



临床诊疗指南与技术操作规范

计划生育分册

(2017修订版)

中华医学会计划生育学分会 编著



人民卫生出版社



临床诊疗指南与技术操作规范

计划生育分册

(2017修订版)

中华医学会计划生育学分会 编著

人民卫生出版社

白

图书在版编目(CIP)数据

临床诊疗指南与技术操作规范. 计划生育分册/中华医学会计
划生育学分会编著. —北京:人民卫生出版社,2017

ISBN 978-7-117-24313-1

I. ①临… II. ①中… III. ①计划生育-外科手术-指南②计
划生育-外科手术-技术操作规程 IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 059572 号

人卫智网	www.ipmph.com	医学教育、学术、考试、健康, 购书智慧智能综合服务平台
人卫官网	www.pmph.com	人卫官方资讯发布平台

版权所有,侵权必究!

临床诊疗指南与技术操作规范

计划生育分册

编 著: 中华医学会计划生育学分会

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京铭成印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 10

字 数: 219 千字

版 次: 2017 年 4 月第 1 版 2017 年 4 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-24313-1/R·24314

定 价: 48.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

临床诊疗指南与技术操作规范

编著者名单

主 编 李 坚

副主编 熊承良 黄丽丽 黄紫蓉 顾向应

主 审 范光升 程利南 雷贞武 陈振文 吴尚纯

编 者 (以姓氏笔画为序)

于晓兰 北京大学第一医院

王建梅 天津医科大学第二医院

方爱华 中国福利会国际和平妇幼保健院

石秀文 山西省妇幼保健院

刘欣燕 中国医学科学院北京协和医院

李 坚 首都医科大学附属北京妇产医院

杨 清 中国医科大学附属盛京医院

杨 菁 武汉大学人民医院

吴伟雄 广州市计划生育科学技术研究所

谷翊群 国家卫生和计划生育委员会科学技术研究所

陆品红 江苏省人民医院

顾向应 天津医科大学总医院

黄丽丽 浙江大学医学院附属妇产科医院

黄紫蓉 复旦大学妇产科医院

董白桦 山东大学齐鲁医院

熊承良 华中科技大学同济医学院计划生育研究所

秘 书 于晓兰

前 言

自 2001 年开始,原卫生部委托中华医学会组织编写《临床诊疗指南》与《临床技术操作规范》,中华医学会儿科学分会分别于 2004 年和 2005 年首次编写出版了计划生育专业技术常规《临床技术操作规范——计划生育学分册》和《临床诊疗指南——计划生育分册》。在过去的十几年中,技术常规对于提升计划生育专项技术服务的医务工作者和管理者的素质、提高技术服务质量、降低手术并发症、保障受术者安全等发挥重要作用,同时也为临床医疗技术评审提供了参考。

随着时间的迁移,学科间的专业分化、交叉与渗透趋于显著,对病症的预防、诊治、转归、保健康复的认知不断深入,高新技术的发展和运用,临床新技术不断涌现。计划生育学以及相关领域随之获得了飞跃式发展,许多新的科研成果、诊治方法、适宜技术及新的药具出现和日趋成熟。同时随着社会的发展和变化,医疗格局及技术服务模式也在改变,社会的发展和政策的转换,医学标准的更新和疾病谱的变化,从单纯的人口控制到计划生育和生殖健康全程服务的推进,对计划生育技术服务提出了新的和更高的要求。

受国家卫生计生委妇幼健康服务司委托,中华医学会儿科学分会组织国内数十位长期从事计划生育学以及相关领域研究和临床服务的学者、专家和医教研骨干历时一年余,完成了《临床诊疗指南与技术操作规范——计划生育学分册》(2017 修订版)的编写工作。本书汲取国内外相关学科研究成果和技术常规、WHO 及权威学术机构和组织的技术指南、服务模式,结合 12 年来我国计划生育专业临床和医疗管理的实践与认知,力求具有学术发展的代表性,并体现专业技术进步;在科学性、权威性、全面性的基础上,力求循证与实践结合,突出其实用性、通用性,同质性的特点。

依法依规提供计划生育技术服务是落实计划生育基本国策的关键和保障。本书的出版必将不断推动新形势下计划生育技术服务工作法制化、科学化、规范化,提高计划生育技术服务医务人员技能,提升计划生育技术服务质量和水平,确保医疗和技术服务安全,提供更加优质的技术服务。

