



# 家庭計劃通訊

## 生產對母體健康的影響

李美玲譯

### 壹、前言

每一個人都應享有自由負責地決定生育子女的間隔和數量的權利，同時也應充份地享有獲得有關知識、指導和照顧的權利

這是1974年8月聯合國在羅馬尼亞首都—布加勒斯特舉行的世界人口會議所作的宣言。

但是，如果這個生育多少、何時生育的決定是：(1)威脅到母親及孩子的生命與健康時；(2)在不知生產的危險而下的決定；以及(3)不懂節育的方法時所造成的。那麼就稱不上自由和負責了。

在人類繁衍的歷史上來講，婦女獨挑分娩的重任，需要在適當的年齡(20~30歲)，身體健康且有完善的醫療照顧，才能減到最小的危險率。而生育太多、太密和生產年齡太輕或太老都是增加生產危險的因素。在開發中國家，因為慢性的營養不良、產前產後缺乏照顧、過度的工作操勞、感染病和其他疾病，以及惡劣的生活環境都使得生產的危險性大為增加。

雖然近年來，有許多國家的產婦死亡率已大幅度減低，但開發中國家中與生產有關的死亡率仍很嚇人，有些甚至高達每100,000個活產中有740個死亡之多，這個數目殆高於進步國家的50倍。對“產婦死亡”的不同解釋和統計資料的不全與不可靠性會影響產婦死亡率的計算並使該率的比較沒有意義，但是無疑地，今天某些開發中國家，和懷孕、生產有關的死亡仍居育齡婦女(15~44歲)死亡原因之首。這種死亡可以像進步國家所做的，以供給足夠營養和產前產後的醫學防治照顧來改進。

擁有4個小孩的婦女在開發中國家佔有全體母親的40%，約為進步國家6%或7%的6倍，這種現象主要原因是因為夫妻双方均不知避孕的知識和方法。更糟的是，這其中的許多婦女患有慢性的營養不良、過度的肉體操勞又缺少適當的醫療照顧。她們忽視過度生產對她們本身或家庭生命健康的危險。雖然在開發中國家的調查，指出約有70%的婦女希望能節育，但是在很多國家中，知道避孕知識與方法的仍不超過10%，能有效的來實施的就更少了。這種情形在擁有世界多數人口卻只有少數醫師及醫院的農村中更嚴重，結果農村人口中只有20%的人才能享受現代的衛生服務。

一旦發現又懷孕了，在情急下，許多婦女奮不顧身的轉求助於非法墮胎。全世界每年估計約有二千萬至三千萬件墮胎，其中多數常導致產婦死亡的情況。

關於生產對母體健康的影響的研究大都是1940~1960年代間在已開發國家所作的，較近的研究中有少部份著重於懷孕營養的觀點。一般而言，研究較偏重下一代的健康而忽略了母親。在研究中，由於有些開發中國家，尤其在農村，仍未有可靠完整的生命統計，表示對母親的健康問題只有低估的可能。

因為生產和婦女健康之間的關係很密切，只有當婦女有充份的生育自由才能有效地改進她們的地位，為此，家庭計畫推行應配合鼓勵節制孩子生育數目及兩胎之間充份的間隔，這兩個因素同時還會改善婦女和兒童的健康與營養。

### 貳、生產的年齡，間隔及次數

影響產婦罹病率及死亡率的三個主要因素為：

- 婦女的年紀。
- 兩胎的間隔時間。
- 婦女的生產次數。

(一) 年紀的影響：

20~30歲之間是最適當的生產年齡，離開這段年齡愈遠，懷孕或生產死亡的危險性可能增加2~6倍，雖有良好的營養及醫療照顧可以減少但也無法完全地消除因年齡導致的危險性。在美國的研究發現母親超過適當的生產年齡後，與妊娠生產有關的死亡率逐歲以10~12%的比率爬升。

不論在進步或落後國家，與生產年齡有關的罹病率與死亡率在35歲以上的婦女都較高。(見圖2)比起20~30歲的婦女，35歲以上婦女的妊娠以及生產的併發症有2~3倍的發生機會，尤其是出血性併發症、妊娠毒血症和難產等。

(二) 生育間隔的影響。

婦女在兩胎之間需要2~3年的時間供生理上的恢復並準備下次懷孕。間隔愈短，母親與孩子死亡的危險俱增。即使好的營養和醫療照顧、適當的產齡及低產數也無法補償2年之間緊密生產對健康的損害。間隔太短會增加嚴重的貧血和妊娠生產併發症的發生，同時也會增加早產以及周產期死亡的機會。

