

建立起一些指标，用以对降低妇女发病率和死亡率的工作效果衡量。监测是对每天工作执行情况的持续性观察；而评价则是对已经采用的变更所产生的效果作阶段性总结。评价要有意义，就必须集中在能测量和核实的完成指标上。评价本身不是目的，而是应当用以衡量所需的变更，为促进医疗工作作全方位的质量保证。

作为计划的一部分，管理者制定计划时，应总是考虑到如何去评价一个计划、针对计划的目标比较评价的方法。例如，在准备散发到各综合流产治疗机构的计划中，从一开始就要把评价方法纳入方案，如表 13 所述：

表 13 发到初级流产治疗机构的评价方法举例

计划的目标	评价方法
1. 在所有初级卫生保健中心开展急诊流产的治疗，并根据既定的转诊方案转诊病人。	<ul style="list-style-type: none"> • 审阅初级流产治疗机构的报告和记录，确定所有的中心是否都开展了急诊流产治疗服务 • 审阅记录，确定治疗和分级治疗计划是否适当，病人是否以特定的百分比在各级治疗机构就诊。 • 采访妇女，评估她们是否接受了迅速地就地治疗或转院。
2. 保证所有治疗流产的妇女能得到计划生育咨询并接受她们期望的服务。	<ul style="list-style-type: none"> • 审阅记录，确定所有的流产病人是否都接受了咨询和她们期望得到的服务。 • 根据病人的数量，观察在这过程中医务人员和病人在计划生育方面之间的关系。 • 采访妇女，了解她们是否理解发给她们的有关资料以及她们是否接受了她们所期望的服务。

病历记录

记录准确和组织得很好的病历是监测和评价的基础，也是治疗质量的保证。既标准又精确的病历记录制度促进治疗的实施也为管理提供了资料。病历在急诊流产治疗上特别重要。

信息管理的制度是监测和评价流产治疗的一个基本手段。根据定义，它是收集流产治疗中的信息，又将其用于流产治疗的管理。例如，每一治疗机构可向管理小组汇报关于流产治疗的信息，常规上基本包括：

- 按不同的治疗种类，计算妇女到治疗机构就诊的数量；
- 医务人员数量和种类；
- 承担治疗的种类和数量；
- 转诊的数量及原因；
- 在治疗规章建立后，临床并发症发生的情况；
- 有关手术危急事件的发生类型和数量（例如，急救车在需要时未动，导致了急诊流产病人转院延迟）；

·物资使用情况。

尽管个别病人病历记录可以单独保存，但许多治疗机构是用一本逐日志来收集基本的治疗资料。附件 4A 给出了一页子宫排空操作逐日志记录的范例，如果需要，可照此填写。如果治疗中最重要的方面都已仔细地囊括在逐日志之中，并按规律总结这资料，得出的结果就能提供正确的对治疗质量和适当与否的判定。另外，管理小组应该定期采访正在候诊的病人，这种方法已经证明是了解病人是否满意的重要步骤。

大多数信息管理系统是既简单又合理。它们只收集基本的资料和将被使用的资料。收集过多资料的复杂系统很难维持，资料也难以利用。

流产治疗的质量保证

管理者必须根据已建立的标准，确定流产的治疗是否已经达到最低医学安全标准。要做到这点，可按以下几步进行：

- 阅读通用准则及惯例；
- 设立标准；
- 定期用标准来检查操作过程；
- 评定结果；
- 根据学到的知识修正和改进方案。

临床管理者应当检查治疗记录，以了解施术者的技术指标，如象：需作再次清宫病人数目、转院数目及原因、与流产有关并发症及死亡情况。这需要正确完整的病历记录，定期查阅病历、观察和分析。管理者应负责定期召开医务人员会议，为保证质量提出新的要求。在会议上，应当讨论医学统计、涉及的地区、问题的原因（行政管理、后勤或服务的质量）、患病率和死亡率的高低和原因、以及如何去预防有害事件的再次发生。在把改进意见向医务人员提出时，管理者应确保这种会议的目的不是为了惩罚，而是为了提高医疗服务质量，确定是否有需要再次培训或采取其它补救措施。

类似的护理工作内容和质量检查、咨询、计划生育手术记录、采用优质服务的选择性量化指标都是保证质量的有用手段。这类指标亦可包括术后生命体征的监测以及接受了术后随访妇女的百分比。

另外，在定期的检查中，应写出有关并发症的特发事件报告，例如操作失败、过量出血、流产操作所致损伤、手术或麻醉并发症、或任何其他偶发情况。这些可以记录在事件登记本上或一张特制的表格上（见附件 4B，它是适用于这种情况的表格范例）。临床领导应当定期审阅事件登记本或表格，明确是否已采取了适当的措施，并应同医务人员一道讨论这些事件。事件登记本也能应用在按计划对有害事件的随访和从转治医院追回随访资

料。应密切观测还未好转的并发症。任何并发症都存在着潜在的严重性，必须给以妥善的处理。

手术调查

为了设计和测试需要改进的流产治疗规则和管理，实施手术调查。在流产治疗的地区，手术调查的问题范例如下：

- 妇女在接受治疗时，什么样的治疗最令她们感到有压力和紧张？如何改进？
- 什么是妇女经常不满意的地方？如何使她们满意？
- 如何按妇女们需要，更贴切的增进流产术后的计划生育服务？
- 流产治疗能否由护士或其他卫生保健人员操作，而不是医生操作？
- 为保证对病人快速、优质治疗，哪一种模式是最佳医务人员组合模式？
- 在医院里，为提供急症流产治疗，什么场地的成本效益最佳？

下列手术调查文献被引用，补充读物亦罗列如下。

参考文献

- BRUCE J (1989) *Fundamental elements of the quality of care: a simple framework*. New York, Population Council.
- IPAS (1991) *Strategy for the next decade*. Carrboro, NC, International Projects Assistance Services.

补充读物

关于手术调查出版物

- BLUMENFELD SN. *Operations research methods: a general approach in primary health care*. Bethesda, MD, Center for Human Services, 1985 (PRICOR Monograph Series: Methods Paper No. 1).
- FISHER A ET AL. *Handbook for family planning operations research design*. New York, Population Council, 1983.
- GALLEN M, RINEHART W. Operations research: lessons for policy and programs. *Population reports*, 1986, Series J, No. 31.
- BATHIJA H. *Experiences in implementing the WHO protocol for estimating the cost to health services*. New York, Population Council, 1989 (Methodological issues in abortion research).

