

妇产科诊疗 常规与手术要点

张正娥等◎主编



妇产科诊疗 常规与手术要点

张正娥等◎主编

图书在版编目 (C I P) 数据

妇产科诊疗常规与手术要点/ 张正娥等主编. -- 长春 : 吉林科学技术出版社, 2016.5
ISBN 978-7-5578-0628-6

I. ①妇… II. ①张… III. ①妇产科病—诊疗②妇科
外科手术③产科外科手术IV. ① R71

中国版本图书馆CIP数据核字(2016) 第104796号

妇产科诊疗常规与手术要点

FUCHANKE ZHENLIAO CHANGGUI YU SHOUSHU YAODIAN

主 编 张正娥等
出 版 人 李 梁
责任编辑 张 凌 张 卓
封面设计 长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版 长春创意广告图文制作有限责任公司
开 本 787mm×1092mm 1/16
字 数 349千字
印 张 14
版 次 2016年5月第1版
印 次 2017年6月第1版第2次印刷

出 版 吉林科学技术出版社
发 行 吉林科学技术出版社
地 址 长春市人民大街4646号
邮 编 130021
发行部电话/传真 0431-85635177 85651759 85651628
85652585 85635176
储运部电话 0431-86059116
编辑部电话 0431-86037565
网 址 www.jlstp.net
印 刷 虎彩印艺股份有限公司

书 号 ISBN 978-7-5578-0628-6
定 价 60.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换

因本书作者较多, 联系未果, 如作者看到此声明, 请尽快来电或来函与编辑部联系, 以便商洽相应稿酬支付事宜。

版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-86037565

主编简介



张正娥

女，32岁，主治医师，硕士，2007年毕业于武汉大学医学院。从事妇产科临床工作8年，2011年晋升主治医师，擅长妇产科常见病、多发病的治疗，对于子宫切除术、子宫肌瘤剔除术、宫外孕、卵巢肿瘤及剖宫产等手术操作有丰富的经验。擅长腹腔镜手术操作。撰写论文10余篇，参与《川芎嗪治疗胎儿生长受限》及《产后抑郁症相关影响因素分析》2项科研项目。参编《妇产科疾病临床治疗技术及临床实践》一书。



张崇媛

女，33岁，荆州市中心医院，妇产科主治医师，硕士学位，毕业于武汉大学医学院。从事妇产科专业10余年，在国家权威杂志发表论文3篇，参与多项课程研究。擅长妇产科常见病、疑难病与多发病的治疗，对于子宫全切术、子宫肿瘤剔除术、异位妊娠、附件手术及剖宫产等手术操作有着丰富的临床经验。

编 委 会

主 编 张正娥 张崇媛

副主编 甘 露 周春苗 许家珍

编 委 (按姓氏笔画排序)

王 华 荆州市中心医院

甘 露 荆州市中心医院

许家珍 荆州市中心医院

李 晖 荆州市中心医院

李玉立 荆州市中心医院

杨江溶 荆州市中心医院

张正娥 荆州市中心医院

张崇媛 荆州市中心医院

周春苗 荆州市中心医院

前 言

妇产科学是在社会发展及医疗实践过程中产生并逐渐成熟起来的。随着现代医学知识的积累与医疗技术的快速发展，妇产科学，尤其是产科学，从古老的单纯医术开始发展成为近代的医学学科。时至今日，妇产科学已经发展成为一个相对独立而又具有很多分支学科的医学，已发展成与内科、外科及儿科并驾齐驱的学科。

现代我国已经进入老龄化社会，合并各科疾病的妇产科患者越来越多，患者对医疗质量的要求也越来越高。手术是妇产科疾病的重要治疗手段，但手术具有高风险。手术治疗妇产科疾病时，不仅要求我们顺利地完成任务，同时还要保持患者良好的生活质量，这就给妇产科医师提出了更高的要求。

我们邀请了一批长期工作在临床一线的专家、教授及年轻的医师，根据自己多年的临床经验，编写了这本《妇产科诊疗常规与手术要点》。本书简明扼要地介绍了妇产科疾病的诊疗思维，诊疗方法，常见疾病的诊治、妇产科常用术式的操作要点及妇产科疾病的护理，内容上突出实用性，指导临床，可强化临床思维能力的培养。不失为一本有用的临床工具书。