《临床诊疗指南与技术操作规范——计划生育学分册》(2017 修订版)作为技术服务遵循的规范和管理依据、临床工作的工具书以及技术培训教材,必将在应用实践中,随着我们对事物的认知和经验的积累,不断地更趋完善。

在本书出版之际,衷心感谢国家卫生计生委妇幼健康服务司委以重任于中华医学会儿科学分会,并在编写过程中给予了全方位的大力支持,并提出了指导性的建议。同时对于各位专家为此次再版付出的努力表示崇高的敬意和谢意。

中华医学会儿科学分会 李 坚
2017 年 4 月

目 录

第一章 宫内节育器具	1
第一节 宫内节育器具放置	1
第二节 宫内节育器具取出	7
第三节 宫内节育器具不良反应及手术并发症	10
第二章 女用甾体激素避孕药具	20
第一节 复方短效口服避孕药	20
第二节 长效避孕针	26
第三节 皮下埋植剂	29
第四节 阴道避孕环	38
第五节 紧急避孕药	39
第三章 其他避孕方法	41
第一节 屏障避孕法	41
第二节 阴道杀精剂	43
第三节 自然避孕法	44
第四节 哺乳闭经避孕法	47
第五节 体外排精法	47
第四章 输卵管绝育术	49
第一节 经腹小切口输卵管结扎术	49
第二节 经腹小切口输卵管结扎术并发症	52
第三节 腹腔镜下输卵管绝育手术	56
第四节 腹腔镜下输卵管绝育手术并发症	57
第五节 其他相关并发症	62
第六节 手术并发症常见症状的鉴别诊断	64
第五章 输精管绝育术	65
第一节 输精管结扎术	65
第二节 输精管结扎术并发症	68
第六章 输卵管吻合术	75

第一节 输卵管吻合术	75
第二节 输卵管吻合术并发症	77
第七章 输精管(或附睾)吻合术	79
第八章 人工中止(终止)妊娠	82
第一节 负压吸引术	82
第二节 钳刮术	85
第三节 应用麻醉镇痛技术实施负压吸宫术	86
第四节 负压吸宫术和钳刮术并发症	87
第五节 米非司酮配伍前列腺素终止妊娠	96
第六节 依沙吖啶羊膜腔内注射中期妊娠引产	106
第七节 水囊引产术	110
第八节 经腹剖宫取胎术	112
第九节 中期妊娠引产并发症	114
第十节 人工流产后计划生育服务	120
第九章 妇科内镜在计划生育技术服务中的应用	126
第一节 腹腔镜应用	126
第二节 宫腔镜应用	127
第三节 腔镜手术并发症	129
第十章 女性计划生育手术严重并发症	134
第一节 休克	134
第二节 弥散性血管内凝血	142
第十一章 高危计划生育手术及管理	146
附录	148
剖宫产瘢痕妊娠诊治专家共识	148

第一章 宫内节育器具

宫内节育器具(IUC),是我国育龄妇女使用最多的避孕方法。包括:宫内节育器(IUD)及宫内节育缓释器具(IUS),具有安全、高效、长效、可逆、简便、经济和不影响性生活等优点,可长期使用,取出后生育力即可恢复。为了提高IUC避孕效果,降低其常见的出血、疼痛等不良反应,IUC的种类从最初的惰性IUD到20世纪70年代研制出的活性IUD,以及之后的含有甾体激素的IUS,不断改进发展。目前主要使用的IUC包括:释放铜离子的带铜IUD、释放孕激素IUS以及同时带有吲哚美辛和铜IUD(仅为我国应用)。

第一节 宫内节育器具放置

【适应证】

1. 育龄妇女自愿要求放置IUC且无禁忌证者。
2. 用于要求紧急避孕并愿意继续以IUD避孕且无禁忌证者。

【禁忌证】

1. 绝对禁忌证

- (1) 妊娠或可疑妊娠者。
- (2) 生殖器官炎症,如阴道炎、急性或亚急性宫颈炎、急慢性盆腔炎、性传播感染等,未经治疗及未治愈者。
- (3) 3个月以内有月经频发、月经过多(左炔诺孕酮-IUS除外)或不规则阴道出血者。
- (4) 子宫颈内口过松、重度撕裂(固定式IUD例外)及重度狭窄者。
- (5) 子宫脱垂Ⅱ度以上者。
- (6) 生殖器官畸形,如子宫纵隔、双角子宫、双子宫者。
- (7) 子宫腔深度 $<5.5\text{cm}$, $>9\text{cm}$ 者(人工流产时、正常阴道分娩及剖宫产后例外)。
- (8) 人工流产后子宫收缩不良、出血多,有妊娠组织物残留或感染可能者。
- (9) 阴道分娩时或剖宫产时胎盘娩出后存在潜在感染或出血可能者。
- (10) 合并各种较严重的全身急、慢性疾患者。
- (11) 伴有铜或相关药物过敏史者。

