

产最安全的子宫排空技术。70 多项涉及 50 多万妇女的研究证实了这一技术的安全性和有效性 (Greenslade 等, 1993)。

关于负压吸引最大的和最综合性的研究——流产研究合作项目 (JPSA), 分析了美国近 25 万人工流产的资料 (Tietze 和 Lewit, 1972; Cates 等, 1977; Cates 等, 1979b; Buehler 等, 1975; Binkin, 1986; Tietze 和 Henshaw, 1986)。当负压吸引是在末次月经周期后的 12 周以内进行, 则主要并发症的发生率是最低的。流产在 7~8 周内进行, 并发症发生率最低; 往后每推迟一周, 发生主要并发症的危险增加 15%~30%。表 9 显示了流产研究合作项目 (JPSA) 的资料概要, 表明对于子宫排空、负压吸引的并发症发生率比刮宫术低。

表 9 负压吸引与刮宫术并发症发生率的比较

方 式	总并发症 (%)	主要并发症 (%)
负压吸引	5.0	0.4
刮 宫 术	10.6	0.9

根据 Grimes 等, 1977a. 改编

中孕早期流产的急诊处理方法

如果治疗机构有经过培训的工作人员, 适当的设备以及与上级治疗机构有联系, 妊娠满 12~14 周的子宫排空能够在门诊安全地施行。排空可以用电动的或连有一根套管的脚踏负压吸引器来完成, 也可用刮宫术来完成 (见第 29-30 页)。

中孕晚期流产的急诊处理方法

在中孕晚期诊断为不全流产的孕妇 (大于 14 孕周), 应该在一级治疗机构中处理。这些病例中多数子宫颈已经扩张, 所以, 首先是止血和排空子宫。可以通过静脉内给催产素和用手指或工具排出子宫内容物来达到这一目的。孕妇发生了并发症, 则有必要转入上一级治疗机构治疗。

孕早期选择性流产的方法

在孕早期, 急诊排空子宫的方法 (负压吸引或宫颈扩张术和刮宫术) 可以作为选择性流产的方法。另外, 以下的技术是值得注意的。

- 月经调节 (MR), 这个术语涉及到孕早期使用一种手动注射器式的负压

吸引技术，有时还涉及到在妊娠没有被证实时的子宫的排空。

- 抗孕激素如米非司酮这类药物，提供了一种早期人工流产有希望的新方法。这些口服的合成药物可以替代外科手术的排空，尤其在服药 48 小时后再服用前列腺素。然而，由于可能出现持续的或过多的出血以及危险性小的但重要的不全流产或继续妊娠，需要进行医学监护。在某些病例中，需要进行外科手术来完成子宫排空。

孕中期选择性流产的方法

超过 14 孕周的选择性流产，由于存在较大的外科损伤和过多出血的可能，所以需要有设备完全的外科治疗机构和比较高水平的操作技术。由于并发症的发生随孕周增加而增多已成事实，说明了在法律允许的司法权范围内，尽早终止妊娠的重要性 (Cates 和 Grimes, 1981)。中孕晚期的子宫排空只应该在有专门技术的医务人员和适当的辅助设施的治疗机构内进行。

所使用的方法很多，但应包括以下几种：

- 宫颈扩张术和子宫排空 (D&E)，外科手术排空——吸引与钳夹合用，已表明其比孕中期其他方法都安全些，而且由一个有经验的医生操作或者使用多层扩张器或合成纤维扩张器时更为安全 (Cates 等, 1982; Grimes 等, 1977b; Peterson 等, 1983)。有技术熟练的操作者和良好装备的治疗机构是应有的基本条件 (Cates 等, 1980)。
- 前列腺素或前列腺素衍生物。这些药物可以有效地用于羊膜腔内、羊膜腔外或阴道给药。前列腺素的使用可以产生副作用，这些副作用中的一些可能是严重的，而且需要病人住院监护或观察 (Cates 等, 1979a; Grimes 等, 1977c; Hern, 1990; Rogo 和 Nyamu, 1989)。其他的方法被认为更安全些。
- 羊膜腔内注入其他药品。如高渗的尿素或盐溶液，有时在孕中期被用于引起子宫收缩。这些方法可能产生副作用，有些可能是严重的。一般来说羊膜腔注入法应与多层扩张器或前列腺素栓剂等使宫颈变软的方法同时使用。
- 剖宫取胚。子宫切开术和子宫切除术曾经被广泛地用于妊娠晚期流产。然而，这些方法已经被怀疑而且几乎不用。

宫颈扩张术

排空子宫需要充分扩张宫颈，以便能放入器械。在一些不全流产的病

例中,在治疗开始时,子宫颈已经发生了充分的扩张,不需要再进一步扩张。而另一些病例子宫颈必须进一步扩张,特别是需放入大的器械时。为了人工流产,常常需要一些宫颈扩张器。各种方式都是有效的,包括机械扩张器(即Pratt, Denniston和Hegar扩张器)及渗透扩张器(即层状的合成替代物)。在这项操作中,对于中孕晚期孕妇,备用一点前列腺素有时可用于使子宫颈变软。

当进行子宫颈扩张术时,最重要的是将损伤减小到最低程度。在使用机械扩张器时,应缓慢和轻柔地操作。为了把由于机械扩张术引起的疼痛降到最低,可能需要进行宫颈旁的阻滞麻醉。

参考文献

- BINKIN NJ (1986) Trends in induced legal abortion morbidity and mortality. *Clinics in obstetrics and gynaecology*, 13(1): 83-93.
- BUEHLER JW ET AL. (1985) The risk of serious complications from induced abortion: do personal characteristics make a difference? *American journal of obstetrics and gynecology*, 153(1): 14-20.
- CATES W Jr, GRIMES DA (1981) Morbidity and mortality in the United States. In: Hodgson JE, ed. *Abortion and sterilization: medical and social aspects*. London, Academic Press.
- CATES W Jr ET AL. (1977) The effect of delay and method choice on the risk of abortion morbidity. *Family planning perspectives*, 9(6): 266-273.
- CATES W Jr ET AL. (1979a) Sudden collapse and death of women obtaining abortions induced with prostaglandin F_{2α}. *American journal of obstetrics and gynecology*, 133(4): 398-400.
- CATES W Jr ET AL. (1979b) Short-term complications of uterine evacuation techniques for abortion at 12 weeks' gestation or earlier. In: Zatzuchni GI, Sciarra JJ, Spiedel JJ, eds., *Pregnancy termination: procedures, safety and new developments*. Hagerstown, MD, Harper & Row.
- CATES W Jr ET AL. (1980) Dilatation and evacuation for induced abortion in developing countries: advantages and disadvantages. *Studies in family planning*, 11(4): 128-133.
- CATES W Jr ET AL. (1982) Dilatation and evacuation procedures and second-trimester abortions: the role of physician skill and hospital setting. *Journal of the American Medical Association*, 248(5): 559-563.
- GREENSLADE FG ET AL. (1993) *Manual vacuum aspiration: a summary of clinical and programmatic experience worldwide*. Carrboro, NC, IPAS, 1993.
- GRIMES DA ET AL. (1977a) The Joint Program for the Study of Abortion/CDC: a preliminary report. In: Hern W, Andrikopoulos B, eds. *Abortion in the seventies*. New York, National Abortion Federation.
- GRIMES DA ET AL. (1977b) Mid-trimester abortion by dilatation and evacuation: a safe and practical alternative. *New England journal of medicine*, 296(20): 1141-1145.
- GRIMES DA ET AL. (1977c) Mid-trimester abortion by intraamniotic

- prostaglandin F2 α : safer than saline? *Obstetrics and gynecology*, 49(5): 612-616.
- HERN WM (1990) *Abortion practice*. Philadelphia, Lippincott.
- HODGSON JE, ed. (1981) *Abortion and sterilization: medical and social aspects*. London, Academic Press.
- LADIPO OA (1989) Preventing and managing complications of induced abortion in Third World countries. In: Rosenfield A et al., eds. *Women's health in the Third World: the impact of unwanted pregnancy*. *International journal of gynecology and obstetrics*, Suppl. 3: 21-28.
- PETERSON WF ET AL. (1983) Second-trimester abortion by dilatation and evacuation: an analysis of 11,747 cases. *Obstetrics and gynecology*, 62(2): 185-190.
- ROGO KO, NYAMU JM (1989) Legal termination of pregnancy at the Kenyatta National Hospital using prostaglandin F2 α in mid-trimester. *East African medical journal*, 66(5): 333-339.
- TIETZE C, HENSHAW SK (1986) *Induced abortion: a world review, 1986*. New York, Alan Guttmacher Institute.
- TIETZE C, LEWIS S (1972) Joint Program for the Study of Abortion (JPSA): early medical complications of legal abortion. *Studies in family planning*, 3(6): 97-119.
- WHO (1991) *Essential elements of obstetric care at first referral level*. Geneva, World Health Organization.