本书由于参编人数较多，文笔不尽一致，加上编者时间和精力有限，虽经多次校稿，但书中疏漏在所难免，望广大读者提出宝贵意见和建议，以便修订。谢谢！

编 者
2016年5月

目 录

第一章 妇产科疾病诊断临床思维	1
第一节 医患沟通	1
第二节 妇科常见病症分析	2
第三节 妇科临床诊断的思维	6
第四节 产科临床思维	6
第二章 妇产科常用检查方法	10
第一节 生殖道细胞学检查	10
第二节 宫颈活体组织检查	16
第三节 穿刺术	18
第四节 基础体温测定	28
第五节 诊断性刮宫	30
第六节 输卵管畅通术	32
第七节 腹腔镜检查	34
第八节 子宫镜检查	35
第九节 阴道镜检查	37
第十节 羊膜镜检查	41
第三章 妇产科常用一般治疗	43
第一节 子宫颈/阴道冲洗	43
第二节 宫腔注射疗法	47
第三节 热敷	48
第四节 冷敷	48
第五节 坐浴	49
第六节 保留灌肠	50
第七节 子宫颈锥形切除术	51
第八节 子宫颈环形电切除术	52
第四章 女性生殖器官感染性疾病	54
第一节 外阴炎	54
第二节 阴道炎	58
第三节 子宫颈炎	66
第四节 盆腔炎	71
第五章 子宫内膜异位症	81
第一节 子宫内膜异位症	81

第二节 子宫腺肌病	89
第六章 妇科急腹症	93
第一节 异位妊娠	93
第二节 卵巢破裂	106
第三节 卵巢肿瘤蒂扭转	109
第四节 出血性输卵管炎	111
第七章 子宫肌瘤剥除术的技巧及要点	115
第一节 子宫肌瘤的手术指征	115
第二节 子宫肌瘤切除手术	117
第三节 特殊类型肌瘤	120
第八章 阴式子宫切除术及其操作要点	126
第一节 宫颈阴道黏膜的环切	127
第二节 打开腹膜(前后穹隆)	132
第三节 子宫切除术中韧带的缝扎	137
第四节 避免输尿管的损伤	140
第五节 牵出子宫	141
第六节 阴式附件切除手术	143
第七节 阴道残端缝合	143
第八节 特殊情况的阴式子宫切除术	146
第九章 剖宫产手术	147
第一节 子宫下段剖宫产术	147
第二节 古典式剖宫产术	158
第三节 腹膜外剖宫产术	159
第十章 产后出血的手术治疗	163
第一节 产后出血的手术处理原则	163
第二节 B-Lynch 缝合术	165
第三节 盆腔血管结扎术	167
第四节 产时子宫切除术	169
第十一章 妇科常见疾病护理常规	171
第一节 女性生殖系统的自然防御功能	171
第二节 外阴炎与前庭大腺炎	171
第三节 阴道炎症	172
第四节 慢性宫颈炎	174
第五节 慢性盆腔炎	175
第六节 功能失调性子宫出血	177
第七节 滋养细胞疾病	178
第八节 子宫肌瘤	179
第九节 子宫颈癌	181
第十节 子宫内膜癌	183

第十一节 卵巢肿瘤	184
第十二节 子宫脱垂	186
第十三节 外阴癌	187
第十二章 妇科手术患者的护理	188
第一节 妇科腹部手术患者的护理	188
第二节 妇科阴式手术患者的护理	192
第三节 妇科腹腔镜手术患者的护理	194
第十三章 产科常见疾病护理常规	198
第一节 正常分娩前护理常规	198
第二节 正常分娩期产妇的护理	199
第三节 正常产后护理常规	202
第四节 剖宫产护理常规	203
第五节 异位妊娠	205
第六节 妊娠期高血压疾病	206
第七节 妊娠合并心脏病	208
第八节 妊娠合并糖尿病	209
第九节 胎膜早破	211
第十节 脐带脱垂	212
第十一节 前置胎盘	212
第十二节 胎盘早剥	214
第十三节 产后出血	214
第十四节 子宫破裂	215
第十五节 羊水栓塞	216
第十六节 产褥期感染	217
第十四章 产科手术患者的护理	218
第一节 会阴切开缝合术	218
第二节 胎头吸引术	219
第三节 人工剥离胎盘术	220
第四节 产钳术	221
第五节 剖宫产术	222
参考文献	223

