

大排畸、小排畸与四维超声的关联全解

孕期超声检查在孕期的所有产检项目中属于非常关键的一项。它可以观察胎儿的生长发育情况，更重要的是可以筛查出胎儿先天性结构异常，也就是常说的“排畸”。许多准妈妈在产检单上看到了“大排畸”“小排畸”“四维超声”这几个名词，却分不清它们之间的区别与联系。事实上，大排畸、小排畸和四维超声都是围产期系统性产前筛查的核心环节，各自承担着不同但又紧密衔接的功能。

什么是大排畸？

大排畸是孕中期产检中非常重要的一项超声检查，医学上称为胎儿系统超声筛查。一般在孕期的22—26周进行，此时胎儿器官发育比较成熟，羊水多，胎位较稳定，成像条件好，是进行胎儿结构发育全面检查的“黄金时期”。大排畸的主要目的就是发现胎儿严重的结构畸形，即会影响胎儿的生存或者造成严重残疾的异常。

大排畸会系统性地观察胎儿头颅、颌面、心脏、胸腔、腹腔、脊柱、四肢等结构。无脑儿、脑积水、脊柱裂、先天性心脏病、腹裂、唇腭裂、四肢发育不良等均属于大排畸可检测的范围，另外大排畸还要对胎盘位置、羊水量、脐带血流、脐带附着点等进行观察，以便医生判断胎儿的生长环境

是否正常。

什么是小排畸？

小排畸一般指孕晚期(孕28周到孕32周左右)对胎儿结构进行的复查，主要看胎儿的后期发育情况以及一些细小结构的变化。它不是大排畸的简单重复，而是一种针对性的复查。因为孕晚期胎儿体型变大、位置固定，一些中期没有表现出来或者存在疑问的细微异常，在这个阶段会表现得更清楚。部分心脏畸形、肾积水、脑室轻度扩张、骨骼发育迟缓等，在小排畸时一般能得到更明确的诊断。

小排畸还观察胎儿生长是否对称、体重估算、羊水指数、胎盘成熟度、脐血流动力学等，判断有无宫内发育受限或缺氧的风险。对有高血压、糖尿病、双胎、胎盘异常等高危孕妇而言更是如此。小排畸是对孕中期大排畸检查的补充和拓展，使医生能够对胎儿的发育轨迹进行追踪，并在胎儿发育到晚期时及时发现异常。

大排畸和小排畸的区别

大排畸与小排畸最大的区别在于于时间节点、检查重点和目的不同。

时间不同：大排畸在孕中期进行，是全面筛查；小排畸在孕晚期进行，是动态复查。

重点不同：大排畸注重结构完整性，筛查重大畸形；小排畸更关注功能发育和微小异常。

目的不同：大排畸用于检测严重的发育缺陷以决定妊娠管理方案，小排畸则是用以观察胎儿后期生长发育、分析孕情风险并判定产程的顺利程度。

四维超声与排畸的关系

四维超声又叫三维动态超声，是在传统的二维超声基础上发展起来的立体影像技术。它能够以动态的、实时的图像形式将胎儿立体的形态展现出来，胎儿的面部表情、肢体动作、器官结构等都可以被看见，给医生提供一个更加直观的视角。

在排畸筛查中四维超声起到辅助的作用。对于二维超声显示不清楚或者角度受限的地方，四维成像可以更好地帮助医生判定结构细节。对于面部畸形、脊柱畸形、四肢缺损、腹壁裂等，四维超声的立体画面可以直观地表现出来异常部位及程度。还可以帮助分析胎儿的姿势和活跃度，对神经系统发育异常的判断也有一定的参考价值。

四维超声不是一种独立的“高级排畸”检查，而是一种成像方式。它为大排畸、小排畸检查的开展提供服务，提高可视化效

果和诊断准确性。医生在进行系统超声检查时，根据具体情况决定是否使用四维技术进行辅助成像。胎位合适、显示条件良好的孕妇，二维超声可以完成大部分的筛查工作；但是当胎位遮挡或者需要立体评估时，四维成像就显示出独特的优势。

哪些孕妇更要重视排畸检查？

虽然建议所有孕妇都应在规定孕周进行排畸筛查，但以下人群需更加重视：1. 有遗传病或先天畸形家族史者；2. 高龄孕妇(≥35岁)；3. 曾有不良妊娠史，如胎死宫内、畸形儿或流产史；4. 妊娠早期服用过可能致畸药物或接触放射线者；5. 糖尿病、甲状腺疾病、高血压等慢性病患者；6. 多胎妊娠或试管婴儿妊娠。