第七章 流产治疗的其他临床因素

有影响的生殖卫生保健策略应该通过教育来提供可靠的安全性生活知识，当需要时，在性活动中避孕以及对妊娠、分娩、所有流产提供保健服务（Sai 和 Nassim, 1989）。

本章着重介绍的是保证安全流产的基本要素而不是子宫排空方法。管理人员有责任制定包括这些要素在内的服务条款，工作人员应按这些条款工作。

麻醉、镇静剂和镇痛剂

在全身、区域、局部麻醉已被用于流产处理时，局麻对于大多数子宫排空的操作来说已是足够的了。使用局麻比全身麻醉有一些优势。使用局麻时，病人仍保持清醒和反应，这样如果出现并发症的症状时，她能告诉医生。病人在清醒的状态下也允许医生在整个操作过程中不断地与她保持交流，这样才能将对麻醉剂和镇静剂的需要减少到最低程度。另外，使用局麻时，恢复的时间也缩短（Nasser, 1989）。

在急诊流产中麻醉、镇静剂和镇痛剂的应用

在急诊流产中，使用麻醉而不是镇痛剂来预防疼痛和痛苦时，必须考虑其危险性。在术前或麻醉前必须改善病人的全身状况。伴有流产急诊并发症的病人可能会出现如失血性休克或败血症等情况，而这些情况会由于麻醉而使其危险性增高（King, 1986）。

全身或区域麻醉的应用应该限制在有经过培训的医务人员的医疗机构中进行，甚至在这些医疗机构内，也只有在病人需要时才使用。最重要的是判断是否有使用麻醉的禁忌证或影响麻醉剂选择的因素存在，并在给予麻醉剂以前尽可能的予以纠正。某些麻醉气体，如氟烷或乙醚，可以引起子宫松弛并增加出血，如可能应避免使用（Marx, 1978）。区域性麻醉必须避免万一发生的出血性休克和凝血问题（Dobson, 1988）。如果应用全身或区域性麻醉，持续性静脉内滴注、气管插管、输氧和复苏的设备是必备的。

在减轻与宫颈扩张有关的疼痛中宫旁阻滞是有用的。将局麻药注射在

宫颈周围几处的宫颈粘膜下 (Darney, 1987)。

镇静剂和非麻醉性的镇痛剂可以单独或合并使用,以减轻焦虑或排空子宫时的疼痛。在许多情况下,特别是在孕早期,宫颈先已扩张时,则不需要使用药物。是否需要缓解疼痛和使用方法应按个体的医疗史、孕周以及疼痛阈、焦虑程度来决定,同样也应考虑机构的临床条件。

在作手术过程中保持交谈,表现出同情心,支持和安慰病人(有时叫言语麻醉剂),则病人在外科手术期间对化学麻醉剂的需要减少且常常不用。对于敏感的病人和在操作中发生疼痛的病人用一种镇静作用较小的如安定可能是适合的。给药应保持在一定范围内,既能平静焦虑又不引起睡眠。在操作期间,病人能够说出疼痛和异常的症状,以便能更迅速地认识到术中发生的意想不到的并发症。

在选择性流产中麻醉、镇静剂和镇痛剂的应用

上面所描述的许多因素也适用于选择性流产。尤其是言语消除焦虑是把焦虑减少到最小程度的基本方法。在大多数孕早期和无并发症选择性流产的操作可以不需要镇痛剂。口服、肌注、静脉内给予镇痛剂或宫旁阻滞可以用来减轻子宫颈机械性扩张或刮宫术引起的疼痛。但应避免给予过量的镇痛剂(WHO, 1994)。另外,为了缓解在术后即刻出现的子宫痉挛,口服镇痛药可多服几次。

使用专门器械以及用渗透扩张器进行轻柔的宫颈扩张术时单独应用局麻或与温和的镇静剂联合应用是可行的,甚至在孕中期的D&E操作中。在这种情况下,病人仍然清醒并能与施术者交谈。诊所必须备有急救药品,培训全体工作人员在麻醉剂发生反应的事件中如何使用这些药品。

组织的检查和处理

作为手术操作的一部分,子宫排空出来的所有组织必须用肉眼检查。在一些大医院需要通过病理学进行正规的组织学诊断,然而这种办法对于条件有限的诊所来说既不需要也不经济可行。既可用裸眼又可用放大镜进行的肉眼检查对所有病例都应实施。组织检查的目的是:

- 证实妊娠组织的存在(见第27-28页;排空失败的处理);
- 确定排空完全,以避免组织残留或继续妊娠;
- 鉴别像葡萄胎这样的病理情况。

应当有有效的管理规定,以发现违反标准的操作,并指导随访以将并发症减少到最低程度。

从伦理上和法律上考虑，要求有对胚胎物进行适当处理的方法。临床管理人员必须保证组织的处理是以一种有教养的、卫生的、可接受的方式并依据制定的控制传染条款来完成的（见第 43 页），以避免发生危险。焚化或用一个密封的容器埋藏，按当时的准则在某些情况下是适当的。

术后监护

任何外科手术流产后，应马上测量病人的脉搏、血压和呼吸（生命体征）。然后，把她转送到一个舒适的恢复区，在那里，经过培训的人员应监护她的恢复。在恢复期间，应该定时检查生命体征和有关的症状。如果在术后期观察到以下体征和症状应进行医疗会诊。

- 生命体征明显改变；
- 头晕、气短或晕厥；
- 出血过多（多于正常月经量）；
- 严重的腹痛或痉挛。

在病人的生命体征稳定和完全从麻醉和镇静剂的影响中恢复后才能出院。已经证实，没有使用全身麻醉或大剂量的镇静剂而施行子宫排空的妇女，以及没有出现需要进一步处理的并发症的妇女，在手术当天可以在朋友或亲属陪同下出院。

出院指导

在出院时，妇女们应知道在流产后的恢复期要求她们做什么，以及如果需要，在什么地方可得到处理。这份资料应在口头上向病人交待，另外，书面或形象的资料是有帮助的。图 4 例举了出院指导的例子，它可以使用或适当的改编后使用。妇女们所需的资料包括以下内容：

- 需要立即急诊处理的体征和症状（见表 10）；
- 如果发生并发症该怎么做及到什么地方去进行处理；
- 可能有的副作用；
- 可能发生的医学情况介绍；
- 病后的调养，包括个人卫生、性生活恢复、月经恢复和计划生育；
- 当地提供孕产妇卫生保健的医疗机构。

因为日常的临床随访一般来说是不现实的，而且没有必要随访无并发症的流产，所以妇女在出院前，必须明确和充分了解出院指导。复查工作应由妇女本人与其医生决定。没有需要随访症状的病人应去当地卫生保健机构，寻求计划生育服务或作进一步的妇科处理。

如果你有以下情况,去医院或诊所:

- 严重疼痛
- 恶心
- 出血超过月经量
- 寒颤或发热

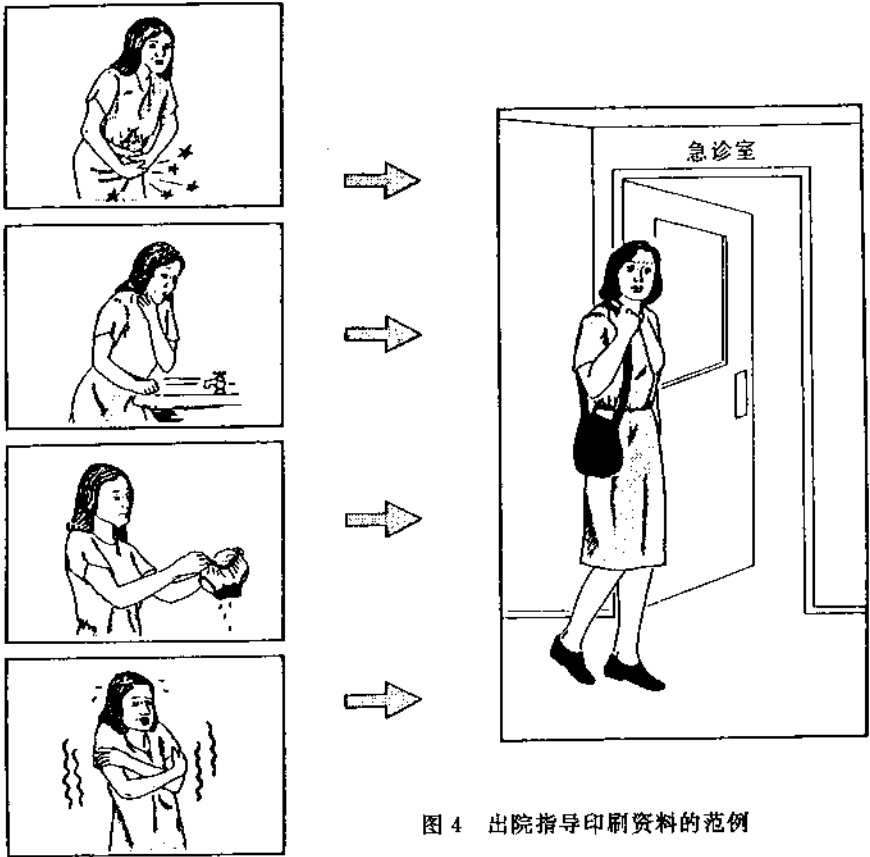


图 4 出院指导印刷资料的范例

表 10 流产后的危险症状和体征

如果病人在急诊流产和从处理流产的诊所出院后出现以下任何症状,她应该回到医院去诊断和治疗。

- 发热
- 寒颤
- 肌肉疼痛
- 虚弱
- 腹痛、痉挛或背痛
- 腹部压痛
- 出血延长或过多
- 阴道分泌物恶臭
- 恢复月经时间(6周或稍长)推迟
- 恶心或呕吐

根据 Hatcher, 1989 改编。

流产后的计划生育

提供计划生育咨询和服务正在引起急诊流产服务机构管理者的注意。再者,为了降低不安全流产的死亡率和发病率,施术者决定妇女是否再次妊娠和要求不应妊娠妇女进行避孕是重要的。流产后的排卵常发生在术后第三周,显然,希望推迟和避免妊娠的妇女应开始采取避孕措施而不能拖延。