第十三章 流产治疗的成本效益管理

管理者在作出有关怎样施行急诊流产手术和在什么地方施行这种手术的决定时，要考虑到卫生保健制度中的成本效益问题。管理者必须决定在整个保健体系中，如何去分配资金，用尽可能少的费用，提供尽可能高质量的服务。

在存在有大量急诊流产的国家中，医疗保健制度无节制的消耗着本来就缺少的卫生保健资金。流产并发症的住院治疗费用，包括床位费、输血、药费和医务人员工资等，已经超出正常妊娠妇女治疗费用比率（Khan 等，1984；Germain，1987）。妇女感染的治疗占去医院资金最大部分；不安全人工流产导致的脓毒症或感染机率远远高于自然流产（Fortney，1981）。许多研究证实，在一些国家中，有一半以上的妇产科床位用于治疗患有不安全流产手术并发症的妇女。50%以上妇产科医院的资金用于治疗这类病人。相反，研究表明施行选择性流产手术则能节约费用，也省下用于治疗不安全流产所致并发症的费用（见 Liskin 1980，Royston 和 Armstrong，1989 年的费用比较研究综述）。

流产治疗费用可通过许多不同的方面来估算。例如，急诊流产治疗的费用和施行安全的选择性流产费用比较；或和治疗不安全人工流产并发症费用比较；人工流产治疗费用可以和预防期望外怀孕来比较。进一步从国家或地方财政来看，可查出花在急诊流产治疗的费用占总卫生保健费的比率。在这些比较中，几乎所有的研究结论表明，急诊流产治疗费用惊人，特别是在卫生保健经费缺乏的国家，用于医疗的资金可因此而花光（Johnson 等，1993）。

像推进计划生育服务那样的预防性工作已经表明，它能有效地减少包括流产并发症治疗在内的母婴保健费用。墨西哥社会保险机构的一项研究证实，在计划生育服务上花一个比索，就能节约用于母婴保健的九个比索。节约的经费中包括有降低了的产前产后保健费用、不完全流产的治疗费用以及婴儿的保健费用（Nortman 等，1986）。

流产治疗的预算

预算很大程度取决于当地的具体情况，也取决于采取什么样的治疗方

案和医学决定。影响价值的因素和应当考虑的有关问题如下：

- 治疗机构的地点：影响经费预算的因素有，治疗地点是设在门诊部还是住院部；在手术室还是治疗间施行手术；采用一般性治疗还是特别治疗等。
- 医务人员配备：医院配备经过训练的非专科医生和医疗辅助人员通常有更高的成本效益。因为经过短期低价上岗前培训的工作人员的工资低于专家们的工资。
- 医疗技术：使用尽可能简单的、已知的、并发症发病率最低的、以及最短时间能恢复健康的治疗方法，可以减少整个治疗费用。
- 辅助治疗：辅助治疗亦可影响治疗费用。例如，常规使用全麻和过多的实验室检查可以增加费用。
- 病例数：病人总数和有并发症的病人人数可以影响总的治疗费用。
- 医疗水平：从转院、专家会诊、妇女治疗时间等因素全面考虑，实施最低可行水平的治疗，并有效地转治患有并发症的病人，通常使用经费最低。

作为预算方案过程的一部分，管理者有责任和医护人员、管理人员以及其他专业人员磋商以后，确定流产治疗的费用以及听他们怎样去比较不同的医疗技术和操作程序。表 14 列出了些有关费用的考虑因素，在制定预算计划时作为参考，以减低总的经费开支。

表 14 流产治疗的有关费用

低费用	高费用
综合的、多目的的服务费用	专门的、单一目的的服务费用
经训练的医辅人员或非专科医生费用	专家、专科医生费用
门诊病人治疗费用	住院病人治疗费用
局麻费用	全麻费用
非一次性物资使用费用（如：可反复使用的治疗巾、手套、空针）	一次性物资使用费用（如：一次性治疗巾、一次性手套）
本地生产的设备和物资	进口设备和物资

预算包括资产（非周转资金）和周转资金，后者是为购买货物和有偿服务资金。表 15 记载了一些用于保健服务的资产和周转资金的类型。所有这些资金的条目都应仔细地考虑和计算，并将它们列入有关医疗服务或将要收治的病人帐目中去。

表 15 保健预算计划的经费目录：资产和周转资金

资产或非周转资金^a

- 房产^b
- 人员培训和定向^c
- 设备和非消耗性物资（如：仪器、布类）
- 急症、转院和领导用车辆
- 资料表格印制设备
- 社区政策性活动
- 检查和特殊研究

周转资金

- 房产^b
- 雇工培训^c
- 工作人员酬金和利润
- 药物、消耗性临床和实验室物资
- 支持服务（清洁、浆洗、实验室检查、登记、银行、宗教工作和审计工作）
- 管理、监测和评价
- 信息和教育
- 表格、资料的重印
- 理疗设备的维护费用
- 汽车的油耗和维护
- 水电费用
- 通讯（电话、电传）
- 办公用品

a 预算时，资产以它们使用效期按比率折算。

b 房产可代表资产（如是已购买的、已建造的、已改建的）或周转资金（如是租用的）。

c 最初的培训和定向可视为资产；定期的在岗培训，应为周转资金。

每个病人的治疗费用应单独计算，并分细目记帐。为了医疗机构财经计划，要尽可能的正确计算各类治疗的综合经费。计算要包括直接费用或特殊病人可查到的费用和间接费用。后者指医疗机构的一般开支。下面列出了直接和间接治疗费用：

流产治疗的直接费用

- 每个病人的一次性用品。
- 医务人员花在每个病人的直接治疗时间。
- 每一病人设备和家具使用费，按设备和家具使用效期折算。

- 如需要转诊，转诊费用。

流产治疗的间接费用

- 行政费用，包括不算直接费用的医务人员工资，除以已治病人总数。
- 房租、公共设施等手术的其他费用除以病人总数。

显然，通过一段时间的流产治疗工作后，才能正确地确定每一病例的花费。应定期监测费用的改变，如象病人数和组成治疗组成的改变、调整费用或重新磋商决定了新的偿还水平等。

流产治疗的经费来源

由于卫生保健制度的存在，一般急症流产治疗费用都是免费或低价的。如妇女无能力支付治疗费用，也不应该拒绝给予治疗。另一方面，选择性流产的费用，因不同国家和不同的保健制度而不同。如果选择性流产费用是由国家或当地政府支付，有关的一切都是简单和直接了当的。但是，由于财政和保健分配制度是随总体经济状况和政治上的改变而变化，所以，国家政府的财经支持有时不是那么可靠。

政府或私人的健康保险可能包括有选择性流产，但这种经费的来源往往在许多妇女真正需要它时不起作用，例如，它只限定在有工资收入的工作人员和他们的家属内。其他病人需要支付选择性流产的费用。有些医院依照浮动计算法制定付费治疗制度，这样就可以根据每一病人的支付能力来改变支付的多少。有时，要求病人以分期付款形式支付流产治疗费用。许多例子表明，对那些无力支付治疗费用的妇女给予财经支持是行之有效的。

