



協和婦產科書系

协和妇产科 操作备忘录

XIEHE FUCHANKE
CAOZUO BEIWANGLU

主 编 邓 姗 郎景和



人民軍醫出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS



協和婦產科書系

协和妇产科操作备忘录

XIEHE FUCHANKE CAOZUO BEIWANGLU

主编 邓 姗 郎景和

编者 (以姓氏笔画为序)

丁国芳 卜建设 王含必 邓 姗 付晨薇
刘 易 刘欣燕 刘海元 孙正怡 孙智晶
宋亦军 宋英娜 陈 飞 陈 蓉 金 滢
高劲松 戚庆煌 尉 楠 彭 萍 彭澍易
董媛媛 潘 慧



人民軍醫出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

协和妇产科操作备忘录 / 邓 珊, 郎景和主编. —北京: 人民军医出版社, 2015.6

ISBN 978-7-5091-7560-6

I . ①协… II . ①邓… ②郎… III . ①妇产科学 IV . ①R71

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 120166 号

策划编辑: 郭 威 文字编辑: 魏 新 陈 鹏 责任审读: 王三荣

出版发行: 人民军医出版社

经销: 新华书店

通信地址: 北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编: 100036

质量反馈电话: (010) 51927290; (010) 51927283

邮购电话: (010) 51927252

策划编辑电话: (010) 51927300—8037

网址: www.pmmp.com.cn

印、装: 北京天宇星印刷厂

开本: 850mm × 1168mm 1/32

印张: 5.5 字数: 218 千字

版、印次: 2015 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

印数: 0001—3000

定价: 32.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换

本书是为妇产科医师有效应对“妇产科专科医师培训需要掌握技能”“临床医学学生基本技能和操作”“教育部医学生临床能力认证范畴”“国家执业医师资格基本实践技能”等诸多技能实践培训与考核，组织编写而成，旨在协助妇产科医师理清各阶段不同操作的要求，既可获得系统性知识梳理，也可以方便应对各种考核。书中对妇产科实习阶段和住院医师阶段的各项操作技术，做了细致描述，配以表格和图像说明，并对部分相关知识要点做了拓展说明，以完善读者的知识结构。全书共分两部分，第一部分为实习阶段的基础训练，讲述了内科和外科基础操作，第二部分为住院医师专科训练，内容包括门急诊操作、产科操作、与计划生育相关的操作、妇科内分泌部分操作和妇科肿瘤方面的操作。无论哪级学生或妇产科医师都可以通过此书获得准确的技术操作指导。

序

Foreword

2003年，邓姗大夫把《协和妇产科临床备忘录》推出问世，反映颇佳，2008年又再版再印刷。之后协和妇产科又相继编出了《协和住院医师手册》、《协和妇产科临床诊治指南》《协和妇科肿瘤手册》和《效率手册》等，可谓一石激起千层浪！说明我们重视了临床基础教育、临床规范实施以及调动了中青年学者的工作与写作热情。

这部《协和妇产科操作备忘录》更加体现临床基础教育和训练。从实习医师到住院医师，从技能操作到认证资质，提供了全面、准确的培训要求和具体指导，是备忘、是手册、是指南。

“备忘录”以协和传统的技术操作和经验为基础，又与卫生与教育部门的要求与规则相结合，形成规范的、实用的、可推广的、可持续发展的技术操作参考书。

我们期望这部“备忘录”体现妇产科学的特点，“即动脑又动手”。实习医师、住院医师实际是“医学徒”，主要任务是把书本上学的理论和知识变成自己的临床技能和经验，包括基本的技术操作。可见“备忘”是“必需”矣！

