

流产并发症

防治技术与指南

世界卫生组织 编

赵小文 王和 译
张迅 高雪梅



世界卫生组织

人民卫生出版社



世界卫生组织委托中华人民共和国卫生部
由人民卫生出版社出版本书中文版

ISBN 92 4 154469 4

©世界卫生组织 1995

根据《世界版权公约》第二条规定，世界卫生组织出版物享有版权保护。要获得世界卫生组织出版物的部分或全部复制或翻译的权利，应向设在瑞士日内瓦的世界卫生组织出版办公室提出申请。世界卫生组织欢迎这样的申请。

本书采用的名称和陈述材料，并不代表世界卫生组织秘书处关于任何国家、领土、城市或地区或它的权限的合法地位、或关于边界或分界线的划定的任何意见。

本书提及某些专业公司或某些制造商号的产品，并不意味着它们与其他未提及的类似公司或产品相比较，已为世界卫生组织所认可或推荐。为避免差讹和遗漏，专利产品第一个字母均用大写字母以示区别。

流 产 并 发 症

防治技术与管理指南

世界卫生组织 编

赵小文 等译

人民卫生出版社出版发行

(100050 北京市崇文区天坛西里10号)

人民卫生出版社印刷厂印刷

新华书店经销

1000×1400毫米 32开本 3 $\frac{5}{8}$ 印张 124千字

1997年2月第1版 1997年2月第1版第1次印刷

目 录

前 言	V
致 谢	VI

第一章 引言	1
孕产妇死亡率和发病率	1
流产在孕产妇死亡率和发病率中所起的作用	3
提高流产处理质量，增进妇女健康	6
参考文献	6

第二章 流产概述	8
定义	8
流产分类	8
卫生保健分级	9
参考文献	13

第三章 法律和社会因素对流产的影响	14
法律与法规	14
社会舆论和宗教对流产的观点	16
参考文献	17

第四章 流产治疗计划	18
总体计划	18
确立目标与界定	19
制定目标	21
干预措施	21
参考文献	22

第五章 急诊流产治疗的初步评估	23
初步评估	23
需要急诊处理的流产并发症	25

参考文献	28
<hr/>	
第六章 子宫排空的方法	29
孕早期流产的急诊处理方法	29
中孕早期流产的急诊处理方法	31
中孕晚期流产的急诊处理方法	31
孕早期选择性流产的方法	31
孕中期选择性流产的方法	32
宫颈扩张术	32
参考文献	33
<hr/>	
第七章 流产治疗的其他临床因素	35
麻醉、镇静剂和镇痛剂	35
组织的检查和处理	36
术后监护	37
出院指导	37
流产后的计划生育	39
控制感染	43
Rh 阴性流产病人的处理	44
实验室检查	44
参考文献	45
补充读物	46
<hr/>	
第八章 给病人的知识和咨询	47
必要的医学知识	47
咨询	48
参考文献	50
<hr/>	
第九章 设施和装备	51
急诊流产处理的设施	51
选择性流产的设施	54
门诊病人处理	54
病人数量	55
病人流量	55
急诊流产和选择性流产治疗的设备和药物	56
流产处理现状和现有资源	56

所需的设备和供应物品	56
方法和程序	58
<hr/>	
第十章 工作人员：任务、培训和监督	59
流产治疗工作任务	59
培训	60
工作人员的监督	62
工作人员的态度	63
参考文献	64
<hr/>	
第十一章 各级流产防治机构在治疗转院等方面的协同关系	65
各级流产治疗机构之间的分工	65
转诊系统	66
转院	67
合理应用治疗设施	67
参考文献	68
<hr/>	
第十二章 流产治疗的质量、监测和评价	69
治疗质量	69
监测	70
评价	70
病历记录	71
流产治疗的质量保证	72
手术调查	73
参考文献	73
补充读物	73
<hr/>	
第十三章 流产治疗的成本效益管理	74
流产治疗的预算	74
流产治疗的经费来源	77
财政管理与审计	77
参考文献	78
<hr/>	
第十四章 预防不安全流产、保护母婴安全	79
公众教育	79
计划生育在预防流产中的作用	80

推广安全高质急诊流产治疗	81
选择性流产的作用	82
共同增进孕产妇健康	83
参考文献	84
<hr/>	
附件 1 控制感染程序	85
附件 2 流产治疗所需的设备和药物	90
附件 3 培训资料	100
附件 4 用于流产治疗的标准病历	104

前 言

1967年世界卫生大会(World Health Assembly) WHA 20.41号决议指出,流产仍然是许多国家妇女的一个很重要的健康问题。不安全流产手术的后果对孕产妇死亡率有很大的影响。即使存活下来的妇女,也可能长期遭受包括不育症在内的各种后遗症的折磨。

各国政府有权决定是否为终止妊娠提供医疗服务,以及在什么样的情况下提供这种服务。WHO在这个问题上没有决定权。然而,它赞同1987年10月内罗毕“计划生育与增进妇女儿童健康国际会议”所提出的观点:“不要去管法律,人道地治疗感染性和不完全性流产,并对流产后避孕作有效的宣传和服务”。

正如1984年墨西哥城国际人口会议上重申并推广的世界人口行动计划制定的准则,WHO不把医学终止妊娠看作是计划生育方法。而且人工流产以及与流产有关的死亡率水平也明显地与计划生育要求达到的水平不相符。

本书的主要目的是降低与流产有关的孕产妇发病率与死亡率。各国卫生保健系统都应该提出对患流产并发症妇女的保健要求。此外,在法律允许的地方,人工流产在质量与安全方面也应该达到规定的最低标准。

本书由WHO母亲健康,母婴安全健康计划推出,并首先提出计划管理人员在妇女保健计划的执行、监督和评价方面应负的责任。本书并不是一本临床教科书,因为在各种临床书刊中已有了丰富的学术文献,本书相应章节的参考文献中已列出关键技术的来源。

本书中广泛使用了“管理人员”这个术语,它是指包括计划、组织实施、供应以及对流产处理计划和服务进行监督在内的所有卫生保健人员。在很多地方的人员配置中,经过培训的临床医务人员也可以成为卫生保健管理人员。本书也适用于对国家保健系统负有责任的决策者,监督服务部门的管理人员以及私人卫生保健机构的工作人员。

本书的主要目的是:

- 作为初级卫生保健系统一部分,为改进对流产及其并发症处理的质量和效率提供管理指南。
- 鉴于流产在孕产妇发病率和死亡率中有重要作用,为防止不安全流产

及其后遗症提供指南。

——帮助国家和地方管理人员搜集和使用资料，以供他们在制定各级卫生保健系统处理急诊流产的机构布局和人员配置方案时使用。

本书是在查阅大量文献和搜集了 WHO 支持的有关人工流产及其严重并发症的健康问题研究成果的基础上写成，并经过这一领域的很多专家和管理人员审阅，由一个专家工作组最后审定推荐的。

我们所做的种种努力，都是为了使本书在卫生保健系统担负建立与实施母亲与儿童保健服务的工作中具有实用价值。因此，本书按照服务机构及设施计划、成本-效益管理，为病人提供信息与咨询，训练与监督、服务机构的检查与评估分成章节，并附有建议、培训教材范例及地方易于采用的记录表格等几个附件。本书有较大的灵活性，只提出了重要论点。所作的建议也是为每个国家的社会文化背景所能接受的。本书的目的既不想解释 WHO 的方针与有关规定，也不想对任何国家有关流产的法规提出修改的建议。

欢迎对本书提出意见和问题，请寄 Maternal Health and Safe Motherhood, World Health Organization (世界卫生组织母亲健康与母婴安全), 1211 Geneva 27, Switzerland. (瑞士)。

致 谢

世界卫生组织十分感谢设在美国北卡罗来纳州卡波罗 (Carrboro, NC, USA) 的国际救援计划服务中心 (International Projects Assistance Services, IPAS) 的工作人员, 特别是 Sallie C. Huber, Ann H. Leonard, Donald Minkler 和 Judith Winkler。他们在帮助制定本指南中作出了重大贡献。

一支由杰出国际健康专家组成的队伍参与了本书最后定稿工作, 该工作组的成员包括 Raymond Belsky, USA; Grace Delano, Nigeria; Robin Hutchinson, Canada; Khama Rogo, Kenya; Pramilla Senanayake, Sri Lanka; 和 Margot Zimmerman, USA。

世界卫生组织感谢在本书编写和审阅工作中作出宝贵贡献的下列人员: Halida Akhter, Daniel Ampofo, Maybelle Arole, Syeda Begum, Mark Belsey, Poursu Bhiwandiwala, Paul Blumenthal, Marc Bygdeman, Meena Cabral, Davy Chikamata, Rebecca Cook, Adrienne Germain, David Grimes, Kelsey Harrison, Jozef Kierski, Suporn Koetsawang, Olayinka Koso-Thomas, Uta Landy, John Lawson, Deborah Maine, Suman Mehta, Laban Mtimavalye, Jane Mutambirwa, Joaquin Nunez, Viveca Odland, Herbert Peterson, Praema Raghavan-Gilbert, Shan Ratnam, Yan Ren-Ying, Alberto Rizo, Allan Rosenfield, John Ross, Mamdouh Shaaban, Irvin Sivin, Joseph Speidel, Sudha Tewari, Louise Tyrer, Judith Tyson, 和 Vivian Wong。