财政管理与审计

流产治疗的管理者必须注意财经的管理和帐目记录。有效的帐目和审计制度允许管理者审查经费使用情况，使其在预算中运行，预测或避免潜在的财政困难。政府或提供财政支持的非官方机构可令其专门做帐。必须依据规章制度和执行内部帐目制度，并接受内部和外部人员检查帐目。

经营者监测预算收支是估计计划运行情况的一个重要方面。计划财经的责任管理应参照表 14 上诸条，努力加强经费的利用效果。并且，管理者应定期与工作人员讨论财经问题，让工作人员都承担起减少开支的任务。

参考文献

- FORTNEY JA (1981) The use of hospital resources to treat incomplete abortions: examples from Latin America. *Public health reports*, 96(6): 574-579.
- GERMAIN A (1987) *Reproductive health and dignity: choices by Third World women*. Technical background paper prepared for the International Conference on Better Health for Women and Children through Family Planning, Nairobi, Kenya, October 1987. New York, Population Council.
- JOHNSON BR ET AL. (1993) Costs and resource utilization for the treatment of incomplete abortion in Kenya and Mexico. *Social science and medicine*, 36(11): 1443-1453.
- KAHN AR ET AL. (1984) Risks and costs of illegally induced abortion in Bangladesh. *Journal of biosocial science*, 16(1): 89-98.
- LISKIN LS (1980) Complications of abortion in developing countries. *Population reports*, Series F, No. 7.
- NORTMAN DL ET AL. (1986) A cost-benefit analysis of the Mexico social security administration's family planning program. *Studies in family planning*, 17(1): 1-6.
- ROYSTON E, ARMSTRONG S, eds. (1989) *Preventing maternal deaths*. Geneva, World Health Organization.

第十四章 预防不安全流产、 保护母婴安全

关键问题是现在还存在着一些主要引起母亲死亡的直接原因。自然流产和人工流产可导致梗阻性分娩、子痫、中毒性贫血、感染和其他并发症。要求优先地制订和实施一些方法，使其高效低价，起着降低发病率和死亡率的作用。

现在需要的是奉献和行动 (Mahler, 1987)。

不安全流产不断地导致可怕的伤亡和疾患。这问题不仅威胁到妇女的生命、她们的家庭和医学团体，也影响到社会的每一个角落。一些因素迫使妇女去作不安全流产，也导致社会拒绝给予她们那些需要的治疗。为消除这类因素，卫生工作者需寻求一些方法，借以和国家或当地领导人及社会团体交流信息，使他们都来关心期望外的妊娠和流产这类问题的广泛性，以及它们的性质和影响。找出解决这些问题的答案不仅是卫生工作者的责任。要解决问题，需要不同层次的工作小组携手并进，无论公私部门，妇女团体、民间组织、社会团体，为降低不安全流产所致的发病率和死亡率这一共同目标而协同工作。

为消灭不安全流产所作多方面努力的基本要素是：

- 公众教育，宣传不安全流产的危险，宣传为预防期望外妊娠采取计划生育措施的重要性。法律允许选择性流产。
- 提供可接受的和易于操作的计划生育方法和咨询服务，以预防期望外的妊娠发生。
- 通过卫生保健实施制度，促进急诊治疗流产并发症的医疗机构发展。
- 法律允许施行高质量的终止妊娠措施，为避孕失败、有医学指征和其他原因需要终止妊娠的孕妇提供医疗服务。

公众教育

向社会宣传生殖卫生常识和母亲安全知识是预防医学保健的基本部分。在向社会传播这类知识时，卫生保健工作者能够起到重要作用。另外，加强生殖卫生保健工作，始终得到不同层次的领导支持也是重要的。

不同的社会团体所需要的资料和传播它的最好方法已总结在表 16 中。医院和诊所的管理者和社会上不同团体沟通，主要是通过卫生保健制度中的健康教育计划进行的。为了把有关资料送到各社区团体，所有的卫生保健工作者，不论是医务工作者还是社区领导，都需要熟习表 16 中所概括的内容。可通过专业会议、课程、培训班和杂志或公开信把这些内容告诉卫生保健工作者。进一步，每一个保健机构应建立一个制度，在定期的业务学习和会议上交流新的资料。

计划生育在预防流产中的作用

避孕措施在促进母婴安全上起着极其重要的作用，它能预防期望外妊娠导致的急诊流产和选择性流产，也能预防附加的高危妊娠，或者从根本上预防期望外的妊娠。凡施行流产治疗的地方，都应有计划生育宣传和服务，对于包括社区级在内的各级治疗机构，计划生育服务都应是基本的卫生保健部分。

应给每一位潜在的想要计划生育的公民提供充分、有效的计划生育方法资料，并让其对计划生育方法作出自己的选择。有一次选择，就有一次继续使用避孕措施的积极影响，这样，期望外妊娠的危险就会减少。

表 16 预防不安全流产的资料*

听 众	内 容	地点和传播方式
青春期和成年妇女、她们的配偶或监护人	<ul style="list-style-type: none"> • 自然流产的症状和体征 • 什么地方，如何能获得避孕措施 • 不安全流产的危险 • 关于流产的法律知识 • 什么地方，如何能获得流产治疗 	<ul style="list-style-type: none"> • 卫生保健机构 • 中学或大学 • 工作地点 • 印刷和电子传播媒介
政策制定者和公务人员	<ul style="list-style-type: none"> • 不安全流产对妇女和家庭健康的影响 • 用于急诊治疗和选择性流产的费用和妊娠治疗及计划生育费用的比较 • 需要为广泛的高质量的女性卫生保健筹资立法 	<ul style="list-style-type: none"> • 会议上公布研究报告和对存在问题以可读形式作立法性发言 • 印刷和电子传播媒介 • 和公务人员交流
传统和宗教领导人	<ul style="list-style-type: none"> • 教育在预防期望外妊娠中所起的重要作用 • 由于期望外妊娠和不安全流产所致妇女发病率和死亡率对家庭和社会产生的影响 • 关于流产的法律情况 • 怎样咨询有关妊娠保健和计划生育好处 	<ul style="list-style-type: none"> • 正式或非正式的社会团体和宗教会议 • 专业人员举办保健学习班 • 印刷和电子传播媒介

续表

听众	内容	地点和传播方式
卫生保健人员	• 流产的法律情况 • 如何将所需资料散发给上述各团体	• 专业性会议、讨论会和学习班 • 专业性出版物

a. 根据 Thaddeus 和 Maine, 1990, 改编

卫生保健管理者和工作人员应当完全熟悉所有的方法，知道如何使用它们；它们的运作机制；各自的利弊；以及对副作用的处理。应以简单的形式和无偏见的态度向病人提供资料以及专门为她们设计撰写增补材料。