这些高危人群胎儿发生结构异常的风险更高，建议严格遵守产检时间，必要时增加复查频率。

大排畸和小排畸是孕期超声筛查中相辅相成的两道防线。大排畸主要是发现作用，小排畸主要是追踪、确认作用。四维超声的引入使胎儿影像更立体、直观，畸形检出率提高，准妈妈也能清楚地看到宝宝的发育情况。科学、规范、准时完成每一次的排畸检查，是保证母婴健康的重要保障。(池州市人民医院超声医学科 柯媛)

骨科术后科学康复攻略

对骨科手术患者来说，手术成功只是康复的起点。临床中，不少患者术后因康复不当，出现关节僵硬、肌肉萎缩等问题，影响功能恢复。术后1-3个月是康复的黄金期，此时瘢痕组织未固化，科学锻炼能避免关节僵硬，错过则可能留下永久性功能障碍。本文将为您梳理骨科术后的常见误区与科学康复方法，助您更快恢复。

骨科术后的五大康复误区

误区1：伤筋动骨=卧床百日？

很多人对“伤筋动骨一百天”的含义有所误解，认为骨折后必须卧床静养，一动就会影响愈合。但长期制动往往危害更大，会导致肌肉萎缩、关节僵硬、骨质疏松，甚至增加深静脉血栓风险。血栓一旦脱落可能引发致命肺栓塞。

正解：术后经医护评估安全后，需在无痛范围内早期活动。下肢手术患者可在床上做脚踝屈伸、腿部肌肉收缩放松；上肢手术患者练习手指抓握、手腕转动。这些动作能促进血液循环，消肿防血栓，为后续康复训练打下基础，若感到疼痛剧烈应立即停止并咨询医护人员。

误区2：术后热敷揉搓能活血？

患者术后肢体肿胀疼痛时，部分家属会通过揉搓、热敷来“活血化瘀”，这种方式在术后急性期可能加重病情。

正解：术后48-72小时为急性期，手术部位血管脆弱，可能存在隐性出血。热敷会扩张血管，揉搓会刺激受损组织，均会加剧肿胀疼痛，甚至引发二次出血。而冰敷能收缩血管，减少渗出，起到消肿止痛作用。何时转为热敷，需由医护人员评估后决定，切勿自行操作。

误区3：康复=做电疗、烤灯？

部分患者将康复等同于被动接受电疗、烤灯等物理治疗，认为无需主动发力就能顺利恢复，这种观念会导致术后恢复进度缓慢。

正解：物理治疗仅为辅助，主动锻炼才是康复的核心。电疗、烤灯虽能辅助患处消肿止痛、软化瘢痕，但无法替代主动运动。肢体功能“用进废退”，肌肉力量、关节活动度的恢复，必须通过自身主动、重复的锻炼实现。比如膝关节术后需做直腿抬高、靠墙静蹲；肩关节术后需练习外展、上举，才能更好地恢复正常活动范围。

误区4：多喝骨头汤能补钙？

“以形补形”的传统观念让很多患者术后大量喝骨头汤，认为能补钙促愈合，但从营养学角度来看，这种做法得不偿失。

正解：骨头汤主要成分是脂肪和嘌呤，钙含量极低且难被人体吸收。大量饮用还可能致消化不良、食欲下降，高嘌呤会增加痛风风险。骨骼的愈合需要全面营养：蛋白质(瘦肉、鸡蛋、牛奶、豆制品)是骨骼和肌肉的基础；维生素C(新鲜蔬果)能促进胶原蛋白合成；钙和维生素D(遵医嘱补充，多晒太阳促进合成)助力骨骼健康。

误区5：出院=康复结束/急于加量？

不少患者要么认为出院即康复结束，不再锻炼；要么急于求成，自行加重、盲目暴力掰腿、过早负重，这两种极端做法都可能致康复失败。

正解：出院后是康复的关键期，循序渐进是核心原则。出院时医护人员会为患者制定家庭康复计划，需严格遵守。康复锻炼需逐步推进，盲目加量或过早负重，极易导致内固定物断裂、螺钉松动、骨折再移位，甚至需要二次手术。锻炼强度提升必须经医护人员评估后进行，切勿盲目。