如果你想避孕或推迟生育,请和卫生保健工作者一起商讨和选择以下避孕措施



图5 避孕方法印刷资料举例

表 11 流产后避孕方法的管理模式

方 法	时 间 选 择	优 点	注 意 事 项
口服避孕药	最好在流产后当天或一周内使用	<ul style="list-style-type: none"> · 如能规范使用效果很好 · 可以立刻开始使用，甚至有感染存在时 · 可以被培训过的非医生提供 	<ul style="list-style-type: none"> · 需要持续和规范用药 · 可反复用药
宫内节育器	<p>如果子宫未感染，可以在孕早期自然流产或人工流产后立即放入。脱落率不比间隔一段时间放入高，而且PID的危险并不大。</p> <p>如果没有充分咨询和病人不能作出决定，最好是推迟放入并暂时间隔一段时间</p> <p>如果子宫有感染，应在感染消失后放节育器。可采用一种暂时的避孕方法</p>	<ul style="list-style-type: none"> · 可以是经过培训的非医生放节育器 · 使用方便；不影响性生活 · 提供长期的保护作用 · 取出节育器后，即恢复正常生育能力 	<ul style="list-style-type: none"> · 放置节育器时有子宫穿孔的危险 · 可能增加PID的危险以及有性病的妇女可能发生不育 · 需要专业人员来取出节育器 · 可能增加月经量
植入避孕剂	在流产后可以马上植入。如果没有充分咨询和病人不能作出决定，最好是推迟植入并暂时间隔一段时间	<ul style="list-style-type: none"> · 一旦植入，则使用方便 · 可以是经过培训的非医生来操作 · 提供了一种长期的保护 · 如一旦取出，则立即恢复正常生育能力 	<ul style="list-style-type: none"> · 可以引起不规则的出血或没有出血；大量出血极罕见 · 肥胖妇女效果差 · 需要专业人员来取出植入的避孕剂 · 效果取决于长期使用 · 5年后必须更换，以免效果降低，以及异位妊娠的危险潜在的增加

续表

方法	时间选择	优点	注意事项
注射避孕剂 (DMPA, NET-EN) ¹	在孕早期或中期流产后可注射第一针。如果没有充分咨询和病人不能作出决定,最好是推迟注射并暂时间隔一段时间。	<ul style="list-style-type: none"> • 非医生容易操作 • 对妇女方便,不影响性生活 	<ul style="list-style-type: none"> • 可以引起不规则出血;出血过多罕见 • 可能延迟恢复生育的能力 • 可以反复用药 • 为了方便临床观察,重要的是定期回访
女性绝育	在绝育以前必须充分地咨询并签字,并且在急诊情况下是不可能的。 从技术上讲,绝育术可以在孕早期自然流产或者选择性流产后以及在治疗了除感染或严重出血的并发症后立即进行。 在孕早期流产后进行绝育与间隔一段时间后进行相似。 在孕中期流产后进行绝育与产后进行相似。	<ul style="list-style-type: none"> • 永久的方法 	<ul style="list-style-type: none"> • 这种永久性方法使得充分咨询及签字更为重要;而且这在急诊情况下是不可能的
男性绝育	与流产无关	<ul style="list-style-type: none"> • 永久的方法 	<ul style="list-style-type: none"> • 这种永久性的方式使得充分咨询和签字更为重要
不需要配合使用的屏障 (阴茎套、海绵);杀精剂(栓剂、泡沫片、凝胶、泡沫)	一旦恢复性生活就开始使用	<ul style="list-style-type: none"> • 如果前面其他选择必须推迟,作为一种暂时的方法是有效的 • 不需要医学监督 • 可预防传播性病 • 希望妊娠时,容易中止避孕 	<ul style="list-style-type: none"> • 比其他方式的效果差 • 需持续和规则使用 • 可反复应用

续表

方法	时间选择	优点	注意事项
与杀精剂配合使用的屏障（在使用隔膜或子宫帽时同时使用泡沫或凝胶）	只有在宫颈和阴道恢复正常后才能配合使用	希望妊娠时容易中止避孕	<ul style="list-style-type: none"> 比其他方法效果差 需要持续和规则的使用 可反复应用
定期禁欲	在流产后不推荐马上使用。流产后的第一次排卵对妇女来说要预测是困难的，而且这种方法在流产后的第一次月经以前是不可靠的。	无价值	<ul style="list-style-type: none"> 在流产后马上应用不可靠 在月经周期恢复后可推荐两种方法之一 妇女和她们的丈夫必须明确目的和完全掌握如何使用这些方法

1. DMPA, depot-medroxyprogesteron acetate 醋甲孕酮
NET-EN, norethisterone enanthate 快诺酮庚酸盐

在一些治疗机构，对工作人员进行计划生育培训和提供急诊流产后适用的避孕方法是解决流产后计划生育的最好途径。在另一些治疗机构，建立明确的计划生育随访制度或一种有效的计划生育机构的分工系统可能是一种更为现实的方法。少数情况下妇女的计划生育需要通过咨询来确定，首先与妇女讨论她是否希望妊娠。散发一些适当的印刷资料是可行的（图5）。

无论什么时候提供计划生育的方法，有组织的随访、取得资料、进行教育、通信对于保证正确和不断地使用避孕方法是必要的。

在没有严重并发症和特别禁忌证的情况下，口服避孕药、宫内节育器和杀精剂是流产后立即使用的有效而安全的方法（Leonard 和 Ladipo, 1994），注射剂和植入剂也是一样。表 11 概述了管理人员需要了解的关于流产后应用的每种方法的最重要的因素。WHO 出版的一张表格为避孕提供了更为详细的资料，本章末的补充读物中也提供了计划生育的方法。

充分咨询使妇女有选择自由，以及以所有适用的方法作为选择依据是高质量计划生育最基本的方面之一。由于很多原因，在急诊流产处理后的咨询就比作常规的计划生育访视时咨询困难一些。如果对以下问题有疑问：是否能够充分咨询；妇女是否有选择自由，是否能够选择治疗流产并发症

的时间，则最合适是推迟作出任何关于采取永久性还是长期的方法或中止避孕的决定。应该采用一种暂时的避孕方法，并安排计划生育的随访。

在妇女人工流产出院以前进行计划生育咨询和提供服务应是合适的。全世界的研究已一致证实：妇女们在流产后比在流产前更愿意避孕而且如果这些方法是适用的，她愿使用效果更好的方法。

控制感染

流产中控制感染的本质不同涉及外科处理的感染控制。艾滋病的流行已普遍提高了对严格控制感染，以保护卫生保健工作者、病人和社会的重要性的认识。由于流产处理涉及接触血液和其他体液，严格控制感染应该被提供流产服务诊所内的所有临床工作者和辅助人员理解和执行。为了保护工作人员、病人和社会，管理人员必须担负起监督执行最现代化感染控制规范的责任。更多的控制感染的实践资料，请看附件1或本章末补充读物中的参考文献。由于有关控制感染的资料不断地被更新，所以从最权威的途径获得最新的出版物是重要的。在所有处理流产的各级机构中，控制感染最基本的因素是：

- 彻底洗手和使用保护性手套；
- 清洁、通风好的设施；
- 干净水的充分供给；
- 在每次使用后，立即对所有器具进行充分的清洗去污；
- 仔细对器具和物品进行消毒灭菌；
- 在手术过程中严格无菌操作；
- 使用保护性屏障以保护临床医生和辅助人员，他们在任何时候都可能接触血液和其他体液，如果有条件的话，这些保护性屏障包括手套、口罩、防水手术衣和保护性眼罩；
- 在工作人员中，预防突发的切伤和针刺伤；
- 仔细地处理所有废弃物、污染的敷料和器具；
- 与被污染的废弃物一样，对所有血液和组织作适当处理；
- 如果被血或其他体液污染，应立即洗手，换手套。

重要的是保证任何器具特别是要放入宫颈管的部分在放入之前没有接触未消毒的物面。

塑料导管和真空吸引器使用后，起码应进行适当的清洗和保存。再次使用以前，导管应进行高级消毒灭菌。大多数塑料导管不能进行高压灭菌，然而，有些可以煮沸。如果不能煮沸，可以按高级消毒规定进行化学消毒（高级消毒是指破坏所有微生物，但有大量芽胞存在时则不一定能被破坏，

WHO, 1989) 真空吸引器必须被清洗和消毒, 但不必灭菌。

在各级机构, 控制感染在保证高质量的管理上应引起特别注意 (见附件 1)。为了保证有最大的安全性, 需要进行经常性的控制感染的监督工作: 设备灭菌、消毒的设点检查, 技术和溶液的仔细监测以确定消毒灭菌的充分性, 高压灭菌、化学消毒设备的常规维护以及定期对感染发生率的医学审查。再者, 由于控制感染的介绍是将新的资料变成可应用的题目, 所以, 管理者应向所有的医务工作者进行适当的关于现代感染控制实践及安全预防方法的教育 (Centers for Disease Control, 1991)。

Rh 阴性流产病人的处理

虽然在孕早期危险性低, 但在中止妊娠时可能使 Rh 因子致敏。在妇女中有意义的人群是 Rh 阴性。有能力进行 Rh 因子试验和有 Rh 免疫球蛋白的部门应提供这项服务。在治疗时或者在人工流产后马上注射, 但所有病例均应在 72 小时内注射以预防同种免疫。

实验室检查

限于能力, 某些卫生机构常常在急诊流产处理中, 没有进行实验室检查。对于要作子宫排空术的妇女应作血红蛋白、红细胞压积 (红细胞容积部分) 的检查以发现贫血。如果在某些中心, 这些实验可能不能作, 应该进行失血的临床评估, 而不能因此延误治疗而危及生命。如果某个妇女贫血, 需输血或其他替代液体, 而在她首先去的卫生保健点不能解决时, 则应尽快送到上一级医疗机构。