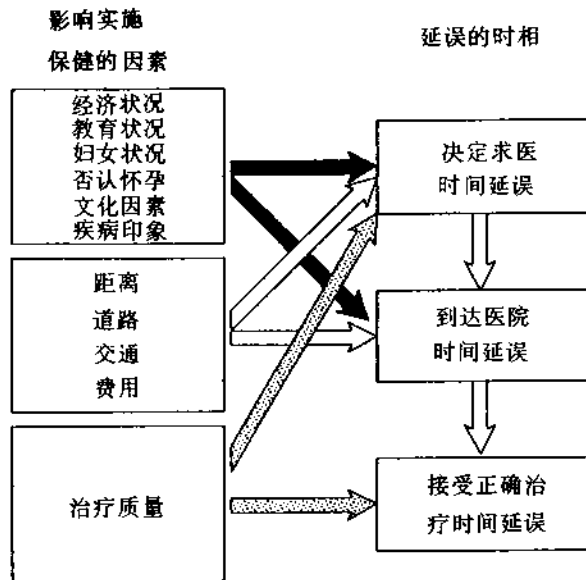
推广安全高质急诊流产治疗

推广安全高质急诊流产治疗是母婴安全计划中拯救生命的基本组成部分。在世界范围内的历史已经证明，妇女对期望外妊娠采取的主要行动是流产。这大概不会改变，甚至在已经开展避孕服务的地区也是这样。就是在避孕已广泛使用的地区，避孕失败也会导致期望外的妊娠。甚至在表 16 中提及的资料都散发到了所有的团体，关于不安全流产的危险和危害的教育也多半不会改变已作出决定的妇女的意愿。流产会以早期妊娠的一定百分比不断发生。所以，卫生保健的政策制定者、管理者和工作人员必须在法律规定范围内准备提供尽可能的高质量急诊流产治疗服务。

有关倡导世界母婴安全的文献综述描述了导致孕产妇死亡的因素 (Thaddeus 和 Maine, 1990)。所有这些因素都和寻求急诊治疗包括流产在内的产科并发症中三段时相被延误有关：

- 决定求医时间延误；
- 到达医院时间延误；
- 接受正确治疗时间延误。

图 7 描述了上述有关延误求治诸因素之间的内在关系。



根据 Thaddeus 和 Maine, 1990, 改编

图 7 影响延误求治的因素

在一定范围内，延误治疗的原因本质上是社会和文化的，普遍地超出卫生保健系统控制范围。但卫生保健政策的制定者和管理者是能够控制一些重要的延误因素的。这在本书许多地方都讨论过，要控制这些因素需作以下努力：

- 增强就诊方便性：管理者能通过几个方面来增进就诊方便性，增加流产治疗机构的密度；让其每天 24 小时服务；当病人需要转至更高级治疗机构时，确保转诊顺利进行；扩大培训新医务人员之类的培训计划。
- 增进治疗质量：管理者能从几个方面来增进治疗质量：坚持医疗质量标准；尊重病人；了解和解答病人的意见；确保医务人员都经过最安全、最恰当的技术培训；保障基本物资的供应；注意病人流向。

选择性流产的作用

为那些避孕失败、具有医学指征和其他法律允许的原因而要求终止妊娠的妇女提供高质量的医疗服务，已经表明它能明显地减低孕产妇的死亡。在本书前几章中，许多基本的高质急诊流产处理方法均可用于选择性流产。如果法律允许选择性流产，希望这些材料能在管理者 and 政策制定者制定保健方案时有所帮助。

共同增进孕产妇健康

流产的发病率和死亡率不仅是个医学问题，它也是社会、文化和经济问题。地区、国家和国际的领导人们需要了解这个问题的严重性，通过多渠道倡议，带动有关部门、文化和宗教团体、特别是妇女们一起寻求解决这个问题。政策制定者应领导这一工作，通过一切渠道使流产死亡率成为公众注意的焦点。需要他们动员医疗机构和个人，更加努力地去提高医疗的质量和可行性；改变社会对不安全流产所持信赖的态度。只有在整个国家的福利都以保护妇女健康为主要目的时，才能找到最终解决问题的方法。

为了使急诊流产和选择性流产治疗(在允许施行选择性流产的地方)变得更安全、更全面，卫生保健领导者们和管理者们必须起到一定作用。在卫生保健方面的要点，包括本书前些章节所详细讨论过的问题总结如下。

只有在支持预防期望外妊娠和不安全流产的政策制定者、社区领导和卫生保健团体共同努力下，通过制定出更好的避孕措施以及开展更广泛的流产治疗以后，流产并发症所致的很高的孕产妇发病率和死亡率才会有所改观。

优质流产治疗的关键内容

最安全、最恰当、最经济的流产治疗是在妇女需要帮助时作出响应。以下列出了优质治疗所具备的特征：

- 整个卫生保健系统的各级机构，都能施行流产的治疗。在最低级流产治疗机构里，每一治疗措施由称职的医务人员使用正确的设备安全地实施。
- 流产应由至少经过了恰当的培训，能安全施行手术的专门卫生保健工作者来处理。
- 工作人员受到良好的培训和完善的监督。
- 妇女和工作人员之间是相互尊重，没有偏见和非强迫性的。
- 妇女在接受治疗同时接受咨询并能获得她们可以理解的资料。
- 任何可能的时候都要为门诊病人治疗，不应受手术室和医院晚间规定限制。
- 为必要时及早转至上级医疗机构制定规章；制定在每一级医疗机构都实用的、都要遵循的规章。
- 采用最安全的技术实施子宫排空，同时要给最少量的麻醉药来控制妇女疼痛。
- 控制感染的检测是每一个工作人员须仔细遵循的。

- 在出院以前，咨询所有的流产妇女是否期望采取计划生育措施；制定就地或转诊实施计划生育方法的有效规章制度。
- 在整个治疗体系中，基本设备完好、保障物资供给、药剂有效。
- 流产的处理要充分有效地和卫生保健或生殖保健服务有机地联接在一起。
- 评价和调整流产治疗时，要征求病人和医务人员的意见。

参考文献

- MAHLER H (1987) The Safe Motherhood Initiative: a call to action. *Lancet*, 1(8534): 668-670.
- THADDEUS S, MAINE D (1990) *Too far to walk: maternal mortality in context*. New York, Columbia University Center for Population and Family Health.