第一章 妇产科疾病诊断临床思维

妇科临床实践是不断将医学基础知识转化为临床医疗实践应用、解决患者病痛的能力必不可少的过程，是所学知识运用于临床的过程，更是能够体现妇科医师人生价值的过程。

妇科临床实践中，每一次的接诊患者，均包括采集病史、体格检查、分析综合、诊断、制定处理计划、实施方案、观察与随访诊疗结果，其中每项内容都与诊治的整体效果密切相关。

第一节 医患沟通

妇科医患沟通至关重要。妇科临床医疗实践常常会涉及患者的“隐私”。尽管社会文明的发展使人们的理念有了很大改观，但我国数千年的封建礼教思想仍或多或少地影响着现代的人们。不少女性即使身患妇科病痛，也羞于启齿，更不愿接受妇科检查，因而延误疾病诊治的病例屡见不鲜。女性在其青春期、性成熟期、绝经过渡期和绝经后期的心理和行为差异显著、各具特征。作为一名妇科医师一定要在临床医疗实践过程中，做到关注患者，更要做到尊重患者。

主诉是患者感受最主要的症状或体征，患者非常希望医师能够认真听取她的主诉，重视她讲述的病痛，了解她所患疾病对生活质量的影响，尤其是对生育能力或性功能的影响。在进行医患语言交流时，她会非常注意医师的衣着、神情、姿势变化以及语言措辞。当患者感到医师朴实、认真、关心倾听她的叙述，并能耐心地回答她所提出的问题，患者就会主动地提供尽可能多的、更加细致的病情。若患者对医师提供的诊治计划得到充分了解，那么患者就会非常信任医师，就会积极配合医师的诊治方案的贯彻实施。

在接诊患者、采集病史时，医师一定要做到真诚、耐心和具有同情心，认真听取患者的陈述，以静听或点头赞同鼓励患者提供的详细病情。同时要注意患者的情绪变化及所阐述的语言等。必要时给予适当启发或采用询问的方式调整或集中患者的诉说内容。切忌在采集病史时表现出心不在焉，避免以指责或粗鲁的态度打断患者讲话，一定要避免暗示和主观臆测。医师要学会用通俗的语言和患者交谈，尽量少用医学术语。对病情严重的患者要尽可能多地表示理解和同情，不要给予不适当的提醒或应用不恰当的措辞。要充分考虑到患者的隐私权，切不可反复追问与性生活有关的情节。对未婚患者，有的要经过肛门指诊和相应的化验检查，明确病情后再补充询问与性生活有关的问题。对不能口述的危重患者，可询问其家属或其亲友；遇到病情危重的患者在初步了解病情后要立即进行抢救，以免贻误治疗。外院转诊的患者，应重视外院书写的病情介绍。

(许家珍)

第二节 妇科常见病症分析

许多妇科疾病可由产科问题引起（如分娩引起的生殖器官损伤），妇科疾病也可影响产科的正常过程（如宫颈肌瘤可造成难产）。同样，妇科疾病可合并外科、内科等学科的疾病，反之亦然。同时，妇科疾病与年龄关系密切。年龄对疾病的诊断具有重要的参考价值，如青春期与围绝经期发生的月经失调常由无排卵所致，而生育期多由黄体功能异常引起。

妇科患者就诊诉说的常见症状有阴道流血、异常白带、下腹痛、外阴瘙痒以及下腹部肿块等。不同年龄女性所述症状虽相同，但其原因可能不同。

在诊断和处理妇科疾病时，应首先基于患者的年龄来考虑与患者诉说症状相关疾病的轻重、缓急，先排除致命的病变；其次综合病史与检查结果（包括辅助检查）鉴别其为妇科疾病，抑或外科、内科等学科的疾病或两者兼有。

（一）阴道流血鉴别的思考

阴道流血是女性生殖器疾病最常见的一种症状，是指来自生殖道任何部位的出血，如阴道、宫颈、子宫等处。绝大多数出血来自子宫，除正常月经外均称为阴道流血。阴道流血也可作为凝血障碍性疾病的一种临床表现，如特发性血小板减少性紫癜、白血病、再生障碍性贫血以及肝功能损害等。

1. 根据患者的年龄特点鉴别 根据患者的年龄及其性生活等情况，按病变危害程度的轻重，逐一鉴别阴道流血的病因。

（1）若患者为性成熟期女性，且性生活正常，则应首先排除与病理性妊娠相关性疾病，如异位妊娠、流产以及滋养细胞疾病等。其次考虑卵巢内分泌功能变化引起的子宫出血，包括无排卵性和排卵性功能失调性子宫出血，以及月经间期卵泡破裂，雌激素水平短暂下降所致的子宫出血。最后考虑内生殖器炎症，如阴道炎、宫颈炎和子宫内膜炎等，以及生殖器肿瘤，如子宫肌瘤、宫颈癌、子宫内膜癌等。

