身心配合医生操作，医生会在其腹部涂抹耦合剂，通过移动超声探头观察胎儿心脏各部位的情况。整个检

查过程通常持续30分钟~60分钟。若胎儿体位不佳，遮挡了心脏的关键观察区域，医生通常会建议孕妇起身走动、食用甜食或饮用温水，以刺激胎儿活动并改变姿势，从而确保检查顺利完成。

总之，完成胎儿心脏超声检查是保障胎儿心血管健康的重要措施，能够让准爸爸和准妈妈提前了解胎儿的心脏状况，同时为临床干预提供依据。准爸爸和准妈妈应重视并按时完成此项检查，科学看待检查结果，为新生命的健康到来筑起一道坚实的防线。

（作者供职于山东省济宁市第一人民医院）

新生儿呼吸窘迫综合征的识别与紧急处理

□曹修丽

新生儿呼吸窘迫综合征（NRDS）又称肺透明膜病，是一种在早产儿中较为常见的危重疾病。该病主要由于肺表面活性物质缺乏，导致肺泡萎陷，进而引发呼吸衰竭。若未及时干预，可能危及生命。了解其识别要点与紧急处理流程，对于提升新生儿存活率具有重要意义。

病症核心认知：谁是高危群体

NRDS 主要影响早产儿，胎龄越小，发病风险越高，尤其是32周以下早产儿。其核心病因是胎儿肺部发育不成熟，导致肺表面活性物质分泌不足。这种物质能维持肺泡扩张，若缺乏，肺泡会像干瘪的气球一样萎陷，使氧气无法正常进入血液，从而引发一系列呼吸窘迫症状。该病通常在新生儿出生后不久发作，需重点警惕。

关键识别要点：这些信号别忽视

NRDS的临床表现具有典型性，家长和医护人员可通过以下症状快速识别：一是呼吸急促，呼吸频率超过60次/分钟，这是最直观的早期信号；二是呼吸辅助动作，如胸壁凹陷，新生儿会通过用力吸气带动胸壁凹陷，同时伴随呻吟声，这是其试图维持呼吸的代偿表现；三是发绀，口唇、指甲等部位出现青紫色，提示身体严重缺氧。

辅助检查可进一步确诊：胸部X片检查是传统的诊断手段，典型表现为肺部呈毛玻璃样改变，伴随支气管充气征；肺部超声作为无辐射的床旁检查，敏感性和特异性更高，可快速评估病情并判断是否需要补充肺表面活性物质。在实验室检查中，动脉血气分析会显示呼吸性酸中毒、低氧血症，同时需通过血培养等排除败血症。

紧急处理流程：分秒必争救生命

NRDS的紧急处理需遵循标准化流程，核心包括产房初步稳定、呼吸支持和肺表面活性物质治疗三大环节。

产房初步稳定是首要步骤。对于有自主呼吸的新生儿，需尽早采用持续气道正压通气（CPAP），并通过空气氧混合仪控制吸入氧浓度，避免高浓度氧损伤肺部。体温管理同样至关重要，可用塑料膜包裹新生儿或使用加热湿化的呼吸气体来维持核心体温，有助于降低脑损伤风险和死亡率。

呼吸支持分为无创和有创两种。CPAP是自发呼吸新生儿的一线治疗选择。对于胎龄小于30周的高危早产儿，出生后应立即采用CPAP或无创间歇正压通气（NIPPV）。其中，NIPPV可减少机械通气的需求，并降低支气管肺发育不良的发生风险。若无创通气无法维持氧合，应及时进行气管插管并实施有创机械通气，其目标是缩短通气时间，将动脉血pH值（氯离子浓度指数）维持在7.25~7.40之间。

肺表面活性物质治疗是关键干预手段。当新生儿吸入氧浓度需求超过30%（胎龄小于26周）或40%（胎龄大于等于26周），需尽早给予肺表面活性物质治疗，给药方式优先选择微创表面活性物质注射术。若需插管，则采用INSURE（气管插管-肺表面活性物质-拔管后鼻塞持续正压通气）技术。