十分感谢 Andrew Mellon Foundation (基金会) 为本书编写和出版提供经费。



第一章 引言

许许多多的孕妇昨天晚上太阳下山以后还活着，第二天早上却再也看不见东升的太阳。她们死于分娩：有的人骨盆太小或由于儿童期营养不良导致骨盆变形，使胎儿不能顺利地通过产道娩出。有的人企图终止一次期望外的妊娠，死在技术低劣的堕胎者手术台上。另外一些死于出血而医院又缺乏血液，有一些痛苦地死于子痫。还有一些太年轻以致不能承受生育孩子，而且从未作过产前检查。今天的亚洲、非洲和拉丁美洲就有一些这样的妇女（H. Nakajima，世界卫生组织总干事，1990年10月）。

WHO 估计全世界每年大约有 50 万妇女死于与妊娠有关的因素。这些死者中可归咎于流产并发症的占相当大的比例。另外，98% 的孕产妇死亡发生在发展中国家。这些地方的妇女一生中与妊娠有关的死亡危险与每个妇女妊娠次数多少、社会经济状况以及这些国家中现行的妇女卫生保健服务水平等密切相关（WHO，1991）。

表 1 中显示出差别很大的孕产妇死亡率，说明这种死亡大多数是可以预防的。提供充分的健康知识教育，改善卫生保健措施，包括防止期望外怀孕等等对于降低这些可怕的死亡率能起到关键的作用。

孕产妇死亡率和发病率

没有谁能确切地知道每年有多少妇女死于妊娠。这些死亡者中，大部分是穷人，生活在偏僻的地区。她们的死亡很少引起重视。世界上这些地区孕产妇死亡率是最高的，这些死亡很少有登记。即使有登记，也常常没有记录死亡的原因（Royston 和 Armstrong，1989）。

WHO 界定的孕产妇死亡定义为：整个妊娠过程中发生的孕产妇死亡，或者是妊娠终止 42 天内发生的孕产妇死亡。不论妊娠期限和妊娠的部位，包括由于妊娠导致的病情加重或处理不当引起的死亡。但不包括意外事故或其他因素引起的死亡。然而妇女在生育年龄（大约是 15~44 岁）死亡，不管发生在何时、何地，对于她的家庭和社会都是一个悲剧。

发展中国家的妇女因妊娠而产生的死亡危险比发达国家要高得多。发达国家为 5/10 万~30/10 万。而在发展中国家这个数字高达 50/10 万~

800/10万,甚至更高。生活在发展中国家的妇女如果她们找没有受过训练、技术低劣的堕胎者来处理妊娠,死亡的危险性要比找技术熟练的人在卫生的条件下处理妊娠高出250倍。

当妇女有安全合法的流产服务时,死亡的危险性明显降低。例如在美国,1980~1985年与流产有关的死亡率为0.6/10万(Henshaw和Morrow,1990)。

虽然收集孕产妇死亡率的数据是困难的,但是这个问题非常重要。没有这些发生率的准确资料,就不能制定有关的健康政策和预防这些问题的计划(Rosenfield和Maine,1985)。

表1 孕产妇死亡率变化(1983~1988)^a

地 区	活 产 (100万)		孕产妇死亡 (1000)		孕产妇死亡率 (/10万活产)	
	1983	1988	1983	1988	1983	1988
全 世 界	128.3	137.6	500	509	390	370
发展中国家	110.1	120.3	494	505	450	420
发达国家	18.2	17.3	6	4	30	26
非 洲	23.4	26.7	150	169	640	630
东 非	7.0	8.8	46	60	660	680
中 非	2.6	3.0	18	21	690	710
北 非	4.8	4.9	24	17	500	360
南 非	1.4	1.3	8	4	570	270
西 非	7.6	8.7	54	66	700	760
亚 洲 [*]	73.9	81.2	308	310	420	380
东 亚 [*]	21.8	24.6	12	30	55	120
东南亚	12.4	12.5	52	42	420	340
南 亚	35.6	39.6	230	224	650	570
西 亚	4.1	4.4	14	12	340	280
拉丁美洲	12.6	12.2	34	25	270	200
加勒比地区	0.9	0.8	2	2	220	260
中 美	3.7	3.5	9	6	240	160
南 美	8.0	8.0	23	17	290	220
北 美 洲	4.0	4.0	1	1	12	12
欧 洲	6.6	6.4	2	1	27	23
大 洋 洲 [*]	0.2	0.2	2	1	300	600
前 苏 联	5.2	5.2	3	2	50	45

a. 表内数字未包括澳大利亚,日本和新西兰地区,但发达国家总数中把它们包括了。孕产妇死亡数和死亡率是WHO估计的。1983年活产数是联合国1980~1985年的估计数(联合国,1982)。1988年的活产数是联合国按1985~1990年的估计数(联合国,1991)。各地区数字相加若与地区总数不符,是舍入误差。

与妊娠有关的发病率资料,比起死亡率资料来说,可用的就更少了。然而,最近有一份分析资料提出,每死亡一个孕产妇大约就有10~15个妇女患与妊娠有关的疾病(Measham和Rochat,1987)。这表明在世界范围内每年大约有500万~750万的妇女患与妊娠有关的疾病,这些疾病虽然不是致命性的,但会使健康受到严重影响。

流产在孕产妇死亡率和发病率中所起的作用

人工流产是最古老的控制生育的方法,然而它目前几乎仍然是最广泛应用的方法。它涉及最敏感的宗教和道德伦理问题,几乎没有一个社会学家能够不持偏见的把流产作为影响妇女健康的问题来对待(Royston和Armstrong,1989)。孕产妇死亡的悲剧,通过正确处理是可以预防的(WHO,1986)。就全世界来看,大约15%左右的孕产妇死亡是由于不安全流产引起,而在某些地区这个比例可高达50%。在世界范围内这种由不安全流产引起的高孕产妇死亡率是可以通过对流产并发症提供有效的处理措施、安全流产手术和避孕服务来预防(Mahler,1987)。

不安全流产是指由没有经过训练、素质低劣的人来进行终止妊娠的手术或治疗。它的主要并发症是直接引起育龄妇女死亡(WHO,1986)。最近的统计资料表明,发展中国家每年有50万以上的妇女死于与妊娠有关的原因,其中15%左右是由于不安全流产的并发症引起(WHO,1993)。某些专家估计的数字还要高得多(WHO,1991)。

不管是自然流产或是人工流产,其预防和治疗效果都取决于是安全流产还是不安全流产。根据24个国家死亡登记的统计显示,所有报告的孕产妇死亡原因中,由各种类型的流产并发症引起的死亡在6%~46%之间(Liskin,1980)。

为了阐明需要安全流产医生和工作人员的必要性,WHO编辑了一个关于不安全流产的资料库,资料来自17个国家的67项研究。它表明,在某些地区,医院内发生的孕产妇死亡,高达50%是由于不安全人工流产的并发症所致。在许多国家这个比例平均接近医院内全部孕产妇死亡的1/4(表2)(WHO,1991)。以前很少有关于流产影响的大规模前瞻性或回顾性社区研究报告,而最近有几个大规模的研究完成。大部分关于流产的研究是以医院为基础进行的。除了在医院内发生的死亡之外,在院外发生的死亡数还是未知的。

表 2 医院内人工流产或感染性流产影响孕产妇死亡率的研究

地 区	国家和地区	时 期	研究编号	流产的孕产妇死亡率 (%) [*]
非 洲	埃塞俄比亚	1979	1	30
	加 纳	1963~1967	2	4~7
	肯 尼 亚	1972~1977	1	22
	尼日利亚	1966~1985	5	6~51
	坦桑尼亚	1974~1984	4	13~25
	赞 比 亚	1982~1983	1	15
	津巴布韦	1972~1983	4	18~32
亚 洲	孟加拉国	1978~1979	6	15~31
	印 度	1962~1985	17	3~34
	马来西亚	1967~1973	2	23
	巴基斯坦	1961~1983	4	2~12
	菲 律 宾	1964~1986	2	16~24
	泰 国	1977~1978	1	25
拉丁美洲	智 利	1960~1979	4	26~46
	哥伦比亚	1963~1978	7	23~45
	牙 买 加	1971	1	33
	委内瑞拉	1961~1973	5	20~70

* 本表只包括人工流产或感染性流产的研究, 未明确流产类型的不包括在内。

自然流产或不明原因的妊娠中止(也称小产), 大约占全部已知或疑诊妊娠的 10%~15%。自然流产往往需要治疗, 或送医院住院治疗。在医院内治疗与不安全流产相比, 死亡的可能性要小得多。

在发展中国家, 各种类型的流产并发症也是引起妇女发病的原因。虽然已经明确地知道与不安全人工流产有关的发病率肯定是高的, 但要获得它的准确数据往往比得到死亡率的数据困难得多。不育症、丧失劳动能力、输血引起的感染以及对不安全流产并发症的急诊处理, 是我们力求母亲安全所面临的又一挑战。

