



JIHUA SHENGYU YISHENG SHOUC

计划生育 医生手册

(英) R L 克莱门著 刘景业 王振纲等译

福建科学技术出版社

计 划 生 育

医 生 手 册

〔英〕RL 克 莱 门 著

刘景业 王振纲 霍颐年 马炎辉
陈 常 陈本禄 梁 平 陈孟敦 译

福建科学技术出版社

一九八三年·福州

计划生育医生手册

〔英〕RL 克莱门著
刘景业 王振纲等 译

*

福建科学技术出版社出版

(福州得贵巷27号)

福建省新华书店发行

福建新华印刷厂印刷

开本787×1092毫米 1/32 7 印张 1插页 140千字

1983年8月第1版

1983年8月第1次印刷

印数: 1—11,000

书号: 14211·56 定价: 0.62元

前 言

计划生育是我们国家的一项基本国策，它不仅关系到我国的人口控制、经济发展、国家繁荣，而且与每个家庭的幸福与后代成长息息相关。所以，做好计划生育工作是很有意义的。为了向医务工作者及广大育龄夫妇提供有关计划生育的技术指导，我们特选译本书以飨读者。

本书系国际计划生育协会医学委员会执行主席克 莱 门 (R. L. Kleinman) 编写。它较详细地介绍了国际上开展计划生育工作的动态、节育的方法、避孕药物的使用及其副作用，以及一些新的成就。对不同的学术观点也作了介绍和探讨。本书大部分按原文译出，仅少数章节作了适当删减，书中介绍的经验和文献资料多来自西方，他们的社会、国情和生活习惯不同于我们的国家，希广大读者阅读时取其精华，借鉴参考。

福建省计划生育技术领导小组

1983.7

编 著 者 前 言

国际计划生育协会 (International Planned Parenthood Federation, IPPF) 1962年首次出版了它的《医学手册》。1974年第四版时,就以新的更加明确的书名《计划生育医生手册》问世。本书为第五版,即《计划生育医生手册》的第二版。

从上一版付印之后,就着手进行本版的广泛修订、增补,充实了许多最新资料,添加了六章新内容。

在过去几年,许多国家已不同程度地把计划生育工作转向基层,并成为产科系统的一部分,本手册扼要叙述了这方面的工作。纵观计划生育,在世界半数以上的人口中进行合法的流产和输精管或输卵管结扎手术的工作范围里,医师及有关人员必须注意计划生育的法律问题,这在新添章节中作了重点叙述。虽然许多国家尚不能准确地检查后代的遗传疾患,但开展这项工作的有利条件是存在的,在计划生育的探讨之中它正成为一个重要问题,本书对这一迅速发展的课题作了介绍。本书上一版问世以来,在许多国家中“调节月经法”已成为计划生育工作中的重要课题,也成为该书新增添的一章。新章节简言阐述了影响计划生育咨询的重要因素,虽然本书其他几章中都讨论到这个问题,但仍有必要使计划生育组织的医师及其他成员对这一课题的重要性有一个完整的概念。

当进入八十年代之际，计划生育工作组织作用受到更多的重视。计划生育组织的所有成员：医师、护士、助产士、公共卫生工作者和其他非医务人员都可以通过阅读本书获得很多有益的知识。当然，本书重点的重点是医学资料，它首先供医师参考，因为医师是计划生育工作的核心，他们既是本组织的领导，又是疑难问题的咨询者。

再次强调，本书一些章节中的许多资料引自国际计划生育协会发行的医学单行本，这些资料经过提炼、增补选入本版，读者阅之即知。

RL 克莱门

目 录

第一章 影响人类生育的因素.....	(1)
影响生育的社会和文化因素.....	(2)
人类生育与计划生育.....	(3)
寿命统计表.....	(6)
节育方法的相对效率.....	(7)
第二章 咨询.....	(10)
节育的咨询.....	(10)
结论.....	(12)
第三章 全身避孕法.....	(13)
简史.....	(13)
全身避孕药类型.....	(14)
卵巢激素的作用.....	(21)
避孕类固醇的药理和作用方式.....	(22)
全身避孕法的作用.....	(24)
口服避孕药的分发与管理.....	(39)
对青春期和绝经期的影响.....	(48)
避孕药的选择.....	(49)
第四章 宫内避孕法.....	(53)
避孕器设计.....	(54)

