

现代妇产科 护理精粹

胡玉清 ◎著

天津出版传媒集团

 天津科学技术出版社

现代妇产科护理精粹

胡玉清 ◎ 著

天津出版传媒集团

 天津科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

现代妇产科护理精粹 / 胡玉清著. -- 天津: 天津
科学技术出版社, 2018.1
ISBN 978-7-5576-4517-5

I. ①现… II. ①胡… III. ①妇产科学-护理学
IV. ①R473.71

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第038712号

责任编辑: 孟祥刚

责任印制: 王莹

天津出版传媒集团 出版
 **天津科学技术出版社**

出版人: 蔡颢

天津市西康路35号 邮编 300051

电话 (022) 23332397

网址: www.tjkjcs.com.cn

新华书店经销

北京虎彩文化传播有限公司印刷

开本 787 × 1092 1/16 印张 25.25 字数 600 000
2018年1月第1版第1次印刷 2018年9月第2次印刷
定价: 126.00元

前 言

随着社会经济的发展与人们的文化水平的提高,人们在医院就诊时的要求也越来越高。妇产科作为各医院的重要科室,由于其特殊性、工作量大,导致护理人员在护理中的风险也相应增多。因此,妇产科护理越来越受到各医院的重视。

本书共二十章,主要介绍了临床妇产科常见疾病的诊断治疗与护理知识,内容翔实,结构安排严谨,可作为妇产科临床护理人员参考使用。

由于编者的能力和水平有限,书中定有不完善之处,敬请专家、同行和读者提出宝贵意见和建议,以求改进。

编 者

目 录

第一章 妇产科常用检查方法	(1)
第二章 妇产科常用护理技术	(22)
第三章 妇产科常见助产手术	(28)
第四章 女性生殖系统炎症患者的护理	(39)
第一节 概述	(39)
第二节 外阴炎患者的护理	(41)
第三节 阴道炎患者的护理	(45)
第四节 宫颈炎患者的护理	(54)
第五节 盆腔炎性疾病患者的护理	(60)
第六节 生殖器结核患者的护理	(67)
第七节 淋病与尖锐湿疣患者的护理	(72)
第八节 梅毒患者的护理	(78)
第九节 获得性免疫缺陷综合征患者的护理	(81)
第五章 女性生殖器官肿瘤患者的护理	(85)
第一节 外阴癌患者的护理	(85)
第二节 子宫颈癌患者的护理	(90)
第三节 子宫肌瘤患者的护理	(96)
第四节 子宫内膜癌患者的护理	(100)
第五节 卵巢肿瘤患者的护理	(106)
第六章 妊娠滋养细胞疾病患者的护理	(114)
第一节 葡萄胎患者的护理	(114)
第二节 侵蚀性葡萄胎与绒毛膜癌患者的护理	(119)
第七章 妇科内分泌疾病患者的护理	(133)
第一节 功能失调性子宫出血患者的护理	(133)
第二节 经前期综合征患者的护理	(138)
第三节 闭经患者的护理	(141)
第四节 围绝经期综合征患者的护理	(145)

第八章 子宫内膜异位症和子宫腺肌病患者的护理	(151)
第一节 子宫内膜异位症患者的护理	(151)
第二节 子宫腺肌病患者的护理	(157)
第九章 女性盆底功能障碍性疾病患者的护理	(159)
第一节 盆腔器官脱垂患者的护理	(159)
第二节 压力性尿失禁患者的护理	(165)
第三节 生殖道瘘患者的护理	(168)
第十章 妊娠期妇女及其家庭护理	(174)
第一节 妊娠生理	(174)
第二节 妊娠期母体变化	(183)
第三节 妊娠诊断	(189)
第四节 产前护理评估	(194)
第五节 妊娠期健康指导	(201)
第六节 分娩准备	(209)
第十一章 分娩期妇女及其家庭护理	(214)
第一节 决定分娩的因素	(214)
第二节 分娩机制	(221)
第三节 产程的分期及护理	(224)
第四节 产程对母亲及胎儿的影响	(237)
第十二章 产褥期妇女及其家庭护理	(240)
第一节 产褥期妇女及家庭调适	(240)
第二节 产褥期妇女的护理	(247)
第三节 母乳喂养	(251)
第十三章 正常新生儿的护理	(257)
第十四章 高危妊娠监护	(266)
第一节 高危妊娠常见的监护方法	(266)
第二节 接受高危妊娠监护孕妇的护理	(272)
第十五章 妊娠并发症妇女的护理	(275)
第一节 妊娠早期出血性疾病妇女的护理	(275)
第二节 妊娠晚期出血性疾病妇女的护理	(284)
第三节 妊娠期高血压疾病妇女的护理	(285)
第四节 早产妇女的护理	(293)
第五节 双胎妊娠妇女的护理	(296)
第六节 母儿血型不合妇女的护理	(299)
第七节 胎儿生长受限妇女的护理	(303)