要准确地确定世界范围内与选择性流产相关的死亡率和发病率同样是困难的。一些国家可靠的卫生统计数据 and 最新资料表明, 选择性流产是相对安全的(表 3)。

当对流产的种种限制减少时, 与人工流产有关的死亡人数也相应减少。

表 3 某些国家与选择性流产有关的死亡数和死亡率^a

国家和地区 (时间)	流产数 (千人)	死亡数 ^b	死亡率 (/10万)
保加利亚 (1980, 1984, 1987)	374	5	1.3
加拿大 (1980~1987)	511	1	0.2
前捷克斯洛伐克 (1976~1983)	781	3	0.4
丹麦 (1976~1987)	269	2	0.7
英格兰和威尔士 (1980~1987)	1095	14	1.3
芬兰 (1976~1985)	154	2	1.3
匈牙利 (1980~1987)	649	5	0.8
荷兰 (1976~1983)	509	1	0.2
新西兰 (1976~1987)	74	0	0.0
挪威 (1976~1987)	70	0	0.0
苏格兰 (1976~1987)	101	2	2.0
瑞典 (1980~1987)	261	1	0.4
美国 (1980~1985)	9446	54	0.6

a. 选择性流产是指按该国法规完成了法律手续的流产。

b. 除英格兰和威尔士的死亡数是按流产通知书记录，美国死亡数是根据产后调查外，所有数据都是按死亡证书统计的。

选自：Henshaw 和 Morrow, 1990；CDC, 1990。

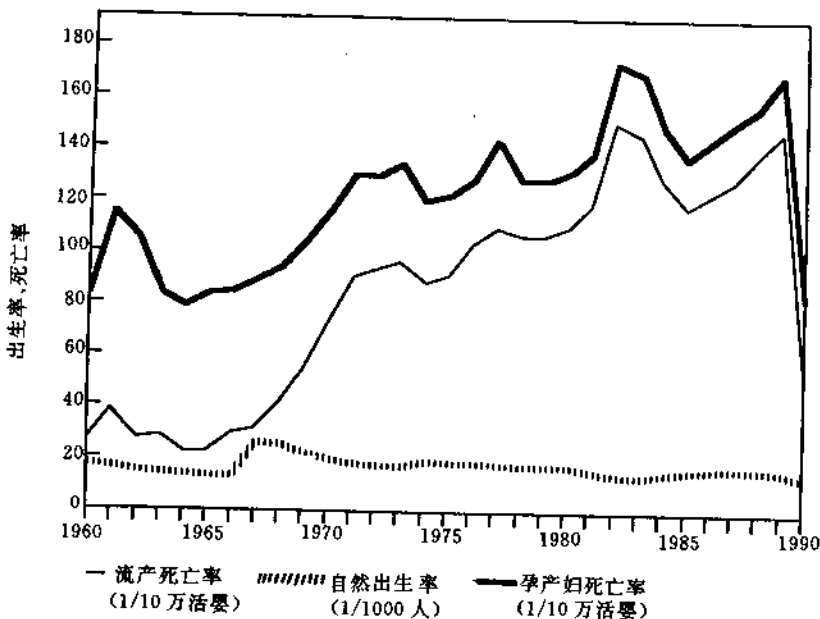


图 1 罗马尼亚从 1966 年 11 月实行反流产法，至 1990 年 1 月 1 日废除后流产死亡率的变化

这大概是因为这种操作可以由经过训练的专业卫生保健工作者来完成，因而更为安全的缘故。例如，在美国，流产合法化以后的五年内，流产相关的死亡率下降了85% (Tietze, 1981)。

图1显示罗马尼亚限制性立法对流产死亡的影响。1966年罗马尼亚法律对流产的限制变得更为严格，到1984年流产死亡数就增加到600%。当1990年1月法律再一次允许流产以后，第一年的流产死亡率就下降67% (罗马尼亚卫生部, 1991)。

把要求流产的妇女分类是十分困难的。任何年龄的妇女，各行各业的妇女，都可能经历过自然流产，或曾经用人工流产来终止过她期望外的妊娠。年龄较大，产次多的妇女通常以流产来避免再生育孩子；未婚、未产的青春期妇女，流产手术的目的是为了推迟生育孩子的时间，目前统计资料表明，在世界大多数地区，城市妇女和受教育多的妇女比农村和受教育少的妇女更愿意接受人工流产。然而，这可能仅仅是根据资料得出的结论，而在城市保健服务广泛应用，资料又收集得更好。

提高流产处理质量，增进妇女健康

虽然对流产影响的看法非常不同，但是卫生保健工作者应经常呼吁给流产妇女或曾经有过流产史的妇女提供服务，这一点是明确的。不论在什么情况下，只要有孕期出血，都有引起严重并发症的可能，都需要急诊处理。即使是在对人工流产有法律限制的地区，也应该对这些妇女进行急诊处理。必须一天24小时对这些妇女的病情进行观察和有效服务，从她第一次接触保健系统开始，直到她接受了需要的治疗为止 (临床处理资料详见第五~七章)。

通过计划生育减少人工流产，防止不安全流产，是卫生保健工作必不可少的组成部分。卫生保健工作者、妇女和社会团体都必须充分了解不安全流产对健康的危害，而避孕是一种好的可供选择的安全方法。通过增加有效的计划生育服务和向妇女、卫生保健工作者、社会团体提供准确的信息，能更有效的减少期望外的妊娠、人工流产和与之相关的孕产妇发病率和死亡率。计划生育与母儿卫生保健服务充分结合是WHO为改善全人类初级卫生保健战略计划的关键组成部分。

参考文献

CDC (1990) Abortion surveillance, 1986-1987. *Morbidity and mortality weekly report, CDC surveillance summaries*, 39: SS-2.

- HENSHAW SK, MORROW E (1990) *Induced abortion: a world review, 1990 supplement*. New York, Alan Guttmacher Institute.
- LISKIN LS (1980) Complications of abortion in developing countries. *Population reports*, Series F, No. 7.
- MAHLER H (1987) The Safe Motherhood Initiative: a call to action. *Lancet*, 1(8534): 668-670.
- MEASHAM AR, ROCHAT RW (1987) *Slowing the stork: better health for women through family planning*. Technical background paper prepared for the International Conference on Better Health for Women and Children Through Family Planning, Nairobi, Kenya, October 1987 (available from the Population Council, Dag Hammarskjold Plaza, New York, NY, USA).
- NCHS (1990) *Vital and health statistics—Supplements to the monthly vital statistics report: advance reports, 1987, Series 24: Compilations of Data on Natality, Mortality, Marriage, Divorce and Induced Terminations of Pregnancy, No. 4*. Hyattsville, MD, National Center for Health Statistics.
- ROMANIAN MINISTRY OF HEALTH (1991) Directorate for Maternal and Child Health. *Mortalitatea materna*. Bucharest (unpublished document).
- ROSENFELD A, MAINE D (1985) Maternal mortality—a neglected tragedy; where is the M in MCH? *Lancet*, 2(8446): 83-85.
- ROYSTON E, ARMSTRONG S, eds. (1989) *Preventing maternal deaths*. Geneva, World Health Organization.
- TIETZE C (1981) *Induced abortion: a world review, 1981*, 4th ed. New York, The Population Council.
- TIETZE C, HENSHAW SK (1986) *Induced abortion: a world review*, 6th ed. New York, Alan Guttmacher Institute.
- UNITED NATIONS (1982) *United Nations demographic indicators of countries: estimates and projections as assessed in 1980*. New York, United Nations.
- UNITED NATIONS (1991) *United Nations demographic indicators of countries: estimates and projections as assessed in 1990*. New York, United Nations.
- WHO (1986) Maternal mortality: helping women off the road to death. *WHO chronicle*, 40(5): 175-183.
- WHO (1990) Romania: on the road to success. *Safe motherhood: a newsletter of worldwide activity*, Issue 3: 1-2.
- WHO (1991) *Abortion: a tabulation of available data on the frequency and mortality of unsafe abortion*. Geneva (unpublished document WHO/MCH/90.14; available on request from Maternal Health and Safe Motherhood, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
- WHO (1993) *Abortion: a tabulation of available data*, 2nd ed. Geneva (unpublished document WHO/FHE/MSM/93.13; available on request from Maternal Health and Safe Motherhood, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).

