

全国中等卫生学校配套教材

供护理、助产、妇幼卫生专业使用

妇产科护理技术操作教程

主 编 沙玉成
副主编 丛 林

79.71

徽 科 学 技 术 出 版 社

全国中等卫生学校配套教材

供护理、助产、妇幼卫生专业使用

妇产科护理技术操作教程

主 编 沙玉成

副主编 丛 林

编 者 (按姓氏笔画为序)

卫 兵 丛 林 沙玉成

孙文华 颜士杰

绘 图 卫 兵

安徽科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

妇产科护理技术操作教程/沙玉成主编.-合肥:安徽科学技术出版社,1999.7

全国中等卫生学校配套教材

ISBN 7-5337-1820-8

I. 妇… II. 沙… III. 妇科学;产科学;护理学-专业学校-教材 N.R473.71

中国版本图书馆 CIP 数据核字(1999)第 28237 号

*

安徽科学技术出版社出版

(合肥市跃进路1号新闻出版大厦)

邮政编码:230063

电话号码:2825419

新华书店经销 合肥义兴印刷厂印刷

*

开本:787×1092 1/16 印张:11 字数:250千

1999年7月第1版 1999年7月第1次印刷

印数:10 000

ISBN 7-5337-1820-8/R·360 定价:12.00元

(本书如有倒装、缺页等问题请向本社发行科调换)

前 言

《妇产科护理技术操作教程》是为了帮助中等卫生学校护理专业学生在校期间学习妇产科护理知识的同时,进一步掌握护理技术操作的要领和具体方法,并为日后工作和目前正在从事妇产科护理的在职人员参考学习之用。

本书是根据新近出版的全国中等卫生学校规划教材《妇产科护理学》(第三版)的内容进行编写的,但编写的格式和内容方面作了一些调整;例如:教科书共分五篇,而本书只编写了产科、妇科和计划生育护理技术操作教程三篇,又如妇科护理部分并非按每个疾病叙述,而将有关相似疾病的护理技术操作教程归纳在一起撰写,这有利于掌握了某一操作教程就可对某一类疾病进行护理。

医疗技术的发展日新月异,本书在编写过程中又增加了一些新的内容,以供在校学生和临床妇产科护理人员参考。

本书以图为主,图文并茂,尽量使读者阅后一目了然,尽快掌握妇产科护理技术操作。然而,由于编者水平有限,编写时间又较仓促,书中若有不妥之处,敬请广大师生和读者给予批评指正。

编 者

目 录

第一篇 产科护理技术操作教程

第一章 产前护理技术	1
第一节 妊娠诊断	1
第二节 产前检查	3
第三节 孕期宣教	7
第二章 病理妊娠的护理	9
第一节 流产	9
第二节 异位妊娠	10
第三节 早产	11
第四节 妊娠高血压综合征	11
第五节 妊娠合并心脏病	14
第六节 胎盘早期剥离	15
第七节 前置胎盘	16
第八节 多胎妊娠	17
第九节 高危妊娠的监护	17
第三章 正常分娩期的护理	22
第一节 分娩三要素	22
第二节 分娩机制	25
第三节 分娩经过	27
第四节 分娩各期护理	27
第五节 新生儿早吸吮及皮肤接触	35
第六节 新生儿窒息复苏技术	36
第四章 产褥期的护理	44
第一节 母婴同室 母乳喂养	44
第二节 产后观察	47
第三节 产后锻炼	48
第四节 产后检查和避孕指导	49
第五章 新生儿护理	51
第一节 正常新生儿日常护理	51
第二节 特殊新生儿的护理	54
第六章 异常分娩和分娩并发症的护理	56
第一节 产力异常	56
第二节 产道异常	56
第三节 胎位异常和胎儿异常	57
第四节 胎膜早破	58

第五节 脐带脱垂	58
第六节 胎儿窘迫	57
第七节 产后出血	59
第七章 常用产科技术操作及护理	61
第一节 缩宫素静脉滴注催产	61
第二节 其他引产和催产方法	62
第三节 会阴撕裂修补术	63
第四节 会阴切开及缝合术	66
第五节 宫颈环扎术	70
第六节 宫颈撕裂修补术	72
第七节 手取胎盘术	72
第八节 宫腔填塞纱条术	74
第九节 胎头吸引助产术	76
第十节 低位产钳助产术	78
第十一节 臀位阴道分娩助产术	81
第十二节 外倒转及内倒转术	83
第十三节 吸胎术	85
第十四节 剖宫产术	89
第十五节 子宫破裂修补术	93
第十六节 产科子宫切除术	94
第十七节 子宫翻出复位术	96
第十八节 脐带还纳术	98
第十九节 肩难产接生技术	99
第二十节 羊膜镜检查	101
第二十一节 羊膜腔造影术	101
第二十二节 胎儿脐血管穿刺术	102

第二篇 妇科护理技术操作教程

第八章 妇科检查及护理配合	103
第一节 妇科检查室的要求及常用器具的配置	103
第二节 妇科检查方法及步骤	104
第三节 妇科常用检查方法	107
一、阴道分泌物标本的采集	107
二、阴道脱落细胞学检查	107
三、宫颈活组织检查	109
四、腹腔镜穿刺	111
五、宫颈扩张术	112
六、诊断性刮宫	114
七、子宫颈粘液检查	115
八、基础体温测定	118
九、输卵管通畅检查	119
十、子宫输卵管碘油造影	120