而目前，延長生育間隔最自然的方法——延長母乳喂養，已逐漸式微，而為人工哺乳取代；再者有效的避孕方法未能充份適用，這兩個因素一直在助長生育間隔的短縮。

(三) 生產次數的影響

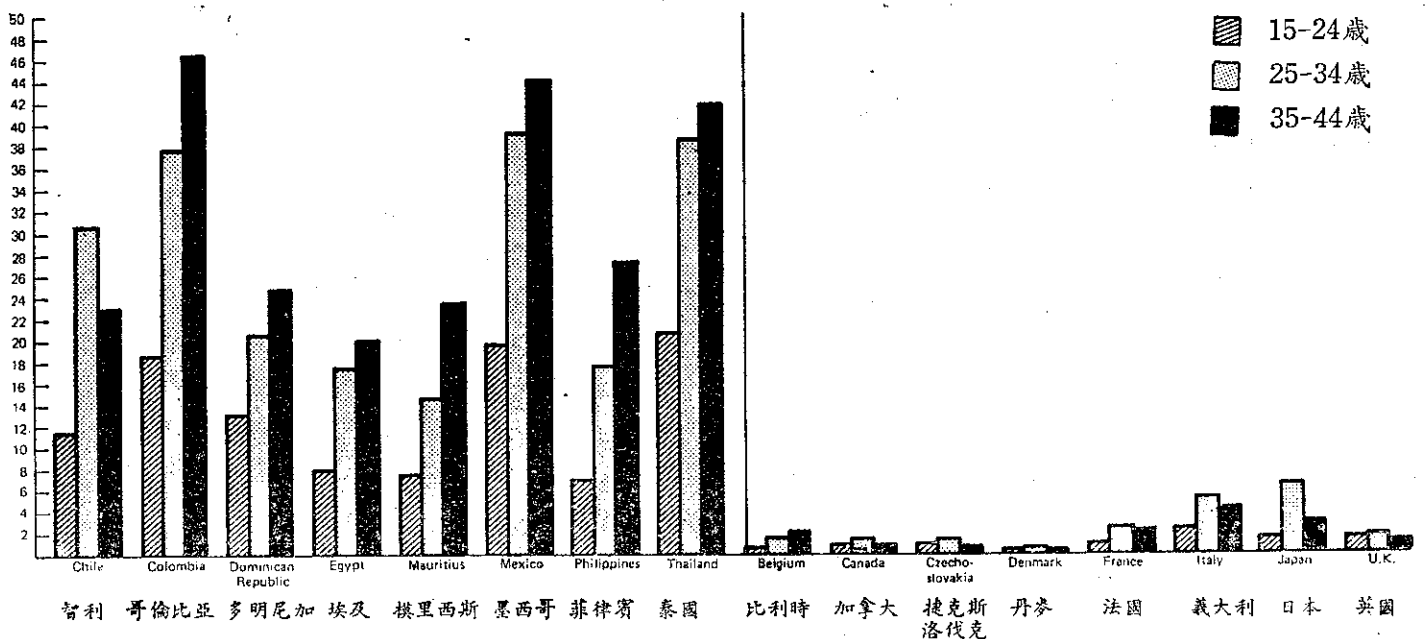
婦女第一次懷孕或生產第一胎較第二、三胎的死亡危險性稍高，其後至第五胎逐漸增加，之後增加更為顯著。婦女有五個以上小孩的情形在開發中國家很普遍，(見表一)，也是產婦和嬰兒死亡率高的原因。

妊娠毒血症和其他妊娠併發症如：難產、子宮破裂、高血壓及腎病等，在五個孩子以上的婦女發生的情形較多。高齡者如產前產後照顧不週和營養缺乏時更增加併發症的嚴重性。進步國家中雖有良好的產科照顧而和大大地降低了多產婦的死亡率，然而這些婦女的疾病及併發症的發生率還是高。

雖然，婦女的年齡，生產次數和生育間隔影響產婦的罹患率和死亡率，但這並非單純的因果關係。不但這三個變數間彼此相關，而且其他因素也牽涉在內：如經濟環境，文化背景，宗教信仰，遺傳體質，衛生情形，營養狀態，生活環境及醫療照顧等。其中許多因素尚未徹底的研究過，尤其在開發中國家。但是下節中引用的開發國家的大部份報告，仍有許多發現可供開發中國家借鑑。