（2）若患者为绝经过渡期和绝经后期女性，则应首先排除内生殖器肿瘤，如宫颈癌、子宫内膜癌、具有分泌雌激素功能的卵巢肿瘤、子宫肉瘤、阴道癌及子宫肌瘤。其次考虑生殖器官炎症，如外阴炎、阴道炎、宫颈炎和子宫内膜炎等，以及卵巢内分泌功能变化引起的子宫出血，如无排卵性功能失调性子宫出血。

（3）若患者为青春期女性，则应首先排除卵巢内分泌功能变化引起的子宫出血，包括无排卵性功能失调性子宫出血，以及雌激素水平短暂下降所致的子宫出血。其次考虑特发性血小板减少性紫癜、白血病、再生障碍性贫血以及肝功能损害等。

（4）若患者为儿童期女性，则应首先排除外伤、异物等因素，其次考虑宫颈葡萄状肉瘤和其他病变的可能。

2. 根据阴道流血的特点鉴别其病因 阴道流血的临床表现不尽相同，主要有周期规律的阴道流血和无周期规律的阴道流血。

（1）有周期规律的阴道流血：

1) 经量增多：主要表现为月经周期正常，但经量多或经期延长。此型流血量多与子宫肌瘤、子宫腺肌病或放置宫内节育器有关。

2) 月经间期出血: 发生在两次月经来潮的中期, 常历时 3~4 日, 一般出血量少于月经量, 偶可伴有下腹部疼痛或不适。此类出血是月经间期卵泡破裂, 雌激素水平暂时下降所致, 又称排卵期出血。

3) 经前或经后点滴出血: 月经来潮前或来潮后数日持续少量阴道流血, 常淋漓不尽。可见于排卵性月经失调或放置宫内节育器的副反应。子宫内膜异位症也可出现类似情况。

(2) 无周期规律的阴道流血:

1) 接触性出血: 于性交后或阴道检查后立即出现的阴道流血, 色鲜红, 量可多可少, 常见于急性宫颈炎、早期宫颈癌、宫颈息肉或子宫黏膜下肌瘤。

2) 停经后阴道流血: 若患者为育龄妇女, 伴有或不伴有下腹部疼痛、恶心等症状, 首先考虑与妊娠相关的疾病, 如异位妊娠、流产或滋养细胞疾病等; 若患者为青春期无性生活史女性或围绝经期妇女, 且不伴有其他症状, 应考虑无排卵性功能失调性子宫出血, 但需排除生殖道恶性肿瘤。

3) 绝经后阴道流血: 一般流血量较少, 可持续不尽或反复流血。偶可伴有下腹部疼痛。首先应考虑子宫内膜癌, 也可见于萎缩性阴道炎或子宫内膜炎等。

4) 外伤后阴道流血: 常发生在骑跨伤后, 流血量可多可少, 伴外阴部疼痛。

(二) 异常白带鉴别的思考

女性阴道内常有少量分泌液, 主要由阴道黏膜渗出物, 宫颈管、子宫内膜及输卵管腺体分泌物等混合而成, 习称白带。正常白带呈蛋清样或白色糊状、无腥臭味, 量少。白带形成与雌激素的作用有关: 一般在月经前后 2~3 日, 排卵期及妊娠期增多; 青春期前及绝经后较少。若出现阴道炎、宫颈炎或内生殖器组织癌变时, 白带量显著增多, 性状改变或伴有臭味。

临床上常根据异常白带的状况鉴别其病因:

1. 灰黄色或黄白色泡沫状稀薄分泌物 为滴虫阴道炎的特征, 常见于经期前后、妊娠期或产后等阴道分泌物 pH 值发生改变时明显增多, 多伴外阴瘙痒。

2. 凝乳块或豆渣样分泌物 为假丝酵母菌阴道炎的特征, 常呈白色膜状覆盖于阴道黏膜表面, 多伴外阴奇痒或灼痛。

3. 灰白色匀质分泌物 为细菌性阴道病的特征。有鱼腥味, 可伴有外阴瘙痒或灼痛。

4. 透明黏性分泌物 外观与正常白带相似, 但量显著增加。可考虑宫颈病变、卵巢功能失调。偶见于宫颈高分化腺癌或阴道腺病等。

5. 脓性分泌物 色黄或黄绿, 质稠伴臭味, 为细菌感染所致。可见于急性阴道炎、宫颈炎、宫颈管炎, 宫颈癌或阴道癌并发感染、宫腔积脓、阴道内异物等。

6. 血性分泌物 阴道分泌物中混有血液, 呈淡红色, 量多少不一, 可由宫颈息肉、宫颈癌、子宫内膜癌、子宫黏膜下肌瘤或输卵管癌所致。放置宫内节育器也可引起血性分泌物。