握牢四把康复钥匙

1. 早期安全动：摒弃“卧床静养”旧观念，抓住术后1-3个月康复黄金期，在医护人员指导下开展无痛范围内温和活动，促进血液循环，预防并发症。

2. 主动勤锻炼：明确物理治疗辅助地位，按计划完成锻炼动作，坚持重复练习。动作不规范时及时咨询康复师，避免二次损伤。

3. 营养要均衡：告别“多喝骨头汤”的误区，合理搭配饮食，保证蛋白质、维生素C、钙、维生素D的充足摄入，为愈合提供能量支持。

4. 定期复查复诊：严格遵守复诊时间，按时返院检查。医生通过X光片判断愈合进度，康复师评估功能恢复情况并调整方案，切勿擅自中断复诊或更改计划。

骨科术后康复是一场需要耐心和毅力的“马拉松”，没有捷径但方向清晰。手术为您扫清了前行障碍，康复锻炼则是重新恢复肢体功能的过程。在这条路上，专业的医护人员会为您保驾护航，家属会给予最大的支持，请避开误区，握紧四把康复钥匙，科学规划，主动参与，终将摆脱伤病困扰，回归充满活力的生活。(六安市金寨县中医院 彭蕊)

科学认识帕金森病

日常生活中，当老人出现手脚不自主颤抖、行动迟缓等情况时，可能是帕金森病的早期表现。我们应当科学认识这种疾病，并了解如何与之长期共存。

什么是帕金森病？

帕金森病(PD)是一种常见的、影响运动功能的脑部退行性疾病，我国65岁以上人群患病率约1.7%，且随年龄增长而递增。

1817年英国医生詹姆斯·帕金森发表了《震颤性麻痹》一文，首次详细描述了这种疾病的症状。为了纪念其贡献，该疾病被命名为“帕金森病”，其生日4月11日也被确立为“世界帕金森病日”。

PD的核心病理改变是中脑黑质的多巴胺能神经元进行性丢失。该神经元分泌的多巴胺是控制运动的关键，当神经元损失超过60%-80%时，患者便出现典型运动症状。有趣的是，PD的病理改变并不限于运动系统。研究发现，患者体内病理蛋白(α-突触核蛋白)异常聚集可能比运动症状早10-20年出现，这也解释了，为什么不少患者确诊前已有长期的非运动症状。

帕金森病的症状

PD的核心运动症状有“四大主征”(从震颤到步态冻结)：

1. 静止性震颤：最易识别的症状，典型表现为“搓丸样”动作，安静时明显，活动时减轻。
2. 肌强直：肌肉持续紧张，检查时可感到“齿轮样”阻力。
3. 运动迟缓：日常动作变慢变少，面部表情呆板(面具脸)，写字逐渐变小(小写症)。
4. 姿势平衡障碍：中晚期出现，表现为前倾姿势、小碎步和易跌倒。

急性脑卒中的识别与急救

急性脑卒中是一种具有高发病率、高致残率、高复发率和高死亡率特点的疾病，其发病急、进展快，黄金救治时间窗仅约4.5小时。每延迟1分钟，就会有190万个脑细胞死亡。卒中俗称“中风”，其发病机制是由于脑血管急性破裂或堵塞，正常血液供应中断，从而导致脑组织急性损伤、神经功能受损，严重时危及生命。

因此，了解急性脑卒中，掌握快速识别与正确急救的方法，并第一时间将患者送往具备救治条件的医院至关重要。

急性脑卒中的分类

脑卒中可分为缺血性脑卒中和出血性脑卒中。缺血性脑卒中又称为脑梗死，是由于各种脑血管病引起的脑部血液供应障碍，脑血管严重狭窄导致脑组织局部缺血缺氧，从而引起偏瘫、失语等相应的神经症状和体征的一类疾病，约占所有卒中的70%-80%。通常由脑动脉粥样硬化、脑血管严重狭窄、脑血栓形成、脑血管畸形引起。出血性脑卒中又称自发性脑出血，是脑血管破裂导致的脑实质内出血，病死率是所有急性脑血管疾病中最高的。最常见的病因是高血压、动脉粥样硬化以及动脉瘤破裂。