总之，NRDS的救治需遵循“早识别、早干预”原则，通过标准化的产房稳定、呼吸支持和肺表面活性物质补充，可显著改善早产儿预后。

（作者供职于山东省济宁市第一人民医院）

儿童过敏性鼻炎的护理

□漆楠楠

春季花粉飘散、秋冬季冷空气来袭时，不少儿童会频繁出现打喷嚏、鼻塞、流清涕等症状，这很可能是过敏性鼻炎所致。儿童过敏性鼻炎不仅影响睡眠和食欲，还可能影响面部发育和学习状态。做好日常护理是减少症状发作的关键。家长若能掌握科学的护理方法，就能有效帮助孩子缓解不适，守护其呼吸道健康。

规避过敏原是护理的核心前提，从源头减少刺激可降低症状发作频率。室内环境中，尘螨、霉菌、宠物皮屑是常见过敏原。家长需定期用55摄氏度以上的水清洗床单、被套、枕套，每周至少1次；避免使用地毯和毛绒玩具，宜选择木质或塑料材质的家具；保持室内通风，每天开窗2次~3次，每次30分钟以上，潮湿季节可使用除湿机将湿度控制

在50%~60%，以抑制霉菌生长。在花粉、柳絮较多时尽量减少外出，尤其避开清晨和傍晚时段，若需外出要佩戴纯棉口罩，回家后及时清洗面部、鼻腔和衣物，避免过敏原残留。

做好鼻腔护理，能有效缓解鼻塞和打喷嚏症状。使用生理盐水洗鼻是一种较为安全、有效的方法，适合各年龄段儿童。家长可选择专用的儿童洗鼻器，洗鼻时让儿童的头部侧向一方，缓慢挤压洗鼻器，使生理盐水从一侧鼻腔流入，从另一侧鼻腔流出，帮助儿童冲洗掉鼻腔内的过敏原、分泌物和炎症因子，每天1次~2次，症状严重时可增加洗鼻次数。需要注意的是，洗鼻时动作要轻柔，避免用力过大损伤鼻黏膜。此外，保持鼻腔湿润也很重要，在干燥季节可

使用加湿器，或者在儿童的鼻腔内涂抹少量医用凡士林，减少鼻黏膜刺激。

调整生活习惯和增强体质有助于提升儿童的抗过敏能力。在饮食方面，家长应避免给儿童食用已知的过敏食物，如海鲜、牛奶等，多食用富含维生素C、维生素D和优质蛋白的食物，如新鲜蔬果、鸡蛋、肉末等，增强免疫力。在作息方面，家长应保障儿童有充足的睡眠，每天睡眠时间不少于8小时，避免熬夜导致抵抗力下降。适度运动不可或缺，可选择温和的运动方式，如散步、慢跑、游泳等，每周3次~4次，以增强呼吸道适应能力。

家长还应学会正确观察过敏性鼻炎症状，必要时及时带儿童就医。如果儿童频繁打喷嚏或鼻塞，影响睡眠和进

食，或伴随头痛、头晕等症状，可能是症状加重了或者有鼻窦炎、哮喘等并发症，应及时带儿童到耳鼻喉科就诊，在医生的指导下使用药物治疗，切勿自行给儿童服用抗过敏药物。另外，家长还应定期带儿童到医院复查，便于医生根据儿童的症状调整护理和治疗方案。

儿童过敏性鼻炎的护理是一个长期坚持的过程，家长无需过度焦虑。通过科学规避过敏原、规范鼻腔护理、调整生活习惯等方式，能有效减少打喷嚏和鼻塞症状的发作，帮助儿童减轻不适。同时，重视症状监测，及时寻求专业医疗帮助，能让儿童在成长过程中免受鼻炎困扰，健康快乐成长。

（作者供职于山东第一医科大学第二附属医院）

儿童常见的用药误区

□阮晓琳

儿童身体尚未发育成熟，肝肾功能、代谢能力均与成人存在显著差异，用药安全容不得半点儿疏忽。

在现实生活中，许多家长因缺乏专业知识，易陷入用药误区，给孩子的健康埋下隐患。了解儿童用药禁忌，规避常见错误，是每位家长的必修课。

误区一：将成人药物减量给孩子使用，这是最普遍也是最危险的错误做法。部分家长认为“成人药物效果好，给儿童用时减量即可”，却忽略了儿童对药物的耐受性和敏感性与成人存在本质区别。

误区二：忽视与年龄相关的用药限制。

不同年龄段儿童的用药禁忌存在显著差异。12岁以下儿童禁用可待因和曲马多；18岁以下儿童在扁桃体或腺样体切除术后亦禁用曲马多。此外，肥胖或患有呼吸抑制风险疾病的青少年，同样需避免使用这两种镇痛药。