7. 水样分泌物 量多、持续、淡乳白色 (又称泔水样), 常伴有奇臭味。多见于宫颈管腺癌、晚期宫颈癌、阴道癌或子宫黏膜下肌瘤伴感染。间歇性排出清澈、黄红色液体, 应考虑输卵管癌的可能。

(三) 下腹痛鉴别的思考

下腹痛多由妇科疾病所致，但也可以来自内生殖器以外的疾病。寻找下腹痛的病因，临床上应根据下腹痛起病缓急、部位、性质、时间以及伴随症状加以思考。下腹痛通常分为急性下腹痛与慢性下腹痛两种。

1. 急性下腹痛 起病急剧，疼痛剧烈，常伴有恶心、呕吐、出汗及发热等症状。

(1) 下腹痛伴阴道流血：有或无停经史。此类急性下腹痛多与病理妊娠有关，常见于输卵管妊娠（流产型或破裂型）与流产（先兆流产或不全流产）。若由输卵管妊娠所致，下腹痛常表现为突然撕裂样疼痛，随后疼痛略有缓解或肛门坠胀感。疼痛也可向全腹部扩散；若为流产所致，疼痛常位于下腹中部，呈阵发性。

(2) 下腹痛伴发热：有或无寒战。由炎症所致，一般见于盆腔炎症疾病、子宫内膜炎或输卵管卵巢脓肿。右侧下腹痛还应考虑急性阑尾炎的可能。

(3) 下腹痛伴附件肿块：常为卵巢非赘生性囊肿或卵巢肿瘤扭转，子宫浆膜下肌瘤扭转，也可能是输卵管妊娠。此外，肿物部分破裂也不少见。右下腹痛伴肿块，还应考虑阑尾周围脓肿的可能。

2. 慢性下腹痛 起病缓慢，多为隐痛或钝痛，病程长。60%~80%患者并无盆腔器质性疾病。根据慢性下腹痛发作时间，可以分为非周期性与周期性两种。

(1) 非周期性慢性下腹痛：常见于下腹部手术后组织粘连、子宫内膜异位症、慢性输卵管炎、残余卵巢综合征、盆腔静脉曲张综合征及晚期妇科癌肿等。

(2) 周期性慢性下腹痛：疼痛呈周期性发作，与月经关系密切。

1) 月经期慢性下腹痛：每次行经前后或月经期下腹部疼痛，经净数日后疼痛消失。多因子宫腺肌病、子宫内膜异位症、子宫腺肌瘤、宫颈狭窄或盆腔炎症性疾病所致；亦可因子宫内膜前列腺素浓度增高所致（原发性痛经）。