所有一级治疗机构应该有能力进行交叉配血和输血。红细胞和血代用品的供应也应该有。

要求高的实验室检查虽然不是常规检查, 对于急诊流产处理来说, 应注意以下检查:

- 妊娠试验;
- 细菌涂片或培养, 以决定是否有关性传播疾病和其他生殖道感染;
- 巴氏涂片, 可作为宫颈癌的筛查;

一般在条件允许的二级或三级治疗机构, 以下所列检测和设施是适用的:

- 肝炎检测, 人类免疫缺陷病毒 (HIV) 和梅毒检测;
- 对管理和随访的某些高危情况, 如滋养层疾病、异位妊娠的激素水平检测;

- 对先天性和遗传性疾病的诊断；
- 影像设备，最好是超声波，有助于准确决定孕周和宫外孕的诊断，而且能够对降低晚期妊娠流产处理的危险，显示子宫的异常形态和位置提供一种视觉指导。

参考文献

- CENTERS FOR DISEASE CONTROL (1991) Recommendations for preventing transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis B virus to patients during exposure-prone invasive procedures. *Morbidity and mortality weekly report*, 40(RR-8): 1-9.
- DARNEY PD, ed. (1987) *Handbook of office & ambulatory gynecologic surgery*. Oradell, New Jersey, Medical Economics Books.
- DOBSON MB (1988) *Anaesthesia at the district hospital*. Geneva, World Health Organization.
- HATCHER RA (1989) *Contraceptive technology: international edition*. Atlanta, Printed Matter, Inc.
- KING M, ed. (1986) *Primary anaesthesia*. Oxford, Oxford University Press.
- LEONARD AH, LADIPO OA (1994) Post-abortion family planning: factors in individual choice of contraceptive methods. *Advances in abortion care*, 4(2): 1-4.
- LISKIN LS (1980) Complications of abortion in developing countries. *Population reports*, Series F, No. 7.
- MARX GF ET AL. (1978) Postpartum uterine pressures under halothane or enflurane anesthesia. *Obstetrics and gynecology*, 51(6): 695-698.
- NASSER J (1989) Commentary on pain management during abortion from a Latin American physician's perspective. In: Rosenfield A et al., eds. *Women's health in the Third World: the impact of unwanted pregnancy*. *International journal of gynecology and obstetrics*, Suppl. 3: 141-143.
- SAI FT, NASSIM J (1989) The need for a reproductive health approach. In: Rosenfield A et al., eds. *Women's health in the Third World: the impact of unwanted pregnancy*. *International journal of gynecology and obstetrics*, Suppl. 3: 103-113.
- WHO (1989) *Guidelines on sterilization and disinfection methods effective against human immunodeficiency virus (HIV)*, 2nd ed. Geneva, World Health Organization (WHO AIDS Series No. 2).
- WHO (1994) *Clinical management of abortion complications*. Geneva, World Health Organization (unpublished document WHO/FHE/MSM/94.1).

补充读物

世界卫生组织关于避孕和计划生育的出版物和文件

- Barrier contraceptives and spermicides: their role in family planning care.* 1987.
- Contraceptive method mix. Guidelines for policy and service delivery.* 1994.
- Female sterilization: a guide to provision of services.* 1992.
- Injectable contraceptives: their role in family planning care.* 1990.
- Mechanism of action, safety and efficacy of intrauterine devices.* Report of a WHO Scientific Group, 1987 (WHO Technical Report Series, No. 753).
- Natural family planning: a guide to provision of services.* 1988.
- Norplant contraceptive subdermal implants: managerial and technical guidelines* (provisional version). 1990 (unpublished document WHO/MCH/89.17).
- Oral contraceptives: technical and safety aspects.* 1982 (WHO Offset Publication No. 64).
- Technical and managerial guidelines for vasectomy services.* 1988.

有关控制感染的出版物和文件

- ANGLE M ET AL. *Sterilization, disinfection, decontamination and cleaning of FP/MCH clinic equipment.* Chapel Hill, University of North Carolina, Program for International Training in Health, 1989 (INTRAH training information packet).
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL. Guidelines for prevention of transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis B virus to health-care and public-safety workers. *Morbidity and mortality weekly report* 38(S-6): 3-37 (1989).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *AIDS prevention: guidelines for MCH/FP programme managers. I. AIDS and family planning.* Geneva, 1990 (unpublished document WHO/MCH/GPA/90.1).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *AIDS prevention: guidelines for MCH/FP programme managers. II. AIDS and maternal and child health.* Geneva, 1990 (unpublished document WHO/MCH/GPA/90.2).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Guidelines for nursing management of people infected with human immunodeficiency virus (HIV).* Geneva, 1988 (WHO AIDS Series No. 3).

第八章 给病人的知识和咨询

咨询……不仅仅是提供知识和专家的专业性意见……（它）还需要了解（每个人的）特殊需要和情况。它要求个人在做出决定的过程中采取积极的而非消极的态度。尤其是，它超越了所谓“纯粹的问题本身”而包括了对情感和关系的讨论及探索（Kleinman, 1988）。

必要的医学知识

正如任何医学问题一样，面临流产和正在接受流产并发症治疗的妇女都需对其自身状况有所了解。时间安排和内容应根据患者的状况和当时的身体情况而定。处理者应保证以支持的、非强制性的、信任的方式为这个妇女及其家庭提供所需要了解的情况。

急诊流产处理

卫生保健人员必须经过培训，并且和每一位接受急诊流产治疗的妇女在相互信任的基础上进行讨论。如当时需要或该妇女要求，也可与其陪伴者进行讨论。讨论内容包括：

该妇女的健康状况

——全身情况

——全身检查和盆腔检查的结果

——实验室发现

提出治疗计划

——治疗的时间安排

——需要时安排转诊到另外的治疗机构和部门

——采取的方法及每种方法的利弊

——取得该妇女的认同，如该妇女已无能力表达是否认同，需征得其家庭成员或其他能负责任的成年人的认可。

术后处理（见第 37 页）

——预期的术后不适及如何解除；

- 需要进行医学观察的术后并发症的症状以及如何观察；
- 安排何时、何地复诊和计划生育；
- 其后怀孕时间的安排和避孕药物的选择。

选择性流产

对于寻求选择性流产的妇女应该给予以上所列各项咨询，并告之以下内容：

- 流产的要求和过程；
- 如果可用的方法不只一种，则应介绍可供选择的流产技术及它们的危险、优点和效果。

对治疗的认同

对治疗的认同指的是在病人对手术过程有关情况完全、准确了解的基础上，做出自己明智的选择。在某些地区，所有的手术要求有书面认同，包括对流产并发症的紧急处理。然而，在任何情况下都不能因拘泥于手术认同而使挽救妇女生命的急诊处理被耽搁或受干扰。明智的认同应是所有选择性流产服务工作的一部分。卫生保健人员应根据以下步骤获得妇女对治疗的认同：

- 确定该妇女是否能聆听并理解医学方面的说明。如果不能，应与该妇女的代理人讨论并获得治疗认同。
- 以和蔼的态度、妇女能懂的语言详细地向妇女解释手术或施行手术的全过程。包括它的危险性、好处、成功的把握和选择。
- 留时间给妇女，并鼓励妇女提问和讨论手术过程。
- 请妇女在手术同意书上签字。如鉴于她本人情况无法签字，可让她的代理人代表她签字。

咨询

咨询——咨询者以面对面的交谈帮助妇女作出她自己的决定并按决定来采取行动——必须是所有流产治疗的一部分。在任何可能的时候，咨询应先于治疗。理想的情况是：同一咨询者应在治疗前、治疗中和治疗后对受术者给予支持；当然，这对于一个医务人员有限、病人量大的医疗机构来说，常常是很难做到的。尽管如此，一个医务工作人员还是能为前来寻求急诊流产或选择性流产妇女的精神和情感需要作大量工作。

不同的医务人员都能在流产治疗中提供咨询，包括护士、助产士、医

生、社会工作者或助理护士。在某些情况下，自愿者已成功地被使用。专职咨询人员并不是必需的；但要为病人作咨询服务的医务人员应受到咨询技巧的训练。

为了使咨询适应妇女的特殊要求，提供咨询服务的医务人员必须是公正的，对妇女的情感极为尊重。咨询者应知识丰富、训练有素、并能提供准确的信息。提供咨询的医务工作者必须总是意识到对妇女隐私的保密，在某些病例，应采用匿名（Edmunds, 1987）。一切好的咨询关键要素在于咨询者引出和倾听妇女需要的、关心的和提出的问题并能用妇女能够理解的语言和名词对其进行解答、教育和消除疑虑的能力（Kleinman, 1988）。采取书面和图画资料去逐一地解释，以强化咨询的内容也是有用的（图6）。



图6 咨询应作为所有流产处理的一部分

支持性咨询

支持性咨询是社会心理支持的措施，流产妇女可能需要帮助以解决其情感和心理反应。一些妇女可能会为其康复后，家庭、朋友和社会将会如何对待她们而担心和焦虑。另一些妇女则可能关心当其在治疗期间，他们的孩子和其他家庭成员的照管问题。

重要的是，正在接受急诊处理或选择性流产的妇女应当有机会与一个知识丰富的、敏锐的、不武断的咨询者探讨他们的健康，情感和个人状况。

这些咨询者不能将他们的观点和利益强加于正在向他们咨询的妇女,而且,必须掌握所有的情况。他们应该帮助妇女明确她们的感受以及回家后如何对待这些感受。对某些妇女,接受流产治疗时的支持性咨询尤为重要,而且出院后应继续进行咨询可能会有好处。如果提供流产治疗的机构没有足够的工作人员或没有经验丰富的工作人员继续提供咨询,那么应让妇女到有能够提供咨询的机构咨询。