急性脑卒中的快速识别

早期识别急性脑卒中的症状非常重要，一些典型的症状如头晕、头痛、一侧无力、言语不清、步态不稳、视力模糊等。对于患有基础疾病的患者，如高血压、糖尿病等，可能会出现一过性晕厥、意识障碍等。重要提醒：即使症状在几分钟内自行缓解(医学上称为“短暂性脑缺血发作”或“小中风”)，也必须立即就医，一般这种症状是脑梗前兆，可能会有再次加重的风险！

我国专家总结了更适合中国人群使用的脑卒中快速识别方法：“中风120”。第一步，即看“1”张脸，看面部或口角是否歪斜，脸部不对称，是否出现一侧眼睛无法闭合；第二步，即“2”查两只胳膊，同时平举举起时是否存在单侧无力、下垂；第三步，“0”即聆听说话，是否有口齿不清或不能言语。这种通俗易懂的描述把脑卒中识别与急救电话120结合起来，可以帮助医护人员方便记忆，提高警惕并及时就医。

急性脑卒中的急救措施

当急性脑卒中发生后，首先应及时拨打120，准确说明位置，快速描述患者症状，如一侧肢体无力、嘴角歪斜等。应让患者保持安静，尽量减少移动，并采取侧卧位，或将头偏向一侧，以防止呕吐物导致窒息。另外，不要给患者喂食喂药，避免造成呛咳、误吸。若患者是出血性脑卒中，服用阿司匹林等药物，会影响凝血功能，加重病情。最重要的是，一定要记住发病时间！脑卒中的救治有明确的时间窗，到达急诊后，急诊医生会根据发病时间和病情，启动脑中急救绿色通道，协助患者采集心电图、生命体征、血常规、护送至CT室检查等，再由前置急诊神

经内科医生判断是否能进行溶栓或取栓治疗。如果发病超过了特定时间窗，会导致无法使用溶栓等急救治疗，影响患者预后。

脑卒中的预防及控制

脑卒中的预防首先是控制危险因素，如高血压、高血脂、糖尿病、吸烟饮酒等，但是通过科学预防，能够降低发病风险。我们可以通过改变生活习惯、控制基础疾病、定期健康体检这几方面来做调整。在生活中，少油少盐、多吃蔬菜水果、戒烟限酒，每日适当运动，控制体重；对于既往有基础疾病者尤其是高血压、高血脂、高血糖的患者，一定要在专业医生的指导下服用药物，不可自行减量、停药、定期查血；血压控制目标值<140/90mmHg；血脂异常的患者在饮食上注意少吃油腻、动物内脏，应摄取优质脂肪，必要时遵医嘱吃降脂药；糖尿病患者合理饮食和用药，避免高碳水、高糖的摄入，定期监测血糖。对于已经发生过脑卒中的患者，除了保持健康饮食生活习惯外，还需要进行二级预防，如遵医嘱服用抗血小板药物、他汀类药物等，以降低脑卒中复发的风险。

脑卒中虽然发病急骤，但可防可治。掌握“中风120”快速识别法，能在关键时刻争取宝贵的救治时间；而在日常生活中注重科学预防、控制危险因素，更能有效降低发病风险。请时刻关注身体信号，若有不适立即就医，把握黄金救治窗口，守护生命健康。(六安市人民医院 张梦醒)

日常外伤急救指南

在日常生活中，碰撞刮擦、撕扯拉拽、刀割烧烫等意外伤害往往突如其来，难以预料。若能熟练掌握基本的外伤应急处理方法，不仅能有效减轻伤者的痛苦、避免伤口感染、促进愈合，还能防止伤情恶化，甚至在关键时刻挽救生命。为此，我们整理了外伤处理的核心要点与操作步骤，帮助您成为自己和家人身边可靠的“急救卫士”。

外伤紧急处理的核心原则

1. 评估现场安全：避免伤员与救助人员受到二次伤害，在发生事故后把伤员转移到安全地带。如在马路上发生交通事故倒在路边，应将伤员移至路边的安全地带；如在漏电、起火现场，应首先切断危险源。

2. 试探伤者有无意识和生命体征：轻拍伤者肩部呼唤并询问是否清醒，若伤者没有意识，需立即检查呼吸、脉搏情况，看其胸部是否起伏；摸颈部(喉结旁边1-2厘米)颈动脉有无搏动，同时要注意看有无大出血或骨折等危及生命的伤情。

3. 及时呼救：对于伤情严重的伤者，比如大出血、昏迷、开放性骨折，应当立即拨打120急救电话，并讲清楚事发地点、被救人数、伤情特点及联系人姓名和联系方式，等待医护人员前来救援，同时保持电话畅通。