十一、阴道后穹窿穿刺	121
十二、阴道镜检查	122
十三、子宫腔镜检查	123
十四、腹腔镜检查	124
十五、B型超声检查	126
第九章 下生殖道炎症局部治疗操作	128
第一节 阴道炎的局部治疗	128
一、阴道灌洗	128
二、阴道擦洗	129
三、阴道及子宫颈上药	130
第二节 慢性宫颈炎的治疗	130
一、电熨疗法	130
二、冷冻疗法	131
三、激光治疗	132
四、宫颈锥形切除术	133
第十章 妇科手术前后护理	134
第一节 一般外阴及阴道手术	134
第二节 广泛性外阴切除及腹股沟淋巴结清扫术	134
第三节 尿瘘修补术	135
第四节 经腹妇科手术前后一般护理	136
第五节 经腹广泛性子宫切除及盆腔淋巴结清扫手术前后护理	137
第六节 妇科老年病人手术前后的护理	138
第十一章 妇科特殊治疗的护理	141
第一节 恶性滋养细胞肿瘤化疗的护理	141
第二节 妇科其他恶性肿瘤化疗的护理	144
第三节 妇科恶性肿瘤放射介入治疗的护理	148
第四节 妇科恶性肿瘤放射治疗的护理	149

第三篇 计划生育技术操作教程

第十二章 人工流产术	151
第一节 负压吸引术	151
第二节 钳刮术	153
第三节 利凡诺羊膜腔内引产术	153
第四节 利凡诺羊膜腔外引产术	154
第五节 水囊引产术	155
第六节 药物流产术	156
第十三章 宫内节育器的放置及取出	158
第一节 宫内节育器的放置	158
第二节 宫内节育器的取出	159
第十四章 输卵管绝育术	161
第一节 经腹输卵管结扎	161

第二节 经腹腔镜输卵管绝育术	163
第十五章 助孕技术	165
第一节 人工授精	165
第二节 配子输卵管内移植术	166
第三节 体外受精——胚胎移植（试管婴儿）	167

第一篇 产科护理技术操作教程

第一章 产前护理技术

第一节 妊娠诊断

[概述]

妊娠分为三个阶段：妊娠 12 周末以前称为早期妊娠；13~27 周末称为中期妊娠；28 周以后称为晚期妊娠。

[早期妊娠诊断]

1. 停经：生育年龄妇女，平时月经规则，未采取避孕措施，月经过期 10 天以上时，应首先考虑妊娠可能。

2. 早孕反应：在停经 6 周左右出现嗜睡、困倦、择食、头晕、恶心、呕吐等现象。一般于妊娠 12 周左右自行消失。

3. 尿频：部分孕妇早期妊娠时可出现尿频。

4. 乳房增大，乳头、乳晕着色。

5. 妇科检查：阴道、子宫颈着色，双合诊可感觉到子宫体与子宫颈似不相连，称黑加征，子宫增大，变软。

6. HCG 测定：利用孕卵着床后滋养叶细胞分泌 HCG 进入血、尿的机理，采用免疫学方法测定 HCG 含量协助诊断早孕。受孕后 9~13 天 HCG 升高明显，妊娠 8~10 周达最高峰。

7. 黄体酮试验：根据孕激素在体内突然撤退引起子宫内膜脱落出血的原理，协助诊断早孕。方法：肌注黄体酮 10~20mg/d，连续 3~5 天。停药后有撤退性出血可排除妊娠。

8. B 型超声检查：在宫腔内见到圆形妊娠囊，最早在孕 5 周可见胚胎心脏搏动，可确立为早孕。

[中晚期妊娠诊断]

中期妊娠以后子宫增大出盆腔，孕妇可感到胎动，检查时可扪及胎体，可闻及胎心，根据以上几点诊断不难。

1. 子宫增大：用软皮尺自耻骨联合上缘至子宫底最高点处测量其间的距离。以往用耻骨联合上方、脐孔及剑突为标志判断宫底高度的方法，现已不提倡使用。

2. 胎动：妊娠 16~20 周时孕妇自觉胎动，每小时 3~5 次。腹壁松弛而薄的孕妇可在腹壁上观察到胎动。

3. 胎心音：妊娠 18~20 周用听筒可在孕妇腹壁听到胎心音。正常胎心音如钟表的“滴答”声，每分钟 120~160 次。听到胎心需与子宫血管杂音、腹主动脉音、脐带血管