開發中國家

已開發國家



### 叁、產婦死亡率

雖然每年每年出生的男性嬰兒數比女性嬰兒數多，但由於女性較長壽，在已開發國家，25歲以後的每一年齡群中女性人口均超越了男性人口。而在某些開發中國家，育齡婦女的死亡率遠較同齡男性為高。例如，1963年印度15~44歲婦女的死亡率較男性高38%；在巴基斯坦則高75%。死亡率的增加主要是大量婦女死於妊娠生產有關的原因所造成。孟加拉麻特拉農村區，在1968~1970年間總產婦死亡率為每十萬個活產中有570個死亡數；但在15~19歲年齡群中，每十萬個活產中740個死亡數，這個比率幾乎比已開發國家高出50倍。

即使在醫療照顧完善，營養適宜及環境衛生條件良好的地方，生產對婦女死亡率的不利影響，可以聯想在北美農村一個宗教地區——赫特利特斯（Hutterites）所作的研究，或許該地是世界上人口增加最快的，出生率高得異乎尋常（1967年，千分之46），雖然該地的成年人死亡率較之已開發國家或開發中國家都算低，但是當地15~60歲婦女的死亡率（千分之25.86）却較同年齡

表一、婦女在育齡期間的活產總平均數  
1960—1970（選擇性開發中國家）

國別	年份	婦女平均子女數
非洲		
肯亞	1969	6.6
塞內加爾	1960-61	5.4
坦干伊喀	1967	5.0
亞洲		
印尼	1965	4.8
約旦	1961	7.7
韓國	1966	5.7
馬來西亞	1960	5.4
泰國	1960	6.0
美洲		
巴西	1970	5.3
尼加拉瓜	1963	5.8
巴拉奎	1962	4.2
秘魯	1961	5.6
大洋洲		
飛枝	1966	6.3
東加	1966	6.7
西薩摩亞	1966	7.8

群男人（千分之19.56）為高，向我們顯示可以向生產過多（每位婦女10.9個孩子）提出控訴。

很多開發中國家的產婦死亡率列在十大死亡原因之內（表2）。

表二、每100,000位活產數中因妊娠、生產及產後併發症的產婦死亡率（15~44歲）以及在各國十大死因內的排名  
1970—1972，選擇性國家

國家	十大死因內排名	產婦死亡率		
		1970	1971	1972
智利	10	125,7	—	—
哥斯達黎加	8	88,3	90,5	—
埃及	—	101,3	89,2	—
墨西哥	6	135,3	138,6	122,5
巴拿馬	6	122,1	105,6	103,4
巴拉奎	5	—	—	—
泰國	—	214,8	201,8	—
委內瑞拉	6	74,4	74,5	—

產婦死亡率的真正定義沒有一定的標準，然而由於缺乏可靠的數據使某一國對另某國的死亡計算的比較實際上發生困難。

關於產婦死亡率的定義，國際婦產科醫師聯盟（FIGO）定義為：

“任何婦女在妊娠期間或妊娠終止後42天內因任何原因的死亡，而不論妊娠的期間有多長以及妊娠的位置如何。”

另一方面，美國醫藥協會（AMA）定義為：

“在婦女妊娠期間或妊娠終止後90天內的死亡，不論妊娠期多長、妊娠終止的時間或妊娠終止的方法為何。”

由這些定義，產婦死亡可分成三類：(1)直接由生產導致的死亡；(2)間接由生產導致的死亡（因妊娠而惡化的疾病）；(3)不相關的死亡（如意外等）。陳氏等人在孟加拉的研究發現80%的產婦死亡依AMA的定義可歸為直接因生產的死亡，10%為間接的，只有10%是和生產不相關者，因此確認了這種定義的有效性。

### 肆、營養與產婦脆弱性

從營養的觀點來看，妊娠及哺乳中的婦女是最脆弱的成人群，尤其是在落後國家中。所以她們的特殊營養

要求需要進一步來確定。以往人們把妊娠的生理需求視為「被胎兒發育所剝奪的母體資源」，但近來認為是「為了母體本身、胎兒發育、分娩及繼來的哺乳所作的生理調節」，因為早在胎兒尚未長大得稱得上是有問題的寄生體時，母體種種的生理改變便已在進行。不管如何定義，生理的改變總是為胎兒發育的需要預為準備的，包括：增加體內脂肪以儲備能量，增加新陳代謝率，變化血液和其他體液以加速體內養分的運輸和廢物的排除以及改變維生素濃度等。

#### (一) 妊娠的營養需要。

一位妊娠 280 天，並哺乳六個月的健康婦女對營養的需求遠較非妊娠、非哺乳婦女大得很多（如表三）。營養需求的增加正表示妊娠生理上的需要。需要的營養部份是供給母體的組織，但妊娠或哺乳剝奪的營養對婦女的影響則因各人在妊娠時的營養狀態、體力勞動量、疾病及寄生蟲感染的情形而有很大的差異。