附件 1 控制感染程序

为了把病人、医务人员或社会人群感染疾病的危险减小到最低程度,根本在于临床上坚持执行控制感染的标准程序。这些努力能否成功,取决于是否正确的按照控制感染方案的操作步骤进行工作。

以下内容是常规控制感染的增补措施,比如,洗手和使用手套来预防手上大量的微生物感染。

一般预防措施

由于病史和查体不能可靠地证明所有病人是否感染了人类免疫缺陷病毒(HIV)或其他血源性病原体,所以应常规对每个病人使用适当的预防措施。推荐卫生工作者在临床对每位病人使用一般性预防措施(也称一般性血和体液预防措施),特别是在急症治疗室,和血接触的危险性增加,通常也未知病人感染的情况。一般性预防措施应用到血和其他体液(如血性液体,精液,阴道分泌物和羊水)。以下所列出的一般性预防措施是根据美国疾病控制中心和世界卫生组织的常规定出的。

- 血和其他体液可能接触皮肤和粘膜,所有的医务工作者都要使用隔离物。保护性隔离物应用的类型,因治疗场所不同而不同,但应适用于手术操作和可能发生的这类接触。
- 如果污染了血或其他体液,要用肥皂洗手和其他被污染的表面,并马上流水冲洗。脱去手套以后,也应马上洗手。
- 锋利器械损伤的预防措施。在治疗场所,由针头和锋利器械的损伤最容易感染到艾滋病病毒,损伤可能发生在实施手术时、清洗用过的器械时、抛弃锋利的用后器械时和术后处理锋利器械时。虽然推荐使用一次性器械,如空针、针头、手术刀片和其他锋利器械,但是也不总是可行。用后的一次性器械应放入耐刺容器,该容器要尽可能的靠近器械使用区域。针头从空针上取下来后,不应该把它弄弯或用手碰它。应尽可能避免再将针头套上帽。如果用后针头要套上帽时,不要把帽握在手上,而把它放在一平面物体上,这样套入针头,无刺入皮肤的危险。
- 通过使用通气装置来尽量减少口对口复苏抢救。

- 皮肤损伤的处理：患渗出性损伤或渗出性皮炎的医务工作者应停止和病人直接接触，不要处理病人用过的器械，直到皮肤疾病痊愈为止。

器械消毒灭菌指南

要和正常无菌的血液、皮下组织和组织接触的器械，对其进行灭菌处理，是最安全和最有效的方法。如果器械灭菌无效或不适宜作灭菌处理，选择高级消毒是唯一能接受的方法。高级消毒能杀死所有的微生物，包括乙型肝炎病毒、艾滋病病毒，但不能可靠地杀死细菌芽胞。

为了使灭菌和高级消毒行之有效，首先应对器械作预清洁，以去掉所有的有机物质。另外，器械经过处理以后，应适当的放置，以免重新污染。

灭菌

- 蒸气灭菌（高压蒸气灭菌）用于反复使用的医疗器械，如针头和空针。对未包裹的器械应在 121°C ，高于一个大气压的（ 101kPa ）条件下灭菌至少 20 分钟，对包裹好的器械，则应在同等条件下灭菌 30 分钟。高压灭菌必须处于一个良好的工作状态，时间、温度和气压必须精确地调整。
- 对于能耐高温的器械，干热杀菌是行之有效的方法。但对许多如像空针类的塑料制品，干热灭菌是不恰当的。要做到有效杀菌，器械必须在 170°C 下烤 2 小时。包括加热和冷却时间在内，杀菌全过程应为 3 至 3 个半小时。如果加热最高温度为 160°C ，灭菌则需要 4 个小时完成。
- 用乙烯氧化物气体灭菌也是有效的方法。但这种灭菌方法需要很复杂的设备和训练有素的操作人员，所以它还没有在世界多数地区广泛使用。
- 对于那些用蒸气和干热会被破坏的塑料器械，可以考虑用化学灭菌法。化学灭菌操作规章应严格遵循保证溶液有效性的原则，同时要保护病人及医务人员，避免和其接触。用来灭菌的化学试剂，有戊二醛和甲醛类。

高级消毒

- 在水中煮沸 20 分钟，是最简单和最可靠的高级消毒方法。对于蒸气和干热灭菌无法处理的器械，可采用煮沸消毒。基本原则有几点：使用的容器有盖；水开后开始计时；所有要消毒的器械都要淹没在水中；在消毒开始后不要再加入其他东西。
- 如果其他消毒法无用，化学消毒法是最后一种可使用的方法。基本原则是小心地使用用于消毒的化学试剂，要很仔细地按正确的操作规程操作。

应只有在保证了这些试剂的浓度和活性的情况下才使用它们。血和其他氧化物可使这类化学试剂失活。要仔细地配制和妥善地贮存它们，远离热和光，否则会失效。

注意：很多化学试剂都叫消毒剂，但它们只是低级消毒剂或防腐剂，使用它们是无法达到所需要的高级消毒作用。在这些低级消毒剂中，氧化苯甲羟铵，葡萄糖酸盐洗必肽的溴化十六烷基三甲铵以及酚（石炭酸）不应用来作医疗器械的消毒。而应用已确认的高级消毒剂来处理。

反复使用的设备处理步骤

设备在作了急诊流产治疗后，需作处理以备再用。处理时，必须很仔细，以保护医务人员和以后使用它的病人。处理弄脏的设备和其他东西按标准的三步骤进行。这三步必须全部完成，以保证设备安全地再使用。

- 去除污染：任何使用后的设备在处理以前，应浸泡在消毒液中 10 分钟（如漂白液，0.5% 的有效氯（5 克/升）），这样医务人员处理设备时更安全。这一步骤应该在设备使用后马上进行。用一个塑料桶装上氯溶液，放在治疗台旁，用起来很方便。弄脏的设备可直接放入溶液中，在拿出来清洁前，浸泡 10 分钟。为了维持溶液的效力，它应该每天换一次，如果较脏，一天可多换几次。医务人员处理设备都应戴手套。
- 清洁：在去除污染后，设备应在肥皂水中很好的清洗。为了清洁干净，在需要时，应拆开器械，用刷子刷掉有机物质（废牙刷很好用）。器械在清洁干净后，用水冲洗掉残留肥皂。残留的肥皂可以干扰化学消毒。
- 灭菌或高级消毒：设备应该灭菌或接受高级消毒。如何选择灭菌或高级消毒，有赖于设备的性质和性能。灭菌和高级消毒法已在第 86 至 87 页中叙述。

用释放氯的化合物去除环境表面污染

可以用适当的含有低级消毒剂的中介物（如抹布）擦洗桌子等的外表面，以去除污染。

对于治疗室内的多数血迹，应先用吸水物质（如纸巾）擦掉可见的血痕，然后用适当的消毒剂擦洗污染的区域。对于大片血迹或高浓度培养基污染（可能发生在实验室），先应在这类区域盖上纸巾或其他吸水物质，再倒上消毒液保留 10 分钟。然后用干净的吸水物质把整个污迹擦掉，所有污物扔到污物废物容器中。再用含有低级消毒液的适当中介物对表面进行消毒。处理过程应戴手套。