2. 相对禁忌证

- (1) 产后42天后,如恶露未净或会阴伤口未愈者,应暂缓放置。
- (2) 葡萄胎史未滿2年者慎用。
- (3) 有严重痛经者慎用[左炔诺孕酮-IUS及含吲哚美辛(消炎痛)IUD例外]。

- (4) 生殖器官肿瘤,如子宫肌瘤、卵巢肿瘤等慎用。
- (5) 中度贫血, Hb < 90g/L 者慎用(左炔诺孕酮-IUS 例外)。
- (6) 有异位妊娠史者慎用。

【放置时机】

1. 非孕期,月经期第 3 天起至月经干净后 7 天内均可放置。含铜 IUD 选择月经干净后 3~7 天,左炔诺孕酮-IUS 多选择月经期放置。月经干净后应禁房事。
2. 月经延期或哺乳期闭经者,应在排除妊娠后放置。
3. 人工流产负压吸宫术和钳刮术后、中期妊娠引产流产后 24 小时内清宫术后可即时放置。早孕期药物流产当天胎囊排出后立即清宫后亦可立即放置。
4. 自然流产正常转经后、药物流产恢复 2 次正常月经后择期放置。
5. 剖宫产或阴道正常分娩胎盘娩出后即时放置。
6. 产后 42 天恶露已净,子宫恢复正常者。根据会阴伤口和剖宫产瘢痕愈合情况选择放置。
7. 带铜 IUD 用于紧急避孕,不受月经周期时间限制,需在无保护性交后 5 天内放置。

注:根据美国 CDC 产后避孕的医学标准、英国 NICE LARC 指南及 WHO 医学选用标准和计划生育服务提供者手册, IUC 放置时间均可在产后 4 周以后(包括剖宫产)。

【IUC 选择】

几种国内生产的 IUD 在月经后放置的参考值见表 1-1,不包括仅有一种型号(大小)的 IUD。

表 1-1 部分 IUD 型号选择(参考值)

IUD 种类	宫腔深度(cm)				建议使用年限(年)
	5.5~	6.0~	7.0~	7.5~9.0	
宫铜型节育器	20	22	22 或 24	24	10~15
TCu 220C	28	28	30	32	10~15
TCu 380A	28	28	32	32	10 年以上
MCu 375 母体乐	短杆型	短杆型	短杆或标准型	标准型	5~8
活性环型节育器	20	20 或 21	21	21 或 22	8~15
活性 γ 型节育器	24	24 或 26	26	28	5~8
VCu 200 节育器	24	24 或 26	26	28	5~8
V 形节育器	S	S	S	M/L	10~15

【术前准备】

1. 询问病史和月经史,特别要了解高危情况,如哺乳、多次人流史、近期人工流产或剖宫产史、长期服用避孕药史等。
2. 做体格检查、妇科检查。进行血常规或血十四项、乙肝表面抗原和丙肝病毒抗原抗体、梅毒及 HIV 抗体检验、阴道分泌物检查。

3. 做好术前咨询,详细介绍该避孕方法的特点,例如:隶属长效可逆、高效的避孕方法,使用便利,不同类型 IUC 及预计的使用期限,放置操作和实际使用中可能发生手术风险和常见的副作用,以及随访的重要性等。受术者知情并签署手术同意书。

