

浙江科学技术出版社



NÜ XING JIE YU SHOU

SHU BING FA ZHENG

FANG ZHI SHOU CE

女性节育术 并发症防治手册

59.4

女性节育术并发症防治手册

陈湫波 主编

 浙江科学技术出版社

责任编辑：励慧珍

封面设计：邓达潮

女性节育术并发症防治手册

陈湫波 主编

*

浙江科学技术出版社出版

浙江新华印刷厂印刷

浙江省新华书店发行

开本：787×1092 1/32 印张5.625 字数116,000

1982年2月第一版

1982年2月第一次印刷

印数：1—21,000

统一书号：14221·25

定 价：0.40 元

前 言

女性节育手术是计划生育技术措施中的重要组成部分。节育手术质量的好坏，直接影响人民的健康，也关系到整个计划生育工作的开展和人口规划的落实。

女性节育手术并发症的发生率并不高，但一旦发生影响很大，因此，必须重视对节育术并发症的防治。我们根据多年的计划生育临床体会，编写了这本防治手册，希望能对提高节育手术质量，避免和减少节育手术并发症起一点作用，从而促进计划生育工作的顺利开展。

本手册重点介绍女性各种节育手术并发症的病因、预防和处理。防治并发症的常用急救药物和常用检验，书中也作了简单的介绍。“诊断参考标准”是以1978年全国计划生育技术经验交流会上代表们提出的意见以及我们在临床实践中所掌握的标准汇编而成的，仅供参考。

在本书编写过程中，承浙医大妇女保健院刘天香教授指导。北京宣武医院妇产科周苏文教授、哈尔滨医科大学妇产科韩向阳教授和北京友谊医院妇产科的同志们审阅了本书，并提出了许多宝贵意见，在此一并致谢。

编 者

一九八一年三月

目 录

第一章 放、取宫内节育器并发症	(1)
第一节 不规则出血及月经失调	(1)
第二节 感染	(4)
第三节 子宫穿孔	(5)
第四节 节育器异位	(8)
第五节 节育器变形或断裂	(15)
第六节 节育器位置下移	(16)
第七节 节育器与异位妊娠	(17)
第八节 常见副反应	(18)
第二章 女子绝育手术并发症	(19)
输卵管结扎术并发症	(19)
术时并发症	(19)
第一节 膀胱损伤	(19)
第二节 肠管及肠系膜损伤	(21)
第三节 输卵管系膜撕裂出血或卵巢损伤 ...	(25)
第四节 麻醉药物意外及腹腔纱布遗留	(27)
术后并发症	(28)
第一节 感染	(28)
第二节 腹壁血肿	(40)
第三节 月经失调	(42)
第四节 肠粘连	(54)
第五节 大网膜综合征	(57)

第六节	盆腔郁血症	(58)
第七节	神经官能症	(60)
第八节	输卵管结扎术后宫外孕	(63)
	输卵管药物绝育术并发症	(67)
第一节	宫外孕	(67)
第二节	子宫角穿孔	(68)
第三节	其他	(68)
第三章	人工流产并发症	(69)
第一节	术时子宫出血	(69)
第二节	不全流产	(70)
第三节	感染	(72)
第四节	人流综合反应	(73)
第五节	子宫穿孔	(75)
第六节	宫颈撕裂	(78)
第七节	宫颈管及宫腔粘连	(79)
第八节	血腹(腹腔积血)	(82)
第九节	宫腔积血	(83)
第十节	空气栓塞	(84)
第十一节	月经失调	(85)
第十二节	羊水栓塞	(85)
第十三节	漏吸(继续妊娠)	(85)
第四章	中期妊娠引产并发症	(87)
第一节	引产后感染	(87)
第二节	流产前、后出血	(91)
第三节	羊水栓塞	(95)
第四节	弥漫性血管内凝血	(101)

第五节 其他	(106)
一、天花粉过敏	(106)
二、高钠血症	(109)
三、穿心莲液反应	(110)
四、芫花碱及芫花乙醇浸剂引产并发症	(110)
五、雷凡诺引产并发症	(110)
六、前列腺素引产反应	(110)
第五章 腹腔镜绝育术并发症	(111)
第一节 子宫穿孔	(111)
第二节 心血管并发症	(112)
第三节 肠管损伤	(112)
第四节 膀胱损伤	(113)
第五节 输卵管系膜撕裂或出血	(114)
第六节 烧灼伤	(114)
第七节 气体栓塞	(115)
第八节 其他	(115)
第六章 休克的治疗	(116)
第一节 中毒性休克	(116)
第二节 失血性休克	(131)
第三节 过敏性休克	(134)
第四节 神经反射性休克	(136)
第七章 常用内分泌学检查	(137)
第一节 卵巢功能检查	(137)
一、宫颈粘液检查	(137)
二、阴道细胞涂片检查	(140)
三、基础体温测定	(142)