我们期望这部“备忘录”，不仅是协和大夫的“必读”，其他医院的同道也能参阅，以求切磋交流，共同提高。

我们期望这部“备忘录”，不仅是青年医师的随身手册，也可供高年医师参考，立足规范，教学相长。

我们期望这部“备忘录”，在规范化、个体化、微创化和人性化的诊治原则下发挥作用，达到优化诊疗、经济诊疗和安全诊疗。

感谢北京协和医院妇产科的青年朋友们在繁忙的医、教、研工作之余，

把“备忘录”的编撰当作一种责任奋发努力、优异完成，当然还有其背后的热情师长和强大团队。

中国工程院院士

北京协和医院

郎景和

二〇一四年春

前言

Preface

医学是一门实践性科学，临床医师不仅需要具备良好的医德素养、厚实的专业理论知识，还必须掌握过硬的临床实践技能，临床技能的培养是塑造合格临床医师的基础和必经之路。为进一步提高医疗服务质量，引领医学教育的改革，教育部和卫生部从2010年开始举办“高等医学院校大学生临床技能竞赛”，现已吸引全国90%设置本科临床医学专业的普通高等院校参赛，代表了现今中国高等医学院校大学生竞赛的最高水平。协和虽然没有派学生参赛，却派出不少“老师”参与了裁判工作。作为此项大赛的见证者，不免为如火如荼的医学教学竞赛所感染和冲击。尽管由于种种原因，协和不见得会参加这样的赛事，但我们还是想从“协和”的视角体悟操作的深意和技巧，并帮助学生和年轻的同道研修一份“比武秘籍”，不只是为了比赛和考试，更为“传道、授业、解惑”的严谨与求精。

其实，绝大多数医学生不必经历赛事的磨炼，也一样要走上医疗岗位，懂操作、会操作是每一次晋升都不可或缺的。从医学生到有执照的医师，首先要通过“国家医师资格考试”，需先后通过实践技能和综合理论的考试才能获得基本的“执业资格”。随后进入专科培训阶段，培训期末的第二次阶段性考核仍设置专业理论和临床技能考核，只有全部通过才能顺利晋升。到了中、高级职称，又需要逐步精修各种手术操作，并以形成专长为佳。设置层层考核，不仅为了敦促医师个人提高医疗能力和水平，更是要保证医疗服务的安全，维护其尊严。尽管纯粹的技能操作（不包括病史采集、全身体格检查和书写病历等）仅占百分制考试的10～20分，其意义却远远不止这样的分值比例所能代替。

近年来，协和妇产科培训的医师也不断有考核落马的现象，个人和科室

都面临一定压力。在抱怨培训体系不同，思路、常规有差异外，还是要拷问自己的缺漏在哪里？有位名人的话很有道理：成功无须解释，失败更无须解释，如果失败通过解释就能扭转，那么世界上就不存在失败这回事儿。我们能做的，也是最该做的，还是加强学习，在失误的环节温故而知新，以备再战。

本书就是在上述种种前提下应运而生的。我们组织基地住院医师完成初稿，再借着教育处组织编写临床技能培训指南和全院组织修订诊疗常规的东风，请年富力强的副高为主的上级医师完成审校，又一本承载协和传统和新知的备忘录呈现于眼前。

愿它从另一角度引领读者感知协和、融入协和。

邓 珊

2014年3月

第一部分 实习阶段的基础训练**第1章 内科基础 /2**

- 一、静脉穿刺术 /2
- 二、动脉穿刺术 /3
- 三、导尿术 /4
- 四、心电图操作 /5
- 五、心肺复苏术 /7

第2章 外科基础 /12

- 一、洗手法(刷手) /12
- 二、手术区消毒 /12
- 三、铺巾 /13
- 四、穿手术衣和戴手套 /15
- 五、换药 /16
- 六、拆线 /18
- 七、外科手术基本操作 /20