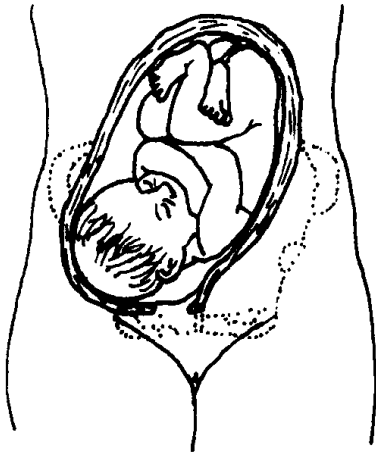


图 1-1 斜产式

杂音相鉴别

4. 胎体：孕 20 周后可经腹或妇检扪及胎体。

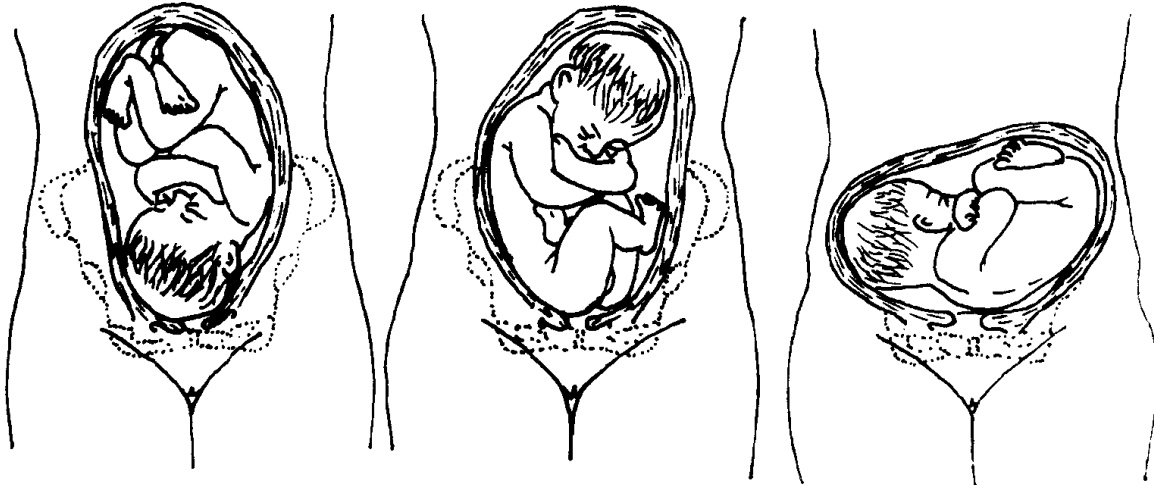
5. B 型超声和胎儿心电图可协助诊断。

[胎产式、胎先露、胎方位]

胎儿在宫腔内有自己的姿势：胎头俯屈、颈部贴近胸壁、脊柱略前弯、四肢屈曲交叉于胸前。

1. 胎产式：胎儿身体纵轴与母体纵轴的关系称为胎产式。两纵轴平行者称为纵产式，占足月分娩总数的 99.75%，两轴垂直者称横产式，仅占 0.25%。两纵横交叉呈角者称斜产式，属暂时性胎产式（图 1-1）。

2. 胎先露：最先进入骨盆入口的胎儿部分称为胎先露。纵产式有头先露及臀先露，横产式为肩先露（图 1-2）。头先露因胎头俯屈程度不同，又分为枕先露、前凶先露、额先露、面先露（图 1-3）。臀先露因入盆的先露部分不同，又分为混合臀先露、单臀先露、足先露（图 1-4）。

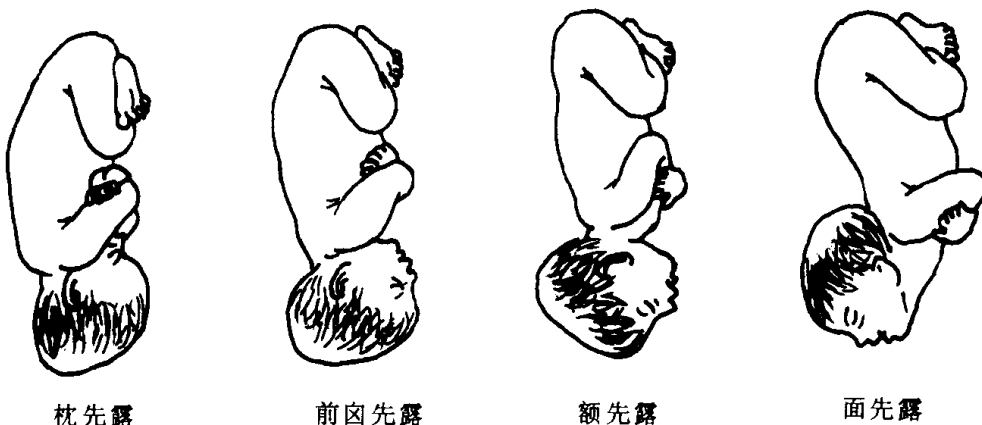


纵产式——头先露

纵产式——臀先露

横产式——肩先露

图 1-2 胎产式



枕先露

前凶先露

额先露

面先露

图 1-3 头先露的种类



图 1-4 臀先露的种类

3. 胎方位：胎儿先露部指示点与母体骨盆的关系称为胎方位，简称胎位。根据指示点与母体骨盆左、右、前、后、横的关系有不同的胎方位。胎产式、胎先露和胎方位的关系和种类见表 1-1。