#### (二) 營養與生育間隔。

營養與生育間隔的相互關係對母親和孩子的生存以及下一胎妊娠的成敗有決定性的影響。母體在分娩後，至少需要二年的時間和充分的營養來調養以回復妊娠前狀況。營養愈差的婦女所需的懷孕間隔愈長，如果在身體仍處於營養不足時，緊接者又懷孕可能導致妊娠期間體重增加不足，嚴重的貧血，高度的產婦及嬰兒死亡率高以及出生嬰兒體重不足等現象。

在開發中國家的多產婦女，營養需要是特別火急的因為她們在生育生涯中，不是懷孕就是在整個期間哺乳，又為寄生蟲困擾，以及食物給養不足。

由於開發中國家，普遍的慢性營養不良，且由於婦女一再的懷孕、哺乳不斷累積導致營養枯竭，而發生一種母體消耗性症候群，包括：蛋白質缺乏性營養不良，骨軟化症（由於缺乏鈣質及維生素 D 導致的骨軟化），缺碘性甲狀腺腫和貧血等。

### 伍、營養性貧血

營養性貧血是由於缺乏鐵質、維生素 B<sub>12</sub> 或葉酸而導致血液中血紅素含量過低的異常現象，也是最普遍影響婦女的嚴重疾病之一。貧血症和蛋白質性營養不良症（PCM）、眼球乾燥（由於缺乏維生素 A 而引起角膜和眼球四週組織的乾燥）以及地方性甲狀腺腫，併列為世界上四種最普遍的嚴重營養性疾病。PCM 和乾眼症較會影響嬰兒，甲狀腺腫會影響各種年紀的人，而貧血症則是婦女的剋星。未懷孕婦女患此症的機會為男人的 2~3 倍，而妊娠婦女比未懷孕婦女則高達 20 倍之多。（見表四）

營養性貧血嚴重時其特徵是虛弱和水腫，但是在某些地方因為太普遍了反被婦女認為是妊娠時理所當然的現象。已開發國家婦女多少也有妊娠貧血的現象，但是在開發中國家其症狀尤劇，因而導致 40~50% 產婦死亡。相反地，在已開發國家因此（營養性貧血）而死亡的

表三、非妊娠，非哺乳及正常 280 天妊娠，180 天哺乳期婦女營養需要的比較

營養	460 天期間總需要量		
	非妊娠非哺乳婦女	婦女正常妊娠及 6 個月哺乳的總需要量	妊娠期及哺乳期增加的需要量
熱量 (卡)	920,000	1,156,000	236,000
蛋白質 (克)	25,300	31,700	6,400
鈣質 (克)	368	570	202
碘 (克)	46	62	16
維生素 A (國際單位)	2,300,000	3,120,000	820,000
維生素 C (毫克)	25,300	27,600	2,300
folacin (毫克)	184	314	130
菸鹼酸 (毫克)	5,980	7,800	1,820
維生素 B <sub>2</sub> (毫克)	690	864	174
維生素 B <sub>1</sub> (毫克)	460	578	118

實際上是没有的。

表四、非洲、亞洲、歐洲、美洲缺鐵貧血症患者占總人口的百分比

地 區	男性罹患率	女性罹患率	妊娠婦女
非 洲	6-17	15-50	20-90a
亞 洲	10	20	40-50b
歐 洲	3-6	10-25	——
美 洲	5-15	10-35c	38d

a. 南非，黑人除外。

b. 最高者為印度妊娠婦女，高達100%。

c. 南美洲的資料，北美洲估計為20%，較男人高。

d. 委內瑞拉。

—— 沒有報告。

表五、正常妊娠所需的鐵量。

體 內 需 要 用 途	鐵 需 要 量 (毫 克)
排 泄 損 夫	180-300
胎 兒 需 要	250-300
胎 盤 需 要	75
分 娩 失 血	200
妊 娠 時 增 加 紅 血 球 的 製 造	300-400
總 計	1005-1275

資料來源：取自 Alvarez-Bravo (2)。

### (一) 貧血的形式。

依據導致血紅素減少所缺乏的營養種類，營養性貧血可分成三種形式：缺鐵、缺維生素 B<sub>12</sub> 及缺葉酸。缺鐵性貧血是最普遍的，據估計開發中國家80~90%的妊娠婦女受它影響；缺葉酸性貧血也是普遍的，因為往往伴隨著缺鐵性貧血，妊娠婦女對葉酸的需求同時大增，但不易察覺。印度及南美所作的研究都報告20~50%的妊娠婦女患葉酸缺乏症。妊娠婦女缺維生素 B<sub>12</sub> 的報告很少，但這可能是由於失覺察而非不發生。