第二章 流产概述

各级卫生保健服务机构一天 24 小时都必须准备好有效处理急诊流产并发症的人员和设备。

本章给流产下定义，并阐述不同类型流产的处理方法，同时也要论及典型卫生保健系统的服务层次以及介绍每一层次有效处理流产应包含的内容。

定义

流产是指妊娠在胎儿可以在母体外存活之前终止。进一步更详细的定义，决定于流产的原因。自然流产（有时称之为小产），是指没有诱因而发生的流产。而人工流产则是指蓄意干预所造成的流产。人工流产包括那些根据法律条款施行的流产手术和不合法施行的手术。治疗性流产严格的定义应该是，妊娠继续将危及孕妇的生命和健康，或由于先天的和遗传的因素危及胎儿时，由医师指示进行的流产。然而，普遍认为，治疗性流产通常适用于所有的合法流产。流产临床处理要点参见表 8。

流产分类

急诊流产和选择性流产是本书中用来描述两种主要流产诊治类型的术语。

急诊流产处理指的是挽救生命的诊治措施。卫生保健系统的任何一级在遇到患急诊流产并发症的孕妇需要处理时，这种措施必须保证有效。到保健诊所来就诊，需要急诊处理的流产最常见是不全流产。不全流产如果不治疗，可能导致出血、休克、败血症，甚至死亡。治疗包括完全排空子宫和及时处理其他的并发症。

选择性流产是应孕妇的请求和经孕妇的医生推荐而施行的流产措施。相对来说，急诊流产则是为保护孕妇的生命与健康而必须立即施行的措施。大多数合法人工流产或治疗性流产都属于选择性流产。法律对这类流产适应范围的限制和决定作用是非常明显的。这不在本书讨论的范围之内。管

理人员应当在他工作的国家法律和医疗法规允许的范围内使用这些流产处理的原则。

卫生保健分级

流产宜尽可能就近处理，并至少应有经过施行安全、优质手术正规训练的专门技术人员来进行治疗。

预防流产引起的孕产妇死亡，取决于这个国家的所有各级卫生保健系统在急诊流产处理方面的共同努力。从最基层的乡村卫生保健所到最高级即三级治疗机构都不能例外。卫生保健系统的每个服务点都必须至少保证对急诊流产处理的某些环节进行有效服务。如：健康知识教育、镇静剂使用、排空子宫和对最严重的并发症的正确处理等。

虽然习惯的命名术语可能有所不同，但大多数国家的卫生保健系统都包括下列级别：

- 社区级卫生保健
- 初级卫生保健
- 一级治疗
- 二级和三级治疗。

表 4 列出每一级别不同类型的诊疗服务机构。本章下面的几节要阐述保证对急诊流产提供有效服务所需要的人员配备和设施。

表 4 典型卫生保健系统的各级服务机构

等 级	服 务 机 构
社 区 级	社区基层保健工作者
初 级	护 理 站 门 诊 所 急 救 站 卫生保健站及卫生保健中心
一 级 治 疗	区、乡医院
二 级 治 疗	地区医院
三 级 治 疗	大学教学医院 国立专科医院

在一些国家选择性流产是由专门医疗机构来进行。而全面论述这些医疗机构的管理情况，超出本书介绍的范围。

社区级

表 5 各级卫生保健机构在处理急诊流产中的分工

等级	工作人员	分 工
社区级	社区内经过基本卫生训练的人员 传统接生员, 私人	确认流产及并发症的体征与症状, 及时安排到正规保健系统进行治疗
初级	行医者 保健工作者, 护士 经训练的助产士 通科医生	上述所有工作加如下方面: ——常规体检和盆腔检查 ——诊断流产的阶段 ——复苏和为治疗或转院作准备 ——红细胞压积/血红蛋白检查 ——如需要可安排转诊 如有经训练的工作人员和相应的设备, 下面这些工作也可在本级完成: ——开始基本治疗包括抗生素治疗、静脉输液和给催产药物 ——孕早期排空子宫 ——控制疼痛(宫颈旁阻滞, 常规止痛, 和镇静)
一级	护士、经训练的助产士 通科医生 经妇产科训练的专科医生	上述所有工作加如下方面: ——孕中期急诊排空子宫 ——治疗大多数流产并发症 ——交叉配血与输血 ——局部与全身麻醉 ——剖腹产等有指征的外科手术(如有熟练的医生, 可进行包括宫外孕在内的手术) ——诊断并转诊严重并发症包括败血症、腹膜炎或肾功衰竭
二级和三级	护士、经训练的助产士, 通科医生、 妇产科专科医生	上述所有工作加如下方面: ——如有指征, 排空子宫 ——治疗严重并发症(包括肠损伤、破伤风、肾功衰竭、气性坏疽和严重的脓毒症等) ——治疗凝血障碍

社区保健工作者在降低流产死亡率与发病率方面起着关键的作用。特别是在距正规诊疗所遥远的偏僻地区。在许多国家乡村的健康教育和基层卫生保健服务是由正规保健系统之外的人员来进行的。通常是在他们家里或社区的房子里进行。这些人员包括: 私人行医者、神职人员、接生员、还有社区医师, 都参与了他们所在社区的基层卫生保健工作。

乡村卫生保健工作者常常是第一个接触发生出血或疼痛孕妇的人, 也

常是接触希望终止期望外妊娠孕妇的第一个人。另外，在世界上许多地区，传统的行医者还在施行不安全的人工流产手术。通过保健系统的渠道，了解文化观念、信仰对乡村保健工作者处理流产态度的影响，是十分重要的。要告诉社区保健工作者，关于不安全流产手术的危险性，并告诫他们不要施行这些操作。这些私人行医者也应向社区的群众进行如何避免不需要的怀孕的教育（避孕教育）。在社区级不能提供必要的治疗时，鼓励孕妇到正规卫生保健系统进行诊治。

如果社区内有经过训练的卫生保健工作者能有效地处理急诊流产，他们的工作应当包括以下的一些内容：

- 识别自然流产和流产并发症的症状和体征；
- 在需要的情况下，及时安排患者到正规卫生保健系统治疗。

如果有经过训练的保健人员，在这个级别就可以进行另外两项预防工作：

- 有关不安全流产的健康教育；
- 提供有关计划生育的宣传资料、教育和服务。

初级卫生保健

初级卫生保健机构包括：急救站、医疗站、门诊所、保健站和保健中心，构成了正规卫生保健系统最基础的级别。这一级机构通常都能提供包括健康教育、简单的实验室检查和治疗在内的卫生服务。一般不能进行住院治疗。另外，这些机构的工作人员也可以处理上述社区级的保健工作。

初级卫生保健机构很少有足够的专业卫生保健人员。通常这个层次人员有限，并且没有经过培训能施行子宫排空手术的人。培训卫生保健人员处理急诊流产是解决人员短缺的有效措施。特别对那些医生和其他医务人员都很少的发展中国家来说，更是这样。值得注意的是，在一些国家，如孟加拉国、尼日利亚、扎伊尔和美国的某些州，成功的训练不是医生的卫生保健工作人员施行简单子宫排空术，治疗没有并发症的早孕不全流产。（Begum 等，1984，1985；Freedman 等，1986；Ladipo 等，1978；Starrs，1987）。

初级保健机构一般应有经过培训的人员来对急诊流产提供必要的处理。它的任务是，除了社区级应有的任务外，还要加上下列的基本服务项目。

- 简单体格检查和盆腔检查，（特别是生命体征、体温、脉搏、呼吸、血压以及确定子宫的大小）；
- 流产分期的诊断；

- 紧急复苏，为治疗和转院作好准备，（包括气道、呼吸的处理，止血、止痛）；
- 实验室检查：血象（红细胞压积）和血红蛋白；
- 转诊治疗，（包括安排交通运输），安排患者到一级治疗机构或更高级的治疗机构治疗本级不能处理的并发症。

当受过训练的工作人员和装备都足够时，可以在初级卫生保健机构对急诊流产提供更广泛的服务，这样做，更容易为孕妇所接受。这些服务包括：

- 在需要时，开始基本治疗，包括：抗生素治疗，静脉输液和催产药物；
- 可以施行孕早期子宫排空术；
- 止痛（宫颈旁阻滞麻醉，常规止痛）和镇静；

一级治疗

当孕妇的治疗要求超出初级卫生保健机构力所能及的范围时，应当把她转送到一级治疗机构。一级治疗机构能够提供一些专科性的服务。因为它有更多的技术熟练的工作人员、设备和药品来保证急诊治疗。一级治疗机构是指区或乡医院，有 20 张或更多一点的病床供病人住院。工作人员应该有处理能力处理这个级别应该处理的治疗问题，并且提供一天 24 小时的服务。在一些国家，有专门的妇幼保健院或产科中心来完成一级治疗机构的任务。

一级治疗机构应当有训练有素的工作人员和能进行外科急救和治疗的设施。它应该能够处理除了一些并发症外的所有流产。一级治疗机构至少应该有一名医生，这名医生要经过妇产科急救的训练，可以在本医院内处理有关急诊流产的问题。

正如第 60-62 页提到的，把不是医生的人培训到能完成像子宫排空术这样的简单手术，就使医生有更充裕的时间从容处理难度更大的问题。另外，在这一级能提供的生育保健服务还应包括：剖腹产、避孕手术以及当地法规所允许的选择性流产。

一级治疗机构配备的设备和经过训练的人员要能够承担社区级和初级卫生保健两个级别需要处理的全部急诊流产和以下的任务：

- 指征明确的孕中期子宫排空术；
- 治疗大多数流产并发症；
- 交叉配血与输血；
- 局部与全身麻醉；
- 剖腹产等有指征的手术（如果有熟练、合格的医务人员，可以进行宫外

- 孕手术)；
- 妊娠试验；
- 对以下主要并发症进行诊断和安排转诊（包括交通）。如：败血症、腹膜炎、肾功衰竭和其他本医院不能处理的问题。

二、三级治疗

二级治疗机构是全功能的地区医院，有住院和门诊服务。大学教学医院和国立专科医院组成三级治疗。这些机构的设施和人员配备应该具有一天 24 小时对所有疑难的急诊流产进行处理的能力。除了在社区级、初级、一级治疗机构提到的任务之外，还有：