第八节 羊水异常妇女的护理 (307)

第十六章 妊娠合并症妇女的护理 (312)

第一节 妊娠合并心脏病妇女的护理 (312)

第二节 妊娠合并糖尿病妇女的护理 (324)

第三节 妊娠合并急性病毒性肝炎妇女的护理 (325)

第四节 妊娠合并贫血妇女的护理 (330)

第五节 妊娠合并急性肾盂肾炎妇女的护理 (339)

第十七章 异常分娩妇女的护理 (342)

第一节 产力异常 (342)

第二节 产道异常 (348)

第三节 胎儿异常 (351)

第十八章 分娩期并发症妇女的护理 (355)

第一节 胎膜早破的护理 (355)

第二节 子宫破裂的护理 (357)

第三节 胎儿窘迫的护理 (360)

第四节 羊水栓塞的护理 (363)

第五节 产后出血的护理 (366)

第十九章 异常产褥妇女的护理 (370)

第一节 产褥感染妇女的护理 (370)

第二节 晚期产后出血妇女的护理 (374)

第三节 产褥期抑郁症妇女的护理 (377)

第二十章 遗传咨询与产前诊断 (381)

第一节 遗传咨询 (381)

第二节 遗传筛查 (388)

第三节 产前诊断 (390)

参考文献 (394)

第一章 妇产科常用检查方法

一、妇科盆腔检查

妇科盆腔检查范围包括外阴、阴道、宫颈、宫体及双侧附件。检查方法包括外阴部检查、阴道窥器检查、双合诊、三合诊及直肠一腹部检查。

(一)物品准备

无菌阴道窥器、一次性无菌手套、长镊子、宫颈刮板、载玻片、棉拭子、消毒液、碘伏溶液、生理盐水等。

(二)检查内容及方法

1. 外阴部检查

观察外阴发育、阴毛多少和分布情况,有无畸形、水肿、炎症、溃疡、赘生物或肿块,注意皮肤和黏膜色泽、有无萎缩、增厚或变薄等。注意处女膜是否完整,有无会阴侧切或陈旧性撕裂瘢痕。必要时让患者用力向下屏气,观察有无阴道前壁或后壁膨出、子宫脱垂及尿失禁等。

2. 阴道窥器检查

根据患者阴道口大小和阴道壁松弛情况,选用大小合适的阴道窥器。放置窥器时,应先将阴道窥器两叶合拢,用润滑剂(生理盐水、石蜡油或肥皂液)润滑两叶前端以减轻插入阴道口时的不适感。左手示指和拇指将两侧小阴唇分开,暴露阴道口,右手持阴道窥器斜行插入阴道口,沿阴道后壁缓慢插入阴道内,边旋转边向上向后推进,并将两叶转平,张开,直至完全暴露宫颈。取出阴道窥器时应将两叶合拢后退出,以免小阴唇和阴道壁黏膜被夹入两叶侧壁间而引起患者剧痛或不适。

阴道窥器检查内容包括宫颈和阴道。检查宫颈时,暴露宫颈后,观察宫颈大小、颜色、外形,有无出血、糜烂、撕裂、外翻、腺囊肿、损伤、息肉、赘生物、畸形,宫颈管内有无出血或分泌物。检查阴道时,放松阴道窥器侧部螺丝,旋转阴道窥器,观察阴道前后壁和侧壁黏膜颜色、皱襞多少,是否有阴道隔或双阴道等先天畸形,有无溃疡、赘生物或囊肿等,并注意阴道分泌物的量、性状、色泽,有无臭味。