作用机制.....	(57)
临床处理.....	(58)
放置及取出宫内避孕器的人员.....	(65)
宫内避孕器的选择.....	(65)
放置后的副作用.....	(66)
对宫内避孕器使用者的随访.....	(73)
宫内避孕器的评价.....	(74)
第五章 阻挡避孕法.....	(77)
避孕帽.....	(78)
宫颈帽.....	(82)
穹窿帽.....	(83)
Vimule帽.....	(84)
避孕套.....	(85)
杀精剂.....	(87)
家庭自制阻挡性避孕工具.....	(88)
性交后冲洗.....	(89)
质量试验.....	(89)
第六章 安全期避孕法 (月经周期和宫颈粘液 -体温避孕法)	(91)
月经周期中易孕和不孕期的检测.....	(91)
一般意见.....	(94)
可能的副作用.....	(96)
第七章 间断性交合法.....	(98)
历史及使用范围.....	(98)

效果及副作用·····	(99)
结论·····	(99)
第八章 调节月经法(清除宫腔法或宫腔抽吸 法)·····	(101)
概述·····	(101)
检查·····	(102)
手术过程·····	(103)
设备·····	(103)
技术·····	(105)
咨询和避孕指导·····	(107)
问题·····	(108)
第九章 流产·····	(112)
不全流产的治疗·····	(112)
合法的人工流产·····	(114)
技术·····	(114)
死亡率·····	(120)
并发症的发病率·····	(121)
情绪的影响·····	(122)
第十章 绝育术·····	(123)
绝育在计划生育中的地位·····	(123)
男性或女性绝育术的利弊·····	(124)
术后医疗和护理·····	(126)
绝育术人员的训练·····	(127)
输精管切除术·····	(129)

女性绝育术.....	(137)
绝育术后恢复生育问题.....	(146)
第十一章 不孕症.....	(148)
不孕的病因.....	(149)
不孕夫妇的诊断.....	(152)
不孕妇女的治疗.....	(158)
反复妊娠失败的治疗.....	(162)
男性不孕的治疗.....	(162)
抱养.....	(164)
第十二章 遗传与计划生育.....	(165)
染色体畸变.....	(166)
单基因异常.....	(171)
多因素性遗传.....	(173)
先天性畸形.....	(174)
产前诊断.....	(174)
遗传咨询.....	(176)
计划生育建议.....	(178)
供精子源的人工受精.....	(179)
第十三章 宫颈与阴道细胞学.....	(180)
采集标本制备涂片.....	(180)
涂片的固定.....	(182)
细胞学检查的对象.....	(184)
第十四章 计划生育门诊的设备与工作.....	(186)
设备.....	(186)

绝育.....	(189)
病房和设备.....	(195)
和社会团体工作结合.....	(195)
避孕工具(药)使用指导.....	(196)
补遗.....	(202)
编后语.....	(213)

第一章 影响人类生育的因素

生育 (fertility) 不仅是一个生物学现象，而且是一个社会学问题。它和生育力 (fecundity) 不同。生育力是指生孩子的生理能力，而且，一群人同另一群人不同，或者大体如此。而生育是生孩子的实际表现，也正因为这样，大部分生育是可以通过各种不同方法和途径加以控制的。有些妇女不论其是否经过自觉的和精心考虑的努力，都比其他妇女更能节制生育的次数。换句话说，即同样有生育力的妇女可根据其志愿的或是非志愿的控制达到种种不同的生育水平。