### (二) 貧血的原因。

開發中國家婦女貧血症普遍的原因，是由下列因素綜合所導致的：

- 不適當的食物給養。
- 經常感染和疾病。
- 生產需要大量的營養。

多產和生育間隔太緊密與開發中國家婦女嚴重的貧血有關，馬來西亞的研究指出，在患貧血症的產科病人中，只有10%是初產婦，但55%是第五次以上的產婦。一個妊娠第三期的婦女對鐵質及葉酸的需要量比非妊娠婦女多六倍，這樣大量的鐵的需要（每個妊娠需要1,000~1,300mg的鐵），無法完全由食物來應付而部分得取之母體的儲存。而母體鐵質的儲存只有在非妊娠時期，因此生育間隔太密的婦女易患慢性而逐漸加重的貧血症，當婦女體內鐵質量降低至罹病點時，體內就無法製造血紅素。世界衛生組織以血紅素低於11g/100ml為貧血症的標準，規定血紅素的標準來分別是否正常或貧血雖不能算準確但妊娠時略有下降可能還是正常的。

因食物中蛋白質及鐵質均攝取不夠而導致的營養不良，是開發中國家貧血症的主要原因。蛋白性營養不良會干擾鐵的利用。某些缺鐵的貧血症個案，用鐵劑治療並不發生作用除非同時攝取蛋白質，尤其是動物性蛋白質。植物性食物中因含有大量的植酸(Phytic acid)會干擾其中鐵質的吸收，而動物性蛋白質如肉、魚、蛋等，不但提供吸收性迅速的鐵質，同時也增加人體對含在植物性食物中鐵的吸收能力。

有時文化上的食物禁忌，尤其是對妊娠婦女或產褥中的給食禁忌，會阻礙營養的攝取。例如，非洲東部的某些社會裡，禁止婦女吃雞、蛋、羊肉及某些種魚類；又如亞洲的某些社會裡，婦女們認為青菜、豆莢和穀類會引起腸胃脹氣，因此避免吃這類食物，特別是懷孕的婦女。烹調過熱的蔬菜會破壞了其中的葉酸，也會導致缺葉酸性貧血症。未經醫師監督的減肥食物療法，排除了必要的鐵及蛋白質，也是貧血症的另一重要原因，但有時人們却有錯誤的觀念以為不宜攝取太多的營養才能產生較小的嬰兒而減輕陣痛的程度。

### (三) 瘧疾、寄生蟲及貧血症。

從第二妊娠期開始，孕婦對瘧疾的抵抗力就銳減，其原因尚不明。瘧疾會破壞紅血球，增加人體對葉酸的需要量，並可能因而引起嚴重的葉酸性貧血。

寄生蟲感染(蛔蟲、鉤蟲和條蟲)在開發中國家是導致貧血症的一個普遍的原因，感染了寄生蟲，除非體內的寄生蟲完全被驅除，否則鐵劑療法或營養補充都是無效的。例如，鉤蟲寄生可能導致每天2~100ml的失血量。

#### (四) 貧血症的後果。

貧血症會減少婦女對感染的抵抗力，而增加2~3倍罹患妊娠及生產合併症的機會；此外，也增加了產婦死亡的危險。在印度孟買一個對產婦死亡率的研究顯示，貧血症是導引死亡唯一最重要的因素。六個小孩以上的多產婦因貧血症有關的死亡率幾乎為初產婦的二倍，貧血婦女感染呼吸道疾病的機會較多也更嚴重，尤其是葡萄球菌性肺炎；潛伏性結核會轉為活動性結核，而已活動性者病情會危篤地加劇；甚至生殖系的比較良性感染常會因貧血而惡化，有時甚而致命。1960年在南美的研究顯示由於產褥性敗血症引起的產婦死亡率在慢性貧血患者中34.4%，而一般人僅為1.3%。在拉丁美洲，貧血婦女早產幾乎為正常婦女的三倍。產前產後的出血不但在貧血婦女更常發生，而且由於貧血患者無餘力再來應付失血更時常致命。

#### (五) 貧血症的預防。

要預防婦女貧血症的二大關鍵因素是：家庭計畫及食物的補充。至少間隔二年再生孩子，以減少孕婦引發缺乏鐵質的命運，即減少生產次數以免妊娠時對鐵的大量需要又可允許婦女儲備足夠的鐵質以供有計畫的妊娠。至於營養不良的婦女，最少需要三年以上的生育間隔。