3. 双合诊

检查者一手示指和中指涂擦润滑剂后伸入阴道内,另一手放在腹部配合检查,此为双合诊检查。逐步检查阴道、宫颈、子宫、输卵管、卵巢及宫旁结缔组织和韧带,以及盆腔内壁情况。双合诊可以检查阴道通畅度和深度,有无先天畸形、瘢痕、结节或肿块;触诊宫颈的大小、形状、硬度及宫颈外口接触性出血和宫颈举痛;扪诊子宫体位置、大小、形状、软硬度、活动度以及有无压痛;触摸子宫附件处有无肿块、增厚或压痛,以及肿块的位置、大小、形状、活动度、与子宫的关系、有无压痛等。

4. 三合诊

检查者一手的示指放入阴道内,中指放入直肠内,另一手在腹部配合检查,此为三合诊检

查。检查内容除与双合诊相同外,还可扪清后倾或后屈子宫的大小,清楚地了解盆腔后壁的情况,可发现子宫后壁、直肠子宫陷凹、宫骶韧带及双侧盆腔后壁的病变,估计癌肿浸润盆壁的范围,以及扪诊阴道直肠隔、骶骨前方及直肠内有无病变等。

5. 直肠-腹部诊

一手示指伸入直肠,另一手在腹部配合检查称为直肠-腹部诊,一般适用于未婚、阴道闭锁或经期不宜作阴道检查者。

(三) 记录

通过盆腔检查,应将检查的结果按解剖部位先后顺序记录。

1. 外阴

发育情况、阴毛分布形态、生产类型及有无异常。

2. 阴道

是否通畅,黏膜情况,分泌物量、色、性状及有无臭味。

3. 子宫颈

大小、硬度,有无糜烂、撕裂、息肉、腺囊肿,有无接触性出血、宫颈举痛等。

4. 子宫体

位置、大小、硬度、活动度、有无压痛等。

5. 附件

有无块物、增厚、压痛。如扪及块物,记录其位置、大小、硬度、表面光滑与否、活动度、有无压痛,与子宫及盆壁关系,左右两侧情况分别记录。

(四) 注意事项

(1) 检查前医护人员应向患者做好解释工作,检查时仔细认真,动作轻柔。

(2) 检查前患者应自行排空膀胱,必要时导尿排空膀胱,粪便充盈者应在排便或灌肠后进行。

(3) 每检查一人,应更换置于臀部下面的垫单(或塑料布、纸单)、无菌手套和检查器械,以防交叉感染。

(4) 除尿瘘患者有时需取胸膝位外,一般妇科检查均取膀胱截石位。

(5) 对于无性生活史患者,严禁作阴道窥器检查或双合诊检查,应行直肠-腹部诊。若必须作阴道窥器或双合诊检查时,应征得患者及其家属同意后方可进行。男性医务人员对未婚者进行检查时,需有其他女性在场,以减轻患者紧张心理和避免发生不必要的误会。

二、生殖道细胞学检查

临床上通过观察女性生殖道脱落上皮细胞,目的是了解其生理和病理变化。阴道脱落细胞主要来自于阴道上段和宫颈阴道部,也可以来源于宫腔、输卵管、卵巢和腹腔上皮。受卵巢激素的影响,阴道上皮细胞会出现周期性变化。检查阴道脱落细胞可反映女性体内性激素水平,又可协助诊断生殖道不同部位的恶性肿瘤,并观察其治疗效果。但是阴道脱落细胞检查发现恶性细胞却不能定位,只能作为初步筛选,需进一步行组织学检查才能确诊。而且一次阴道脱落细胞涂片只能反映当时的卵巢功能,需定期连续观察才能正确掌握卵巢的动态变化。