在支持性咨询中应特别注意的妇女包括:

- 少女和很年轻的妇女,不论其婚姻状况如何;
- 有明显的痛苦表情或以往有情感问题的妇女;
- 患流产并发症的妇女;
- 由于医学原因而选择性流产的妇女;
- 不久前有过选择性流产的妇女;
- 由于强奸或乱伦而流产的妇女;
- 感染 HIV 的妇女(见第 16 页);
- 有婚姻、家庭或社会经济问题的妇女;
- 避孕失败而意外怀孕的妇女;

计划生育咨询

人工流产,不论是在不安全的条件下进行的还是合法的,几乎总是希望避免或推迟生育。基于这个原因,所有的卫生保健机构向急诊流产或选择性流产的病人提供计划生育咨询和服务都是非常重要的。(流产后的计划生育详见第 39 页和表 11,计划生育的参考资料列于第 46 页)。如果不能提供与流产有关的计划生育服务,应让妇女到附近的计划生育服务辅导站咨询并听从指导。

急诊流产或选择性流产的方法,通常不应该作为认可的计划生育措施,或者是特殊的避孕方法。妇女需要通过医务人员的咨询广泛地了解避孕方法从而做出自己的选择。管理者要保证不会根据妇女流产后避孕剂销售趋势监测来强制其选择某种避孕方法。

参考文献

- EDMUNDS M ET AL. (1987) *Client-responsive family planning: a handbook for providers*. Watertown, MA, Pathfinder Fund.
- KLEINMAN RL, ed. (1988) *Family planning handbook for doctors*, 6th ed. London, International Planned Parenthood Federation.

第九章 设施和装备

除了有严重并发症的病例以外，现有的设施加上少数的特殊装备就可以处理大多数急诊流产。

管理者的责任在于，了解卫生保健系统最基层的机构是否有足够的装备可以安全地处理流产。在大多数情况下，对现有设备进行较小地改造，改变病人的流动情况，或者最低限度地添置一点新设备，就可以提高流产处理的安全性和效率。并且能够扩大服务的范围。这样一些小的改造措施能够大大增加急诊流产服务转送点的数量。

急诊流产处理的设施

对于早期妊娠，病情不复杂的急诊流产可以由初级保健机构或一级治疗机构处理，因为这种情况一般都不需要复杂的医疗设备、专业人员及手术室。门诊病人在妇科或急诊室就可得到治疗。在一些条件简单的治疗室即可由经过培训的工作人员做真空负压吸引子宫排空术。妇女经短暂的恢复期，了解和明白出院医嘱后即可出院。也可做子宫颈扩张和刮宫术，只是对设备的要求更复杂一些。

严重并发症和妊娠晚期病人的治疗需要更多的专门设施和工作人员，常需住院治疗。但是，也可为无并发症的晚期流产病人提供门诊、急诊服务。除非需要剖腹产或全身麻醉，否则不需要设施完备的手术室。

应尽量为病人提供专用的环境进行临床治疗和咨询。在某些机构，治疗、咨询和恢复应有单独的房间。如果没有条件，在妇科病区或急诊室，可以在床旁、吊床或躺椅旁放置屏风分隔开来。

根据一般的人员配备模式和各级卫生保健机构能提供的保健项目，表12列出了各级卫生保健系统流产治疗所需设施和装备。

表 12 流产治疗的设备和机构

工作人员	活动	机构	设备/药物
A、社区级			
<p>其责任根据初级卫生保健计划因国家不同而各异。社区卫生保健人员之间以社区级和初级保健之间的联系至关重要。</p>			
<p>经过基本卫生培训的社区卫生工作人员包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 传统的助产士 (TBAs) • 个体行医者 • 社区居民 	<p>对流产及发病的认识定期向正式卫生保健系统转诊</p> <p>关于非安全流产的健康教育</p> <p>计划生育知识、教育、服务</p>	<p>在本级通常无正规卫生保健机构</p>	<p>这些活动不需药物或设备。也许需要一些药物（如抗生素）与初级保健的良好交流渠道很重要</p> <p>健康教育材料（讲义等）很有帮助</p> <p>指导材料（传单、标语等）有所帮助</p> <p>可以提供一些避孕方法（如避孕套、口服避孕药、杀精子剂等）</p>
B、初级			
<p>卫生保健活动以能提供的技术为依据,有足够的设备,改进流产治疗仅仅需要重新安排机构和调整设备。有些机构已经有子宫负压吸引设备而某些机构则可考虑购置。向更高级的保健机构转运病人的计划和常规安排是必需的,如果有一辆救护车,需使其处于备用状态。如果没有救护车,应与其他地区共同制定长期的转运安排。与其他各级保健之间保持可靠的联系网络很重要。</p>			
<p>保健工作辅助者包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 卫生助理 • 助手 • 药剂师/换药员 <p>护士</p> <p>有些初级机构应该有以下人员：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 训练有素的助产士 • 个体行医者 • 通科医生 	<p>社区级所列各项加上：</p> <p>简单的身体检查和骨盆检查，流产分期的诊断</p> <p>治疗和运送（如果需要）的准备：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 处理呼吸通道和呼吸状况 • 止血 • 止痛 • 测定红细胞压积和血红蛋白 <p>转诊</p> <p>流产后计划生育指导和服</p> <p>如果有经过培训的工</p>	<p>门诊室和处理区</p> <p>辅助实验室</p> <p>计划生育病房和诊所</p>	<p>检查床、手套、防护服、光照设备、阴道扩张器、肥皂、消毒剂、标准急救设备（见附件 3A）</p> <p>交通工具或常设交通安排</p> <p>重要药物（见附件 3C）</p> <p>辅助实验室设备（见附件 3G）</p> <p>广泛的避孕措施包括 IUD 插入器械</p>

续表

工作人员	活动	机构	设备/药物
	作人员和必要的设备,可以做下面的工作: · 指导重要处理,包括抗生素治疗,静脉补充液体和催产素 · 子宫负压吸引(孕头三个月) · 止痛,包括宫颈旁阻滞、简单的止痛法和镇静	单独房间或治疗室的隔离间	广谱抗生素 · 子宫清除术设备(真空负压吸引或D&C)(见附件2B) 消毒装置或消毒液 局部麻醉药物 镇静药、止痛药线和注射针

C、一级治疗

在区医院或一般急诊室和产房,处理流产并发症的机构和设备已经足够。也需要一些额外的设备和补充设备,应该加强供给程序和维修方法。应该有一辆备用的救护车且作好转运安排。与三级和初级水平的无线电和电话联系很重要,且与社区妇女、儿童健康活动协调一致。

所有初级水平所列加上: · 熟练的助产士 · 个体行医者 · 通科医生 · 有时需要专家,包括经过妇产科培训的内科医生	初级水平所列各项加上: · 前三个月和六个月妊娠子宫内容物的清除 · 治疗大多数流产并发症 · 交叉配血和输血 · 局部和全身麻醉 · 剖腹产和有手术指征的外科手术,如果有熟练的工作人员,包括异位妊娠的手术 · 妊娠试验 · 对严重并发症如败血症、腹膜炎和肾功衰竭的诊断及转诊	门诊部和妇科病房的处理室以及康复区 实验室 外科手术室	满足预计病例量及充足的子宫清除术设备 (见附件2C、D和E) 用于一级水平的重要药物(见附件2C) 实验室设备及用于微生物、组织培养和基本血液学的试剂(见附件2G) 血液和血液代用品 血液采集、输血和贮血的设备(附件2G) 麻醉设备 标准剖腹产器械(见附件2F) 妊娠试验 救护车 各种避孕用品及药物
---	---	-----------------------------------	--

工作人员	活动	机构	设备/药物
D、二级和三级治疗			
能提供大多数机构和设备,重新安排病人或扩充机构以便提高服务质量,额外增加的设备包括真空负压吸引设备。			
一级所列各项加上: 产科专家、妇科专家和妇产科专家	一级所列各项加上: 对所有流产病例行子宫清除严重并发症的处理(肠损伤、破伤风、肾衰、干性坏疽、严重败血症、败血症休克、凝血病包括: • X线诊断 • 超声波检查 • 腹腔镜检查 • 剖腹产包括切除子宫	门诊治疗室和住院部妇科病区 24小时准备外科手术(可能包括一个专门的妇科急诊手术室) 更完善的实验室 重病特护室屏蔽的X光室 血库	一级所列各项加上: 更为精细的麻醉和治疗设备 X光机 音像器材 剖腹术器械 腹腔镜

选择性流产的设施

在一个卫生保健机构中,选择性流产可以在妇科综合病区,独立的机构或专门的流产科进行。早期妊娠一般以门诊形式提供服务。妊娠晚期的选择性流产应由经过专门培训的人员在装备良好的条件下实施。

如果有可能,选择性流产最好不要和产前检查以及健康婴儿检查在同一时间,地点和由相同的人员来进行。也不要再在产科和育婴室的旁边进行。不要在可能使病人和工作人员都产生情感上不自由的相似背景下来进行。在这样的条件下可能使工作人员难于处理那些矛盾的感情。

门诊病人处理

大多数情况下,都可在门诊尽量不使用麻醉剂的情况下进行急诊流产和选择性流产的治疗。应在安全的前提下使用最为简便的设施提供治疗。总的说来,初级或一级治疗机构应该提供训练有素的工作人员和完备的设施,一天24小时提供急诊治疗。在初级保健和一级治疗机构的手术室外,治疗室或临时治疗中心内实行轮班治疗对于医院、诊所和他们服务的妇女都有较多的好处。在卫生保健系统较低级别的机构中提供门诊流产治疗的好处