口服避孕丸對慢性貧血的婦女，是特別值得使用的避孕及延遲生育的方法，不僅因為它在避孕方面有高度效果，而且避孕丸通常還會減少月經出血量而減少鐵質的損失。雖然有些婦女仍與葉酸降低有關係。美國國際開發總署分發的避孕丸中每一週期的七粒填補丸中，每粒都含有75mg的鐵塩—福馬酸第一鉄(Ferrous Fumerate)，雖然其劑量比通常的藥用量低，但有助於減輕慢性的鉄量不足與貧血症。

表六、男女糖尿病危險性的比較以及婦女生產次數對糖尿病病發數的影響  
1949~1972，選擇性研究

研究者，日期 及國家別	研究對象數		研究者的結論
	試驗組	控制組	
費滋傑羅等人 1961，英國	3,260女 2,181男	7,608已婚婦女	40歲以前，男人、女人的糖尿病發率相同，以後女人較高；3個孩子的婦女是未產婦病率的2倍；若6個孩子，則高出6倍以上。
佛羅雷依等人 1972，牙買加	302女 236男	沒有控制	兩性的病發率隨年齡而增加：45~54歲男人14.5%以及55~64歲婦女17.0%；生產次數無關。
賈克遜 1961，南非	508女 361男	782非糖尿病 婦女	35歲以上婦女發生機會二倍以上，生產次數6次以上者顯著增加，但以下者無；妊娠有暫時性的血糖增高效果。
密德敦及凱得 1968，英國	543女 413男	一般人(牛津 及附近地區)	40歲以上的婦女較40歲以上男人危險性大；和未產者比較，產婦危險性隨生產數漸增：一個孩子增20%；2個孩子，增加45%；3個孩子，100%；4或5個孩子，200%；6個孩子以上，400%。
門羅等人 1949，蘇格蘭	907女 402男	一般人(格拉 斯哥，蘇格蘭)	40歲以前，男人與女人的病發機會相同；40歲以後，婦女較多，尤其是多產婦。
派克 1957，英國	583女 370男	1951年英國人口 調查的隨機樣本	5個小孩以上的婦女患糖尿病的危險性至少為未生產過者的二倍。
汶克等人 1959，荷蘭	1,379女 773男	荷蘭人口調查 資料	40歲以下，男人較女人略多；40歲以上，女人多2~3倍；和生產數無關；肥胖婦女病發增加。

## 陸、糖尿病及生產次數

雖然高次生產可能是40歲以後婦女糖尿病罹患率為男人兩倍的原因之一，但是兩者間的關係尚未明確。如眾所週知妊娠確實使已有的糖尿病惡化，而且使以前未患糖尿病的婦女在妊娠時顯出生化症狀，但是有些研究者認為其他病理因素如年齡、肥胖、體質遺傳及飲食等較生產次數的關係更重要。

密德敦和凱得 (Middleton & Caird)，以及派克 (Pyke)、費滋傑羅 (Fitzgerald) 等研究者指出，40歲以上的婦女患糖尿病數隨著生產次數增加，三組研究資料算出生產所導致的過多危險性。(見表六) 他們以

從未生產過的婦女為基數來與有各種生產經驗數的婦女比較時，認為有一個孩子的婦女患糖尿病的機會較未產婦高20%；二個孩子的，高45%；三個孩子的，高100%；四個或五個孩子的，高200%；6個孩子以上的婦女則高出400%以上。

40歲以上的男人比未產婦的患病可能性高50%而約等於有二個孩子的婦女的罹患率。相對的，佛羅雷依 (Floreg)，賈克遜 (Jackson) 和汶克 (Vinke) 等研究者，證實40歲以上的婦女患糖尿病機會高於男人，而發現高生產次數和高病發率沒有關聯，他們認為年紀和肥胖的因素較重要。(見表六)