(一)正常女性生殖道脱落细胞的类型及其形态特征

1.鳞状上皮细胞

阴道及宫颈阴道部上皮细胞均为鳞状上皮细胞,其结构、功能和细胞形态极为相似;分为表层、中层和底层,其生长与成熟受卵巢雌激素影响。女性一生中不同时期及月经周期中不同时间,各层细胞比例均不相同。细胞由底层向表层逐渐成熟。鳞状细胞的成熟过程是:细胞由小逐渐变大;细胞形态由圆形变为舟形、多边形;胞浆染色由蓝染变为粉染;胞质由厚变薄;胞核由大变小,由疏松变为致密。

(1)底层细胞:相当于组织学的深棘层,又分为内底层细胞和外底层细胞。内底层细胞,又称生发层,只含一层基底细胞,是鳞状上皮再生的基础。表现为:圆形或卵圆形,大小为中性粒细胞的4~5倍,胞质幅缘与胞核直径之比为1:1,巴氏染色胞质蓝染。育龄妇女的阴道涂片中此种细胞不出现。外底层细胞,细胞圆形或椭圆形,比内底层细胞大,约为中性粒细胞的8~10倍,胞质幅缘大于胞核直径;巴氏染色胞质淡蓝;染色质细而疏松。卵巢功能正常时,涂片中很少出现。雌激素低下或宫颈炎炎症明显时可出现。

(2)中层细胞:相当于组织学的浅棘层。接近底层者细胞呈舟状;接近表层者细胞大小与形状接近表层细胞。胞质巴氏染色淡蓝,核呈圆形或卵圆形,染色质疏松为网状核。妊娠期、绝经期雌激素缺乏时,涂片中以中层细胞为主。

(3)表层细胞:相当于组织学的表层。细胞大,为多边形,胞质薄,透明;胞质粉染或淡蓝,核居中、小、圆缩。核固缩是鳞状细胞成熟的最后阶段。表层细胞是育龄妇女宫颈涂片中最常见的细胞。

2.柱状上皮细胞

又分为宫颈黏膜细胞及子宫内膜细胞。

(1)宫颈黏膜细胞:有黏液细胞和带纤毛细胞两种。在宫颈刮片及宫颈管吸取物涂片中均可找到。黏液细胞呈高柱状,核在底部,呈圆形或卵圆形,染色质分布均匀,胞质易分解而留下裸核。带纤毛细胞呈立方形或矮柱状,带有纤毛,核为圆形或卵圆形,位于细胞底部。涂片中纤毛柱状细胞常成群整齐排列,很少重叠,多见于绝经后。

(2)子宫内膜细胞:较宫颈黏膜细胞小,细胞为低柱状,约为中性粒细胞的1~3倍。核呈圆形,核大小、形状一致,多成堆出现,胞质少,边界不清。根据其雌激素水平的不同,子宫内膜细胞可分为周期性和萎缩性两种类型。

3.非上皮成分

如吞噬细胞、血细胞(白细胞、淋巴细胞、红细胞)等。

(二)生殖道脱落细胞学检查的适应证与禁忌证

1.适应证

(1)宫颈癌早期筛查,30岁以上已婚妇女应每年检查1次。

(2)宫颈炎症需除外癌变者。

(3)怀疑宫颈管恶性病变者。

(4)卵巢功能检查,适用于卵巢功能低下、功能失调性子宫出血、性早熟等患者。

(5)胎盘功能检查,适用于妊娠期间怀疑胎盘功能减退者。

2. 禁忌证

生殖器急性炎症和月经期禁忌检查。

(三) 涂片种类与标本采集方法

1. 物品准备

无菌阴道窥器 1 个、宫颈刮片 2 个或宫颈刷 1 个、载玻片 2 张、无菌干燥棉签及棉球, 装有固定液(95%的乙醇)标本瓶 1 个。

2. 涂片种类

主要包括阴道涂片、宫颈刮片、宫颈管涂片以及宫腔吸片等。

3. 标本采集方法

采集标本前 24 小时内禁止性生活, 禁止阴道检查和阴道用药。

(1) 阴道涂片: 未孕妇女可了解其卵巢功能, 孕妇主要了解其胎盘功能。受检者取膀胱截石位。对已婚妇女, 一般在阴道侧壁上 1/3 处轻轻刮取分泌物及细胞, 薄而均匀地涂于载玻片上, 置于 50% 乙醇内固定。对未婚妇女用卷紧的无菌棉签先在生理盐水中浸湿后, 伸入阴道侧壁上 1/3 处涂抹, 取出棉签, 横放玻片上向一个方向滚涂, 置于 95% 乙醇溶液内固定。

