

人工流产并发症及其防治临床执业医师考试 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/594/2021_2022__E4_BA_BA_E5_B7_A5_E6_B5_81_E4_c22_594448.htm 方法及内容 术中出血

的预防及处理 1、准确诊断妊娠月份，选用大小合适的吸管。 2、对较大、较软的子宫和手术时间较长者，应适时肌注或静注宫缩剂，清理宫腔要迅速、细致。迷走神经兴奋综合征【诊断】该综合征表现有面色苍白、出冷汗、呕吐、脉缓（ $<60/\text{min}$ ），甚至心律失常、昏厥、抽搐、血压低于 10.7kPa （ 80mmHg ）、心脏停搏。【预防】宫腔内容物已基本清除时，吸引压力不应过高或反复抽动吸管。术毕不要迅速起床。【处理】1、平卧吸氧。2、阿托品 $0.5-1\text{mg}$ 或654-2（山莨菪碱） 20mg 肌注或静注。3、50%葡萄糖液 $50-100\text{ml}$ 静注。4、针刺中极、关元、腕踝针等，一般预后佳，轻症者大部分术后休息 10min 可自行恢复。损伤（一）子宫穿孔可发生在宫底、峡部或宫颈管，以峡部为多见。亦可穿入腹腔、阔韧带、膀胱后壁、肠袢，甚至拉出大网膜等，导致内出血、阔韧带内血肿、继发性腹膜炎及中毒性休克。【诊断】1、发觉所用器械进入宫腔的深度，明显地超过检查时所估计的长度，且无阻力，即可判定。2、若为子宫探针所穿破，伤口较小，可无症状或仅小腹部稍有压痛。3、若由宫颈扩张器、刮匙、卵圆钳或吸引管所致损伤，则伤口较大，患者会突然感到下腹疼痛。如穿孔伤及邻近器官或累及较大血管而有内出血时，可有恶心、呕吐、血压下降，甚至休克。【预防】1、术前必须查清子宫位置及大小。2、操作宜准、轻、稳，不可用力过猛。【处理】疑有穿孔时，

应住院严密观察，注意患者一般情况、血压、脉搏及体温。如宫腔组织已刮净，又无内出血征象者，可给宫缩剂和抗生素，如宫腔组织尚未吸净，患者情况又良好时，可给宫缩剂及和抗生素，观察1-2周，穿孔常自愈，然后再做人工流产，或在B超引导下进行吸刮术。如出现明显内出血或感染，应立即剖腹探查，并视穿孔情况及生育要求，决定手术方式。术中应认真检查肠袢有无损伤。一般作穿孔修补、止血，有严重感染时应切除子宫，并做腹腔引流。

（二）宫颈损伤【预防】

- 1、扩张宫颈管时不可用力过猛。
- 2、大月份人工流产，不可强力牵拉胎儿肢体。

【处理】

- 1、如为小出血，用纱布压迫止血即可。
- 2、如宫颈全层裂伤，应用1号铬制肠线作间断缝合。

流产后感染【预防】

- 1、做好术前准备。
- 2、严格执行无菌技术操作，并向受术者详细交待术后注意事项。

【处理】

- 1、抗感染，应根据宫腔细菌培养及药敏试验结果，给予有效的抗生素。
- 2、服用复方生化汤加减、益母流浸膏2-4ml，3/d。

流产不全【预防】

- 1、认真执行操作规程，吸出胚囊后应再普通吸宫腔周壁，特别注意宫角，对过度倾屈子宫应特别注意子宫壁下方及子宫内口处。
- 2、详细检查吸出物，如吸出物量与孕月份及B超测量的大小不符，应重做双合诊和吸引，吸出物送病理检查。
- 3、人工流产吸净的征象为 宫腔明显缩小、子宫壁有坚实感； 搔刮后仅有少量暗红色血液及泡沫渗出； 用刮匙轻轻刮宫壁时有“沙沙”声。

【处理】按不全流产处理。

漏吸【预防】

- 1、术前作阴道检查，明确子宫大小、形态及位置，对极度前屈或后屈的子宫，须纠正到中位，如为双子宫，应分别探测两宫腔，寻找妊娠子宫，再行吸引。对难以触到胎囊的病例，可在B超监

测下行吸引术。2、如吸出组织过少或不见绒毛，刮出物应送病理检查，并寻找原因，注意有无宫外孕之可能。【处理】发现漏吸者，应尽早再做妊娠终止术。子宫颈管及宫腔粘连【诊断】1、术后月经过少、闭经，并有周期性腹痛。2、B超检查可见宫腔有液性暗区（积血），严重者双侧输卵管亦有积血。3、探针探查宫腔，有经血流出。4、必要时作碘油造影，可见宫腔有分隔或不完全充盈。【预防】1、吸引时负压勿过高，吸管口边缘不可过于锐利。2、吸管或在刮匙在宫腔内操作次数不应过多。3、吸管进出子宫颈管不可有负压。4、预防感染。【处理】1、宫颈粘连一般只需子宫探针轻轻分离粘连，排出经血，症状即可缓解。2、宫腔粘连在扩张宫颈后可用探针分离。粘连较重者，需在宫腔镜下作钝性或锐性分离。术后宫腔放置节育环3个月，以防再次粘连。术后可给雌激素、孕激素周期疗法，连用2-3个月。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com