释放氯的化合物是适合于环境表面去除污染的消毒剂。次氯酸钠是应用得最广泛的化合物，如液体或粉末漂白剂，雅韦尔水。酒精通常不宜用

做此事，因为它蒸发太快，并能使有机残留物迅速凝固，而不能对其渗透。

在临床上手套的使用

- 在治疗过程中，要接触病人的粘膜，需戴检查手套。
- 换病人，换手套。
- 在操作中，要接触病人的无菌区域时，要戴无菌手套。
- 最理想是使用一次性手套。不要将手套洗了或消毒后再用。洗涤剂和消毒剂可使手套变质，这样液体会通过无法检查到的小孔。
- 在没有足够的手套作一次性使用的紧急情况下，必须对手套作处理后再用，处理应遵循去除污染、清洁和灭菌或高级消毒三项标准程序做。
- 在收集血液标本时，戴手套可以减少污染的危险。应假定所有的血液标本都潜在地感染了血源性病原体。
- 戴上通用型多用途手套去作如像清洁器械和去除污染等杂务活。多用途手套可清洗后再用。但如手套已经老化变脆，则不能再用。

废物处理

针头和其他锋利的器械或物资，在使用完后应马上放入耐刺的容器里，然后妥善的火化、焚烧。

妊娠的产物应根据当时标准和控制感染的程序处理掉。在某些情况下，将它放进一个密封的容器里焚烧，可能比较恰当。

血块、吸出的液体、排泄物和分泌物类等液体废物，应小心的倒入连有污水处理系统的下水道或是倒入厕所中。

敷料、实验室、病理科内的固体废物，应被认为有传染性，作焚烧或高压灭菌处理。其他固体废物，如粪便，可倒入厕所里或经过卫生处理的粪坑里。

瑞士日内瓦世界卫生组织所属母儿保健与计划生育机构提供更多有用的感染控制程序资料。管理者可选择性地和下列组织联系。本附件在编写时使用了他们发表的文献。

- Centers for Disease Control, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institute for Occupational Safety and Health, Atlanta, GA 30333, USA

(Recommendations for prevention of HIV transmission in health-care settings. *Morbidity and mortality weekly report*, 36(2S): 3S-18S (1987)).

- JHPIEGO Corporation, Brown's Wharf, 1615 Thames Street, Baltimore, MD 21231, USA (*Infection prevention for family planning service programs: a problem-solving reference manual*. Durant, OK, Essential Medical Information Systems, 1992).
- Program for International Training in Health, University of North Carolina, 208 North Columbia Street, Chapel Hill, NC 27514, USA (*Guidelines for clinical procedures in family planning: a reference for trainers*, 2nd ed. rev., 1993).

附件 2 流产治疗所需的设备和药物

A. 紧急复苏器材

紧急复苏要点	材料和设备
呼吸和气道处理	自充气袋
	经口咽气管插管
	氧气供应
	吸引器
出血的控制	催产药（催产素、麦角新碱）
静脉替代给液	静脉给液（静脉输液装置）
控制疼痛	止痛药、麻醉剂和麻醉设备

B. 急症流产治疗的主要药物

（选自 Essential elements of obstetric care at first referral level, 日内瓦, 世界卫生组织, 1991。）

初级保健机构

不同地区的初级治疗机构, 药物的使用有所不同。然而, 下列带有星号的药物在这级机构的流产处理中是有用的。重要的是使用这些药物的医务人员需经过培训。

一级治疗机构的基本药物

麻醉前用药

- 阿托品*
- 安定*
- 局麻药物*

0.5%~2%利多卡因，不含肾上腺素

止痛药

阿司匹林

度冷丁及其恰当用品

抗感染/抗生素

广谱抗生素：

 氨苄青霉素

 青霉素 G

 普鲁卡因青霉素

 氯霉素

 灭滴灵

 四环素

 三甲苄氨嘧啶（磺胺增效剂）、磺胺甲基异恶唑

血液制品

冻干人血浆

静脉溶液

注射用水

乳酸钠（Ringer）

5%、50%葡萄糖溶液

葡萄糖氯化钠溶液

氯化钾

氯化钠

催产药

注射用麦角新碱

麦角新碱片剂

注射用催产素

血清和免疫球蛋白

人类抗 D 免疫球蛋白

破伤风抗毒素

破伤风类毒素

皮肤消毒剂

(来自:世界卫生组织(日内瓦)1989“有效对抗爱滋病的灭菌消毒指南”)

乙醇

2-丙醇

聚烯吡酮碘

C. 外科性子宫排空供应物品

基本供应物品

静脉注射装置和液体(乳酸钠、葡萄糖、盐水)

5ml、10ml、20ml 空针

针头:

22号穿刺针头(用于宫颈旁阻滞)

25号标准针头(用于宫颈内阻滞)

21号针头, 药物注射

5至10号无菌手套

棉球或纱布

抗菌溶液(乙醇、2-丙醇、聚烯吡酮碘)

止血剂: 硝酸银棍、Monsel 溶液

长针持

选择性流产的可供应物品

渗透性扩张器、多层扩张器(小、中)