2) 月经间期慢性下腹痛：发生于月经间期，疼痛位于下腹一侧，常持续3~4日。多伴有阴道少量流血。此类下腹痛为排卵期疼痛。

人工流产或刮宫术后也可有周期性慢性下腹痛。其疼痛原因为宫颈或宫腔部分粘连，经血倒流入腹腔刺激腹膜所致。

不同年龄女性下腹痛的常见妇科病因不尽相同：

A. 青春期前女性的急性下腹痛多由卵巢肿瘤蒂扭转所致。

B. 青春期女性的急性下腹痛常由痛经、卵巢肿瘤蒂扭转所致；慢性下腹痛多由处女膜闭锁，阴道横膈等引起积血所致。

C. 性成熟期女性的急性下腹痛多由痛经、异位妊娠、急性盆腔炎、卵巢肿瘤蒂扭转、破裂，流产所致；慢性下腹痛多由子宫内膜异位症、炎症、盆腔内炎性粘连所致。

D. 围绝经期女性的急性下腹痛常由卵巢肿瘤破裂、蒂扭转所致，慢性下腹痛多为生殖器官炎症、盆腔内炎性粘连、晚期恶性肿瘤引起。

(四) 外阴瘙痒鉴别的思考

外阴瘙痒可由妇科疾病所致，也可由全身其他疾病引起。应根据外阴瘙痒持续时间、是否伴有局部皮损以及患者年龄加以思考。

1. 外阴瘙痒持续时间长，伴有局部皮损 可由外阴上皮良性或恶性病变引起，尤其是

患者年龄较大，瘙痒和皮损久治不愈者。若外阴皮肤或大阴唇黏膜呈生牛肉状，要排除糖尿病的可能。必要时，皮损处活检，明确诊断。

2. 外阴瘙痒，伴有阴道排液 多为阴道排液刺激外阴所致，尤其是年轻患者，应检查阴道分泌的性状以及致病菌。

3. 外阴瘙痒伴内裤点状血染 多为阴虱引起。

(五) 下腹部肿块鉴别的思考

女性下腹部肿块可以来自子宫与附件、肠道、腹膜后、泌尿系统及腹壁组织。许多下腹部肿块患者并无明显的临床症状，可能仅是患者本人偶然发现或做妇科普查时检查发现。

通常可以根据下腹部肿块的性状考虑其病因：

1. 囊性肿块 一般为良性肿物或炎性肿块。肿块在短时期内增大显著时，应考虑有恶性的可能性。

(1) 活动性囊性肿块：位于子宫一侧，边界清楚，囊壁厚、光滑，无触痛的肿块，一般为卵巢肿块。若囊肿内壁无乳头，直径 $<6\text{cm}$ ，增大缓慢，于月经净后略有缩小的肿块，多数为卵巢非赘生性囊肿，如卵泡囊肿、黄体囊肿，或并发于滋养细胞疾病的双侧黄素囊肿；若囊肿壁有或无乳头，直径 $\geq 6\text{cm}$ ，有增大趋势的肿块，多数为卵巢赘生性囊肿。囊肿在短期内增大明显者应考虑卵巢恶性肿瘤可能。如肿块有明显触痛，且患者有短期停经后阴道少量流血及腹痛史，应考虑输卵管妊娠。若肿块从右上到左下移动度大、部位较高，应考虑肠系膜囊肿。

(2) 固定性囊性肿块：边界不清，囊壁厚或囊内见分隔组织，并固定于直肠子宫陷凹、子宫后壁的囊性肿块；若囊肿内压力高、伴压痛者，常见于子宫内膜异位症；肿块压痛明显伴发热者，多为附件炎性包块、脓肿或盆腔结核性包块。若肿块位于右下腹，有明显压痛伴发热，兼有转移下腹部疼痛史，还应考虑阑尾周围脓肿的可能。

2. 半实半囊性肿块 囊性与实性相间的肿块多来自子宫附件组织。

(1) 活动性半实半囊性肿块：肿块位于子宫一侧、边界清楚、表面光滑或呈分叶状、无压痛、一般无症状者，多见于卵巢肿瘤。若伴腹水，卵巢恶性肿瘤居多。

(2) 固定性半实半囊性肿块：肿块位于子宫一侧或直肠子宫陷凹、边界不清楚、表面不规则。若伴腹水、肿块表面可扪及结节者，多数为卵巢恶性肿瘤；若肿块压痛明显且伴发热，应考虑输卵管卵巢脓肿或输卵管积脓的可能。

3. 实性肿块 首先要排除恶性肿瘤的可能。

(1) 活动性实性肿块：肿块边界清楚，表面光滑或呈分叶状、与宫体相连且无症状，多为子宫浆膜下肌瘤或卵巢肿瘤。

(2) 固定性实性肿块：肿块固定于子宫一侧或双侧、表面不规则，尤其是盆腔内可扪及其他结节、伴有腹水或胃肠道症状的患者，多为卵巢恶性肿瘤。若肿块位于下腹部一侧，呈条块状、有轻压痛，伴便秘、腹泻或便秘腹泻交替以及粪中带血者，应考虑结肠癌的可能。双子宫或残角子宫的患者，可于子宫一侧扪及与子宫对称或不对称的肿块，两者相连，质地相同。

(许家珍)

第三节 妇科临床诊断的思维

临床诊断是临床医师对患者所患疾病做出判断性的结论。在现代科学技术条件下，对于某一疾病的诊断思维应包括病因、病理、病变部位、疾病症状、演变过程及转归等的全面认识。确定诊断是复杂的认识过程。诊是诊察，断是判断。只有通过认真细致的诊察，才能做出正确的判断。正确判断通常需要的步骤是：获得能够反映疾病本质的病史、体征、辅助检查等的病情资料，这些资料应该力求全面、系统、客观、真实，这是建立正确诊断的基本依据。随后是对所获得的感性资料进行归纳、分析、鉴别和综合评价，揭示出疾病的本质联系，作出带有判断性的结论。

诊断疾病的过程是富有探索性的、能动的思维过程。在这个过程中，不仅要求临床医师具有必需的医学理论知识，还要求有较丰富的临床实践经验和较强的思维能力。从思维方法上应掌握三项基本原则：要具体认识疾病的个性化，要在整体联系和动态观察中认识疾病的本质，要自始至终坚持医疗实践第一的原则。

(李玉立)