(2) 宫颈刮片: 是筛查早期宫颈癌的重要方法。取材应在宫颈外口鳞柱状上皮交接处, 以宫颈外口为圆心, 将木质小脚刮板轻轻刮取一周, 避免损伤组织引起出血影响检查结果。白带过多者, 应先用无菌干棉球轻轻擦净黏液, 再刮取标本, 然后均匀地涂在玻片上并固定。近年来使用宫颈双取器可同时采取宫颈鳞柱状上皮交接处及宫颈管上皮两处的标本。宫颈双取器顶端为毛刷, 下连一个可活动的有毛刷的棱形架, 架下方为一带活动套管的长柄。取材时, 将双取器顶端的毛刷送入宫颈管内, 带有毛刷的棱形架的斜面贴于宫颈外口表面, 转动一周, 取出双取器, 将套管上移, 棱形架和毛刷成一直线, 在玻片上向一个方向涂片, 涂片经固定液固定后显微镜下观察。

(3) 宫颈管涂片: 用于了解宫颈管内情况。先用无菌干棉球将宫颈表面分泌物擦拭干净, 用小型刮板放入宫颈管内, 轻轻刮取一周后, 再涂片并固定。但是此法获取细胞数目较少, 制片效果不理想。目前, 最好采用液基薄层细胞学技术, 利用特制的“宫颈取样刷”在宫颈管内旋转 360 度, 刷取宫颈管上皮后取出, 立即将宫颈取样刷放置在特制的细胞保存液内, 通过离心或滤过膜、分离血液与黏液, 使上皮细胞均匀地分布在玻片上, 从而提高了识别宫颈鳞状上皮低度和高度病变的灵敏度。

(4) 宫腔吸片: 宫腔内疑有恶性病变时, 可采用宫腔吸片。先作妇科检查, 明确子宫大小及位置, 消毒外阴、阴道及宫颈口。选择直径 1~5mm 不同型号塑料管, 一端连于干燥消毒的注射器, 另一端用大镊子轻轻放入宫底部, 上下左右转动方向, 吸取标本并涂片、固定、染色。需要注意的是, 取出吸管时停止抽吸, 以免将宫颈管内容物吸入。另外, 宫腔吸片标本中可能含有输卵管、卵巢或盆腹腔上皮细胞等成分。

(四) 结果判定及临床意义

1. 生殖道脱落细胞在内分泌检查方面的应用

生殖道鳞状上皮细胞的成熟程度与体内雌激素水平成正比。雌激素水平越高, 阴道上皮细胞分化越成熟。因此, 观察阴道鳞状上皮细胞各层细胞的比例, 可反映体内雌激素水平。临

床上常用的反应体内雌激素水平的 4 种指数是:成熟指数、致密核细胞指数、嗜伊红细胞指数和角化指数。阴道细胞学卵巢功能检查最常用的是成熟指数,计算阴道上皮 3 层细胞百分比。按底层/中层/表层顺序写出,如底层 5、中 60、表层 35,成熟指数应写成 5/60/35。若底层细胞百分率高称左移,表层细胞百分率高称右移,中层细胞百分率高称居中。3 层细胞百分率相似称展开(也称分散型)。一般有雌激素影响的涂片,基本上无底层细胞;轻度影响者表层细胞 < 20%;高度影响者表层细胞 > 60%。正常情况下,育龄妇女宫颈涂片中,表层细胞居多,基本上无底层细胞。致密核细胞指数是计算鳞状上皮细胞中表层致密核细胞的百分率,指数越高,说明上皮越成熟。嗜伊红细胞指数是计算鳞状上皮细胞中表层红染细胞的百分率,指数越高,提示上皮细胞越成熟。角化指数是指鳞状上皮细胞中表层嗜伊红致密核细胞的百分率,反映雌激素的水平。