表 1-1 胎产式、胎先露和胎方位的关系及种类

纵产式 (99.75%)	头先露 (95.75%~97.75%)	枕先露 (95.55%~97.55%)	- 枕左前 (LOA)、枕左横 (LOT)、 - 枕左后 (LOP) - 枕右前 (ROA)、枕右横 (ROT) - 枕右后 (ROP)
		面先露 (0.2%)	- 颞左前 (LMA)、颞左横 (LMT)、颞左后 (LMP) - 颞右前 (RMA)、颞右横 (RMT)、颞右后 (RMP)
	臀先露 (2%~4%)	- 骶左前 (LSA)、骶左横 (LST)、骶左后 (LSP) - 骶右前 (RSA)、骶右横 (RST)、骶右后 (RSP)	
横产式——肩先露 (0.25%)		- 肩左前 (LScA)、肩左后 (LScP) - 肩右前 (RScA)、肩右后 (RScP)	

第二节 产 前 检 查

〔概述〕

产前检查的目的是预防和治疗妊娠并发症，及时纠正异常胎位或发现胎儿异常，并对孕妇进行卫生指导，以保障孕产妇和围产儿的安全和健康。

〔检查的时间和次数〕

从确诊为早孕开始，应在早期妊娠期内建立围产保健卡，并做全面体检。20 周进行全面产科检查，28 周以前每四周检查一次，孕 28 周以后每两周检查一次，孕 36 周后每周检查一次。若有异常应增加检查次数。

[检查内容]

首次产前检查应详细询问病史，进行全面体格检查、产科检查并做必要的辅助检查

1. 病史：产妇的年龄要予以考虑，年龄小于18岁、大于35岁应予以重视。职业、住址、爱人身体状况及疾病、吸烟饮酒情况等均应一一询问。推算预产期：按末次月经第一日算起，月份减3或加9，日期加7。若以阴历推算：月份减3或加9，日期加15。若孕妇记不清末次月经，或于哺乳期、人流后月经未来潮而受孕者，可根据早孕反应出现时间、胎动开始时间和子宫底高度估计孕周。月经史和孕产史，了解初潮年龄和月经周期，有助于预产期推算准确。若为经产妇应了解有无难产史、死胎死产史、分娩方式和有无产后出血史。有新生儿死亡史，应了解新生儿死亡原因。既往史及手术史，着重了解有无高血压、心脏病、结核病、肝肾疾病等，并了解做过何种手术，本次妊娠的过程早孕反应时间、程度，早孕时有无病毒感染和服药史，胎动开始的时间，有无阴道流血、头痛、心悸、下肢浮肿等。家族史，家族中有无高血压、双胞胎、糖尿病等。

2. 全身检查：发育、营养及精神状态。身高、步态，身材矮小 $<140\text{cm}$ 者常伴骨盆狭窄；听心脏；检查乳房发育情况，乳头大小有无凹陷；测量血压；观察有无浮肿，磅体重，晚期妊娠体重每周增加不超过500g。

3. 产科检查：产科检查包括腹部检查、骨盆测量、阴道检查、肛诊和绘制妊娠图

腹部检查：①视诊：注意腹形及大小，腹部有无妊娠纹，手术疤痕及水肿等。②触诊：注意腹壁紧张度、有无腹直肌分离、测量宫底高度，用四步手法检查胎产式、胎先露、胎方位和先露是否入盆（图1-5）。

第一步手法：检查者双手置于子宫底部，了解子宫外形并摸清子宫底高度。然后用双手指腹相对轻推，判断子宫底部的胎儿部分是胎儿头部或是臀部。

第二步手法：检查者两手分别置于腹部左右两侧，一手固定，另一手轻轻深按，两手交替，分辨胎背和胎儿四肢的位置。

第三步手法：检查者右手置于耻骨联合上方，拇指与其余四指分开，握住胎先露部，进一步查清是胎头还是胎臀，左右推动以确定先露是否衔接。

第四步手法：检查者背对孕妇头侧，两手分别置于胎先露部的两侧，向骨盆入口方向向下深压，再次核对先露部是什么，并确定入盆的程度。

听诊：胎心音靠近胎背上方的孕妇腹壁上听得最清楚，所以查清胎方位后按图1-6所标出的位置听胎心最清楚。

骨盆测量：骨盆测量分为外测量和内测量。

骨盆外测量：①髂前上棘间径：孕妇取伸腿仰卧位，测两髂前上棘外缘距离（图1-7），正常值23~26cm。②髂嵴间径：取伸腿仰卧位，测两髂嵴最宽处的距离（图1-8），正常值为25~28cm。以上两径线可间接推测骨盆入口横径的长度。③骶耻外径：取左侧卧位，右腿伸直，左腿屈曲，测第五腰椎棘突下至耻骨联合上缘中点距离（图1-9），正常值为18~20cm。第五腰椎棘突下相当于米氏菱形窝的上角，或相当于髂嵴后连线中点下1.5cm处。此径线可间接推测骨盆入口前后径。④坐骨结节间径或称出口横径：取仰卧位，两腿屈曲，双手抱膝。测两坐骨结节内侧缘距离（图1-10）。正常值为8.5~9.5cm，也可用检查者拳头测量，若其间可容成人一拳，则此距大于8.5cm，属正常（图1-11），如此径线小于8cm，应测量出口后矢状径。⑤出口后矢状径：为坐骨结节间径中点至骶骨