本《手册》所描述的方法和设施都是节育的重要手段，它们表现为有意识地控制生育。

认识到个体行为大抵为社会所决定是很重要的。比如，它受到社会文化标准、价值和禁忌的影响。社会上规定有关婚姻的标准行为、使用或不使用避孕器、性交次数等等，所有这些都对生育力有影响。只有当这个问题的各方面关系都被了解了，并通过其他可能途径提供供应和建议，才可能有一个建设性的服务性联系。与其他辅助形式相结合，临床服务的用途不是缩小而是扩大。如果乐意使用其他不同的节育方法控制家庭人口，那么对于需要给予避孕器具的形式和数量临床服务可以帮助作出决定。

影响生育的社会和文化因素

由社会决定的行为，即使并不主要针对节育或非节育，但对于生育依然有着重要的影响。

在说明观察到的各种生育水平的变动时，我们认为，结婚年龄和人口中未婚的人所占比例是最重要的因素。在普遍不实行计划生育而人口生育率高的地方，这些因素影响最大。曾有人计算过，如果全印度妇女都在19岁以后结婚，印度的出生率可以下降30%之多。

十九世纪末欧洲生育率下降大半是由于晚婚和很多人终生独身而得到的。在北欧和西欧，大约有3/4 20~24岁的妇女还是单身的，而在印度次大陆到这个年龄则几乎所有妇女都结了婚。可能发生怀孕的妇女人数并不仅仅由妇女结婚平均年龄和未婚妇女的比例决定，而且也受离婚次数、配偶的离异和死亡、离了婚的人和寡妇再嫁程度以及夫妻分居重聚等方面影响。这些因素的影响程度各国之间乃至一国内各阶层之间都不相同，而且将随时间而变动。

有些宗教和风俗习惯，认为性交是危险或是不洁的，特别在月经期、妊娠、产后期间以及宗教的场合。他们有时把性交看做是禁忌。这些禁忌当中有些部分显然对生育并不产生影响。为要取得明显的效果，诸如在产后的情况下，节育时间就得相对地长一些。在非洲，哺养孩子的父母在孩子能走路之前都禁止性交，这种习惯很普遍，而且对生育产生影响。然而，有一种征象表明这种习惯在城市化和现代化的

影响下，正在不断地消退。接受还是不接受经过精心设计的节育方法和手段的动机表现为各种因素相互作用的一种心理状态。

想利用经济的和社会经济的学说来解释在什么情况下人们真正要决定减少他们生孩子的数目的企图已经尝试过几次了。在对待生孩子的态度上可以分为三个时期：

- 1.明确地渴望生很多孩子。

- 2.明确地渴望生一定数量的孩子，但是要达到这种愿望所需要的肯定的动机缺乏或者不足。

- 3.有明确的动机，坚强到足以限定孩子的数目。

一对夫妇对这方面的态度与城市化和工业化程度有关。住在农村里的人也许会觉得孩子有很大的经济用途，但是在生活条件改变了之后，感到要从家庭的利益来决定孩子的数目时，也许就会有计划生育的要求。

即使人们表明有限制他们所要生的孩子数目的要求，而想要达到一个有限定人数的家庭，但往往缺乏坚强的动机。间断地使用避孕方法或者使用无效，也许是由于人们在对待使用避孕方法的态度上还存在着矛盾情绪。目前节育技术价格低廉，随时都可以得到。它的发展已经达到这样的效果，不用很强的动机也可以有效地使用避孕方法了。

人类生育与计划生育

测定人类生育有几种方法。知道最普遍的测定方法是粗出生率。它表示一年中每千人口中的出生人数。这个比率提

供一个生育水平的总概况，但它并不考虑人口的年龄结构。因此，在年龄结构不同的国家之间便不能做出一个有意义的对比。

更细致的生育测定方法是一般生育率 (The general fertility rate) 和生育年龄专率 (the age-specific fertility rate)。前者的比率指一年中每千个育龄妇女生育的人数，后者指特定年龄组妇女一年中每千个该年龄组妇女的生育人数。生育年龄专率通常用每五年的年龄组来表示，是生育变动的一种敏感的测定方法。