4. 如发生危及生命的伤情(大出血、气道堵塞、呼吸心跳骤停)，应先处理上述情况。如出现动脉大出血时，应立即上止血带或加压包扎止血；当伤者气道被异物堵塞，应当立刻做海姆立克急救法将异物从呼吸道里排出来。

常见外伤的紧急处理方法

一、止血：外伤处理第一步
止血是外伤急救的首要任务，需根据出血类型选择合适方法。

1. 毛细血管出血：伤口小、出血量少，血液呈点状渗出。可直接用干净纱布或毛巾按压伤口，数分钟后即可止血。

2. 静脉出血：血液呈暗红色、持续流出。用纱布覆盖伤口后，加压包扎，包扎力度以能止住出血又不影响肢体血液循环为宜。

3. 动脉出血：血液呈鲜红色、喷射状流出，这种情况十分危急。需立即用手指按压出血动脉的近心端(即靠近心脏的一侧)，同时尽快拨打120急救电话，等待专业救援。需注意止血时不要频繁解开纱布查看出血情况，以免影响止血效

果。

二、手术治疗：药物疗效减退或出现严重运动并发症时，脑深部电刺激术(DBS，俗称“脑起搏器”)是有效选择。这项微创手术可显著改善运动症状、减少药量。

三、康复与生活方式：物理和言语治疗、规律锻炼(太极、舞蹈)、充足睡眠和社会心理支持，都能帮助患者维持功能，提升生活质量。

帕金森病治疗有哪些新突破？近年来，PD研究领域取得了多项重要进展：通过检测血液或脑脊液中的α-突触核蛋白，可实现PD早期诊断；靶向α-突触核蛋白的免疫疗法正在进行临床试验，可能改变疾病的进程；可穿戴设备能够客观监测症状，让PD治疗方案更精准。

当身边亲人出现类似症状怎么办？1. 及早就医：出现疑似症状应尽早到神经科就诊，早诊断、早治疗有利于长期管理。

2. 规范治疗：遵医嘱，不自行调整药物，定期复诊。

3. 积极康复：坚持适宜的锻炼，维持身体功能。

4. 关注心理健康：PD患者常伴抑郁、焦虑，需要家人支持及专业帮助。

5. 安全第一：居家环境应做防跌倒改造，如安装扶手、防滑垫等。

帕金森病目前虽然无法根治，但通过科学管理和综合治疗，仍可维持较好的生活质量和独立性，未来也有望出现更多的治疗方法来对抗这一疾病。(霍邱县人民医院 许春燕)

明确筛查目标：21三体、18三体与13三体综合征

“唐筛”系唐氏综合征筛查的简称，旨在筛查21、18、13三体综合征。唐氏综合征源于染色体的一次偶然差错——第21号染色体多出了一条。正是这多出的一条染色体，使得宝宝出生后可能面临特殊挑战：或许呈现独特面容、智力发育迟缓，且常伴发先天性心脏病等疾患。多数21三体患者可存活至50-60岁，少数甚至能达70岁左右，但若合并其他并发症，其寿命将显著缩短。18三体综合征，亦称爱德华综合征，意指个体多出一条18号染色体。其发病率低于21三体综合征，多数胎儿会在宫内夭折，即便出生，也常在新生儿13天死亡，存活至成年者极为罕见。13三体综合征，又称帕陶综合征。与前述两者相似，患者多出一条13号染色体。患儿通常存在多发畸形、严重智力障碍及器官发育异常。此乃三种综合征中发病率最低者，且存活率极低，多数患者在出生后数天至数周内死亡，鲜有能存活超过1岁。这三种染色体疾病不仅意味着孩子未来需要更多照护与支持，也将为家庭带来长期的经济负担与精神压力。因此，在孕期进行此项筛查，是基于知情权作出负责任选择的重要环节。

如何把握筛查的两大关键时期？唐氏筛查主要分为两次进行，把握时机至关重要：

1. 早期筛查(检测时间为孕11周-13周+6)：这一次检测是血液检测与B超检测的结合。B超测量胎儿颈项透明层厚度，也就是众所周知的NT检查，它是评估胎儿情况的重要指标。抽血则检测母血中两类特定激素水平。唐早筛查是最初的风险警示。