第二部分 住院医师的专科训练**第3章 门/急诊 /36**

- 一、妇科检查法 /36
- 二、阴道分泌物检查 /42

三、宫颈细胞学检查 /47

四、阴道镜检查 /50

五、阴道后穹穿刺术 /53

六、诊断性刮宫术 /56

七、子宫内膜活检术 /58

八、外阴活检术 /59

九、宫颈活检术 /60

十、巴氏腺囊肿袋形切除术 /62

第4章 产科 /63

一、产科检查 /63

二、妊娠图 /68

三、胎心监护 /70

四、妊娠晚期引产术 /74

五、人工破膜术 /78

六、产程图 /79

七、宫颈封闭术 /81

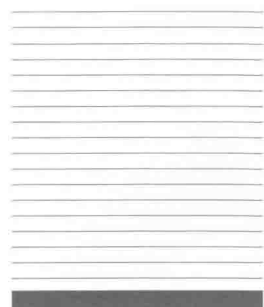
八、阴部神经阻滞麻醉术 /82

九、会阴左中侧切+缝合术 /83

十、正常产接生 /85

十一、胎头负压吸引术 /86

十二、产钳术（低位） /88	二、输卵管通畅性检查技术 /136
十三、人工胎盘剥离术 /90	
十四、产后刮宫术 /92	第7章 妇科肿瘤 /141
十五、剖宫产术 /92	一、鼻胃管置管术 /141
十六、新生儿处理 /98	二、中心静脉压测定 /144
十七、新生儿窒息复苏 /99	三、胸腔穿刺术 /145
	四、腹腔穿刺术 /148
第5章 计划生育 /107	五、腰椎穿刺术 /149
一、人工流产 /107	六、中心静脉穿刺置管术 /151
二、中期妊娠引产 /113	七、清创术 /156
三、宫内节育器操作 /116	
第6章 妇科内分泌 /123	附录A 考核要求对比列表 /159
一、妇科内分泌检查 /123	参考文献 /163



第一部分 实习阶段的基础训练

第1章 内科基础

☐ 临床医学生基本技能和操作

☒ 教育部医学生临床能力认证范畴

☐ 妇产科专科医师培训需掌握技能

☒ 国家执业医师资格基本实践技能

注：若皮下脂肪较厚，则需触摸寻找有弹性和张力的管状结构

一、静脉穿刺术

【目的】

- 留取静脉血标本行化验检查。
- 需要开放静脉通路。

【禁忌证】

- 穿刺部位感染。
- 有明显出血倾向者为相对禁忌。

【操作步骤】以肘静脉穿刺为例：

- 确定穿刺部位，患者取平卧位或坐位，显露前臂和上臂，上臂稍外展，于肘横纹上方约5cm处扎止血带，嘱患者握拳。此时，肘前静脉充盈而显现。
- 消毒穿刺部位皮肤。
- 穿刺，左手拇指于静脉穿刺部位下端绷紧皮肤，右手拇指和中指持针筒，示指固定针头下座，针头斜面和刻度向上。沿静脉走行，与皮肤呈 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 快速刺入皮肤，见到回血后，将针头再向前送入少许，抽取所需血量。
- 采血完毕后，松开止血带，嘱患者松拳，拔针并用无菌棉签压迫穿刺点3 ~ 5min。
- 按需要和规定放置血样并处理针头和注射器。

【注意事项】

- 采血前应根据检查项目提前告知患者应做的准备，如禁食、避免油腻饮食等。
- 根据检查项目准备好相应试管（干燥试管或含抗凝剂试管，细化为不同颜色的管帽），并计算好所需血量。
- 留取血标本时，有负压的试管将针头刺入后顺其自然回抽入血液，避免加压快注以发生溶血。普通试管应拔去针头，沿管壁缓缓推入血液，避免出现泡沫。
- 充分按压是预防穿刺部位出血的重要手段。一旦出现局部血肿，先冷敷，24h后可热敷。

（邓 妍）

二、动脉穿刺术

【目的】

- 留取动脉血标本行血气分析。
- 有创动脉血压监测。

【操作步骤】以桡动脉穿刺为例（图1-1）。

- 患者前臂外展，掌心向上，手腕下最好放个小垫枕，穿刺部位在掌横纹上1~2cm动脉搏动明显处。
- 消毒穿刺部位皮肤及操作者左手的示指、中指和环指。以左手示指和中指在该处两侧相距约1cm，按压固定预穿刺的动脉。
- 右手持血气针，在两指间垂直或与动脉走向呈约45°逆血流方向穿刺。有血液顶入注射器，说明针头已进入动脉中。
- 采集1~2ml血样后，迅速拔出针头，按压穿刺点5~10min。
- 排出注射器中的气泡，针头插入橡皮塞，30min内送检。申请单中注明患者吸氧的浓度和最近的血红蛋白浓度。

- | | |
|-------------------------------------|----------------|
| ☐ | 临床医学生基本技能和操作 |
| ☒ | 教育部医学生临床能力认证范畴 |
| ☐ | 妇产科专科医师培训需掌握技能 |
| ☒ | 国家执业医师资格基本实践技能 |