- 有指征的子宫排空术；
- 处理严重并发症（包括：肠损伤、破伤风、肾功衰竭、急性坏疽和严重的脓毒症等症）；
- 治疗凝血障碍。

参考文献

- BEGUM SF ET AL. (1984) *A study on menstrual regulation providers in Bangladesh*. Dhaka, Bangladesh Association for Prevention of Septic Abortion.
- BEGUM SF ET AL. (1985) *Evaluation of MR services and training programs*. Dhaka, Bangladesh Association for Prevention of Septic Abortion.
- FLAHAULT D ET AL. (1988) *The supervision of health personnel at district level*. Geneva, World Health Organization.
- FREEDMAN MA ET AL. (1986) Comparison of complication rates in first trimester abortions performed by physician assistants and physicians. *American journal of public health*, 76(5): 550-554.
- LADIPO OA ET AL. (1978) Menstrual regulation in Ibadan, Nigeria. *International journal of gynecology and obstetrics*, 15(5): 428-432.
- STARRS A (1987) *Preventing the tragedy of maternal deaths: a report on the International Safe Motherhood Conference*. Washington, DC, World Bank.
- WHO (1985) *Prevention of maternal mortality. Report on a WHO Interregional Meeting*. Geneva, World Health Organization (unpublished document FHE/86.1; available on request from Division of Family Health, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
- WHO (1991) *Essential elements of obstetric care at first referral level*. Geneva, World Health Organization.

第三章 法律和社会因素 对流产的影响

流产不是一个单纯的医学问题、伦理问题或法律问题。它是一个人类的社会问题，涉及到单身女人、男人，已婚夫妇和社会全体成员（Tietze, 1978）。

本章着眼于流产的现行法律和法规，以及法律和社会因素对流产行为和流产处理的影响。社会、经济、宗教和文化环境都对妇女要求流产有所影响，显然不管生活的环境对妇女产生什么样的压力，很多人仍然渴望人工流产。终止妊娠的愿望可以迫使一个妇女背离传统的信仰，甚至忽视法律、疾病和死亡的威胁，不顾社会和法律后果去终止她期望外的妊娠（David 等，1978）。

法律和社会因素也影响妇女与卫生保健工作者之间的关系，以及采用的处理措施的质量和可接受性。各级保健机构的管理人员都必须清楚了解他们工作地区的信仰、法律和对流产的态度，以免这些因素妨碍流产处理。特别是对急诊流产，不应当受到与这个国家其他医疗和外科手术有任何不同的限制。

法律与法规

像所有卫生保健问题一样，流产也应当受到国家卫生保健法规的控制。管理范围涉及的方面有专业培训、发放卫生保健人员执照、医疗工作规范、机构、人员配备、宣传服务机构的资金来源与费用等。

急诊流产

每个国家的医学伦理学惯例都对急诊流产处理有所要求。因为这些措施通常是为了挽救妇女生命和保护妇女健康（Kleinman, 1988）。法律规定和国家医学标准通常都明确规定可以在什么地方用什么方式提供急诊流产处理以及什么人具备胜任这项工作的条件。

选择性流产

从历史来看，世界各国都存在人工流产，即使是在那些用法律明令禁止人工流产的地方也不例外。在许多国家，以保护健康为目的的人工流产是合法的。（根据 WHO 的定义，健康不仅是不生病、不虚弱，它应是一种在生理上、精神上和对社会适应能力上的完好状态）。社会环境对限制流产的影响差异很大。Henshaw 和 Morrow (1990) 对有关人工流产的法律作了如下估计（图 2）：

- 40% 世界人口所在国家如果妇女要求，就可以允许人工流产。除了有健康和其他的指征之外，很多国家对人工流产的妊娠期限都有所限制。
- 23% 世界人口所在的国家以社会医学因素作为人工流产指征，或者只把不利社会因素作为终止妊娠的理由。
- 12% 的世界人口所在的国家对医学需要的人工流产没有限制。例如，妊娠威胁到妇女的健康或由于胎儿原因的适应证都可以成为正当终止妊娠的理由。
- 25% 的世界人口所在的国家禁止人工流产。除了要挽救孕妇的生命可以例外或者根本没有例外。

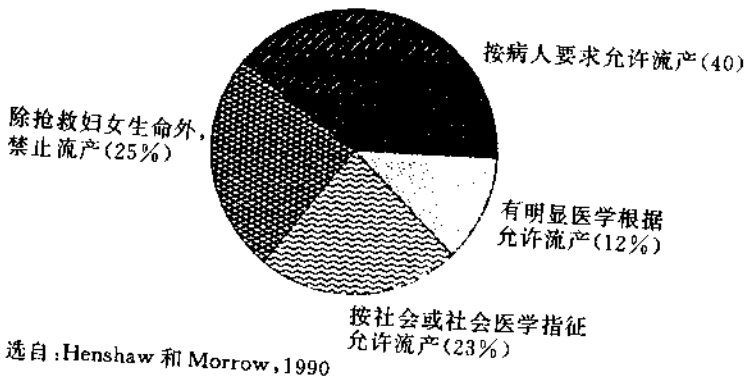


图 2 各种类型有关流产的法律所影响的世界人口百分比

随着时间推移，与流产有关的法律也在改变。一般情况下，法律对选择性流产限制放宽的程度与社会现代化的程度有关。但值得注意的是，在以前的殖民地国家法律已经废除很久以后，殖民法律中对于人工流产限制的残余条款仍然在一些国家起作用。例如布基纳法索 (Burkina Faso)、印度尼西亚 (Indonesia)、肯尼亚 (Kenya)、马里 (Mali)、尼日利亚 (Nigeria)，还有许多拉丁美洲国家。

修改有关流产的法律和放宽限制，不总是立即就能改善流产的习惯做法和安全性，也不能确保所有社会经济或文化层次的妇女，以及边远地区的妇女都得到充分的服务。例如，一些国家几年前法律就放宽了对流产的限制。但由于可用的服务机构不足，缺乏经过训练的人员，以及信息不平等，限制了选择性流产的实施和利用。在这些国家不安全流产仍然存在，因此，依旧需要急诊流产处理。

有关选择性流产的法律限制是可以改变的，管理者应当认识到这种变化对提供服务所产生的影响。从六十年代末期到八十年代末期，至少有 69 个司法权管辖区改变了这些法律。其中 65 个已完全放宽了限制，4 个缩小了限制的范围 (Cook, 1989)。最近对流产法律的修改已经规定了施行流产的新指征，包括：青春期、高龄孕妇、家庭环境及孕妇感染人类免疫缺陷病毒 (HIV) 等。

社会舆论和宗教对流产的观点

妇女生活的社会和文化环境、占主导地位的宗教和个人信仰，都对她们决定如何处理期望外的妊娠以及选择什么方式处理这次妊娠起作用。这些都要影响与流产有关的死亡率和发病率。另外，卫生保健工作者的社会文化观点和宗教信仰也影响他对需要流产的妇女所持的态度以及为她们提供的服务。能够影响流产死亡率和发病率的一些社会文化因素包括：

- 当妇女患流产并发症时，她们迅速寻求治疗的意识与能力。她们在寻求卫生保健服务时，可能需要得到丈夫或监护人的允许。很多不想怀孕而需要流产的妇女可能会受到社会的谴责和家庭成员的阻拦。为了避免这些责难，妇女常常会拖延就医，甚至因而造成死亡。卫生保健工作者不应该支持妇女的这些想法，而是要支持鼓励她们去寻求医疗救助，不要回避治疗。
- 妇女决定终止妊娠时，愿意采用的方法及其原因。文化因素可能导至妇女选择危险的流产方法。造成这种选择的原因是多方面的。包括对传统堕胎者的信赖，要求保密，相信非医学手段的人工流产，而这并不是真正的流产。出自家人和朋友安排的治疗等。
- 生育能力的重要性。在许多社会中，妇女的生育能力，是她能否被社会接受的核心问题。她们不愿意使用现代避孕手段。因为觉得这种措施好像对她的生育能力有害。这种想法增加了希望外怀孕的机会，也增大了不安全流产的危险性。
- 医务工作者对要求流产妇女的态度。一些研究资料表明，妇女不愿意到使她们感到不舒服的地方，或者她们曾经受到过很差治疗的地方去进行

流产(Bamisaiye, 1984; Feierman, 1981; Lasker, 1981; Thaddeus 和 Maine, 1990)。特别重要的是,当不同文化层次的妇女在同一治疗机构进行流产治疗时,门诊部和医院的工作人员应该意识到不同文化因素的影响。

妇女如何看待自己要求流产的行为,以及社会如何对待流产妇女,宗教是一个重要因素。但不能过高估计宗教领袖在影响人们对流产的看法,以及在与社会对有关生育能力、流产、计划生育等方面的错误论调作斗争中的重要作用。有关资料详见第十四章。

处理急诊流产的工作人员如何对待病人,提供选择流产的工作人员如何看待他们所进行的服务,宗教信仰也是一个重要因素。当一个卫生保健工作者个人的宗教信仰与法律允许选择性流产的有关措施相抵触时,可以不要求他或她参与这些服务。然而,希望他或她必须迅速安排另外的人来进行治疗服务。