2. 中期筛查(检测时间为孕15周-20周+6)：此次通过抽血，检测母血中三项指标，然后结合孕妇年龄、孕周等数据，再通过专业软件对胎儿进行风险评估。

解读检测报告

取得检测报告单后，若看到结果

果：禁止用泥土、香灰等不洁物涂抹伤口，防止感染。

二、清洁：避免感染的关键，止血后需及时清洁伤口，去除污物和细菌。

1. 若伤口表面有泥沙、玻璃碎片等异物，先用生理盐水冲洗，再用镊子轻轻取出可见异物；没有生理盐水时，可用干净的流动清水冲洗。

2. 对于擦伤、浅割伤，用碘伏由内向外环形涂抹伤口及周围皮肤，进行消毒；碘伏刺激性较小，适用于破损皮肤消毒，避免使用酒精直接涂抹伤口。

三、包扎：保护伤口促愈合
清洁消毒后，应及时对伤口进行包扎，起到保护创面、吸收渗液的作用。

1. 用无菌纱布或创可贴覆盖伤口，创可贴的吸收垫要完全对准伤口。

2. 包扎时应松紧适度，过松起不到保护作用，过紧会影响局部血液循环，导致肢体肿胀、发紫。

3. 若伤口在关节部位，尽量选择弹性绷带，避免影响关节活动。出现以下情况时，不要自行处理，应尽快前往医院急诊科：

1. 伤口较深、伤口边缘不整齐，可能需要缝合，或伤口内有无法取出的异物。

2. 伤口出血不止，加压包扎后仍无法止血，或伤及大血管、神经、肌腱。

3. 被生锈的铁器、不洁的刀具、动物抓伤咬伤，需要注射破伤风疫苗或狂犬疫苗。

4. 伤口出现红肿、疼痛加剧、渗液等感染迹象，或受伤后出现发热、头晕、乏力等全身症状。

5. 怀疑骨折、关节脱臼，或外伤导致肢体畸形、活动受限。

外伤急救是每个人都应掌握的重要技能。其紧急处理须遵循一个核心原则：先救命，后治伤。具体操作应按顺序进行：先止血，再清洗，再包扎，并在必要时迅速就医。正确使用止血、消毒、包扎、固定等方法为伤者第一时间进行急救，可最大限度控制伤情，避免恶化。掌握这些简单实用的方法，能在意外发生时沉着应对，减少伤害。我们在日常生活中也要做好预防工作，学会防止事故发生的方法。(六安市人民医院西院区急诊部 周艳)

孕期唐氏筛查全解析

为“高风险”“临界风险”时，准妈妈不必过度慌张。这并不意味着胎儿一定异常，它只是提示胎儿存在患此类疾病的一种可能性或风险概率。

高风险：当出现这样的结果，一定要进一步检查。医生通常会建议直接进行羊膜腔穿刺(当前诊断的金标准)，用来确诊胎儿是否患有严重的染色体疾病。

临界风险：在高风险与低风险之间的地带，在此情况下，医生通常会建议进行无创DNA检测，以获取更精确的风险评估。

低风险：表示宝宝罹患13三体、18三体与21三体综合征的概率很低。当然唐筛结果提示的远远不止这三种疾病风险，专业医生还会根据数值及MOM值评估一些隐匿性的疾病，所以准妈妈拿到唐筛报告一定要找专业医生进行解读。

去与留之路的选择
当通过检测确诊胎儿患有唐氏综合征时，胎儿的家人要面对两个选择：继续妊娠，或终止妊娠。如果选择继续妊娠，胎儿的家人需要做好充足准备，多学习如何照顾和社支持体系；如果说选择终止妊娠，对胎儿家人来说无疑是一种沉重的打击，需要及时进行医院咨询专业医生，并进行检测，为日后孕育一个健康宝宝做准备。

唐氏筛查带给我们一系列思考：社会该如何定义生命的价值？社会该如何包容与众不同的生命？其实，很多地区已将中孕期唐筛进行免费检测，对特殊孩子的特殊教育、社会支持体系也逐步完善。早期的干预与康复，能帮助这些孩子提高生活质量。

唐氏筛查是一项产前风险评估，它检查的是胎儿患几种特定染色体疾病的可能性，而非对胎儿生命健康的全盘判断。检查结果若有异常，请不要慌张，可在专业医生的建议下，与家人一起，做出最适合你们的选择。(亳州市人民医院产前诊断中心 周欢欢)