因為妊娠中糖尿病和產婦的罹病及死亡有密切關係

表七、子宮頸癌和年齡、婚姻狀況和生產次數 1949~1974選擇性研究

研 究 者 日 及 國 家 別	研 究 婦 女 數		研 究 的 變 項	研 究 者 的 結 論
	試 驗 組	控 制 組		
費 南 多 1974, 錫蘭	2,316	沒有控制	種族、初次妊娠年齡、生產次數、外傷性分娩	和子宮頸癌發生有正相關者：44~60歲年齡群、3次生產以上(88%的子宮頸癌患者有3個以上小孩，且其中半數以上個案有4和5次生產經驗)、低社會經濟地位者。
蘭 汀 等 人 1964, 美國	517	2472	種族、初次妊娠年齡、生產次數、社會經濟地位	1. 和子宮頸癌正相關者：(1)早婚(20歲以前)的白種婦女，黑種婦女不包括。(2)初次妊娠年齡太早者(18歲以下)，包括白種、黑種婦女。(3)低社會經濟地位者。 2. 高生產次數無關。
馬 立 芬 特 1949, 英國	1,200	302,485 (威爾斯、格拉摩根人口調查)	年齡、婚姻狀況、生產次數	1. 35~64歲之間最危險。 2. 婚姻(及性交)增加危險而與生產無關，但生產次數增加危險性；單身女孩危險性1/21,000，已婚未生育婦女1/6,500，生產過婦女1/15,000
羅 特 金 及 卡 麥 隆 1968, 美國	416	416	120個變項	早期的性經驗和高子宮頸癌病發關係最密切
媧 和 等 人 1969, 印度	693	39,587	年齡、初婚年齡、初妊娠年齡、生產次數、社會經濟地位	1. 45~54歲間危險性最大。 2. 17歲以前初妊娠者關係密切。 3. 早婚和危險性增加有關：(癌症患者平均結婚年齡為13.6歲，控制組為15.6歲) 4. 4次以上分娩經驗的婦女癌症病發數顯著高。
威 德 爾 等 人 1954, 美國及印度	589 (美國) 303 (印度)	1,311 (美國) 515 (印度)	婚姻狀況、初次性交年齡、生產次數	對美國人和印度人都存在的子宮頸癌高發生率有關的因素為：年齡(單身女人發生率較低)，早齡性行為(在美國小於19歲)；和生產次數無關。

，又許多糖尿病易流於失察，確定婦女現在有無糖尿病或有無潛在性，臨床上是很重要的，雖然婦女患妊娠糖尿病者通常產後會回復，但是將來發展成永久性的機會很大，尤其是反覆多次妊娠的人有潛伏性糖尿病的婦女出巨嬰（往往超重10½磅常會生），其年紀都在25歲以在診斷上最重要的是葡萄糖耐力試驗不正常。

### 柒、子宮頸癌和生產次數

在某些研究中發現子宮頸癌和高生產次數有關，但常無定說。馬立芬特 (Maliphant) 在英國研究子宮頸癌患者，發現已婚未生育婦女較未婚女子的發生可能性

表八、多產婦的妊娠與生產併發症 1940~1968，選擇性研究

研 究 者 日 期 及 國 家 別	研 究 對 象 人 數	高產婦發生率高於一般產婦平均數的症狀										說 明		
		胎盤 早脫	貧血	尿糖	心臟病	出血(產前及產後)	高血壓	腎臟病	異位產式	前置胎盤	子宮頸期		子宮破裂	妊娠毒血症
伊 斯 曼 1940, 美 國	7,596婦女 (5胎以上)					×	×	×	×	×		×	×	和37,918個低產婦女比較，第八胎時死亡率大增，以後更增加。最重要的死因是子宮破裂、高血壓及腎臟炎。
伊 斯 瑞 爾 及 柏 拉 若 1965, 美 國	5,551位婦女 (7胎以上)	×	×			×	×		×	×	×			七胎以上多產婦與123,017個低產婦相比。由於醫療照顧良好，多產婦死亡率並無增加，但罹患率較高。
米 勒 1954, 美 國	563位婦女 (6胎以上)					×			×					有控制組，資料和其他研究比較，早產和產次、年齡增加都有關
尼 爾 遜 及 仙 德 梅 爾 1958, 美 國	812位婦女 (8胎以上)					×	×		×					和18,402個低產婦比較
奧 蘇 利 文 1963, 愛 爾 蘭	611位 (6胎以上)		×			×	×		×				×	無控制組，結論係基於和其他高產婦的報告比較而得。
奧 古 松 1955, 加 拿 大	1,056位 (8胎以上)	×				×	×		×	×		×	×	8胎以上高產婦和29,000個低產婦比較，年齡和生產次數合併關係大於生產次數單獨，而生產次數而大於年齡。
彼 特 瑞 1955, 美 國	6,512位 分娩婦	×					×		×	×		×	×	多產婦以7胎以上者計算，則多產婦死亡率高達二倍。
維 哈 凱 利 1968, 芬 蘭	1,567位 (8胎以上)	×					×		×	×				8胎以上高產婦和16,432個低產婦比較，高血壓和年齡有關；胎盤併發症和年齡、生產次數有關
塞 爾 1962, 美 國	515位 (6胎以上)		×	×	×	×	×		×			×	×	和1,125個低產婦比較，心臟病、高血壓、糖尿病和產婦體重有很大關係。