有：

- 在门诊对某些妇女进行流产治疗，能更好的达到改进服务的目的，否则她们就需转诊。
- 通过更有效地使用床位和手术室装备，减少拥挤和延误治疗。
- 因为节省了住院过程中的运送和候诊的时间，使治疗处理更及时。
- 增加了实施其他手术的设施和人员。
- 减少了需要到二级、三级治疗机构治疗的病人，从而可以使那些机构集中精力解决只有卫生保健系统中较高层次才有能力处理的特殊问题。

病人数量

设计急诊或选择性流产治疗方案时，了解现有的流产病例数量和计划流产病例数量非常重要。现有病例量可以通过查阅医院和诊所的记录确定。病例量很大的，管理者容易看出存在的问题。例如，候诊的妇女可能挤满了通道，患者也许排成长队等候治疗，或者病床使用率过高。这种拥挤状况表明病例量非常多或病人流动不够（见下）。

管理者应当经常监测现有病例量，而且密切注意其增长。因为它能够影响计划病例量。引起病例量波动的一些因素包括：改变避孕方法，人口分布的变化，鼓励特殊人群如未成年少女寻求流产处理，卫生系统或转诊工作的结构变化，医务人员的重新安排，社区内部建立另外的卫生保健机构，在同一区域引进相似的服务，或者修改有关流产的法律。

病人流量

不论病例量的波动情况如何，通过效率系统调整某机构病人流量可以保证病人有条不紊地接受治疗而不被延误。管理者可以通过更有效地组织现有人力、物力而明显地提高治疗质量。调查三个至关重要的问题，管理者就可提高病人流量：

- 在某特定区域，以何种程序进行哪些活动？
- 拥挤状况发生在哪个环节以及为什么会发生？
- 如何改进对空间和人力的利用以提高工作效率，更好地为病人服务？

使病人能够更有效流动的方法包括：在医疗站病房内进行子宫排空术而不必转到妇科病房；门诊处理大多数病例；使用治疗室而不用手术室。

从某种意义上来说在医疗站病房内，要想通过对空间和人员的合理利用达到使病人流动畅通和减少延误的目的是很困难的。由于处理者难以预料急诊流产的病人数，所以他们必须对病例量的波动有所了解并且一天 24 小

时随时准备提供服务。选择性流产可能在一个固定的时间内进行，所以它更可以预测。

急诊流产和选择性流产治疗的设备和药物

好的流产治疗并不需要大量专门设备和药物。处理者必须了解获得必要设备和供应品的后勤部门，了解它们在什么地方，什么时候可以提供服务以及它们的维修方式。他们必须考虑设备的初期投资，反复发生的消耗品费用，以及为防止严重并发症需要贮备的费用。下面列出了在购置、供给和设备维修时所需考虑的一些重要因素：

- 流产处理服务的现状，以及现有资源如何？
- 需要什么设备和供应物品？
- 所需设备和供应物品的质量如何？
- 哪些是控制发放的库存品？
- 后勤部门供应和维修需要哪些规定和步骤？

下面就这些问题以及管理人员对这些问题的看法进行讨论。

流产处理现状和现有资源

治疗简单的不完全流产所需设备并不复杂，大多数用品在初级和一级治疗机构都有库存。在设有普外科和妇科的医院应有处理严重并发症所需要的设备。

有时，管理者可能希望使用现有设施或方法来提供更有效、更广泛的与流产有关的治疗，例如建立一间门诊治疗室。这样，要建立新的治疗区域可能会需要补充更多的设备和供应物品。另外一些情况下可能只需要添置一些简单的设备如灯或检查床。在任何情况下，都应当采取一些特别管理，来确保治疗区域内贮备有足够的供应物资，以免中断治疗。

所需的设备和供应物品

医疗机构需要的医疗设备和供应物品很大程度上取决于它提供的治疗类型。表 12 列出了各级卫生保健机构治疗流产所需的设备和药品。附件 2 详细列出了所需设备和供应物品。所有机构必须有复苏的供应物品和控制出血的药物（见附件 2A）。物品必须能够满足急诊的要求并且得到及时补充。

在选择一次性使用物品（使用一次后即弃去）和非一次性物品（可重

复使用)时,应仔细衡量二者所耗费的资金及各自的优点。一次性使用物品一般更贵一些,由于需要定期定货,所以造成了这些物品的贮备和装运困难。而且,这些物品必须用控制感染的标准方法处理(见附件1)。在使用非一次性物品时,医务人员必须经过培训懂得如何清洁和正确维护,并在操作过程中定期监测。需要购买消毒灭菌的试剂又有花费。非一次性使用物品特别要注意常规抗感染原则(见附件1),可能初期投资更昂贵些。

流产治疗的某些方面可以由一级治疗机构以上的较大的医疗机构集中进行。在这些情况下,管理者就不需要对这些设备和物品进行准备。

所使用的设备仪器类型也受诸如供电的可靠性和可能性这些因素的影响。如果电力供应不足而又需使用电气设备时,必须购置备用发电机或手动的备用设备,并使其保持良好的工作状态。许多情况下,由于其他一些原因,更宜选用非电力设备。决定购买何种类型的设备时,应该考虑设备的复杂性和备用零件供应的可能性以及维修服务。

设备和供应物品的需要量

确定设备和供应物品的需要量时,必须估计计划病例量,并定期监测服务情况(见第55页和第四和十二章)。提供服务时,各单位必须随时保证足够的设备贮备。如果设备和器械是集中消毒而不是在使用单位单独进行,那么很重要的一点是,不论何时在治疗区都要能提供足够的消毒器械。

库存量控制和维修

设备的库存量控制和维修至关重要,这样才能保证服务不会因设备的丢失、破坏或供应物品缺乏而中断。在计划库存控制量和维修时,管理者必须考虑的因素有:

- 备用设备和供应物品的量及类型;
- 足够的贮备装置(如冷冻的、避免感染的、通风的、干燥的装置等);
- 监督库存;
- 再订货;
- 存货的安全问题;
- 先进先出的轮换原则,即先使用旧的或最早购买的物品;
- 在卫生保健机构内提供服务的所有场所都要有物品的供应点(例如,在临时病房和妇科病房都应有供应点);
- 各集中控制系统之间的供应物品供应方法;
- 设备的常规维护;

- 设备修理；
- 对设备维修和后勤供给的监测。

流产治疗机构的位置所在（城市或农村）既影响了供应物品和设备准备的可能性，又影响了订购和接收一次性使用物品的时间安排。例如，如果提供重要供应物品最近的供给者距医院有 2 天路程，且交通和运输不便，那么管理者应该在物品需要前的几周订购，以保证按时交货。必须改进对供应物品库存的监督系统以避免物资短缺。

管理者还要考虑交货系统中的问题，这些系统在未来的供应中可能会用到。工作人员有责任保存从外单位或从私人订购或接收的单据。如果必须以个人的方式购置物品，那么工作人员应该有运输和支付物品费用的责任和能力。

必须注意供应物品的安全及适当地贮备装置。例如，必须检查药物的失效期，保持适当的温度、湿度以保存易损坏的药物和其他供应物品。设备必须妥善存放，防止被盗。

计划管理者必须保证以上各项任务都由指定的工作人员负责。对于外科器械和其他机械设备的维护和修理可能需要专门培训。在这种情况下，必须定期对受训者进行检查以保证他们能正确运用所学到的操作技术（见第 70 页）。

方法和程序

流产治疗服务管理人员必须确实了解和遵循所有医学设备和供应的储存及应用的方法和程序。各机构应逐步写出设备维修的常规和监测标准并对以下各方面进行评估：

- 经批准可订购的医疗供应物品的清单；
- 库存控制，包括收到的库存记录、分类和报废的情况；
- 使用先进先出的原则进行供应物品循环（对于印有有效期限的物品尤为重要）；
- 贮存和管理的程序，安全性以及如何安全地弃去一次性用品如注射器和针头；
- 预防性维修；
- 设备损坏和故障后的继续工作计划；
- 设备和供应物品的清洁、消毒并登记日期；
- 消毒设备和器械的贮存和包装指南；
- 对污染设备和污染物品的管理。

第十章 工作人员：任务、 培训和监督

和其他方面卫生保健一样，在流产治疗中，管理者的任务是保证工作人员在服务过程中称职、有效并对其实行全面的监督管理。

国家卫生管理人员必须考虑通过各种途径保证各级卫生保健系统都有足够的工作人员。他们经过专门培训，需要时可为病人服务。医疗机构管理者必须把工作任务安排给恰当的人员；监督管理所有工作人员；制订在职培训计划；安排和解决人员轮换制度；对工作人员的工作进行检查，以使他们的工作能力达到最高水平。

流产治疗工作任务

医疗机构管理人员进行人事安排时，最首要的问题是对必须做的工作和能胜任这些工作的人员的技能进行审查。然后根据工作人员的培训情况和工作能力以及机构的需要安排工作。一般来说，每项工作必须由经过培训并能胜任工作的人员执行。把任务分配给特定的保健工作者，地区与地区之间不同。

经验表明，当专业人员和资源有限时，训练有素的辅助保健人员也可安全有效地完成专门医务人员担任的工作。基于这个原因，在安排人事时，应根据这些原则而不是看工作“资格”来定任务。应向提供与急诊流产和选择性流产治疗有关服务机构的工作人员安排以下的任务：

- 急诊抢救，需要时做好转诊和运送准备；
- 诊断并确定治疗方案，包括病史、医学检查、确定子宫大小和妊娠情况；
- 内科和外科处理包括子宫排空和并发症的治疗；
- 提供信息和进行健康教育；
- 咨询；
- 实验室检查和组织学诊断；
- 术前、术后的监护和处理；
- 病情记录和分析资料以便于进行内部管理；
- 控制感染；