注：切忌粗暴地反复穿刺，以免造成动脉壁损伤和出血

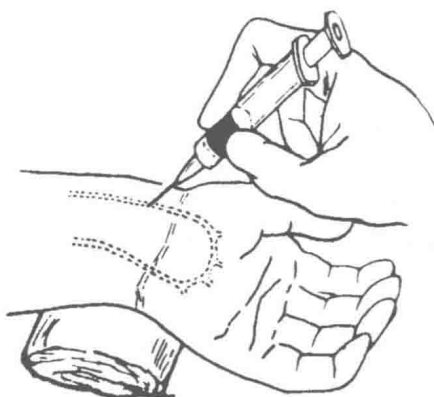


图1-1 桡动脉穿刺

【并发症及其处理】

- 穿刺部位出血。
- 血栓形成：多见于反复穿刺和过度按压的情况。

注: Allen 试验。术者双手压迫患者的尺、桡动脉,嘱患者反复握拳和放松5~7次直至手掌变白。松开对尺动脉的压迫,若手掌在10s内颜色恢复正常为阳性。阴性则提示尺、桡动脉间侧支循环不良

- 手掌缺血:可发生于Allen试验阴性的患者,建议穿刺前常规行Allen试验。
- 感染:严格无菌操作是关键。

(邓 姗)

- ☒ 临床医学学生基本技能和操作
 - ☒ 教育部医学生临床能力认证范畴
 - ☐ 妇产科专科医师培训需掌握技能
 - ☒ 国家执业医师资格基本实践技能

三、导尿术

【目的】

■ 诊断

- (1) 获取无污染尿样。
- (2) 测定残余尿量。
- (3) 行膀胱尿道造影时经导尿管灌注造影剂。
- (4) 尿流动力学测定膀胱尿道功能等检查。

■ 治疗

- (1) 缓解尿潴留。
- (2) 术中或危重患者监测尿量。
- (3) 下尿道手术后膀胱引流。
- (4) 神经性膀胱间歇导尿及膀胱内注射药物。

【禁忌证】相对禁忌证如下:

- 急性尿路感染。
- 严重的全身出血性疾病。
- 尿道狭窄及先天性畸形无法留置尿管者。

【操作步骤】妇产科只涉及女性导尿。

- 患者取仰卧位,两腿屈曲略外展,显露局部区域,将一次性垫巾铺于患者臀下。
- 消毒外阴,以左手拇指和示指翻开小阴唇暴露尿道口,以络合碘棉球自尿道口向外旋转擦拭数次,铺无菌孔巾。
- 检查导尿管是否通畅,并确认球囊没有泄漏。
- 再次消毒尿道口。
- 将导尿管前端润滑后缓慢插入约5cm,见尿液流出再插入2~3cm。

- 向球囊中注入 5 ~ 10ml 生理盐水，而后回拉球囊使其位于膀胱颈。
- 连接无菌尿袋。

【并发症及其处理】

- 拔管困难：避免未抽净球囊内液体，盲目拔管。
- 尿管阻塞。
- 尿路感染或结石：长期留置导尿管导致尿路感染是不可避免的，嘱患者多饮水，预防性应用小剂量抗生素或中成药治疗。
- 尿道损伤：导尿管过粗，球囊在尿道内扩张或尿管粗暴脱出都可能对尿道造成损伤。
- 球囊破裂导致膀胱异物。
- 对膀胱过度充盈者，放尿宜缓慢，一次放尿不超过 1000ml，以防虚脱或膀胱内出血。
- 长期留置尿管，每天应更换尿袋，导尿管定期更换，最好能接冲洗装置。

(邓 珊)

四、心电图操作

【目的】完成床旁心电图。

【适应证】

- 胸痛、胸闷、上腹不适等可疑急性心力衰竭、心肌梗死、肺栓塞者。
- 心律失常者。
- 黑矇、晕厥、头晕等可疑心功能异常者。
- 了解某些药物对心脏的影响，如洋地黄、奎尼丁等抗心律失常药。
- 了解某些电解质异常对心脏的影响，如钾、钙等。
- 心肌梗死的演变与定位。
- 大型手术的围术期监测等。

【操作步骤】

- 检查心电图机及其配件完备。
- 接好电源，打开心电图机，标定方波电压为 1mV=10mm。

- | | |
|-------------------------------------|----------------|
| ☒ | 临床医学生基本技能和操作 |
| ☒ | 教育部医学生临床能力认证范畴 |
| ☐ | 妇产科专科医师培训需掌握技能 |
| ☒ | 国家执业医师资格基本实践技能 |