四、子宫内膜病理检查	(143)
五、激素测定	(143)
第二节 其他内分泌检查	(145)
一、绒毛膜促性腺激素 (HCG) 的测定	(145)
二、垂体促卵泡激素的测定	(145)
三、促黄体生成素的测定	(145)
四、尿17酮类固醇的测定	(145)
五、尿17羟类固醇的测定	(146)
六、尿17生酮的测定	(146)
七、甲状腺吸碘 ¹³¹ 功能试验	(146)
八、基础代谢率 (B.M.R) 测定	(147)
九、垂体兴奋试验	(147)
十、糖耐量试验	(148)
十一、促肾上腺皮质素兴奋试验	(148)
附录一 常用化验正常值	(149)
附录二 常用急救药物	(155)

第一章 放、取宫内节育器并发症

第一节 不规则出血及月经失调

【诊断参考标准】

以往月经周期、经期、经量正常，放置宫内节育器后出现以下异常：

- (一) 术后持续阴道出血二周以上。
- (二) 放置时无出血，术后10~14天左右出血，量100毫升以上。
- (三) 因取环困难，损伤子宫肌壁或子宫穿孔，引起出血，量超过100毫升以上。
- (四) 两次月经中间无规律性的出血。
- (五) 经常性血性白带。
- (六) 月经过多，经量较放置前增加二倍或二倍以上，连续三个周期以上。
- (七) 经期延长，月经期超过7天。
- (八) 周期缩短20天以下。

【有关因素】

(一) 放置后，由于子宫内膜轻微损伤及内膜受压引起组织反应，使内膜充血、水肿、浊肿、坏死或并发炎症，影响内膜的修复，产生不规则出血。尤其是月经周期后半期放环，因内膜较厚，腺体血管丰富，较易损伤引起出血。

(二) 放置节育器后宫腔内纤维蛋白溶解酶的活性增强

易引起出血。

(三) 哺乳期的子宫, 宫腔小、肌层薄弱、内膜萎缩, 可因节育器过大, 压迫而产生局部坏死、溃疡、出血。

(四) 放置时如宫颈管较紧, 未经扩张, 勉强放入, 易造成宫颈内膜损伤出血。

(五) 环位下移, 压迫宫颈管组织, 也可造成局部溃疡出血。

(六) 与人工流产同时放置宫内节育器, 如术后发生出血量过多, 时间过长, 还应考虑不全流产。

(七) 极少部分病例有卵巢功能的改变, 出现子宫内膜改变与月经周期不符现象, 但这种改变是否为节育器所致, 有待进一步观察。

(八) 有出血性疾病者。

(九) 节育器变质。

出血是宫内节育器因症取出的主要原因, 一般多发生于放置后半年以内, 尤以第一个月为高峰, 以后逐月减少, 一年后发生率显著降低, 但也有个别放置数年后才出现不规则出血, 可能与感染、节育器变质或位置下移有关。

【预防】

(一) 严格掌握适应症。有出血性疾病或以往有月经过多、经期紊乱史者, 应采用其他避孕方法。

(二) 手术操作应轻柔, 必须推节育器到达宫底, 尽量避免损伤宫颈管或子宫内膜。如宫颈较紧, 可先行扩张宫颈, 以防止损伤性出血及继发感染。

(三) 放置时间以月经后 3~7 天为宜, 尽量避免月经周期后半期放置节育器。

(四) 选择宫内节育器的软硬度、型号与大小要适当, 使尽量与宫腔形态大小符合, 以免对子宫内膜肌层压迫过度或压迫面积过大而出血。

【处理】

(一) 术后数天内的少量出血或3~6月内的月经过多和经期延长均属常见现象, 一般多能自愈, 应向受术者作适当的解释, 消除其思想顾虑。

(二) 进一步检查原因。如放置后立即出血, 多因内膜损伤或感染。术后10~14天较多量出血, 可能系内膜受压坏死出血, 个别也有肌层受损累及血管造成大出血。如放置后较长时期正常, 以后又出现不规则出血或月经过多, 应考虑节育器位置下移、部分嵌顿或变质, 必要时作腹部透视或低浓度碘液宫腔造影协助诊断。

(三) 药物治疗:

1. 止血药: 如维生素K₁、K₃、K₄, 仙鹤草素、凝血质、止血环酸、6-氨基己酸、抗血纤溶芳酸、云南白药等。

2. 维生素B族及维生素C。

3. 应用少量雌激素, 以加速子宫内膜的修复, 制止不规则出血。如:

(1) 乙蔗酚0.5~1毫克, 一日一次, 服用20~22天为一疗程。如服药后数天出血停止仍须继续服完疗程, 因中途停药易产生撤退性出血。

(2) 口服短效避孕药I号或II号(1/4或1/2量), 一日一次, 服用20~22天为一疗程。

4. 应用抗菌素。

(四) 月经过多、经期延长、周期缩短的治疗, 详见第

二章输卵管结扎后月经失调的处理。

(五)经治疗仍流血不止的,则需取出节育器并作诊刮,取少许子宫内膜送切片检查,或将取出的节育器旁少量内膜组织送病理切片。术后适当应用抗菌素、子宫收缩剂,也可加用少量雌激素促使内膜修复,防止取出节育器后继续出血。

第二节 感 染

【诊断参考标准】

术前无生殖器炎症,于放、取宫内节育器后一周内发生子宫内膜炎、子宫肌炎、附件炎、盆腔炎、腹膜炎或全身感染等。

【有关因素】

(一)原有生殖器炎症未经治疗而放、取宫内节育器,造成感染扩散或急性发作。

(二)手术器械消毒或无菌操作不严。

(三)带尾丝的宫内节育器感染率较高。

(四)受术者不注意个人卫生。

【临床表现及诊断】

轻型,表现为放环后二、三天起出现腰酸、下腹疼痛、出血,或有血性、脓性白带等,偶伴微热。妇科检查,宫颈牵引痛不明显,子宫或附件有轻度触痛。

严重时全身出现中毒症状,局部体征明显,个别可形成附件炎性肿块、盆腔腹膜炎及败血症等。

【预防】

(一)对生殖道有急性炎症者应先治疗,以免引起上行

感染。宫颈重糜放环前应作三次阴道冲洗及塞消炎药。有慢性盆腔炎、附件炎者原则上不宜放环，可采取其他避孕措施。

(二) 严格遵守消毒隔离制度及无菌操作规程。

(三) 术后应嘱咐受术者注意个人卫生，二周内禁止性生活和盆浴。

(四) 人工流产时疑有组织残留或病理性流产，刮宫后不宜立即放置节育器。

(五) 行经期、胎盘排出后及产褥期放置宫内节育器必须在有条件的医疗单位在严密观察下进行，以免产生感染。

【处理】

经适当应用抗菌素后大部分病例的症状、体征消失，感染控制。也有少数严重感染或长期治疗效果不好者，须取出宫内节育器，继续应用抗菌素及全身支持治疗。

第三节 子宫穿孔

【诊断参考标准】

生理子宫因放、取宫内节育器而造成穿孔，或邻近脏器损伤（包括肠管、膀胱及大网膜等）。

【有关因素】

⑮ 主要由于操作失误引起，如术前未查清子宫位置及大小，术时探针或宫颈扩张器、放置器、取环钩等器械进宫腔时方向不对或用力过猛。尤其是哺乳期子宫小而软，宫壁较薄，容易造成穿孔。钩取宫内节育器所造成的穿孔如未被及时发现，继续盲目钩取往往造成邻近脏器的损伤。

【临床表现及诊断】

(一)单纯穿孔多无自觉症状，或患者感有轻微下腹胀痛及少量阴道流血。术者仅感手术器械超过子宫应有的深度，并有脱空无底的感觉。

(二)穿孔并有其他脏器损伤时，绝大部分为肠管损伤或钩出大网膜或伴内出血。病人诉下腹疼痛、恶心、呕吐、腹部胀气。临床出现颜面苍白、血压下降、出汗、脉细速，有腹膜刺激症状。

【预防】

(一)术前详细了解病史。对哺乳期、长期服用避孕药、反复人流、剖腹产或子宫肌瘤挖出术后，放置宫内节育器时须特别谨慎。

(二)严格操作规程。术前必须妇科检查，明确子宫位置及大小，如倾屈严重应先用手法纠正位置，并于手术时将宫颈向外牵拉，以减少宫体和宫颈之间的角度。

【附】子宫位置纠正手法

1.前倾前屈子宫复位手法：以一手的食指两指从前穹窿轻轻推平子宫体；另一手在腹部轻压宫体前壁；在前穹窿的食指两指迅速滑至后穹窿把宫颈推向前上方，使子宫呈平位，以利操作。

2.后倾或后屈Ⅱ度子宫复位手法：以一手的食指两指从后穹窿轻轻推上宫体，然后嘱受术者放松腹肌；另一手将已推上的宫底向耻骨联合方向轻推。在后穹窿的食指两指迅速滑至前穹窿把宫颈压向后下方，使子宫略呈前倾位。