D. 早期妊娠子宫排空的器械和设备

基础子宫排空器械

持钩

纱布(环)钳、或子宫填塞钳

展性金属探针

法制13-27号Pratt或Denniston扩张器

0或00号锋利刮匙

中号窥阴器，自持

50 毫升局麻药容器

500 毫升消毒溶液容器

塑料滤过器

供组织检查用干净玻璃皿

长敷料钳

清洁剂容器

单齿固定钳

套管：

 柔软的：5、6、7、8、9、10、12 毫米

 弯曲刚性的：7、8、9、10、11、12、14 毫米

 直刚性的：7、8、9、10、11、12 毫米

硅酮润滑剂

电动真空吸引

基础子宫排空器械外加：

 真空泵及数个玻璃瓶

 连接管

手动真空吸引

基础子宫排空器械外加：

 真空吸引器（单或双瓣）

 调节器

 软性导管：4 至 6 毫米粗

10 孕周以上子宫排空

基础子宫排空器械外加：

 Pratt 或 Denniston 括张器：29 至 43 号

 刮匙：1 至 2 号

用于宫颈扩张术和排空术的特殊设备

基础子宫排空器械外加：

 Sopher 或 Bierer 钳

附加器械

以下器械，无论在什么地方施行子宫排空术都是有用的。但不是每一手术包都一定需要：

特殊窥阴器：

小号 Pederson 型

大号 Graves 型

Sims

子宫探针

大（锋利）刮匙

额外的扩张器包

额外的棉球和纱布

针持

组织钳

E. 中期妊娠子宫排空的器械和设备

中期妊娠流产的基础包

开边窥阴器

无损伤固定钳，25 厘米，带角度

Pratt 扩张器，37/39、41/43、45/47 号

纱布钳

Bierer 卵钳，大的，腭长 19 毫米

长敷料钳

消毒溶液容器

单齿固定钳

一大、一小刮匙，稍钝

扩张和排空

放置器械和盛组织用器械盘

50 毫升局麻药容器

500 毫升消毒剂容器

含 5 μ g (1 : 200000) 肾上腺素的 1% 利多卡因，20 毫升安瓿装

带有固定装置为了宫颈旁阻滞的 10 毫升空针，25 号针头和 22 号穿刺
针头

纱布

棉球

真空泵、数只玻璃瓶

带塑料把的收集（吸引）管（11 毫米内径）

弯曲套管，子宫排空用，14 毫米直径

羊膜内滴注

带盖无菌器械盘

消毒液容器

敷料钳

棉花拭子

10 毫升空针，局麻用皮下注射针头

带针芯的长针头，如 10 厘米 14 号针头或 18 号穿刺针头

50 毫升空针

盛溶液的容器

滴注溶液

羊膜外滴注

带盖无菌器械盘

消毒液容器

敷料钳

棉花拭子

Foley 或 Nelaton 导管，14 或 18 号，吹气囊用空针

插导管用细长镊子或钳子

夹导管用止血钳

50 毫升空针（如用前列腺素，空针小些）

盛溶液的容器

滴注溶液

静脉注射催产药物设备

静脉注射装置，包括针头

静脉注射液体

附加器械

以下器械，无论在什么地方施行中期孕子宫排空术都是有用的。但不是每一手术包都一定需要：

阴道牵引器一副（中号）

子宫探针

弯纱布钳，25 厘米

Pratt 括张器，所有最大号（至 75 号）

长针持

组织钳，25 厘米

Sopher 卵钳，大号，腭长 14 厘米

大号弯剪

F. 剖宫产用的器械和供应物品

（选自 Essential elements of obstetric care at first referral level, 日内瓦，世界卫生组织，1991。）

标准剖宫产器械配置

无盖不锈钢器械盘，31×20×6 厘米

外科手套，6.5、7、7.5、8 号

毛巾夹，Backhaus 盒锁

纱布钳，22.5 厘米

直动脉钳，16 厘米

直子宫切除术钳，(Pean) 22.5 厘米

蚊式止血钳 12.5 厘米

细齿组织钳，19 厘米

子宫固定钳，28 厘米

直针持 Mayo，17.5 厘米

手术刀柄，3 号

手术刀柄，4 号

手术刀片

三角缝合针，7.3 厘米，6 号

圆针, 12 号, 6 号
腹部牵开器 (Deaver), 3 号, 2.5×22.5 厘米
腹部牵开器, 双头, (Richardson)
腹部牵开器, 三叶, 自持, (Balfour)
弯手术剪, 钝头, Mayo, 17 厘米
直手术剪, 钝头, Mayo, 17 厘米
直手术剪, 23 厘米
吸管, 22.5 厘米, 法制, 23 号
弯式肠夹, Dry, 22.5 厘米
直式肠夹, 22.5 厘米
敷料钳 (无齿组织钳) 15 厘米
敷料钳 (无齿组织钳) 25 厘米

用于剖宫产的敷料和布类标准配置

有带腹部拭子包 (每包 6 个)
外阴纱布垫
治疗巾 (Dressing towels)
治疗巾 (Trolley towels)
腹单
Mackintoshes, 大的
Mackintoshes, 小的
不透 X 光的纱布包 (每包 6 个)
手术衣、口罩、帽子
普通纱布, 药棉拭子
切石术配置
丝线 (每股 0.5 米长)

G. 临床实验室和输血物资

(选自 Essential elements of obstetric care at first referral level, 日内瓦, 世界卫生组织, 1991.)

临床实验室

实验

供应物品

红细胞计数、压积

微型血液离心机
红细胞计数尺
肝素化毛细管
75×1.5 毫米
酒精灯
采血针
乙醇

献血基本供应物品

血交叉实验

病人血清
病人红细胞
实验瓶中献血者红细胞
0.85%氯化钠溶液
20%牛血清白蛋白
37℃水浴或孵箱
离心机
移液器
中、小号试管

采集和贮存血液¹

药棉和酒精
血压计套
采血排气针
装有柠檬酸异麦芽糖的 100 毫升采血装置
压脉带
动脉钳
剪刀
胶带纸
冰箱 (4 至 6℃)

存放献血者血液。
家用气体或电冰箱
均可使用，但不能
常开冰箱门。柜式
冰箱以顶上开门为最好

(献血者应为健康成人，年龄在 18 到 50 岁之间，血红蛋白在 11g/dl 以上。怀孕妇女不应献血。
两次献血间隔时间在 6 个月以上。)

急症妇科设备来源

下列的国际采买和分配机构可为获得急症妇科设备提供帮助：

Family Planning International Assistance (FPIA)

810 Seventh Avenue

New York, NY 10019

USA

International Planned Parenthood Federation (IPPF)

Regent's College

Inner Circle

Regent's Park

London, NW1 4NS

England

UNICEF Procurement and Assembly Centre

UNICEF Plads

Freeport

2100 Copenhagen 0

Denmark

United Nations Population Fund (UNFPA)

220 East 42nd Street

New York, NY 10017

USA

可从 International Projects Assistance Services 获得到厂商和供货商的名字和地址：

International Projects Assistance Services

303 East Main Street

PO Box 100

Carrboro, NC27510

USA

附件3 培训资料

A. 真空负压吸引术的培训课程

(根据 International Projects Assistance, Vocuum aspiration training curriculum, Carrboro, NC, 1991, 改编)

本大纲介绍了负压吸引术的最重要的方面。它以几个国家培训各级卫生保健人员的课程为基础。必须以培训的需要和参加者的专业能力为依据修改培训大纲, 如果参加者未经基本内科查体和盆腔检查技术培训且不熟练, 就必须加上这些内容。