4. 测量血压、脉搏、体温,术前 24 小时内 2 次体温测量超过 37.5℃ 者暂不放置。

5. 受术者术前排空膀胱。

6. 检查手术包和节育器具的有效灭菌日期。

【手术步骤】

1. 手术必须在手术室进行。术者应穿手术衣裤,戴帽子、口罩,常规刷手后戴无菌手套。

2. 受术者取膀胱截石位,常规消毒外阴及阴道。

3. 常规铺垫消毒治疗巾、套腿套、铺孔巾。

4. 妇科检查 核查子宫大小、位置,倾屈度及附件情况后,更换无菌手套。

5. 应用窥器扩张阴道,暴露阴道和宫颈,拭净阴道内黏液。

6. 消毒阴道(包括阴道穹隆部)及宫颈。子宫颈钳钳夹宫颈前唇或后唇。拭净黏液后,消毒宫颈管。

7. 子宫探针沿子宫腔走向探测宫腔深度。遇有剖宫产史和子宫颈管异常或手术史,应探查子宫颈管长度。

8. 根据宫颈口的松紧和选用 IUC 的种类与型号大小,决定是否扩张宫颈口。如宫型 IUD、γ 型 IUD、金塑铜 IUD、药铜 165IUD 等,应扩至 5.5~6 号。

9. 撕开选用的 IUC 外包装袋,取出 IUC。有尾丝者测量尾丝总长度。将准备放置的 IUC 告知受术者,并示以实物。

10. 缓缓牵拉宫颈,适当矫正子宫轴线。

11. 置入 IUC 时参照的相应产品说明书操作。

(1)宫铜型 IUD——使用内藏式放置器放置:

1)手持带有宫铜型 IUD 放置器,取水平位,将套管上带有缺口的一面向下。

2)将内杆向下拉,把 IUD 完全拉入套管内,然后缓缓上推内杆,待内杆上的小钩从缺口处自然脱落后,继续推进内杆(小钩会退入套管),使 IUD 露出套管顶端成圆钝状。

3)将限位器上缘移至宫腔深度的位置。

4)置入放置器达宫腔底部,固定内杆,后退套管,IUD 即置入宫腔内。

5)放置器向上顶送 IUD 下缘后,退出放置器。

(2)宫铜型 IUD——套管式放置叉放置:

1)将 IUD 横臂中点的下方嵌入套管的放置叉上,IUD 露在套管外。

2)将套管叉上的限位器上缘移至宫腔深度的位置。

3)带 IUD 的放置器沿宫腔方向轻柔通过宫颈口达宫腔底部。

4)固定内杆,后退外套管,同时内杆向上推出套管叉上的 IUD,IUD 即置入宫腔,退下放置器于近内口处,再用放置器向上顶送 IUD 后,撤出放置器。

(3)TCu 220C 或 TCu 380A IUD:

- 1)将 T 形 IUD 的双横臂轻轻下折,横臂下折时间不宜超过 3 分钟,并将双横臂远端插入放置管内。
- 2)将套管上的限位器上缘移至宫腔深度的位置。
- 3)将带 IUD 的放置器沿宫腔方向,送达宫腔底部。
- 4)固定内芯,后退放置套管,使 IUD 的横臂脱出套管。
- 5)再将套管上推 IUD 并稍待片刻,使 IUD 处在宫腔底部。
- 6)先取出内芯,然后小心取出放置套管。
- 7)测量阴道内尾丝长度,以核对 IUD 是否放置到位(阴道内尾丝长度 = 尾丝总长度 + IUD 长度 - 宫腔深度)。
- 8)在宫颈外口 1.5 ~ 2cm 处剪去多余尾丝。记录留置尾丝的长度。

(4)母体乐(MCu375)IUD:

- 1)将 IUD 放置器上的限位器上缘移至宫腔深度的位置。
- 2)将带有 IUD 的放置管按 IUD 的平面与宫腔平面平行的方向置入宫腔内,直至宫腔底部,等待 1 ~ 2 分钟,抽出放置管。
- 3)放置后,用探针检查宫颈管,以确认 IUD 纵臂末端已进入宫腔。
- 4)测量阴道内尾丝长度,以核对 IUD 是否放置到位(阴道内尾丝长度 \approx 尾丝总长度 + IUD 长度 - 宫腔深度)。
- 5)在宫颈外口 1.5 ~ 2cm 处剪去多余尾丝。记录留置的尾丝长度。

(5) γ (Υ)型 IUD:

- 1)将套管式放置器上端弧形口的前后唇置于节育器中心硅胶处,限位器上缘移至宫腔深度的位置。
 - 2)将放置器沿宫腔方向快速通过宫颈内口后,轻轻送达宫腔底部,稍待片刻。
 - 3)固定内芯,后退套管,IUD 即置入宫腔。
 - 4)内芯向上顶送一次后,连同套管一起撤出放置器。
- (6)活性环形 IUD——一次性放置叉放置:

- 1)检查带 IUD 的放置叉,IUD 的上缘应处在套管叉上,下缘应被内杆的小钩拉住,环的结头在侧方。
- 2)拉下内杆至缺口处,把缺口嵌入套管下缘,使 IUD 拉成长椭圆形,便于放置。
- 3)将带 IUD 的放置叉上的限位器上缘移至宫腔深度的位置。
- 4)将放置叉上的 IUD 轻轻置入宫腔达宫底。
- 5)上推内杆,使 IUD 的下缘从内杆钩上脱落。
- 6)后退放置器至近宫颈内口处,上推 IUD 的下缘,使 IUD 保持靠近宫底部后退出放置器。

(7)活性环形 IUD——金属放环(器)叉放置:

- 1)避开 IUD 的结头,将 IUD 装在叉上。
- 2)将放置叉上的限位器移至宫腔深度的位置。

3)沿宫腔方向将叉偏水平位通过宫颈管后转正,将 IUD 送达宫底。

4)然后将放置叉退至子宫内口处,再推 IUD 下缘,使 IUD 靠近宫底部后退出放置器。

(8)VCu200 IUD:

1)将已安装 IUD 的放置器上的限位器上缘移至宫腔深度的位置。

2)沿子宫方向置入放置器达宫底,注意使 IUD 平面和宫腔平面平行。

3)固定内芯,后退套管。

4)先退出内芯,后取出放置套管。

5)测量阴道内尾丝长度,以核对 IUD 是否放置到位(阴道内尾丝长度 = 尾丝总长度 - 宫腔深度)。

6)子宫颈口外 1.5 ~ 2.0cm 处剪去多余尾丝。记录留置的尾丝长度。

(9)左炔诺孕酮宫内节育系统(LNG-IUS,亦称 LNG-IUD):

1)打开无菌包装,取出带 IUS 的放置管,放开尾丝,确定滑块在滑槽的最上端。

2)握住放置器的手柄,保持横臂与手柄处于同一水平位置。

3)固定滑块,拉动尾丝,收拢 IUS 的横臂,使其进入放置管内,确认横臂末端的球形结节接近放置器的开放端,固定尾丝。

4)将放置器上的限位器上缘移至宫腔深度。

5)平稳握住放置器,固定滑块,缓慢推进放置器经宫颈进入宫腔,直至限位器距离宫颈 1.5 ~ 2cm 处。

6)平稳握住放置器的同时,向后拉滑块至手柄的标记线处,等待 30 秒,以便 IUS 横臂充分打开。

7)缓慢推动放置器直到定位块接触到宫颈,将节育器推达宫底。

8)牢牢握住放置器,并完全下拉滑块放出 IUS,尾丝将自动放出。

9)从子宫内旋转撤出放置器。撤出放置器前,确保尾丝已经自动放出。

10)距宫颈口外 2cm 或宫颈管内剪断尾丝,记录留置的尾丝长度。

(10)无支架 IUD 固定式(Gyne Fix Cu-IUD):

1)用食、中、拇三指稳稳把持套管末端和内芯,避免移动,从放置系统中取出。

2)检查 IUD 顶端的线结是否挂在内芯尖端上,尾丝是否紧扣在内芯的柄上,然后移动限位器上缘至宫腔深度位置。

3)持放置器轻柔通过宫颈管入宫腔,直至宫底正中。

4)一手持套管紧紧顶住宫底,另一手持内芯柄向宫底肌层刺入 1cm。

5)松解内芯上的尾丝后,轻轻退出内芯,然后退出套管。

6)轻拉尾丝有阻力,说明 IUD 已置入肌层。

7)测量阴道内尾丝长度,以核对 IUD 是否放置到位(阴道内尾丝长度 ≈ 尼龙丝总长度 - 宫腔深度 - 1cm)。

8)于宫颈口外 1.5 ~ 2cm 处或宫颈外口内剪去多余尾丝。记录留置的尾丝长度。

12. 取下宫颈钳,拭净血液,撤出窥器,手术完毕。

【注意事项】

1. 严格无菌操作,在放置 IUC 的过程中,避免进入宫腔的器械和 IUC 等与阴道壁接触。
2. 如使用消毒液浸泡的 IUD,应用无菌生理盐水或注射用水冲洗。
3. 遇宫颈较紧或使用须扩张宫口的 IUD 时,均须扩张宫口。
4. 放置时如感到 IUD 未放至宫腔底部时,应取出重放。
5. 放置环形 IUD 时,放环叉应避免 IUD 的接头。
6. 手术过程中,如遇多量出血、器械落空感、宫腔深度异常、受术者突感下腹疼痛等,应立即停止操作,进一步查明原因,采取相应措施。
7. 操作应轻柔,避免发生心脑血管综合征、子宫损伤等并发症发生。
8. 对于具有高危因素病例的操作,例如:产后和剖宫产后、哺乳期等,应由高年资及有经验的、具有熟练技能的术者操作,以降低并发症发生的风险和避免发生。