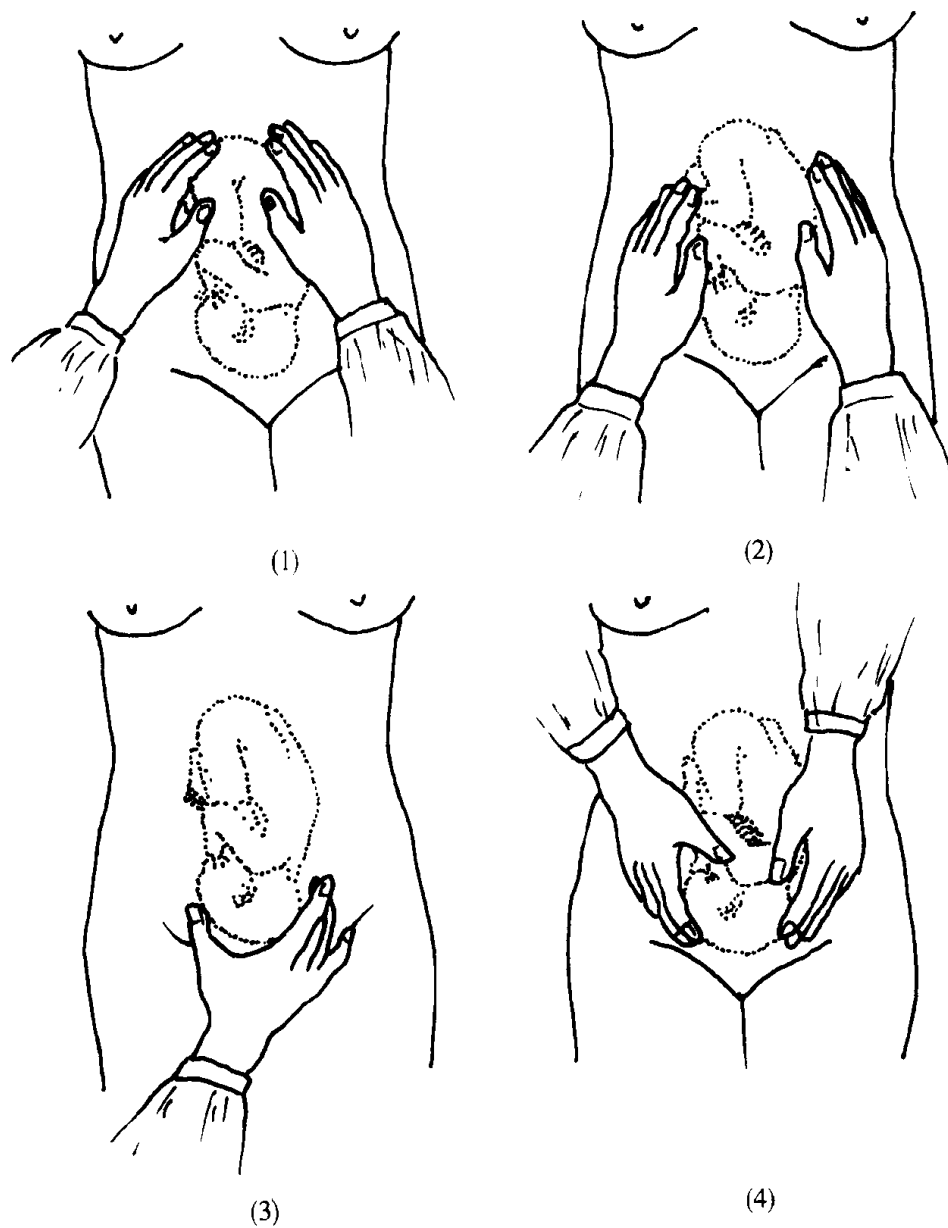


图 1-5 胎位检查——四步手法

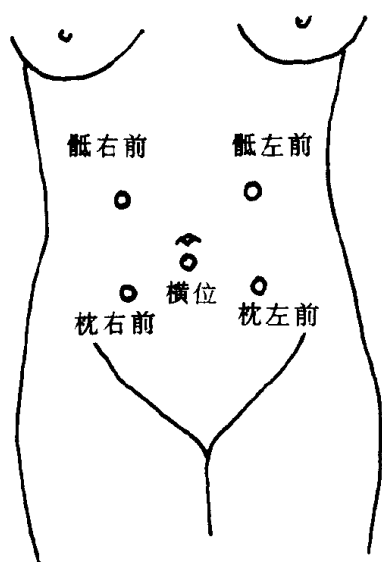


图 1-6 胎心听诊位置

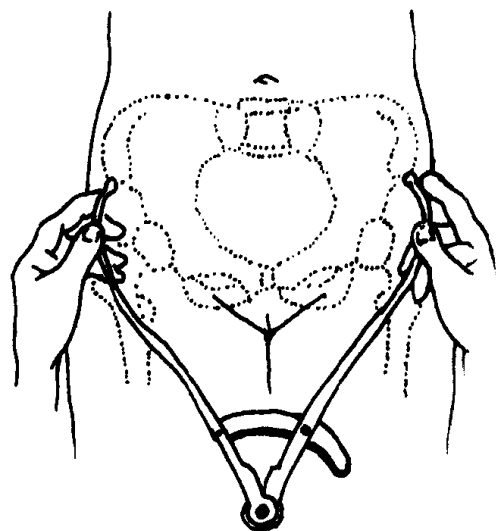


图 1-7 髂棘间径

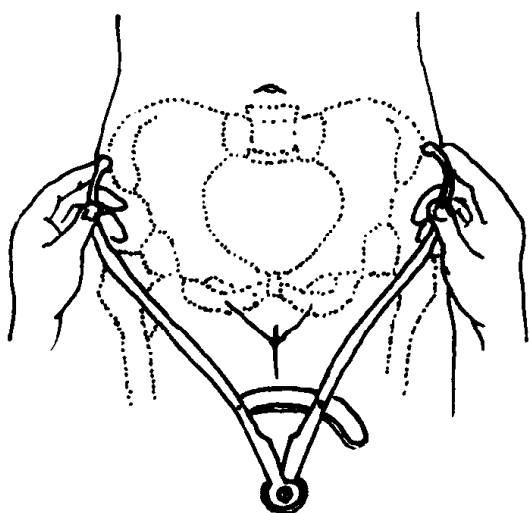


图 1-8 髂嵴间径

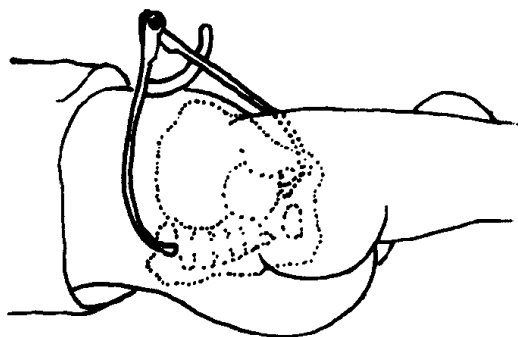


图 1-9 骶耻外径

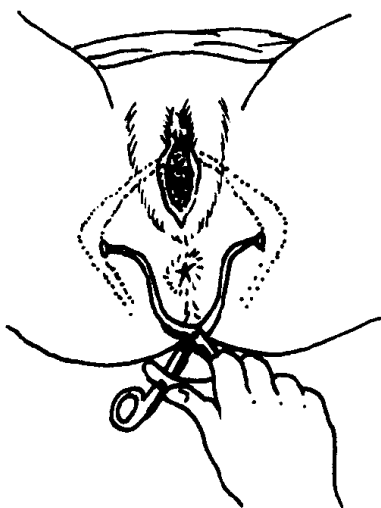


图 1-10 坐骨结节间径 (出口横径)

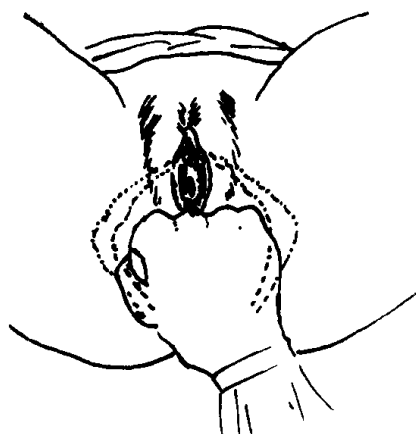


图 1-11 出口横径 (手拳法)

尖端的长度。检查者肛诊指示骶骨尖端，再用一直尺放于坐骨结节径上，用汤姆斯出口测量器一端放在坐骨结节间径中点上，另一端放于骶骨尖端，测量器标出的数字为出口后矢状径 (图 1-12)。正常值为 8~9cm。若后矢状径与坐骨结节间径之和大于 15cm，表明骨盆出口无明显狭窄。⑥耻骨弓角度：两侧耻骨降支的夹角。测量时用左右手拇指平放在耻骨降支上，两拇指尖对拢，测两拇指间的角度，正常值为 90°，小于 80°为异常。

骨盆内测量：骨盆外测量径线狭小时，或骨盆有畸形时应做内测量。做骨盆内测量时，产妇取膀胱截石位，外阴需消毒，检查者需洗手戴消毒手套，动作轻柔。

测量的径线有：①对角径：耻骨联合下缘至骶髻中点的距离。正常值 12.5~13cm，此径线值减去 1.5~2cm 为骨盆入口前后径长度。测量方法是检查者一手中指食指并拢伸