高二倍，而已婚生育任何次數的婦女則為未婚女子的十倍。雖然馬立芬特結論說婦女會隨著每生一個孩子，多少增加發生癌症的危險性，但它們之間的關係在其他的研究中却得不到像初婚年齡、初次性行為年齡或其他許多和性有關的因素那樣重要的支持。（見表七）

因為子宮頸癌是中國、印度婦女很流行的癌症形式，在南美洲也很頻仍，有關生產次數和子宮頸癌間關係這方面的研究是很有價值的。

### 捌、妊娠與生產的併發病

從直接關係着產科併發症（指婦女在妊娠、分娩、產褥的過程中所發生的正常變化以外者）的狀況乃至非直接相關的妊娠婦女體質狀況（指疾病或病理狀態），都會導致產婦罹病率和死亡率的增加。這兩類併發症都直接受婦女的生產次數，年齡和妊娠間隔的影響。18~30歲之間及第2~4次妊娠發生併發症的危險性最低，小於18歲或大於30歲，危險性逐漸增加，在第一或第五次以後的妊娠也是如此。（見表八）

導致全世界產婦死亡半數的三大類產科併發症為：

- 毒血症
- 出血症
- 敗血症

體質情況能導致產婦併發症者包括：貧血症、心血管性疾病和腎臟病。

妊娠毒血症，不管是子癩前期或是嚴重的子癩症，病理至今尚未明白，通常發生於妊娠期最後一、二個月，而最常發生於初產婦及35歲以上的多產婦。

此症的特徵是高血壓、體重迅速增加、水腫、高鈉塩。產前適時的檢查照顧可以控制病情，但若不加以治療或延遲治療可能導致抽搐發作、昏迷及死亡。

妊娠時以及生產時的出血通常由於胎盤異常或分娩後子宮收縮不全所引起，引起產前出血的胎盤異常是因為前置胎盤（胎盤的一部分或全部蓋住子宮頸口）以及胎盤早期剝離（正常位胎盤的早期脫離）的結果。這兩種情形在多產婦發生的可能性為初產婦的2~3倍，但對增加前置胎盤危機的影響，年齡比生產次數還重要。產後大量出血個案，有90%是因為子宮收縮不全，其餘10%是由於胎盤留滯或胎盤片的殘留，高生產次數是影

響產後出血的重要原因之一。

生殖系敗血症，有時與產褥感染即產褥熱有關係，在開發中國家由未受訓練的產婆在有菌的情況下接生，所以經常引起併發症。產褥感染可能由於各種有機體如鏈球菌、葡萄球菌及大腸桿菌等病原所引起，有時會蔓延到骨盆血管內，而導致血栓靜脈炎是一種產婦死亡的重要原因、大量出血、營養不良、貧血症及難產等使婦女容易發生產褥熱，這些不良原因尚與婦女生產次數多有關係。

由一再生產導致的另外二種合併症為靜脈曲張以及骨盤肌弛緩，雖然不會威脅生命，但這些併發症會引起不舒服，且有時需要外科治療。靜脈曲張在妊娠期及妊娠後很通常，而經常發生在下肢的血管、痔靜脈叢或陰門，往往於分娩後即可痊癒，但嚴重的個案需臥床休息。如果陰部靜脈瘤破裂會引起大量的出血，這對貧血的婦女是很危險的。

骨盤弛緩（支柱子宮、膀胱、直腸及陰道上後壁等器官的構造及組織的弛長）在由陰道分娩的任何婦女都有某種程度的發生。通常，骨盤弛緩的症狀（從陰道有一塊物突出），在停經期後才會顯現，其症狀以及病狀的輕重隨器官所受到的影響而異，但常常需要外科治療。

### 玖、流產與生產次數

使用墮胎以終止懷孕的行為在世界各地日漸增加，雖然合法墮胎漸漸地在開放中，但是在非專家及衛生設備簡陋下進行的非法墮胎對婦女的生命和健康仍是主要的威脅。非法墮胎都在暗地裡秘密進行，因此很難獲得可靠的數目資料，但是據調查，全世界每年可能有二千萬至三千萬件之多。在某些都市地區，墮胎件數甚至等於或超過活產的數目。非法墮胎可能導致感染，出血或機械性損傷因而引起婦女的死亡或危害其健康。例如，在智利據估計1963年的產婦死亡中有39%係由非法墮胎所致。泰滋（Tietze）據美國的資料以在醫院中施行的合法墮胎來比較在醫院外由沒受過醫學訓練的人施行的非法墮胎，所得到結論說，與合法墮胎相關的低死亡率（100,000次墮胎中有3件）和與非法墮胎相關的高死亡率（100,000次墮胎中有100件）形成很尖銳的對比。