总生育率是另一种有用的生育测定方法，因为它显示出一个已经完成了的家庭的平均大小，也就是指在当前生育率和死亡率水平上一个妇女到她育龄期结束时所生育的孩子数。

在一个潜在着多产的婚配里，一个妇女可能要经历一些不同的可能妊娠的时期。如果她要求怀孕或冒怀孕的风险，那末平均一个妇女要经过五个月经周期才能受孕。她一旦怀了孕，这次妊娠也许是以活产、死产、自然流产或者人工流产而告终。哪一种都会对一个育龄妇女的生育方式产生不同的影响。一个足月分娩而又接着哺乳的，所占的潜在多产的时期将比一次自然或人工流产大得多，在一次流产的情况下，妊娠周期本身就缩短了，而且流产后生育力的恢复比生孩子要快。

哺乳有限制生育的作用，在考虑避孕时必须记住这种作用。要准确地计算这种方法的效力是有困难的。一般说，哺乳虽然排除不了妊娠的机会，但却大大降低了妊娠的可能性或

许是事实。有一种估计认为世界上用哺乳方法防止妊娠比所有避孕方式都来得多。就地区而言，哺乳可以作为一种有效的避孕手段，但对个人来说，是不能依靠的。许多人为了试图隔开妊娠时间而有意延长哺乳时间在世界的一些地方，诸如西非，这种实施由于生活方式的现代化正在瓦解，结果出生率实际上在上升。

人类生育在二十五岁左右达到高峰，以后便随年龄增长而下降。可是这种下降很难测定，因此，有许多地区年龄较大的妇女也在使用某种形式的节育。就女性来说，月经初潮前后就开始有生育力。月经初潮年龄不同地区和国家可有所不同。在生育阶段的另一端，生育力在闭经期前几年迅速下降。

原发不育症 (primary infertility) 指的是男女双方或一方没有生育能力。这可在大约10%的夫妇中见到。它也许是由内分泌变异或者先天畸形引起，也可发生在疾病之后，诸如腮腺炎、性病或者早年发生的盆腔感染等。继发不育症 (secondary infertility) 是指妇女在怀孕一次或多次之后不再受孕。分娩后，或者在最常见的败血症流产后发生的感染是继发不育症的重要原因。

社会因素与生物学因素常常重迭，例如：手术不是在无菌条件下施行，流产后感染的后果可能更坏，盆腔感染的最终结果将视社会条件不同而异。

从统计学观点看，使用一种避孕法可使在任何月经周期内避孕率降低。或者，换句话说，就是延长了受孕时间的平均长度，懂得这一点是最为重要的，因此，如把避孕药具看做

象开关一样，要它生就生，要它不生就不生，那是错误的。凡是提供和使用避孕药具的人都应当懂得，只有对育龄期人的各方面关系进行了研究就会知道，还没有可靠的避孕方法把人类的生育控制在许多地区所设立的计划生育预定目标之内。换句话说，使用避孕药具将使怀孕时间隔开，但是有相当多的人尽管使用了某种避孕方法，也会出现一些计划外的妊娠。

传统测量避孕效果 (contraceptive effectiveness) 的方法用的是三十年代建立的Pearl氏公式，它以每100个妇女在一年内出现的怀孕率来表示失败的次数。这个比率的有效性是建立在现在已经知道为不正确的假定上。这个假定认为100个妇女观察一年可以与50个妇女观察两年，或者200个妇女观察半年相对比。因此至今还没有得到可为普遍所接受的持续使用的测定方法。

寿命统计表 (Life-table method)

自从开始实施避孕以来，按月发生妊娠的次数与由其他原因停止使用避孕法的次数都随时间推移而变动。因此，重要的是，把包括使用避孕方法的间期看做测定避孕效果的统计方法的一个必要部分。

由美国Potter和Tietze二氏共同发展、智利Viel氏单独发展的寿命统计表方法，把使用避孕法的变动时间考虑进去，得出每100个使用者到一定使用期终了，例如第一年的累计率 (cumulative rates) (关于妊娠的或持续使用避