第四节 产科临床思维

产科一向是一门相对独立的学科，在现代医学尚未形成之前，产科就已经存在了，只不过当时的产科比较原始，主要局限于接生，还处于助产学阶段。现代医学的发展只不过百余年的历史，远在人类开始能够看病做手术之前，就已经有相对固定的人员进行接生了，但与其他学科相比，产科的发展相对比较缓慢，进入现代医学发展阶段后，从事其他临床专业的人员都是医生，而从事接生的人员多数没有受过正规的医学教育，或仅仅接受过助产士的培训，这大大阻碍了产科的发展。从助产学发展到产科，经历了比较漫长的阶段。经典意义上的产科主要关注的是分娩，是母亲安全的分娩，胎儿和新生儿并不是关注的重点。直到三四十年前围产医学的创立和发展，才使这一状况发生了改变。与经典产科不同，围产医学开始重视胎儿监护以及新生儿科与产科的合作。在过去的十余年里，围产医学进一步发展为母胎医学，这是第一次真正将胎儿作为患者，将胎儿和母亲置于同等重要的地位。母胎医学整合了产科、新生儿科、小儿外科、内科、影像医学、临床遗传学、临床营养学、胚胎学等，这一发展趋势使得产科从最简单的学科变为相当复杂的学科。这些不同的特点和发展趋势也决定了产科的临床思维的特殊性。

一、产科的临床思维特点

如果说妇科的思维方式基本上类似于外科的话，产科的临床思维和处理方式则类似于许多学科的综合，更像全科医生：像内科医生一样思考问题（think like a physician），像遗传医生一样分析问题（analyze like a geneticist），像外科医生一样解决问题（act like a surgeon），像心理医生一样讨论问题（talk like a psychologist）。

1. 像内科医生一样思考问题 妊娠可以合并任何内、外科疾病，也可以发生一些产科本身的并发症，合并症中以内科疾病多见。随着辅助生殖技术的不断进步，许多以前因为各种内科疾病而无法怀孕的患者也可以怀孕，这些患者的高龄和多胎使得病情变得更加复杂，更严重。而且妊娠本身会使得这些疾病的症状变得不典型，非常不利于早期诊断和早期处理，容易延误病情。妊娠期间除了一些比较特殊的严重情况，一般的处理原则是保守治疗为主，所以思考和处理问题时基本上以内科思维方式为主。在处理产科合并症与并发症时，与内科不一样的是还要考虑到相应的检查与治疗可能给胎儿所带来的伤害。在遵循“First, dono harm”的前提下，产科医生所能够使用的检查与治疗手段又会受到进一步的限制。在妊娠期间，特别是早孕时，一般不建议采用X线检查、CT检查。如果有必要的话，首先推荐MRI检查，因为磁共振不会对胚胎和胎儿的发育造成不良的影响。

2. 像遗传医生一样分析问题 从某种意义上讲，一个好的产科医生本身就应该掌握相应的临床遗传学知识。在产科门诊，经常会遇到一些类似的问题，如“我服用了紧急避孕药，但还是怀孕了，紧急避孕药会不会对孩子有什么不良影响？”；“我的工作需要我每天都使用电脑，这会不会导致胎儿畸形？”；“我最近进行过X线检查，事后才发现我当时已经怀孕了，这个孩子究竟可不可以要？”；“我在早孕期感冒发烧时服用了数种中药和西药，会不会影响胎儿？”；“我表妹生了一个有畸形的孩子，我的孩子有出生缺陷的概率有多大？”；“在中孕期超声检查时，发现胎儿有左心室强光点，要紧吗？”。很显然，想回答这些问题，不具备相应的临床遗传学知识、胚胎学知识和超声学知识是不可能的。如欲给出一个有科学依据、经得起考验的答案，必须认真搜集证据、仔细分析各种可能的影响和不同的结局。对于不能肯定的情况，千万不能随便告诉孕妇直接终止妊娠。一旦终止妊娠过程中出现意外的不良后果，或是导致继发不孕，则随意提出这种终止妊娠建议的医生就会面临比较大的法律风险。

3. 像外科医生一样解决问题 产科危重病例的特点是病情进展快，在很短时间内孕产妇的情况可以急转直下，会突然发生心衰、突然出现胎心消失。但是一旦进行了相应的正确处理，其病情又会短期内很快恢复。产科患者的自然临产时间不受医生的控制，随时都有可能发生，而且晚间临产的概率比较大。分娩过程中会出现各种意外：胎心减速、脐带脱垂、胎盘早剥、羊水栓塞、难产、产后出血等。这些特点决定了产科医生需要非常果断，有很强的判断力和动手能力，善于处理突发事件。因此，产科医生必须具备一个优秀外科医生应该具备的基本素质和能力，否则一个正常的分娩也会被弄得险象环生。