(三)宫颈较紧者先行扩张宫颈，再行放置。

(四)手术器械进入宫腔的方向须与子宫屈度一致，如遇阻力须查清原因，切勿用力过猛。

(五)取出宫内节育器时，必须先用探针辨明节育器与子宫肌层之不同感觉和节育器所在位置。钩取困难时，如系金属器，应在X线透视下进行；如系尼龙节育器取出困难，可用小刮匙协助感觉，然后再行取出，必要时可用子宫纤维内窥镜窥视宫内节育器是否存在，切忌盲目反复钩取。

(六)节育器悬挂单尾丝感染率较悬挂多尾丝者低，取出简便，可防止取环困难所造成的穿孔。

(七)改正取环技术，如应用报环器。该器进入宫腔如触得节育器即导电，然后，再以声音或烁光来指示节育器的存在。该法只适用于金属节育器。其他如超声波检查也有助于诊断。

【处理】

(一)单纯子宫穿孔。一旦发现应立即停止操作，严密观察体温、脉搏、血压及一般情况，并注意恶心、呕吐、腹痛、腹胀及阴道流血。适当应用抗菌素、止血剂及子宫收缩剂。如无特殊情况三天后出院。

(二)如有以下情况者应剖腹探查：

- 1.观察过程出现血压下降、脉搏细弱、出汗、恶心、呕吐、腹痛、腹胀，疑有活动性内出血。
- 2.放入节育器后发现穿孔，估计节育器已穿出腔外者。
- 3.疑其有邻近脏器损伤。

剖腹时视穿孔部位大小、有无感染而决定手术方式。一般作穿孔处修补，用“0”号或“1”号铬制肠线间断缝合，同时须检查附近的肠管、大网膜以及膀胱有无损伤，有否肠内容物溢出。如有肠管损伤，根据损伤范围行肠修补或切除吻合手术(手术方法详见第二章输卵管结扎肠管损伤的处理)。

如子宫感染不能控制需考虑子宫切除，术后继续应用抗菌素及全身支持治疗。

第四节 节育器异位

【诊断参考标准】

宫内节育器不在子宫腔的正常位置，嵌入肌层或游离入腹腔内。

【分类】

(一) 部分嵌顿。指节育器部分嵌入肌层，部分尚留于宫腔内。

(二) 完全嵌顿。指节育器已完全嵌入肌层或部分边缘已穿出浆膜层，游离于腹腔。

(三) 子宫外异位。指节育器已异位于子宫外，进入腹腔，如阔韧带内或阔韧带前后、子宫直肠陷凹、子宫膀胱腹膜反折处或粘于肠系膜、大网膜上等，个别也有包裹在粘连肠团之间，统称为节育器子宫外异位。

【有关因素】

(一) 完全性嵌顿或子宫外异位。绝大部分由于手术操作创伤所致，术时子宫穿孔未及时发现将节育器推入子宫肌层或腹腔。

(二) 部分嵌顿。可能因节育器号过大或节育器存在尖锐部分，长期压迫子宫壁的某一部分，就在局部嵌入宫壁内。如金属单环过大常嵌入子宫两侧壁，环位下移常嵌入颈管内，T型节育器横臂两端及纵轴末端常嵌入宫角及宫颈。

【临床表现】

节育器移位不多见，大部无自觉特殊症状，往往于带器

妊娠人流后或到期取环复查时才发现节育器异位。部分病例感有腰骶部酸痛，下腹胀坠不适，白带增多。如节育器下移嵌顿于宫颈内口部位或宫颈管内时，有时可出现不规则阴道流血，自觉症状也较明显。

【诊断】

（一）用探针探查宫腔内，有节育器异物感，但取环困难，虽经宫颈扩大及小刮匙分离，向外牵拉时阻力仍较大，应考虑有嵌顿之可能。

（二）如腹部透视证实节育器存在，而用探针探查宫腔无金属异物感，可能系节育器完全嵌顿或子宫外异位。

（三）个别病例于三合诊检查时能触到异位于子宫直肠陷凹或阔韧带底部的节育器。

（四）在子宫定位器放置下作透视或摄片，以观察节育器与子宫的关系。

方法：1.术前准备与放置宫内节育器同。

2.子宫定位器放入宫腔，阴道填塞纱布一块以作固定。

3.X线透视或摄片，观察定位器与节育器的阴影有否重迭，或两者距离。如正位或侧位两阴影重迭或距离近，说明节育器在宫内，否则应考虑异位的可能，应作进一步检查。

定位器的优点是：可以在一般小手术室内放置后步行入X光室透视或摄片，无需在暗室内操作。

（五）腹透下双合诊检查，推动宫体，观察节育器的位置及活动度是否与子宫一致，也可在透视下用探针探入宫腔，观察探针头是否能接触环的边缘，如环影与探针影重迭而探针不能触得异位感，可左侧斜位或右侧斜位透视以了解环与宫腔内指针的关系。如平位两者阴影有重迭而左侧斜位

： ⑤ ：