误区三：忽视疾病状态擅自用药。

儿童患病时，身体处于特殊病理状态，用药需格外谨慎。

误区四：忽略药物过敏史和药物相互作用。

误区五：为追求效果滥用“补药”。

病为例，金振口服液仅适用于特定类型的咳嗽。若风寒咳嗽或体虚久咳的患儿使用，不仅无效，还可能加重症状。早产儿使用吲哚美辛时，若出现血尿素氮升高、尿量减少、血小板降低等情况，需严格禁用。

误区四：忽略药物过敏史和药物相互作用。变态反应是儿童用药的常见风险，而药物相互作用容易被家长忽视。氯沙坦在儿童临床试验中已明确对其成分或辅料过敏者，且有磺胺类药物严重过敏史的儿童禁用相关抗菌制剂。此外，使用氯沙坦时，需避免与可能发生相互作用的药物联用。

误区五：为追求效果滥用“补药”。部分家长为提高孩

子学习成绩等，盲目使用静脉铁剂等药物，这种行为已构成药物滥用。静脉铁剂仅适用于实验室检查证实缺铁的儿童，无缺铁证据时使用属于违规用药，还可能引发不良反应。此外，酮咯酸等非甾体抗炎药不仅禁用于儿童，成人使用也有严格的要求，家长切勿因孩子疼痛、发热盲目选用。

儿童用药安全，细节决定成败。家长应摒弃“经验用药”思维模式，用药前仔细阅读药品说明书，严格遵循医嘱，不擅自调整剂量、更换药物。对于有明确禁忌的药物，坚决杜绝使用；对于不确定的用药问题，及时咨询儿科医生。唯有坚守科学用药原则，规避常见误区，才能为孩子的健康筑牢安全防线。

（作者供职于山东省威海市立三院）

孕期缺碘危害大 科学补碘有方法

□刘文静

碘是人体必需的微量元素，参与甲状腺功能及神经系统发育调节。对于孕妇来说，缺碘不仅会影响自身健康，还可能导致胎儿在发育过程中出现不可逆的损伤。

本文将详细介绍孕期缺碘的危害及科学的补碘方法，以更好地保障母婴健康。

孕期缺碘的危害

在人体甲状腺激素合成过程中，碘是核心原料，而甲状腺在人体中则参与调节代谢、蛋白质合成等生理过程。

对孕妇而言，其对甲状腺激素的需求量会增加约50%，此时若碘摄入量不足，

可能影响血管内皮功能，增加妊娠期高血压、子痫前期等并发症发生风险。

胎儿在孕早期完全依赖于母体甲状腺激素来促进大脑的发育，如果缺碘，会导致神经元迁移异常、髓鞘形成障碍，对智力造成不可逆的损害。有关研究表明，孕期如果严重缺碘，可能导致胎儿智商降低10分~15分，并且这种损伤在胎儿出生后补碘也无法完全逆转。除此以外，甲状腺激素水平不足还会干扰胎盘的正常发育，从而增加流产、早产及胎停育的发生风险。若妊娠晚期持续缺碘，还可能引发胎儿甲状腺代偿性肿大，胎儿出生后可能出现克汀病，表现为智力低下、听力障碍等特征。

科学补碘的措施

明确补碘需求量

根据世界卫生组织的建议，孕妇每日的碘摄入量应

维持在230微克左右。食用加碘盐是预防碘缺乏最经济、有效的方法。成年人一般每日摄入6克~8克的加碘盐即可满足基本需求。由于内陆地区碘缺乏比较普遍，该地区居民对加碘盐的依赖性较高；沿海地区的居民虽然能够从海产品中获取部分碘，但是仍需要通过加碘盐来补充。

合理搭配富含碘的食物

海藻类（如海带、紫菜）是优质的碘来源，每100克的干海带含碘量可达36240微克，但食用时要控制频率，一般建议每周食用1次~2次即可。除此之外，乳制品和蛋类中也含有一定量的碘，日常饮食中可以通过摄入此类食物补充碘。