宗教信仰绝对不能妨碍在急诊流产时施行挽救生命的措施。

参考文献

- BAMISAIYE A (1984) Selected factors influencing the coverage of an MCH clinic in Lagos, Nigeria. *Journal of tropical pediatrics*, 30(5): 256-261.
- COOK RJ (1989) Abortion laws and policies: challenges and opportunities. In: Rosenfield A et al., eds. *Women's health in the Third World: the impact of unwanted pregnancy. International journal of gynecology and obstetrics*, Supplement 3: 61-87.
- DAVID H ET AL., eds. (1978) *Abortion in psychosocial perspective: trends in transnational research*. New York, Springer.
- FEIERMAN EK (1981) Alternative medical services in rural Tanzania: a physician's view. *Social science and medicine*, 15B(3): 399-404.
- HENSHAW SK, MORROW E (1990) *Induced abortion: a world review, 1990 supplement*. New York, Alan Guttmacher Institute.
- KLEINMAN R, ed. (1988) *Family planning handbook for doctors*, 6th ed. London, International Planned Parenthood Federation.
- LASKER JN (1981) Choosing among therapies: illness behavior in the Ivory Coast. *Social science and medicine*, 15A(2): 157-168.
- THADDEUS S, MAINE D (1990) *Too far to walk: maternal mortality in context*. New York, Columbia University Center for Population and Family Health.
- TIETZE C (1978) Foreword. In: David H et al., eds. *Abortion in psychosocial perspective: trends in transnational research*. New York, Springer.

第四章 流产治疗计划

卫生保健服务工作能否正常运转，取决于有无系统的计划（Rogo, 1990）。

本书下面的章节复习流产治疗计划的主要组成部分，需要完成的任务，处理流产的措施，以及每项任务的管理要求。下面摘要列出任务项目并标明所在的章节。在这些章节中能找到有关资料。

- 流产治疗计划（第四章）；
- 急诊流产的临床概况（第五～七章）；
- 病人需要的咨询和知识（第八章）；
- 机构和装备管理（第九章）；
- 工作人员需要的技能培训、管理与监督（第十章）；
- 流产处理、安排治疗转院过程中的分工与协作（第十一章）；
- 监测、评估和信息系统（第十二章）；
- 流产治疗的费用和资金筹措（第十三章）；
- 减少不安全流产的预防措施（第十四章）。

总体计划

制定治疗计划是各种类型卫生保健服务的基本组成部分，也包括流产处理在内。下面从逻辑上来叙述一下制定计划的程序。这对于保证服务成功、安全、有效和效率是有决定作用的。计划不当，常常造成时间和金钱的浪费，而且按这种拙劣地计划实施服务也不符合群众的要求。相反，精心制定的计划是要设法尽可能提供高质量的服务，以及增加资源利用的效益。这种计划对于达到降低死亡率和发病率的目的起重要作用。

制定计划有下列步骤：

- A、确立目标并界定它的范围；
- B、列出建立目标的提纲；
- C、确定为达到目标所需要进行的干预（步骤、战略和行动）；
- D、监控与评估计划完成的效果。

步骤 A～C 阐述如下，步骤 D 在第十二章中阐述。

确立目标与界定

在处理流产时，只有明确目标，才有充分的依据来改进服务。而重要的是要列出需要的条件和现有条件之间的差距，界定问题的范围。有时把这个步骤称之为需要评估，形势分析或称之为环境分析。

需要评估包括搜集有关资料和数据。通过数据分析准确地了解情况。然而只有有资金可用时调查与正式研究才可以进行。而收集资料不必过分费时、费钱。有用的资料可以通过复习有关材料，与工作人员和社区成员交谈等简便的方法获得。有关现有保健服务机构、病例数、需要服务的范围，该地区的总体健康目标以及管辖范围的有关法律等都可以从正规或非正规的渠道收集到。

表 6 保健系统资料来源及运用

资料类型	可能的来源							使用建议	
	病人档案	质检报告	物资档案	财务档案	培训机构	人事档案	标准工作程序		
卫生保健系统								确定流产服务的总水平及其机构	
工作人员(包括培训)					×	×	×	×	确定需要培训的工作人员
装备			×				×		确定装备和需要的物资
物资供应			×				×		
提供流产服务	×						×	×	
现有和预测的流产工作量	×						×		流产服务的计划与预算
并发症/死亡率	×	×					×		建立目标
急诊流产处理的费用	×			×					确定培训要求 回顾现有法规 协助预算 发展
处理的质量(充分的临床服务,可利用的空间,病人流量,候诊时间,病人的印象等)	×	×	×				×	×	回顾现有法规 促进提供高质量流产服务

表 7 国家和社区资料来源与运用

资料类型	可能的来源						使用建议
	人口普查	专项调查	医院档案	政府档案	流产登记	访问	
人口/人口统计数据							确定服务对象群体和病人的工作量
育龄妇女数	×	×					确定出生趋势和孕产妇死亡率, 作为流产的指征
出生率	×	×		×			
孕产妇死亡率(死因)	×	×	×	×	×		
社会文化与宗教信仰		×				×	设计教育活动与服务
流产的法律及政策情况				×			设计服务机构与档案管理以及确定报告要求
生育(模式/活动)		×		×	×	×	确定对流产和计划生育的认识, 态度和实施 确定发展趋势
经济指标							确定未来的需求
妇女参与劳动情况	×	×				×	确定流产死亡率和发病率的经济影响
流产与计划生育费用		×	×			×	如有可能, 确定愿为服务支付的费用和总计费用
社区资源							
现有的流产与计划生育提供者		×			×	×	确定现有服务机构的适用性及安全性
可利用的流产处理手段		×	×	×		×	编制预算, 为流产安排治疗和教育系统
可能的合作者(安排治疗和教育的的手段)		×		×		×	

表 6 和表 7 表明能搜集到的，对制定流产治疗计划有帮助的资料，以及这些资料的来源和可使用的范围。正如表中所见，按照列出的资料来源搜集资料是理想的。但是，不能仅仅因为某些资料没有收集到而延误急诊流产治疗。

制定目标

为了降低流产死亡率和发病率，管理人员需要制定专门的计划目标。目标要根据急诊流产处理的要求和现有服务机构的状况来制定。计划目标应表明管理者在预定时期内期望达到的变化。下面列出一些流产处理计划的例子：

- 四年内训练初级卫生保健机构的所有专业助产士能完成孕早期的急诊子宫排空术；
- 一年内，一级治疗机构能治疗 75% 患流产并发症的妇女，而不再把她们转到上一级机构治疗；
- 提供有关不安全流产危险性的书面宣传资料，在两年内达到至少避免 80% 的高中生怀上期望外妊娠。

制定目标的基本内容是建立“基准”，或者说是建立进展指标。这有助于管理者对实施计划的监督。指标应尽可能有特殊性。并规定目标完成的日期。例如，如果目标是在四年内训练初级保健机构的专业助产士达到能完成早孕早期急诊子宫排空术，重要的进度指标是：

- 在头三个月内制定培训课程；
- 定期举办培训班，训练每年新到初级保健中心的助产士；
- 培训完成后，对初级保健机构助产士的工作能力进行跟踪评估；
- 四年之后评估培训规划。

干预措施

干预措施是为达到计划目标在执行过程中进行的活动。为改善流产处理的干预措施可以发生在所有层次，从国家保健系统到私人诊疗所。它包括以下方面：

国家级

- 修订用于培训卫生保健专业人员的课程，应包括急诊流产处理在内。
- 把处理急诊流产的工作分配到初级保健中心。

- 根据政策和法规变化的要求，确定可以承担选择性流产门诊手术的卫生保健机构的最低级别。
- 为了改善手术条件，修订购置装备和推荐供应物品的目录。

次国家级（即省、州、地区级）

- 培训私人行医者，提供有关计划生育和不安全流产危险性的教育。
- 为保健人员和管理人员举行会议，介绍有关不安全流产影响和利用卫生保健资源方面的资料。
- 指导研讨会讨论提高安排治疗的效率及各治疗层次之间的转院问题。

医院或诊所级

- 在门诊部或医疗站建立急诊流产治疗室。
- 在流产治疗中将宫颈扩张、刮宫术（D&C）改为真空吸引术。
- 制定控制感染的标准、监督和措施，包括处理废弃物和所有工作人员的清洁设施。
- 为工作人员举办有关流产治疗的临床和社会心理问题方面的在职培训课程。
- 设法使门诊部提供选择性流产服务。
- 减少在子宫排空术中使用全身麻醉。

社区级

- 培训乡村保健人员鉴别流产并发症和对急诊流产病人进行指导。
- 教育乡村卫生保健人员要避免不安全流产。

参考文献

Rogo K (1990) *Medical implications and adolescent sexuality*. Paper presented at the First Inter-African Conference on Adolescent Health. Nairobi.