注：内侧皮肤较外侧皮肤细腻阻抗小，尽量避免用生理盐水或自来水处理皮肤

注：遇有心律失常应做长程记录，做多导联同步记录最好

■ 连接肢导电极，应选择两上肢内侧腕关节和两下肢内距小腿关节上方5 ~ 6cm处，将导电糊涂于放置电极处的皮肤。

■ 严格按照统一标准，准确安放常规十二导联探查电极，放置如下。

肢体导联：RA——右上肢（红色）

LA——左上肢（黄色）

RL——右下肢（黑色）

LL——左下肢（绿色）

胸前导联（图1-2）：V₁——胸骨右缘第4肋间

V₂——胸骨左缘第4肋间

V₃——V₂和V₄连线中点

V₄——左锁骨中线第5肋间

V₅——左腋前线与V₄同一水平

V₆——左腋中线与V₄同一水平

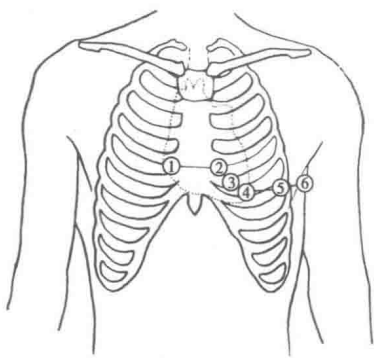


图1-2 胸前导联位置

注：每张心电图都要注明患者姓名、性别、年龄，检查日期和时间及体位

■ 描记心电图：纸速25mm/s，每个导联记录长度不少于3 ~ 4个完整的心动周期。

（邓 珊）

五、心肺复苏术

【目的】

- 心肺复苏术 (cardiopulmonary resuscitation, CPR) 早期识别心搏骤停并启动紧急医疗抢救措施, 尽快重建循环及呼吸, 拯救生命。

【适应证】 患者无反应, 同时无正常呼吸或完全无呼吸的患者。

【操作步骤】

■ 识别

- (1) 判断意识 (5s内完成): 拍患者双侧肩部, 并呼唤患者, 看患者是否有反应。
- (2) 自主呼吸停止的判断 (5s内完成): 看是否有呼吸动作, 无正常呼吸 (临终呼吸) 等同于呼吸停止。
- (3) 大动脉搏动的判断 (5 ~ 10s完成): 用食指及中指指尖触及气管正中, 向靠近抢救者一侧滑动 2 ~ 3cm, 触诊颈动脉 (在甲状软骨水平胸锁乳突肌内侧), 见图1-3。

- | | |
|-------------------------------------|----------------|
| ☒ | 临床医学生基本技能和操作 |
| ☒ | 教育部医学生临床能力认证范畴 |
| ☐ | 妇产科专科医师培训需掌握技能 |
| ☒ | 国家执业医师资格基本实践技能 |

注: 2010年版指南删除了“看、听、感觉”的步骤以节省时间。另外强调专业人员判断大动脉搏动是否消失

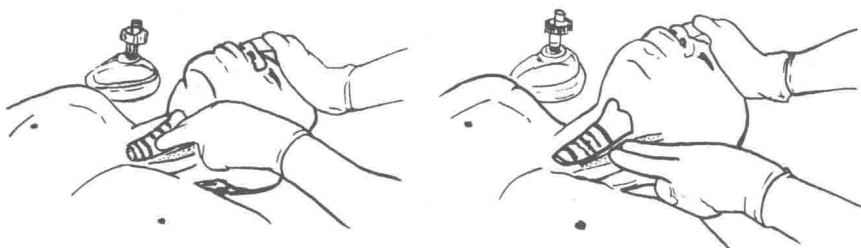


图1-3 检查颈动脉搏动

- 胸外按压: 立即开始有效的胸外按压是心搏骤停复苏的最基础抢救。

- (1) 体位: 患者平卧, 置于硬板床或地上, 撤出枕头及一切垫于头部的物品。
- (2) 部位: 胸骨下半部分。
- (3) 方法: 一手掌根部放于按压处, 另一手掌重叠于手背, 两手交叉互扣, 指尖抬起, 避免接触胸壁, 双臂伸直并与患者胸壁呈垂直方向, 双肩在胸骨正上

注: 新指南CPR程序改为C-A-B, 强调避免延误首次按压。尽量减少中断按压, 每次按压后, 让胸廓完全反弹, 按压与放松时间相同。如果有多名救护者在场, 应每2分钟 (5轮) 轮换按压。单人CPR首先进行30次胸外按压, 而非2次通气