【术后处置】

1. 填写 IUC 放置术记录(表 1-2)。

表 1-2 IUC 放置术病历

姓名	_____	年龄	_____	岁	职业	_____	门诊号	_____	日期	_____	年	_____	月	_____	日				
单位	_____					家庭住址	_____					邮编	_____	电话	_____				
主诉:	_____																		
孕/产次	____/____	末次妊娠终止日期	_____年_____月_____日			末次妊娠结局	_____	哺乳	否	是(_____个月)	引(流产)史:次数	_____	末次终止时间	_____	终止方式	_____			
月经史	经期/周期	____/____	经量	多	中	少	痛经	无	轻	重	末次月经	_____	年	_____	月	_____	日		
避孕史	_____																		
既往史	_____																		
药物过敏史	_____																		
体格检查	血压	____/____	mmHg	脉搏	____/____	min	心	_____	肺	_____									
妇科检查	外阴	_____	阴道	_____	宫颈	_____	子宫大小	____周	附件	_____									
辅助检查	血常规	_____	HBsAg/HIV/TP	_____	阴道分泌物检查	滴虫	_____	念珠菌	_____	清洁度	_____	超声检查	_____	心电图	_____	其他	_____		
诊断	_____																		
检查者	_____																		
放置日期	_____	年	_____	月	_____	日	体温	_____	℃										
放置日期	月经净后第	____	天	行经期第	____	天	阴道分娩时	剖宫产时	产后第	____	天(恶露	净	未	净)	人流吸宫术后	钳刮术后	中期引产清宫术后	其他	_____
术时情况	子宫	____	位	宫腔深度	____	cm	扩宫口	未扩	扩	从	____	号	扩至	____	号				
手术	顺利	困难	特殊情况记录	_____															
IUC 种类	宫铜型 IUD	TCu380A	左炔诺孕酮-IUS	固定式含铜 IUD	母体乐铜 375	活性 γ 型	药铜												
	环 165	VCu200	TCu220C	其他	_____	使用年限	____	年											
大小	____	号	尾丝	无	有(留丝	____	cm)	襻状尾丝	_____										
术后随访时间	_____	年	_____	月	_____	日	术后注意事项	_____											
	手术者_____																		

2. 告知受术者注意事项

(1) 术后常规建议休息 2 天。

(2) 1周内避免过重的体力劳动和过多的下蹲动作。

(3) 2周内不宜性交和盆浴,保持外阴清洁。

(4) 放置后可能有少量阴道出血及下腹不适感,均为正常现象;如出血多、腹痛、发热、白带异常等,应及时就诊。

(5) 放置 IUC 术后 3~6 个月内,在经期(尤其是经量增多)及大便后,应注意 IUC 是否脱出。

(6) 放置带尾丝 IUC 者,经期不使用阴道用卫生用品。

(7) 放置 IUC 的种类及建议使用年限,随访时间,放置术后第 1 次月经后随访,之后如无异常则应每年随访 1 次。

【随访】

倾听主诉和了解月经情况,酌情妇科检查。IUC 定位,常用超声波检查,亦可结合 X 线检查。如有异常,给予相应处理(表 1-3)。

表 1-3 随访记录表

随访日期	末次月经	主诉	定位检查			IUC 情况							处理	随访者	
			超声	X 线	尾丝	正常	下移	脱落	带器妊娠	意外妊娠	因症取出	非因症取出			

注:1. “IUC 情况”栏下,请在相应空格内填“√”。

2. 因症或其他原因取器者,请填写停用原因。

3. 特殊情况请描述说明。

第二节 宫内节育器具取出

【适应证】

1. 因不良反应或并发症须取出者。
2. 带器妊娠(包括带器宫内妊娠或异位妊娠)者。
3. 要求改用其他避孕方法,或到期需更换。
4. 绝经过渡期月经紊乱者,或已闭经 6 个月以上者。
5. 阴道异常出血者。
6. 计划妊娠、不需继续避孕者。