- 临床监护。

第四章的简介中提到了流产管理工作的规定并在全篇进行了讨论。

培训

流产治疗的类型随着新技术的采用和新的研究结果发现而改变。管理者必须使所有卫生保健人员接受基本训练，他们还应更新知识，掌握新的技术以适应这些变化。

正规培训

正规教育通常指一个人独立工作前，在学校、见习期与实习期所学的课程和所接受的训练。如以前的章节所提到的，所有与生育年龄的妇女有接触的卫生保健人员（内科医生、助产士、社会工作者、护士、急诊医技人员）对流产治疗有所了解是绝对必要的。这部分人应接受培训，并将流产治疗列为其所受的正规教育的一部分，才能使其更好地提供急诊流产治疗。国家政策制定者和管理者应将“流产”这一题目归入所有卫生保健人员培训的必修课程。以下列出了最重要的几类情况：

必须列入所有卫生保健人员必修课程的基本知识

- 流产孕产妇死亡率和发病率的影响；
- 流产治疗的国家标准和准则；
- 卫生保健系统对急症流产治疗需求的反应；
- 如何降低不安全流产发生率，所有可靠的避孕方法的知识。

提供临床服务所需的其他知识和技术

- 女性生殖系统的解剖学和生理学基础；
- 妊娠的发展过程和流产分期；
- 各期流产的症状、体征及流产并发症；
- 全身查体的能力；
- 基本盆腔检查的能力，包括估计子宫大小；
- 急诊流产治疗方案；
- 各种子宫排空的方法（见第六章）；
- 处理出血、感染、生殖道和内脏的损伤；（见第 27 页）
- 无菌原则和操作技术；
- 麻醉和止痛（见第 35 页）；

- 控制感染的方法（见第 43 页）；
- 妊娠组织的鉴别（见第 36 页）；
- 对病人的咨询和心理支持（见第 48 页）；
- 计划生育指导、避孕方法以及提供计划生育服务（见第 42 和 50 页）。

在职培训

在职培训（也称继续教育或进修培训）是卫生保健人员在正规教育后所进行的各项培训。使他们能更新、保持和传授卫生保健技术（Abbatt 和 Mejia, 1988）。这种培训能迅速而直接地提高治疗质量，如降低并发症发生率（见第十二章）。在职培训在任何卫生保健机构都应该是一项常规的活动。在职培训有各种不同的形式，包括在机构内或一个中心地区进行专题讨论会；与工作人员轮换时间一致的定期的学习班，地方或国内专家组织的专家讨论会；在职培训的重要性在于掌握正规培训所学的技术，实践并提高咨询病人的能力；采用和提高医疗技术，向下级卫生保健人员传授技术，传递治疗方案更改的信息，并且保证在人员轮换后仍能保持高水平的工作。

监测和监督工作要求对管理者实行在职培训。例如，医学调查可能显示某种抗生素能有效地控制败血症，应向所有医生告知其应用，或者，对病人态度和知识的调查也许能促使学术讨论会改进交流技术。

流产治疗服务所需的一些在职培训有：

- 为护士举办设备的消毒灭菌知识学习班；
- 举行学术讨论会，培训卫生保健人员掌握子宫排空的新技术；
- 介绍病人从初级转入一级治疗新方案的地方性会议；
- 召开会议，普及法律上改变限制选择性流产的信息；
- 邀请专家学者作新抗生素应用的报告；
- 产科和妇科控制感染的自学课程；
- 咨询技术学习班。

尤为重要的是所有的卫生保健人员要得益于培训。例如，如果护士长们参加了有关病人流产治疗的社会心理支持方面的学术讨论会，他们应该向护士系统地传授新知识和技术。如果在白天进行培训，那么建立一个制度让夜班工作人员也得到培训非常重要。当工作人员轮换时，应重新进行培训。如果提供有关不安全流产危险性的知识和教育涉及社区卫生保健人员和以传统方法治疗的人员，那么对他们也需要定期的在职培训。由于和这些人取得联系可能很困难，因此最大限度地对他们进行培训非常重要。

根据能力进行培训

培训计划应以工作能力为依据，也就是说，以提高完成派定任务的能力为目的。学习目的应具体说明被培训者经培训后要具有怎样的能力。对培训所希望产生的预期工作能力有个清楚的了解是十分重要的。它可以决定培训是否成功。所有的讲演、活动、学习材料和评价都应与其目的有关。例如真空负压吸引操作者的学习目的在于：

- 施行真空负压吸引术治疗不完全流产或根据地方性限制和医院标准终止妊娠；
- 认识禁忌证以及提供正确的处理和转诊；
- 提供正确的计划生育咨询和服务或者安排这方面的服务；
- 对设备的维修及消毒灭菌。

附件 3A 列出了一例子官排空法的培训课程大纲范例，应根据不同机构的具体培训要求尽量使其修改完善。

对培训的评估

为了检查培训是否成功，应根据学习目的对受训者进行评价。评价形式有多种。例如，可以根据培训前后的笔试情况对其所学到的知识进行评价。也可以通过面试或者观察受训者的工作情况进行评价。临床技术的评价应由熟练的医务人员通过直接观察进行。理想的是，用一张处理要点考查表进行评价。（见附件 3B）。类似的评价技术也能用于对咨询技巧的评估（见附件 3C）。评价者应向学习者提供直接的反馈信息，包括建议其如何提高技术。大多数情况下应在培训结束后几周或数月进行随访评价。课程结束时的评价法也适用于随访评价。

工作人员的监督

监督是指卫生计划和服务管理者实行旨在促进、纠正和改进工作的活动。监督不应是惩罚性的。相反，应视为对工作人员进行其所需继续教育的支持。工作人员的监督既要检查个人的工作，也要检查整个卫生保健队伍的工作成果。偶尔监督者也许会请病人或社区对医务人员的工作进行评估（Flahank 等，1988）。系统性、支持性的监督以及建立岗位责任制会提高工作质量，增强医务人员的职业道德。

应根据服务条约，向训练有素的医务人员安排任务，以及对工作表现

进行有效的监督。监督者应该经常对医务人员进行监察以保证他们遵守条约，且达到足够的实际工作能力。检查工作成果的方法有：

- 对正在工作的医务人员直接进行观察；
- 检查病历记录；
- 用检查表列举标准活动的主要原则（见附件 3B 和 C）；
- 对于接受治疗的妇女进行采访。

根据发现的情况，管理者应通过个案讨论、技术和方法示范、定期医务人员会议以及在职培训，经常性地向雇员反馈信息。反馈包括积极的补充和具体的建议。向医务人员比较理想地反馈应包括正式的书面评价。考察工作可以看出哪些方面需要改进，如实行鼓励以提高工作质量、修改工作方案或重新安排工作。

对于有大量其他任务的医务人员来说，监督工作通常是一项额外的任务，必须向监督者明确指定和传达任务，而且监督人员还要经过培训以掌握对医务人员实行监督的特殊技能。

对于流产处理实行的监督与妇科和产科的临床服务要求没有显著性差别，然而值得特别注意的是对于与转诊有关的工作人员的监督。在局部区域执行任务的监督者必须与整个转诊网的人员密切联系以保证整个系统的工作能力。定期的监督访问和经常性的交流可以提高整个转诊网的工作质量。

工作人员的态度

高质量的流产治疗是所有妇女卫生保健服务中的一个重要组成部分。管理者可通过树立积极的个人形象，为在职培训提供定期的机会并实行支持性监督等手段向所有工作人员灌输新观念。管理者必须让工作人员了解病人对社会心理支持的需要以及医务人员态度对流产治疗质量的影响。不论工作人员个人品质如何，管理人员都应保证经过培训的工作人员随时能为流产并发症病人提供急诊治疗。

对寻求流产的妇女采取积极的、非武断的态度尤为重要。提供选择性流产的机构，工作人员对于这种服务的理解和支持非常重要。

压力可以影响工作人员态度并从而影响服务质量。在一个急诊流产病例量很多或一个刚实行初期选择性流产的机构，由于完全沉浸于矛盾情感，工作人员的压力很大。工作人员、个别专家也许会抱怨为流产治疗耗费了很多时间。除了工作人员的轮班、仔细的观察和广泛的讨论以外，监督者可以考虑对工作人员实行其他的奖励以帮助他们缓解精神上的压力，如工作奖金或公众对其工作成就的认同。管理者应当认识到压力对其自身工作

的影响。两个全面缓解工作人员压力的方法是，对于压力的原因作定期和诚恳的交流，而且每一班都有间歇的休息时间。

参考文献

- ABBATT FR, MEJIA A (1988) *Continuing the education of health workers: a workshop manual*. Geneva, World Health Organization.
- FLAHAULT D ET AL. (1988) *The supervision of health personnel at district level*. Geneva, World Health Organization.