2. 生殖道脱落细胞在妇科肿瘤诊断上的应用

癌细胞特征主要表现在细胞核、细胞及细胞间关系的改变。细胞核的改变:表现为核增大,核质比例失常,核大小不等,形态不规则,核深染且染色质分布不均。细胞改变:细胞大小不等,形态各异,胞质减少,染色较浓,若变性则内有空泡或出现畸形。细胞间关系改变:癌细胞可单独或成群出现,排列紊乱。早期癌涂片背景干净清晰,晚期癌涂片见背景较脏,成片坏死细胞、红细胞及白细胞等。阴道细胞学诊断的报告形式主要为分级诊断及描述性诊断两种。临床常用巴氏 5 级分类法和 TBS(the Bethesda system)分类法。

(1) 巴氏 5 级分类法

巴氏 I 级:为正常阴道细胞涂片。未见不典型或异常细胞。

巴氏 II 级:一般属良性改变或炎症,细胞核普遍增大,淡染或有双核,也可见核周晕或胞质内空泡,临床分为 II A 及 II B。II B 是指个别细胞核异质明显,但又不支持恶性。其余为 II A。

巴氏 III 级:可疑癌。发现可疑恶性细胞,或性质不明、细胞可疑,或怀疑恶性。主要是核异质,表现为核大深染,核形不规则或双核。对不典型细胞,性质尚难确定。

巴氏 IV 级:高度可疑癌。发现不典型癌细胞,待证实。细胞有恶性特征,但在涂片中恶性细胞较少。

巴氏 V 级:癌。发现多量癌细胞,形态典型。

巴氏分级法的缺点是:以级别表示细胞改变的程度容易造成假象;对癌前病变无明确规定;不能与组织病理学诊断名词相对应等缺点。因此巴氏分类法将逐渐被 TBS 分类法所取代。

(2) TBS 分类法及其描述性诊断内容: TBS 分类法及其描述性诊断内容为使细胞学诊断与组织病理学术语一致,使细胞学报告与临床处理密切结合,1988 年美国制定宫颈/阴道 TBS 命名系统,1991 年被国际癌症协会正式采用。TBS 分类法包括标本满意度的评估和对细胞形态特征的描述性诊断。TBS 描述性诊断的细胞病理学诊断报告中包括:为临床医师提供有关标本(涂片)质量的信息、病变的描述、细胞病理学诊断及对处理的建议。TBS 描述性诊断的主要内容如下。

1) 感染:有无真菌、细菌、原虫、病毒等感染。可诊断滴虫、念珠菌阴道炎、细菌性阴道病、衣原体感染、单纯疱疹病毒或巨细胞病毒感染以及人乳头瘤病毒 HPV 感染等。

2)反应性和修复性细胞学改变:如炎症(包括萎缩性阴道炎)或宫内节育器引起的上皮细胞反应性改变以及放射治疗后的反应性改变。

3)鳞状上皮细胞异常:包括:①不典型鳞状上皮细胞,性质待定;②低度鳞状上皮内病变,包括 HPV 感染、鳞状上皮轻度不典型增生、宫颈上皮内瘤样病变Ⅰ级;③高度鳞状上皮内瘤样病变,包括鳞状上皮中度和重度不典型增生及原位癌、宫颈上皮内瘤样病变;④鳞状上皮细胞癌。