【禁忌证】

1. 全身情况不佳无法适应手术或处于疾病急性期者暂不适宜手术,待好转后择期

进行。

2. 并发生殖道炎症时,应在抗感染治疗后再实施 IUC 取出;情况严重者亦可在积极抗感染的同时取出 IUC。

【取出时机】

1. 月经干净后 7 天内为宜,禁房事。

2. 如因子宫异常出血而需取出者,则随时可取,并酌情同时做诊断性刮宫,刮出物应送病理检查。术前、术后预防性应用抗生素。

3. 更换 IUC 者,可在取出 IUC 后立即另换一个新 IUC,或于取出后待正常转经后再放置。

4. 因带器早期妊娠,应在人工流产术同时取出 IUC,可根据 IUC 所在部位,先行取器后进行负压吸引术或钳刮术,或先行负压吸引术或钳刮术后再取器。带器中、晚期妊娠应在胎儿、胎盘娩出时检查 IUC 是否随之排出,如未排出,可在超声波导视下清宫同时试取,或在流产后 3 个月,或转经后再取。

5. 带器异位妊娠,应在术中或术后出院前取出 IUC。并发内出血、失血性休克者可在下次转经后取出。

【术前准备】

1. 术前咨询,了解取器原因以及健康状况。受术者知情并签署手术同意书。

2. 取器前,应了解 IUC 种类(包括活性金属部分的完整性)及位置。

3. 常规测量体温、脉搏、血压等体检以及妇科检查。

4. 辅助检查:超声检查,X 线检查,心电图。

5. 实验室检查,血常规、乙肝表面抗原、丙肝病毒抗体、梅毒及 HIV 抗体,阴道分泌物检查。

6. 术前排空膀胱(术中超声监测例外)。

【手术步骤】

手术必须在手术室进行。

1. 无尾丝 IUC

(1)~(8)同本章宫内节育器具放置”手术步骤 1~8。

(9)探针探查宫腔深度,同时轻轻探查 IUC 在宫腔内的位置。

(10)根据宫颈口状况和所放置 IUC 的种类,酌情扩张宫颈口。

(11)用取出器(取环钩或取环钳)钩住 IUC 的下缘或钳夹 IUC 的任何部位轻轻拉出,如遇困难,须扩张宫颈口,切勿强拉,以免损伤宫壁。

(12)必要时将带出的子宫内膜送病理检查。

(13)环形 IUC 部分嵌顿肌壁内,可牵拉金属环丝,见环结后剪断取出,以减少残留发生。同时核查金属螺旋结构内塑料支架或铜段等。

(14)如 IUC 嵌顿、断裂、残留,可在超声波导视下利用取器钳、小号胎盘钳或无齿卵圆钳取出,亦可在宫腔镜下取出。

(15)IUC 异位于子宫外者,应在腹腔镜下或实施开腹手术取出。

2. 有尾丝 IUC

(1)~(8)同本章“第一节 宫内节育器具放置”手术步骤 1~8。

(9)用卵圆钳在近宫颈外口处夹住尾丝,轻轻向外牵拉取出 IUC。

(10)如尾丝断裂,按无尾丝 IUC 取出法取出。

(11)T 形节育器横臂、纵臂嵌顿宫颈管造成取出困难时,可酌情扩张宫口,用取环钳或小号胎盘钳或无齿卵圆钳夹住 T 形节育器纵臂略上推,然后旋转同时牵拉出。

凡取出成拉丝状或断裂的 IUC 应核对是否完整。取出的 IUC 应示以受术者并告知。

【术后处置】

1. 填写 IUC 取出术记录(表 1-4)。

2. 告知受术者注意事项

(1)一般术后休息 1 天。

(2)术后 2 周内禁止性交及盆浴。

(3)需要继续避孕者,应尽快落实高效避孕措施。

【注意事项】

1. 绝经时间较长者的取器或估计取器有一定困难者,应在有条件的医疗保健机构实施手术操作。应酌情在术前行宫颈准备,改善宫颈条件后再取 IUC。

2. 取器失败或断裂、残留病例建议住院实施再次取出手术。

表 1-4 IUC 取出术病历

姓名	_____	年龄	_____	岁	职业	_____	门诊(病历)号	_____	日期	_____	年	_____	月	_____	日											
单位或家庭住址(邮编)	_____					联系电话	_____																			
主诉:	_____																									
月经史	经期/周期	___/___	经量	多	中	少	痛经	无	轻	重	末次月经	_____	年	_____	月	_____	日									
孕/产次	___/___	末次分娩日期	_____	年	_____	月	_____	日	分娩方式	___	哺乳	否	是	(_____	个月)	引/流产	(次)	___	末次引/流产时间	_____	年	_____	月	_____	方式	___