第五章 急诊流产治疗的初步评估

除了妇女个人的全身健康外，对于合法和非法的流产来说，有四种主要因素决定其死亡率和发病率——医务人员的技术、孕周、处理流产并发症的可用医疗设施以及其质量（Liskin, 1980）。

由于自然流产和人工流产的并发症常常发生，在卫生保健系统中的各级机构都必须具有能够处理急诊流产的基本能力。在一所专门诊所里所提供的特殊服务或卫生保健工作者提供的服务包括健康教育、复苏以及对严重并发症的病人安排外科处理或转诊。

本章所提供的资料是有关不全流产妇女的处理及需要立即治疗的严重并发症的情况。第六章所提供的资料是有关残留胚胎组织的子宫排空术——一种许多妇女急诊流产所需的操作，也是选择性流产处理的主要手段。对于各级管理者来说，为了了解诊所的需要、设备和供应、工作人员、需要的培训等，熟悉这份资料是必要的。所有这些题目都将在后面的章节中更详细的介绍。

初步评估

因为意外出血、发热、轻微腹痛而来咨询或治疗的妇女可能知道或不知道她们是否已妊娠。她们可能经历了一次自然流产或者流产并发症。然而无论何时，各级卫生保健系统的医务工作者遇到具有这些症状的育龄妇女来就诊，不论月经或避孕史怎样，都应考虑妊娠的可能。

准确的初步评估是保证适当治疗或迅速转诊的基础。

不全流产危急的体征和症状以及需要立即处理的并发症包括：

- 阴道出血；
- 腹痛；
- 感染；
- 休克。

卫生保健系统各级机构的工作人员必须取得病人的主要病史并对其当前的身体状况进行评估。对于培训较少，条件有限的卫生保健人员来说，要准确的诊断不全流产及肯定的并发症可能是困难的。像宫外孕或异位妊娠

这样危及生命的情况可以出现阳性的妊娠试验，而且其症状类似于不全流产，这样混在一起的情况使得难以作出确定的诊断。然而，对于医务工作者来说，最基本的是安排治疗并迅速把病人转送到能够作出确切诊断且能进行适当处理的医院。

如果被培训过，医务人员要做的第一件事是进行体检，包括测量体温，脉搏和血压（生命体征），也要进行盆腔检查（窥阴器和手检）。如果体检未发现明显的妊娠证据，应进行妊娠的实验室检查。如果实验室检查不能确诊，只能依据临床发现和病史进行治疗。需要估计出血时间、出血量，并以触诊来估计孕周（在本书中，孕周或妊娠时间是以末次月经周期的第一天计算的足周数。）和子宫大小。如果阴道有恶臭的脓性分泌物，在可能的情况下，应该取标本进行实验室检查以获得诊断，但不应耽误初步的治疗。

自然流产常常发生。它可能发生在妊娠被认识到或诊断以前（Wilcox等，1988）。表8示自然流产诊断分类和处理。如果有经过培训的工作人员和必要的设备，没有并发症的自然流产病人可以在初级卫生保健机构的门诊进行处理。没有并发症的自然流产病人在治疗后，一般能在短期的观察后出院，当病人在一所没有设备和经过培训的工作人员的初级诊所就诊时，最基本的处理是稳定病情并迅速安排转院。

表8 无并发症自然流产的临床处理

诊 断	症状和体征	治 疗*
先兆流产	轻度和中度出血 痉挛性疼痛 子宫颈未扩张 妊娠试验阳性	观察 减少活动
难免流产	出血 子宫颈扩张	观察 排空子宫 宫缩药
不全流产	出血 胚胎组织部分排出 宫颈扩张	及时排空子宫 宫缩药
完全流产	胚胎组织完全排出	观察 宫缩药
过期流产	胚胎死亡并未排出 可能有以下并发症 纤维蛋白原缺乏， 弥漫性血管内凝血 (DIC)，严重出血 子宫小于孕周 妊娠征消失	只要可能，即行子宫排空 可能需要对凝血进行治疗

* 非正规医生要进行包括使用宫缩药在内的所有治疗时，应按当地的操作规程进行。

当需要转上一级机构处理时，诊所的工作人员应使病人复苏（即让病人苏醒或维持生命体征），以便病人能不被耽误而转送到最近的上一级医院去确诊治疗（见第十一章）。以下的基本原则适合于急诊复苏，无论病人最初在哪一级机构就诊都不能耽误，特别在准备转上级医院和转送中或在不能作出明确的处理时：

- 气道和呼吸的处理；
- 控制出血；
- 静脉补液；
- 止痛。

需要急诊处理的流产并发症

由不安全流产所致的威胁生命的主要并发症有：出血、感染，以及生殖道和内脏器官损伤。胚胎残留物常引起这些并发症，这个题目在第六章中讲述。在正规医疗机构求治的病人中，用于人工流产的化学物和药物的毒性反应可以夹杂在并发症中。卫生保健系统各级机构必须能够尽最大努力一天 24 小时对这些有并发症的病人提供急诊服务。

在对所有类型流产并发症的研究中，观察到两个重要情况：

- 死亡率和发病率与孕周成正比；
- 并发症在以下情况更常发生而且更严重：自我人工流产或其他不安全的流产；缺乏对期望外妊娠的计划生育服务及安全的流产临床诊所。

因此，在社区一级机构教育卫生保健工作者和对公众鼓励早期和安全地处理自然流产和人工流产以及减少使用不安全流产方法是预防并发症的首要问题。

出血的处理

持续和严重失血在流产处理中是最常见的并发症。在大多数流产中胚胎组织残留是引起出血的主要原因。但创伤和化学因素造成的损伤或过期流产的凝血并发症也能够造成出血。如果胚胎组织残留是出血的原因，应进行清宫。然而，如果子宫颈受创伤或损伤是出血原因，则应缝合伤口。用非外科性处理止血的方法有：按摩子宫和给予宫缩药物。

及时处理严重出血是治疗流产的关键，因为耽误止血或补充液体和血容量可能会致命。失血程度可以通过测量血压、脉搏和尿量来估计。在初步诊断和静脉内补液后，应该尽快把病人转送到上一级有输血设备和条件的医院。转院，包括输送应提早安排，不要造成延误。关于分级卫生保健

网更详细的资料见第十一章。

输血或血液制品的选择对于减少疾病的传播如肝炎或人类免疫缺陷病毒等是重要的。急性失血通常应该使用普通盐水和血浆来扩容，而不是用红细胞或全血。在大多数病例中，需要的是补充血容量而不是红细胞，而且用血浆扩容是更安全更经济的，并能更快输入。只有在病人出现了血红蛋白降低和急性失血的症状或严重贫血时才应进行输血(Hollán 等,1990)。关于输血所需材料的资料见附件 2G。

当需要输血时，应提高警惕。全球安全输血组织 (Global Blood Safety Initiative) 在 WHO 与其他几个国际组织协作努力下，已经制定了适当的用血指南。这些指南对于出血和休克处理以及输血或血液成分的安排提出了明确意见。各级医疗机构的管理人员应该研究这些方针，并且所有使用代血品的机构中的工作人员都应按此执行 (WHO, 1989)。除非在最特殊的危及生命的情况下，不应该使用不是从所选择的供血者那里采得的血液或还没有进行感染因子涂片检查的血液 (WHO, 1989)。

感染的处理

如果流产病人有以下症状中的任何症状应怀疑有感染：

- 发热或寒颤；
- 阴道或宫颈有恶臭分泌物；
- 腹部或盆腔疼痛；
- 持续性出血或点滴出血；
- 在盆腔检查时子宫和附件有触痛或子宫颈有举痛。

这些病人在排空子宫内容物的同时应尽可能使用抗生素治疗 (见第六章)。最好住院进行治疗，但有时也可在门诊治疗，这取决于感染的严重程度，病人对治疗方式的坚持能力，病人的意愿以及随访的条件。如果严重的感染已波及到子宫以外部位或者已诊断为败血症，需要住院治疗和特殊的实验室诊断、静脉内补液、注射抗生素治疗、重症监护，有时可能需要外科手术治疗，尤其在细菌毒素引起循环衰竭，出现了威胁生命的中毒性休克时，需要在更上一级医院进行重症监护治疗。

在安全的选择性流产中，很少有感染，但一旦发生，最常见的是有胚胎组织残留。在这种情况下，感染的征象在术后几天才会出现。因此，必须告诉所有的病人认识和告诉医生像发热、疼痛和阴道恶臭分泌物这些症状的重要性。治疗取决于感染的严重程度。轻度感染，口服广谱抗生素，并且进行充分地清宫。流产处理中预防性给予抗生素的价值在许多研究中被证实。其使用常规应按实际情况办。对于任何病例，如果病人处在感染

的高危险情况下应坚决使用，如：有盆腔炎病史，有复杂的性伴侣或经历了不安全的人工流产。破伤风类毒素和破伤风抗毒素的使用也应根据当地卫生条例办。

生殖道和内脏器官损伤的处理

生殖道和内脏器官的损伤是威胁生命的并发症，也是流产病人中长期发病率很高的原因。无论什么时候，一旦诊断为损伤，正确地记录病人的情况对于作进一步的处理和术后观察是重要的。如果流产是由一个不合格的人做的或者是自我人工流产，则损伤更为常见。偶尔医院内经过培训的医务工作者在施行流产时也会发生损伤。几乎所有的内脏器官都可能被损伤。最常见的损伤是子宫穿孔和子宫颈断裂伤。也可能损伤卵巢、输卵管、膀胱、肠和直肠。