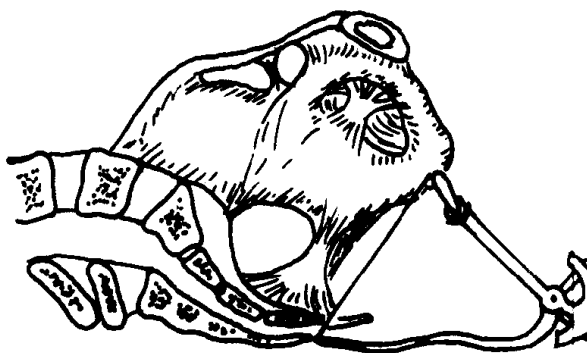


图 1-12 骨盆出口后矢状径

入阴道，用中指触骶髂上缘中点，食指侧缘紧贴耻骨联合下缘，另一手指在此处做标记，然后抽出阴道内检查的手指，测量中指指尖至标记处的距离（图 1-13）。②坐骨棘间径 两侧骨坐棘间距离。检查者食、中指伸入阴道，分别触及两侧坐骨棘，估计其间距离（图 1-14）。正常值约 10cm。③坐骨切迹宽度：为坐骨棘与骶骨下部间的距离，即骶棘韧带宽度，可代表中骨盆后矢状径。将食指放在骶棘韧带上移动测量其宽度，正常值 5.5 cm，若能容纳 3 横指表示此宽度正常。

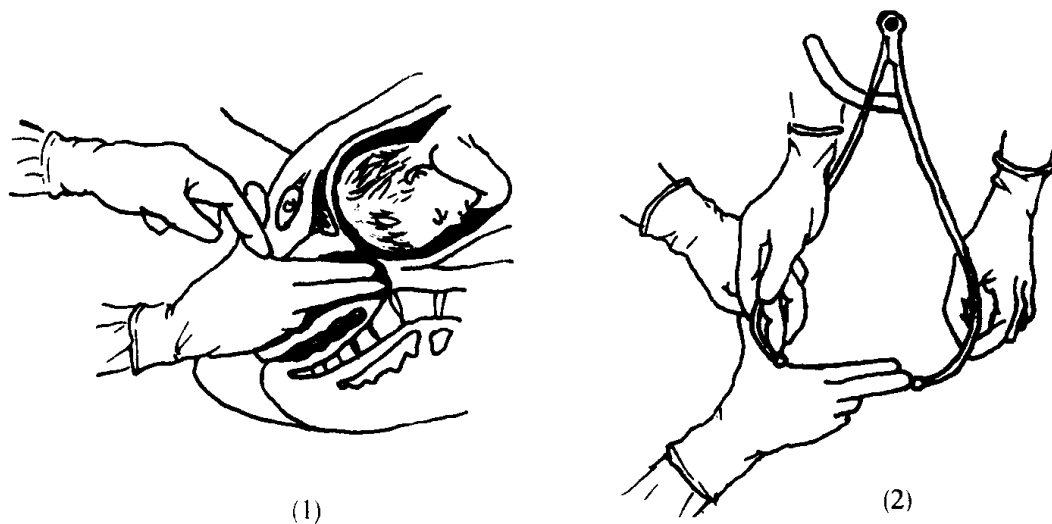


图 1-13 对角径

4. 辅助检查：首次产前检查还应做以下相关化验检查：血常规、血小板计数，血型鉴定、尿常规、肝功能、乙型肝炎抗原及抗体检测。

[复诊检查]

复诊产检的间隔如前所述，如有特殊情况应增加检查次数。复诊的检查内容：

1. 了解前次检查后有无特殊情况发生，如阴道流血、头痛、浮肿、皮肤瘙痒等。
2. 测体重、血压，检查有无水肿，查尿常规。
3. 产科腹部检查内容同前。根据宫高腹围径线绘制妊娠图（妊娠图绘制见第二章第九节高危妊娠监护）
4. 胎儿有无畸形及成熟度监测（见高危妊娠监护）。
5. 预约下次复诊时间。
6. 进行产前宣教（见第一章第三节孕期宣教）。



图 1-14 坐骨棘间径

第三节 孕 期 宣 教

[概述]

为了保护母婴健康，除在孕期产前检查发现异常及时处理外，还应该对孕妇及家属做好有关知识的宣传。

[宣教内容]

1. 有关妊娠、分娩：产褥期知识，让孕妇了解其正常生理过程，解除心理上的担心、恐惧，并可以做到自我监护。16~20周孕妇自觉胎动后，应指导孕妇自数胎动。正常情况下胎动每小时3~5次，早、中、晚胎动频率有差异，胎动一般在晚间最频繁。嘱孕妇早、中、晚各数胎动一小时，正常12小时胎动不少于10次。胎动减少或过频提示胎儿缺氧。

2. 母乳喂养知识宣教：为让孕妇产后做到母乳喂养，应在孕期大力宣传有关母乳喂养知识。门诊应设有宣教室，备有宣教片、宣教图画，孕28周后开设宣教课。宣传内容包括母乳喂养的好处，实行“两早”、母婴同室、按需哺乳的作用，讲述正确喂奶姿势和含接姿势。同时还应指导孕妇进行乳房护理，孕24周后每天用温开水清洗乳头。若有乳头凹陷或乳头平坦，可作乳头伸展和牵拉进行纠正。