4. 像心理医生一样讨论问题 妊娠与分娩有很多的意外和不确定性，除了孕产妇死亡和围产儿死亡这种对心理有巨大冲击的事件以外，产科还有许多让孕妇本人和其家庭成员焦虑明显增加的情况，例如：孕30~32周早产儿的抢救与放弃，羊水穿刺后胎儿染色体核型的漫长等待，多胎妊娠减胎的选择，产科的子宫切除，等等。对于产科医生来讲，这些情况不过是每天都会发生的临床事件，但是对于“十月怀胎”的孕妇和对于新生命充满期待的家庭成员来讲，哪怕是每一件小事，都是天大的事情。大量的研究证明，这些意外和容易引起焦虑的事件往往会给孕妇和家庭成员带来长达3~6个月的心理影响，不少人需要接受心理治疗或药物治疗。有条件的话，应该由了解产科患者心理的心理医生对孕妇和家庭成员进行相应的心理辅导和治疗。从现实的角度讲，产科医生也应该掌握相应的心理学知识和技术，在第一时间对孕妇和家庭成员进行心理安慰和辅导。因为经过整个孕期的随访，孕妇和

产科医生之间已经彼此相互了解，对于自己的产科医生，孕妇往往会充满信任，也愿意向自己的产科医生进行倾诉。

二、产科医生的“两多一少”

典型的产科医生是话多、直爽、爱动手，但是一个好的产科医生往往不是一个典型的产科医生。由于产科患者（特别是有合并症或并发症者）的病情变化比较快，因此仔细检查、多观察对于早期发现和早期治疗就非常重要。产科病情变化快、充满许多的不确定性，因此需要与孕妇及其家属及时、反复沟通。即多看（see more），多沟通（talk more），少做（do less）。这对于孕妇及其家属理解和遵守医生的处理方案、减少医疗纠纷都有很大的帮助。

“多观察”和“多沟通”比较容易做，但让产科医生“少做”可能会比较困难一些。妊娠与分娩原本是一个自然过程，没有特殊情况时，医生应该尽量减少人为干预。现在的产科实践中，人为干预比比皆是：最大最多的干预就是没有医疗指征的剖宫产，还有引产、人工破膜、静脉点滴缩宫素、扩宫颈、会阴切开、人工剥离胎盘等。几乎分娩的每一个环节都有相应的人为干预的痕迹，而且这些人为干预措施的使用频率越来越高，医生往往会出于“方便或安全考虑”，人为干预每个分娩环节。产科医生应该掌握这些干预技术，但最好是尽量少用或不用。把双手背在身后，只靠“眼睛”和“嘴巴”就能让产妇顺利安全分娩是产科医生的最高境界。

三、权衡母亲和胎儿的利益

现代产科与其他学科最大的不同就是医生管理的对象不是一个，而是两个——母亲和胎儿，这源于多年前的一个提法：fetus as patient（胎儿也是患者）。20年以前，产科的处理原则是“保大人”，也就是主要考虑母亲的安危。随着医学水平的提高和伦理学的发展，胎儿的权利和利益越来越受到重视。孕产妇死亡率得到显著控制使考虑胎儿的利益成为可能，但是两者之间的利益平衡点究竟放在何处还有争议。一个典型的案例是：早发型重度子痫前期究竟何时终止妊娠？终止太早则早产儿的存活率会比较低，即使存活也会有比较高的伤残率；终止太晚，母亲则可能发生致命的严重并发症。在产科临床实践中，这种情况时常出现，面临的选择有三种：以母亲的利益为主、以胎儿的利益为主（伟大的母亲应该为胎儿承担风险）、权衡两者之间的利益。如何选择的确有困难，而且还要考虑由谁来做决定，是孕妇还是其丈夫，或是其他家庭成员一起参与决定？

四、躲不开的伦理学

在妇产科领域里，有两个亚专科和医学伦理学的关系非常密切：辅助生殖和胎儿医学（包括产前诊断与治疗）。产前诊断所应用的一些筛查和诊断方法各有优缺点，不同的筛查方案的假阳性率和假阴性率也各不相同，不少胎儿治疗的手段还处于实验研究阶段，一般的产科医生都无法作出非常好的判断，因此对于没有医学背景的夫妇，知情选择与知情同意就显得十分重要。

一旦发现胎儿有缺陷，如何进一步处理就是一个典型的伦理学问题。如果是严重的出生缺陷，例如唐氏综合征或严重的先天性心脏病，以往的做法是直接建议孕妇终止妊娠，但是这并不符合伦理学的原则。正确的做法是，对于这种严重的出生缺陷，要告知孕妇及其丈