特殊人群的调整方案

甲状腺功能亢进患者要限制碘的摄入量，尽量避免食用高碘食物及加碘盐，必要时

（作者供职于山东省利津县妇幼保健院）

月经初潮是女孩进入青春期的重要标志，但初潮后1年~3年，不少女孩会面临月经紊乱的困扰，表现为周期不规律、经量过多、经期延长等。其实，青春期月经紊乱多为生理性现象，与下丘脑-垂体-卵巢轴（HPO轴）功能不成熟有关，无需过度焦虑。科学认识症状、掌握正确的处理原则，便能从容应对这一青春期小插曲。

青春期月经紊乱最常见的表现是异常子宫出血，其出血模式多样且因人而异。初潮后1年，若月经周期短于21天或长于45天，以及初潮3年以上月经周期仍长于35天，均属于不规则出血范畴。此外，月经期持续超过7天、两次月经之间出现少量出血，或月经量多至影响日常生活，均为典型症状。需警惕闭经情况：15岁无月经来潮或乳房发育后3年仍无月经，为原发性闭经；月经来潮后又停止3个周期或6个月以上，则为继发性闭经。

这类紊乱情况多由排卵功能障碍引起，少数与凝血功能异常相关。青春期HPO轴尚未发育完善，卵巢排卵不规律，导致子宫内膜无法形成周期性脱落，从而引发出血异常。诊断时需结合病史、体格检查及辅助检查结果，评估贫血程度、血清铁蛋白水平、内分泌及凝血功能，并排除其他器质性疾病，为后续治疗提供可靠依据。

处理的核心目标是及时止血、纠正贫血，并在急性期后做好长期管理以防复发。治疗时需根据出血严重程度和贫血状况个体化用药，激素疗法是主要治疗手段。对于血红蛋白正常且病情较轻的患者，可短期观察或对症治疗；若血红蛋白在100克/升~120克/升之间且出血淋漓不尽时，可用地屈孕酮等单纯孕激素，通过“子宫内膜脱落法”止血，剂量为每日10毫克~20毫克，连续服用10天~14天。

对于中重度出血患者，推荐复方口服避孕药或高效孕激素作一线药物。复方口服避孕药可选用含炔雌醇30毫克~35毫克的产品，起始剂量为每8小时~12小时1片，止血3天~7天后逐步减量至每日1片，持续使用至少21天，其对急性大量出血的止血效果明确。非激素类药物可作为辅助治疗，如非甾体抗炎药用于缓解痛经，氨基环酸等可辅助经期止血。

止血后，长期的周期调整对于预防疾病复发至关重要。针对常规的周期调整，可采用孕激素周期撤退疗法，即在月经第14天开始服用地屈孕酮，每日10毫克，连续服用14天。对于雌激素水平低、子宫内膜薄的患者，雌孕激素序贯治疗更为适宜；对于存在高雄激素血症及子宫内膜增厚的患者，可选用炔雌醇/屈螺酮片等复方口服避孕药，疗程为3个月~6个月。

需要注意的是，手术治疗仅适用于足量规范药物治疗失败的患者，青春期应优先药物保守治疗。日常要注意规律作息、均衡饮食，避免过度节食、熬夜和精神压力过大，这些因素均会影响内分泌稳定，加重月经紊乱。

青春期月经紊乱是身体发育过程中的正常过渡现象，多数会随着HPO轴的成熟而逐渐缓解。若出现出血量大、持续时间长，伴随严重腹痛、头晕、乏力等贫血症状，需及时就医，切勿因害羞而隐瞒病情。通过科学干预和耐心调理，能平稳度过这一时期，有效守护生殖健康。

（作者供职于山东省济宁市第一人民医院）

分娩减痛有办法

□付娟

许多准妈妈对于分娩疼痛既心存恐惧又充满好奇，渴望了解如何科学有效地缓解这种疼痛。今天，就让我们一起了解几种分娩减痛方法。

了解分娩疼痛

在探讨减痛方法之前，我们先了解一下分娩疼痛的来源。分娩疼痛主要来源于两个方面：宫缩痛和压迫痛。宫缩痛是产妇分娩时由规律性子宫收缩引发的疼痛现象，贯穿整个分娩过程；压迫痛是胎儿下降过程中对盆底组织、会阴和腰骶部产生的压迫感。

需要注意的是，分娩疼痛属于“功能性疼痛”，表明身体正在高效运作。然而，过度疼痛会导致产妇血压水平上升，进而影响产程进展，因此科学管理分娩疼痛对母婴健康有重要意义。

非药物减痛法

拉玛泽生产呼吸