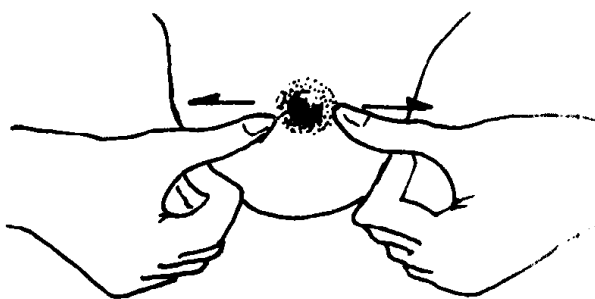


图 1-15 纠正乳头凹陷

方法是两拇指平行放在乳头两侧，慢慢地向外方拉开图(1-15)，如此反复多次，每次5分钟，每日两次。

3. 活动与休息：孕妇应多休息，有利于母婴健康，特别是孕早期和孕晚期容易疲劳，每日应有8小时睡眠，中午还应增加1~2小时午休，卧床休息时应多取左侧卧位。孕期可以参加日常劳动，孕28周后适当减轻工作量，避免上夜班，避免长时间站立和紧张工作。每日坚持散步。

4. 饮食和营养：孕期营养对于母婴都十分重要，母亲营养不良可导致孕期并发症，胎儿生长发育迟缓，严重者可畸形及死亡。孕期营养应尽量多样化，合理搭配，纠正偏食，不宜过精，食宜容易消化吸收和清淡食物。工作强度一般、身材中等者，早孕热能为8370kJ/日，中孕热能为8790kJ/日，晚孕热能为9210kJ/日。

5. 用药问题：孕期用药应慎重，因为有些药物可以通过胎盘对胎儿造成毒害作用，又因胎儿肝肾功能不健全，药物在胎儿体内代谢缓慢，对胎儿可产生明显的毒害作用。所以孕妇如因疾病必须用药时，应在医生指导下使用。

6. 性生活：由于妊娠期阴道粘膜和子宫颈均明显充血，性生活时易造成局部损伤出血；加之阴道上皮的通透性增加，易引起上行性感染；另外性生活时的局部刺激可导致宫缩增加或胎膜早破，故孕期应减少性生活，特别是早孕和孕32周后应避免性生活，以防流产、早产、胎膜早破和感染。

7. 卫生和着装：妊娠期孕妇全身代谢旺盛，汗腺和皮脂腺分泌增多，故应勤洗澡、勤换衣，以淋浴为宜。衣着以宽松为宜，避免腹部受压。胸罩以棉和丝织品为好，不宜过小、过紧。穿平跟防滑鞋，妊娠晚期鞋码要稍大一些，不宜穿紧口弹力袜。

(丛 林 卫 兵)

第二章 病理妊娠的护理

第一节 流 产

[概述]

妊娠 28 周末以前胎儿及附属物自子宫排出，称为流产。妊娠满 12 周之前称早期流产，妊娠 12~28 周为晚期流产。流产的原因尚不清楚，目前认为孕卵及胚胎异常是早期流产的主要原因，另外母体生殖器及全身疾病、接触有害物质、外伤、手术以及母儿双方免疫不适应等因素均可造成流产。流产的主要症状是腹痛及阴道流血。根据流产的过程、检查时子宫大小与停经时间的比较、宫颈口开大、胎膜是否破裂等体征，可将流产分为：先兆流产、难免流产、不全流产和完全流产。

另外还有稽留流产、习惯性流产、流产感染三种特殊情况。

[护理要点]

1. 先兆流产：先兆流产时以卧床休息为主，适当使用镇静剂。

(1) 卧床休息，禁性生活；阴道检查时动作应轻柔。

(2) 解除病人思想顾虑，避免紧张，说服病人配合治疗。必要时给予对胎儿危害小的镇静剂，如地西洋（安定）、苯巴比妥（鲁米那）。

(3) 观察腹痛和阴道流血量，如阴道有组织物排出，应保留请医生检查。

(4) 对确诊为黄体功能不全者，应用黄体酮 20mg 肌注，每日一次，并加用维生素 E100mg，每日一次。

(5) 在治疗过程中应根据阴道流血、早孕反应、HCG 及 B 超检查了解胚胎情况。如流血多于月经量，HCG 下降或不上升，胚胎发育停止应终止妊娠。

2. 难免流产：难免流产一旦确定应尽早终止妊娠。

(1) 难免流产常出现大量流血，病人入院后及时观察血压、脉搏，建立静脉通道，备血。

(2) 早期难免流产及时清宫。应配合医生，准备清宫所需用品，清宫后将组织物送病理检查。晚期流产子宫较大，不能吸宫和刮宫时以缩宫素（催产素）静脉滴注，在 5% 葡萄糖液体 500ml 内加缩宫素 10u，当胎儿胎盘排出后，检查是否完整，不完整时应清宫。

(3) 应用抗生素预防感染，保持外阴清洁，每日可用 0.1% 苯扎溴铵棉球擦洗外阴，用消毒卫生垫。

(4) 嘱患者禁止性生活和盆浴 1 个月，避免感染。应避孕 3~6 个月。

3. 不全流产：不全流产处理同难免流产。在合并感染时应先控制感染再清宫，出血多时，在应用抗生素的同时需钳夹出大块组织，待感染控制后再行宫腔全面搔刮。

4. 完全流产：一般不需特殊处理。

5. 稽留流产：稽留流产由于胚胎机化，刮宫困难，胚胎死亡过久可造成凝血功能异