内容	要求
课程介绍	培训者必须说明开设课程的理论基础, 学习目的以及圆满完成课程的原则 (见第十章)。
预测验	可能的情况下在课程开始前进行预测验是可行的。培训者可根椐测验成绩来确定特定受训组最需要的技术。
与流产有关的孕产妇发病率和死亡率	受训者必须了解流产对本地孕产妇死亡率和发病率的影晌 (见第一章)。
介绍负压吸引术	受训者必须了解负压吸引技术, 包括其优缺点, 使用说明、工作原理 (见第六章)。
流产后避孕	课堂和讨论应包括流产后可能使用的各种避孕方法以及说明如何向妇女提供这些方法 (见第七章)。
设备	应辨识负压设备, 且培训者要向受训者操作演示, 后者可能不懂或要提问。
临床技术	应该解释并讨论负压过程中每一步骤, 受训者要观看操作演示或录相。如果可能在临床实践前, 受训者至少应该用骨盆模型操作一次。
临床实践	受训者应该有大量的机会在监督下提高其临床技术。一个受训者在监督下应该完成操作技术的多少取决于他或她的基础及所受的训练。数天中有充足的时间用于临床实践并用一定的时间讨论病历以及临床中遇到的困难,

	<p>这一点很重要。监督实践一直持续到培训者对于受训者的技术提高很满意为止（此附件的 B 部分列出了一个可用于评价负压吸引技术的示例）。</p>
药物的应用	<p>培训者应该讨论药物的使用，包括抗生素、用于治疗感染特别是有关休克使用的止痛剂、宫颈旁阻滞和需要时的子宫收缩药（见第五、七章）。</p>
宫颈扩张术	<p>受训者能够判断宫颈扩张程度，在需要进行子宫负压吸引时熟练地进行宫颈扩张术非常重要。</p>
无菌法	<p>这门课应提高无菌技术，使感染机会减少到最小。</p>
并发症症状	<p>这一课至少包括：对出血、败血症和内脏损伤的认识（见第五章）。</p>
并发症处理	<p>讲习班应复习以上提到的并发症处理方案并对临床学习期间的病例进行讨论。对描述了并发症的个案进行讨论也很有益。另外，还应讨论最大限度降低术中和术后并发症的方法。</p>
控制感染	<p>应该复习控制感染的标准常规，包括全方位的预防措施。流产处理中控制感染的措施涉及的许多细节，包括设备的去污、清洁、消毒灭菌，以及废弃物的处理。</p>
转诊	<p>受训者应该了解地方的转诊和运输方案。</p>
咨询及心理支持	<p>这一课应包括全面的出院医嘱的理论说明和其重要性，以及对妇女作用。它应该包括准备医学信息，计划生育指导，传达出院医嘱以及要求了解的内容。课堂活动应该包括角色的扮演（见第七、八章及本附件 C 列出一张评价指导技术的检查表的例表）。</p>
报告和记录	<p>讨论做好病历记录的重要性是必要的（见第十二章），受训者应该在培训期间亲自实践完成各种形式要求的记录。</p>
评价	<p>培训合格证要以是否达到预期的技术水平为依据。不能自动颁予或只根据是否完成了学习过程而给予。为了改进将来的学习班，每个上课的人都应对课程进行评估，作出积极的和消极的反馈。暗中调查亦是非常有益的。</p>

B. 评价和监督负压吸引的调查表

（根据 International Projects Assistance Services, Clinical evaluation form for manual vacuum aspiration, Carr boro NC, 1991 改编）

下面的调查表用于对真空负压吸引过程的直接观察。评价者应该对负

负压吸引术很熟练。调查表可根据需要修改。

第一部分：调查操作者是否胜任

- 估计病情（病史、现状，末次月经时间和精神状态）以及必要的实验室检查；
- 术前应确定手术室的必需物品，药物和仪器是否完备；
- 与病人和睦相处并同她一起讨论手术过程是有帮助的；
- 根据病人的病情和精神状态估计是否需要麻醉，止痛和镇静；
- 估计子宫位置和大小，确定是否有外伤；
- 确定宫颈有无撕裂、扩张或外伤；
- 需要时给予抗生素；
- 保证负压吸引管已消毒灭菌并已将所使用的腐蚀液漂洗干净；
- 准备负压吸引注射器或负压吸引泵，并检查真空度；
- 根据子宫大小和宫颈扩张情况选择适当的负压吸引管，并检查导管和注射器的磨损情况；
- 如果需要，施行宫颈旁阻滞或其他止痛法；
- 如情况需要，在不引起损伤的前提下扩张宫颈；
- 采用非接触的技术，勿污染导管；
- 有效地移动负压吸引管，将子宫内容物清除干净；
- 判断何时中止真空负压吸引；
- 检查吸出物，确定吸出组织是否与病情和病史相符，需要时取样送病理实验室；
- 监测病人有无并发症的发生并进行治疗；
- 给予适当的出院医嘱；
- 保证进行计划生育咨询，如若病人需要则提供一种方法。

第二部分：建议

如果操作者尚未达到技术要求，则根据第一部分的细目列出你关于提高技术的建议。

第三部分：评语

请填上你对受训者能力的评语。

C. 评价和监督指导技术的调查表

(根据 Lettenmaier C, Gallen M. Why counselling counts. population reports, Series J, No. 36 (1987). 改编)

下面的调查表用于咨询者的自我评价或外来评价者进行咨询指导技术的观察。外来评价者必须熟知指导技术。调查表可根据培训课程修改。

为了评价聆听技巧，评价者应当观察咨询者是否：

- 在幽僻的、舒适的地方会晤病人；
- 理解病人，根据不同病人的情况分别处理；
- 聆听病人说什么及怎样说，观察声调、措词、面部表情及手势；
- 站在病人的立场与其谈话；
- 需要时保持沉默，给病人思考、提问、谈话的时间；
- 仔细地听病人述说，而不是考虑下一步该说什么；
- 有时可重复所听到的内容，确保医患双方都了解其含义；
- 舒适的坐姿，不要有分散注意力的举动，要注视病人。

对于评估询问技巧，评估人应注意咨询人是否：

- 用的是感兴趣、关心和友好的语气。
- 一次只问一个问题并等待回答。
- 询问可让当事人表达意愿的问题。
- 问开放式问题时，不能简单回答“是”或“不是”并鼓励交流。
- 使用像“那么？”，“还有？”，“哦？”等词，鼓励当事人多交谈。
- 避免问话开头用“为什么？”，这样不能对当事人进行判断。
- 以不同方式问同样的问题，以保证当事人能充分理解你的问题。

B. 流产并发症报告范例

医务人员应该尽可能完成这份流产时发生的主要并发症的报告。

1. 病人和手术

姓名：

入院日期：

手术日期：

诊断：

手术方式：

入院时间：

手术时间：

2. 并发症

描述并发症及出现时间。

3. 病人的临床情况

描述病人的术前情况。

描述病人的术后情况。

4. 手术

描述详细的手术过程。

5. 并发症的治疗

描述治疗并发症的方式及需要的随访

.....

报告人（盖章）

单位（医院或诊所）

.....

签名

日期

6. 病例回顾

适当的处理

需要的治疗

需要的随访

将以后的并发症减少到最低程度的建议

.....

主管人（盖章）

日期

.....

签名