避孕史	IUC 放置年限	___	年	既往史	_____					药物过敏史	_____															
体格检查	血压	___/___	mmHg	脉搏	___/min	心	___	肺	_____																	
妇科检查	外阴	___	阴道	___	宫颈	___	尾丝	___	未见/见	___	cm	子宫位置大小	___	周	质地	___	活动度	___	压痛	无	有	附件	___			
辅助检查	血常规	___	HBsAg、HIV、TP	___	滴虫	___	念珠菌	___	清洁度	___																
IUC 定位及类型	超声检查	_____					放射影像检查	_____																		
诊断	_____																									
检查者	_____																									
取器日期	_____	年	_____	月	_____	日	取器原因	_____					体温	___	℃											
术前/术中用药	_____																									
术时情况	子宫	___	位	大小	___	周	宫腔深度	术前	___	cm	术后	___	cm	_____												
扩宫口	未扩	扩	从	___	号	扩至	___	号	刮宫	无	有	病理检查	未送	已送	_____											
手术	顺利	困难(详述)	_____					出血	无	有	___	ml	_____													
特殊情况	_____																									
取出 IUC 类型	___	IUC	正常	异常(嵌顿	散开	断裂	下移	残留	其他	___)																
术后处置	_____																									
手术者	_____																									

第三节 宫内节育器具不良反应及手术并发症

一、宫内节育器具不良反应

使用IUC避孕,不良反应中常见的为月经异常、疼痛、腰酸、阴道分泌物增多等。手术并发症:术时出血、子宫损伤、心脑血管综合征和术后感染,节育器具异位、断裂、变形等。

(一) 月经异常

【概述】

月经异常是IUC主要的不良反应,其发生率约5%~10%。

世界卫生组织(WHO)的资料,未用任何避孕措施妇女的月经出血量,正常范围为31~39ml;中国妇女为47~59ml。目前常将经血量>80ml作为月经过多;经期>7天作为经期延长;月经期外的出血,量少者为点滴出血,量偏多者为不规则出血。

【临床表现】

1. 月经异常表现为月经量增多或过多或过少、流血时间延长、点滴或不规则出血,而月经周期较少改变。

2. 含铜IUD放置后6~12个月内,常可伴有经血量的增加,一般比放置前增加40%~50%。一般在2年内好转,少数持续4~5年逐渐接近正常。

3. 左炔诺孕酮IUS,可使经血量减少。使用早期点滴阴道出血常见,少数闭经等。

4. 出血严重者,血浆铁储备及血红蛋白检查低于正常。

【治疗原则及方案】

放置左炔诺孕酮-IUS后:常见的点滴阴道出血和少见的闭经无需治疗。点滴阴道出血,多为间断发生,随着使用时间的延长,其发生的几率降低程度减轻或缓解。闭经一般在取出IUS后月经即可恢复。

放置含铜IUD后:出现月经过多时,可在经前期开始预防用药或经量多时用药至出血量明显减少;经期延长,常于经前期预防用药。可选用以下药物:

1. 抗纤溶药物

(1) 氨甲环酸(AMCA):口服片剂,2~4次/天,≤4.5g/d;或注射液每次0.2g,2次/天,肌内注射。静脉用药,0.75~2g/d,静脉注射液以5%葡萄糖液稀释,静脉滴注液以5%~10%葡萄糖液稀释。

(2) 氨甲苯酸(止血芳酸,PAMBA):每次0.25~0.5g,2~3次/天,口服;或注射液每次0.1~0.3g,≤6g/d,静脉注射或滴注。

(3) 氨基己酸(EACA):首次3g,以后每次1g,4次/天,口服;注射液每次4~6g,1次/天,静脉滴注。

2. 酚磺丁胺(止血敏) 每次1g,3次/天,连服10天;或注射液每次0.5mg,2~3次/天,肌内注射或静脉注射。