子宫颈的损伤可以是使用不适当的器械或过度的扩张宫颈所致。如果怀疑子宫穿孔，可以采取以下适当的手段：观察、腹腔镜、剖腹探查。任何内脏的损伤，如果不及时诊断和治疗，可以导致严重的并发症：出血、感染，最终可导致死亡。然而，无论什么时候，在处理由不安全流产引起的并发症时，应当考虑可能有威胁生命的生殖道损伤。当出现这种情况时，关键是尽快将病人转送上一级医院进行综合治疗。即使经过治疗都将会对这些病人的健康状况和今后的生育能力造成很大的危害。

中毒和化学损伤的治疗

系统和局部损伤可能是人工流产时使用的药物和其他化学制剂所致。症状变化的大小取决于所使用的特殊物质和使用的方法。这些物质常与其他流产技术合并使用并造成损伤。这样，诊断有出血、感染和损伤的病人应考虑是化学中毒或是药物反应。可能出现对肝脏和肾脏的损害、胃肠道不适，中枢神经系统反应：头痛、神志不清、谵妄以及化学烧伤。如果出现了化学烧伤的征象，应给予特别护理以避免感染、体液丢失和脱水。化学烧伤的远期影响有：瘢痕和狭窄。

排空失败的处理

在急诊流产和人工流产的处理中，最基本的是保证子宫内没有胚胎组织残留。排空失败可能发生于任何排空子宫的方式，不管是流产并发症的治疗，还是引产。在处理急诊流产时，要知道有多少内容物是困难的。然

而,检查排出的组织是极其重要的。在人工流产时,可能没有中止妊娠,特别是在孕早期(5~7周)或子宫有畸形的情况下。在排出的组织中只有部分胎儿或者没有胎盘,表明排空失败。需进一步查明是否继续妊娠或异位妊娠,并迅速作出处理(见第七章)。对排空失败的病例,需再一次排空子宫。这些情况的出现更进一步说明了在仔细解释出院指导中,关于并发症以及月经恢复的重要性(见第37页)。

不安全流产的长期后遗症

不安全流产是孕产妇死亡的一个主要原因。另一方面,安全的人工流产一般与有害的长期后遗症无关。对不具卫生条件无技术非法流产者的信任和自我人工流产,将会造成许多妇女严重的身体损伤、疼痛、盆腔炎(PID),继发性不孕以及宫外孕的危险增高。有盆腔炎(PID)病史的妇女处于人工流产术后盆腔感染的高危状态,其结果可造成生育的影响和盆腔疼痛(Heisterberg, 1988)。与不安全人工流产有直接关系的死亡率是对许多妇女进行的不适当的急诊处理和耽误收治共同所致。

参考文献

- HEISTERBERG L (1988) Pelvic inflammatory disease following induced first-trimester abortion. *Danish medical bulletin*, 35(1): 64-75.
- HOLLAN SR ET AL., eds (1990) *Management of blood transfusion services*. Geneva, World Health Organization.
- LISKIN LS (1980) Complications of abortion in developing countries. *Population reports*, Series F, No. 7.
- WILCOX AJ ET AL. (1988) Incidence of early loss of pregnancy. *New England journal of medicine*, 319(4): 189-242.
- WHO (1989) *Global Blood Safety Initiative: Guidelines for the appropriate use of blood*. Geneva, World Health Organization (unpublished document WHO/LAB/89.10; available from Health Laboratory Technology and Blood Safety, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
- WHO (1990) *Core protocol of the operational research study on adequate supply of blood at the community or first referral level*. Geneva, World Health Organization (unpublished document, available from Maternal and Child Health and Family Planning, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).

第六章 子宫排空的方法

现在技术已有了进步，新的安全而有效的子宫排空方法已经出现；某些药物正在显现出潜在的堕胎效果。为了帮助有流产并发症的妇女和降低并发症的发生率，基本的是临床医生要接触和掌握这些安全而有效的技术(Ladipo, 1989)。

子宫排空或者胚胎组织完全排出是急诊流产和选择性流产的基本要求。在急诊流产中子宫排空应该及时完成不能耽误，以减少并发症，特别是在有过多和持续出血的病例。由于并不需要有复杂的设施，子宫排空可广泛进行。WHO 要求作为产科治疗的基本组成之一，对于不全流产的子宫排空应该在一级治疗机构开展(WHO, 1991)。另外，在许多国家，子宫排空在初级卫生保健机构开展是可行的。在那里，有时是由经过培训的卫生保健工作者来完成这一工作。

许多技术对于子宫排空来说是适用的。通常，在卫生保健系统中各级机构所使用的技术是以临床适应证，该机构工作人员的技术和经验，特殊设备和药物的可用性为依据的。在专门诊所内能够处理的孕周和子宫大小的范围可以依据当地标准和习惯有所不同。然而，外科手术排空子宫的指导原则包括：不管是哪一级卫生保健机构，只要使用这种方法和技术，应严格无菌操作和以最小的创伤完全排出胚胎组织。

早孕期流产的急诊处理方法

孕早期流产的定义为流产发生在妊娠 12 周内的任何时间。孕早期急诊流产使用的子宫排空技术有：

- 负压吸引（也称为：吸出刮宫术，月经调节 (MR)，子宫内膜吸引，阻断妊娠和最小吸出。): 这是一种较小的妇科操作，创伤最小，而且是在孕早期通常愿意选择的子宫排空方法 (Hodgson, 1981)。负压吸引所使用的导管是用塑料软管、硬塑料管或金属制成。在负压吸引术后，可以用刮匙轻柔的进行探查，以证实子宫内容物是否完全排出，但这种方法一般不必要也不推荐。吸引所需负压的来源有手动注射器，电动泵和脚踏机械泵。

- 手动负压吸引需要一种手持式负压注射器和不同直径的软塑料管 (图 3)。这种技术通常限制在子宫大小不超过妊娠 12 周范围内使用。
- 电动或脚踏机械泵可使用塑料或金属导管。这种方法的应用有时可延续至中孕早期。
- 扩宫术和刮宫术 (D&C): 在许多地区仍然使用刮宫术; 然而, 扩宫术和刮宫术的应用正在因为对负压吸引的偏爱而行将结束。如果设备适用而且维护很好, 负压吸引是一种安全和创伤小的方法。

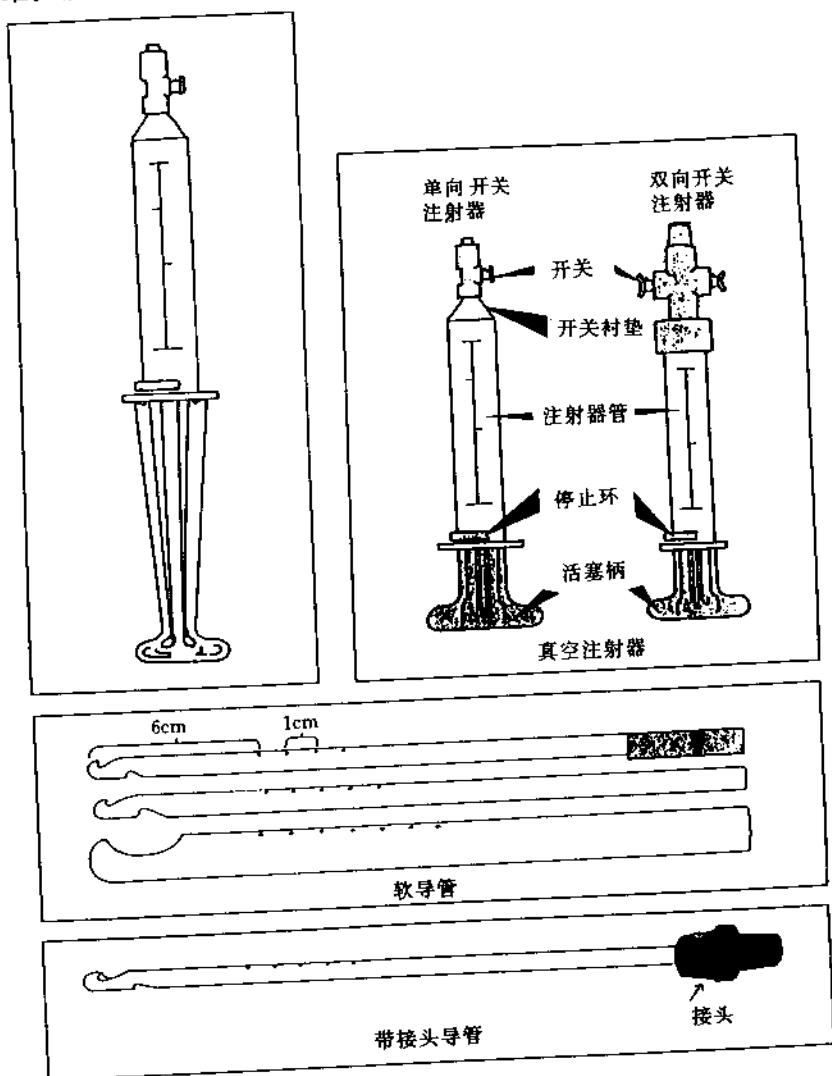


图 3 真空吸引器

过去 25 年多的临床研究已表明: 负压吸引是孕早期不全流产和人工流