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

许多发生在一级治疗机构的孕产妇死亡，不是因为病人从太远的地方来就诊时已为时过晚；就是因为他们得不到急需的产科治疗（WHO，1991）。

很容易理解，通过现有卫生保健系统一天 24 小时对所有孕妇实行急诊治疗可以有效地降低流产发病率和死亡率。卫生保健机构和经过培训的医务人员总是集中在城市，而世界大部分人口却生活在乡村。所以生活在乡村或边远地区的妇女一般没有得到服务或得不到良好的服务。例如，1980 年尼日利亚有 200 个产科医生，其中 90% 在拉各斯和州府工作（Armstrong，1990）。

为了增进流产治疗的可行性，管理者在设计卫生服务时应包含以下内容：

- 最低级卫生保健工作机构应规定，有经培训的医务人员和适当的设备以提供安全的治疗；
- 有效的转诊网并能实际运转；
- 各级保健机构之间有足够的转运设施；
- 大的治疗机构中各单位之间的配合；

各级流产治疗机构之间的分工

不同级别的流产治疗机构之间的分工以及最初级的流产治疗措施保证了妇女在家庭附近即得到治疗。减少耗费于寻求和等候流产治疗的时间消除了许多妇女面临的主要障碍（Thaddeus 和 Maine，1990）。

各级卫生保健系统在急诊流产治疗中都负有一定的责任。如果在最初级卫生保健机构进行大量的急诊流产治疗，则大多数妇女可以立即得到服务，而那些需要全面、特殊服务的妇女才转入二级和三级治疗机构治疗。

治疗点分布管理系统的首要任务是设计系统每一级最合理的治疗措施，且一天 24 小时为复杂病例提供有效的转诊系统。在系统中需要对提供高质量服务有明确而详细的书面方案和手术计划。在流产治疗中需制订方

案并传达到所有的工作人员。该方案至少包括以下条款：

- 各级保健的临床服务类型，着重于在最低级治疗机构维持治疗的实施（见第二章）。
- 急诊流产保健的临床指南，包括转诊的特殊指征（见第五章）。
- 转诊渠道，即每个服务点的工作人员必须明确该向哪个中心转送病人（见下）。
- 交换所有转诊病人的医学资料。
- 转诊病人的转运途径（见第 66-67 页）。

各级保健系统必须明确列出方案并遵守和执行这些方案，以此作为监督工作人员和监测整体计划的基础。而且必须定期检查保证其继续应用。每个机构管理者的责任在于了解工作人员是否完全理解治疗实施方案，并使其与工作人员常规的工作习惯融为一体。

转诊系统

仔细构筑运转正常的分级保健制度是降低流产发病率和死亡率的关键。在卫生保健系统低级别治疗机构中，治疗了大量的流产病人，与此同时，大部分严重的并发症要求尽快转诊到预先安排的医院。转诊系统的重要功能是：迅速联络，做出决定以及在各有关单位间传递病人的信息。

转诊指征应明确列于书面服务方案，并定期检查以保证其现实意义。各级保健机构的转诊安排应向所有有关的工作人员传达，在需要时贯彻执行。

管理者应定期检查转诊网中所有机构的保健质量和工作能力，因为病人一般生活在她们所转诊的治疗机构的社区，所以对有关转诊机构的不满和问题首先会引起当地治疗机构管理者的注意。当一个病人转诊时，她在转诊点受到的服务会影响她对转诊机构服务质量的认同。付托方和转诊服务点的管理者之间开诚布公是解决所有问题的重要手段。应建立一个转诊系统，并接受有效的工作监测。地方管理者在定期检查转诊系统时应注意：

- 临床转出病例；
- 及时、有效地转诊；
- 转诊前的准备工作以及安抚病人；
- 转运安排；
- 必要时进行适当的医学随访；
- 转出机构最好用标准格式向转诊中心提供书面报告；
- 关于病人现况和从转诊中心返回转出机构的病人情况的标准书面报告；
- 坚持按规定作好转诊病人的选择及其相关问题。

转院

在任何地方都可发生威胁生命的出血、休克、外科急诊，及时地运送能够拯救许多妇女的生命，尤其是有严重并发症的病人和生活在边远地区的妇女，在没有专职救护车服务的小单位，急救转运需要机智灵活和计划性。重要的是管理者应考虑到当地所有可能的运输方法。社区的转运资源包括：警察、军队、农业发展机构、政府机关、民间保护组织，地方非政府组织如教堂、传道会和个体居民。

可使用所有地方通讯渠道呼求运送，从而把病人转送到转诊机构(Herz和Measham, 1987)。诸如短波电台或电话等社区的设施可以提供通讯渠道。当运输方案涉及卫生系统以外的服务时，计划管理者必须制定使用这些服务的条约，以保证急症发生时能及时地安排转运病人。管理者应该定期评价和修订这些方案和条约。进行的任何一项修改都应向工作人员传达，以免在有急症情况时发生意想不到的困难。

合理应用治疗设施

要提高流产治疗水平，一个机构中互相配合的服务很重要。机构管理者的责任在于保证流产治疗中不同功能的单位之间的联系能够畅通的运行。即使官方对保健措施做了明文规定，如果各方面没有配合好，那么许多妇女仍然得不到所需的治疗。例如一个不完全流产的妇女可能在临时病房接受治疗，但却得不到计划生育服务，除非那些服务能够在临时病房进行或者能够常规地转诊到计划生育门诊。

一级、二级和三级治疗中心的管理者，尤其必须考虑医院中与流产保健有关的各单位并检查它们之间的联系和交流。需要配合的部门有：

- 临时病房；
- 产科、妇科和护理部门；
- 手术室；
- 计划生育门诊；
- 门诊；
- 社区工作单位；
- 设备消毒中心；
- 药房和设备科；
- 病案室；
- 中心实验室。

各医疗点之间缺乏足够的联系和交流，会限制高质量的服务。

参考文献

- ARMSTRONG S (1990) Labour of death. *New scientist*, 27: 50-55. 31 March.
- HERZ B, MEASHAM A (1987) *The Safe Motherhood Initiative: proposal for action*. Washington, DC, World Bank (Discussion Paper No. 9).
- THADDEUS S, MAINE D (1990) *Too far to walk: maternal mortality in context*. New York, Columbia University Center for Population and Family Health.
- WHO (1991) *Essential elements of obstetric care at first referral level*. Geneva, World Health Organization.

第十二章 流产治疗的质量、 监测和评价

高质量的流产治疗目的不是简单地对流产进行处理，还要让尽可能多的妇女从优质服务中获益。为达到这一目的，需要有效地、适当地管理好流产治疗，也要让妇女懂得如何才能得到这种高质量的流产治疗（IPAS，1991）。

对于每一个妇女来说，流产都是件可怕的事情。在个别的不安全流产中，经常还会带来生命危险和长期的后遗症。所以，必须向每一位寻求流产的妇女提供最大可能的优质服务。为达到此目的，在各级流产治疗机构中，都需用一套管理制度来做到质量保证。这也是流产治疗管理人员的主要责任。

治疗质量

治疗质量涉及到一个全方位卫生保健的有效性和适当性。正当在很难对这治疗质量下一个精确定义和进行衡量时，人口委员会（Population Council）已经推出了一个治疗质量基本要素的框架并已为实行计划生育和生殖卫生保健的地区普遍接受（Bruce，1989）。对流产处理，包括以下一些有关的要素和问题：

- 服务的组织：流产治疗和其他医疗服务有什么关系？流产是否被包括入现有的妇女卫生保健服务之中？哪类卫生保健服务，像计划生育、性传播疾病的治疗，和流产治疗处在同一机构内更好？在这种多级管理制度中，在最基层的流产处理是否行之有效？
- 设备和药物的效果：药物供应和设备完好的后勤保障是否适当（见第 52-54 页）？所有的基本物资是否合用？是否采用了最恰当的技术？
- 技术能力：是否所有的医疗小组成员都经过了正规的训练？他们是否根据正确的操作规则实施治疗？对技术能力来说，质量保证计划的实施是其重要的步骤（见第 72 页）。
- 给妇女的资料：妇女是否得到有关治疗、出院、不安全流产的危害的资料？工作人员是否为病人提供了询问问题的机会？是否耐心的解答这些

问题？（见第八章）

- 人际关系：妇女是否感到医务人员抱有支持、尊敬和平等态度对待她们？
- 对待病人关心的问题：病人有无适当的机会去表达她们的观点？有无一个机构去对病人所关心的问题解释？
- 选择：是否为想避孕或想推迟怀孕的妇女提供了多种计划生育方法？病人是否能自由选择计划生育方法（见第 40-42 页）？

管理者不能硬行提高质量，保证质量须贯穿在日常工作中。管理者的作用是创造一种环境，在这一环境中，鼓励多交流和反馈并将其用于改善流产的治疗。一个由医务人员、病人和社区代表组成的“优质治疗委员会”可把精神贯穿到行动中去。每一个管理小组应设计出一套自己的处理这个问题的方法。

使用监测和评价制度是保证流产治疗达到最高质量的方法。监测能向管理小组提供治疗情况和正在发生的事。评价从另一侧面估计和衡量服务质量以及完成长期目标的效果，如减少孕产妇的患病率和死亡率。在质量保证过程中，以下的材料和制度是必需的。

另一些质量管理因素，包括咨询、人际关系、治疗保证和使用最恰当的技术等都已在前面章节进行了讨论。

监测

监测是对常规医务工作的执行情况和他们的工作结果作一个持续性衡量。对管理者来说，这意味着对流产服务质量特定指标的常规观察、发现变化或发生的问题、给医务人员提供反馈信息、以及参与去纠正任何已证实的问题。

监测能找出许多问题，包括对服务培训的需要或医务人员中的变化、或在这个治疗制度中需要注意的主要缺点。有几种方式能用于日常工作的监测，包括：直接观看医务人员工作；使用检查员，例如对咨询或临床技术进行评价（见附件 3，B 和 C 部分）；检查临床报告；以及和病人、医务人员、社区讨论。对医务人员正确处理问题能力的评估是维持优质服务的中心。医务人员的评估是持久性的工作，它是评价和监测工作的一部分。关键技术检查员根据当前工作规章和工作情况进行工作，是评估工作非常有效和客观的工具。

评价

评价是对达到一个计划或行动目标过程的衡量。在流产治疗中，应当