4)腺上皮细胞异常:包括:①绝经后出现的良性子宫内膜细胞;②不典型腺上皮细胞,性质待定;③宫颈腺癌;④子宫内膜腺癌;⑤宫外腺癌;⑥腺癌,性质及来源待定。

5)其他恶性肿瘤细胞。

(五)护理

(1)护理人员应向受检者讲解有关生殖道脱落细胞检查的知识,使其积极配合检查。准备好检查所需物品。刮片、一次性阴道窥器必须消毒、干燥,所用载玻片应经脱脂处理。

(2)告知患者采取标本前 24 小时内禁止性生活、阴道检查及阴道内放置药物。

(3)取标本时动作应轻柔、准确,以免损伤组织引起出血。若阴道分泌物较多,应先用无菌棉球轻轻擦拭后,再取标本。

(4)涂片必须均匀,向一个方向涂抹,不可来回涂抹,以免破坏细胞。

(5)载玻片应做好标记,专人专用,并放入装有 95%乙醇固定液标本瓶中及时送检。

(6)讲解生殖道脱落细胞检查结果的临床意义,嘱受检者及时将病理报告结果反馈给医生,协助诊断。

三、宫颈活体组织检查术

宫颈活体组织检查,简称宫颈活检,是指自宫颈病变处或者可疑部位取部分组织做病理学检查,以确定病变性质的方法。绝大多数的宫颈活检是进行诊断最可靠的依据。临床上常用的取材方法有局部活组织检查和诊断性宫颈锥切术。

(一)局部活组织检查

1.适应证

宫颈脱落细胞学涂片检查巴氏Ⅲ级及Ⅲ级以上者;疑有宫颈癌或慢性特异性炎症(如结核、尖锐湿疣等),需进一步确诊者;宫颈脱落细胞学涂片检查巴氏Ⅱ级经抗感染治疗后复查仍未好转者;TBS 分类鳞状上皮细胞异常者;阴道镜检查时反复可疑阳性或阳性者。

2.禁忌证

生殖道急性或亚急性炎症;妊娠期或月经期;患血液病有出血倾向者。妊娠期原则上不做活检,以避免流产或早产,但高度怀疑宫颈恶性病变者仍需检查。

3.物品准备

无菌阴道窥器 1 个、宫颈钳 1 把,宫颈活检钳 1 把,无齿长镊 1 把,若干无菌带尾纱布卷、棉球、棉签,装有固定液(10%甲醛)标本瓶及消毒液。

4.操作方法

(1)术前排空膀胱,协助患者取膀胱截石位,消毒外阴,铺无菌洞巾。

(2)放置阴道窥器暴露宫颈,擦拭干净宫颈表面黏液后局部消毒。

(3)常用的方法为点切法,即用活检钳在宫颈外口柱状上皮与鳞状上皮交接处取材,可疑宫颈癌者选3、6、9、12点4点取材。若临床已明确为宫颈浸润癌,只为明确病理类型或浸润程度时也可进行单点取材。为提高取材的准确性,可在阴道镜指导下或者应用荧光诊断仪发现可疑病变区或在宫颈阴道部涂以复方碘溶液,选择不着色区取材。钳取的组织要有一定深度,含足够间质。但对于疑有宫颈管病变或怀疑癌灶已侵犯宫颈管的患者,应同时进行宫颈管搔刮术,即用宫颈管刷伸入宫颈管全面搔刮1~2圈。宫颈点切活检与宫颈管搔刮术同时进行,可发现早期宫颈上皮内瘤样病变及早期宫颈癌。

(4)多点取材时,分别放入小瓶内,注明取材部位,用10%甲醛固定,送病理检查。

(5)手术结束时,用带尾纱布卷在宫颈局部压迫止血,嘱患者24小时后自行取出。

5. 护理及注意事项

(1)护理人员术前应向患者讲解手术的目的、过程和注意事项,以取得患者的合作与配合。因各种原因引起的阴道炎,均应治愈后再取活检。

(2)术中护理人员应陪伴在患者身边,给其心理上的支持。

(3)术后护理人员嘱患者24小时后自行取出带尾纱布卷,并保持会阴部的清洁,1个月内禁止性生活及盆浴。

(4)妊娠期原则上不可做活检,以免造成流产或早产,但是临床上高度怀疑宫颈恶性病变者仍须检查。月经前1周内也不做活检,一方面防止感染,且有增加子宫内膜在切口种植的机会,另一方面以防与活检处出血相混淆。

(二) 诊断性宫颈锥切术

1. 适应证

宫颈脱落细胞学检查多次见到恶性细胞,而宫颈多处活检及分段刮宫均未发现病灶者;宫颈活检为原位癌或镜下早期浸润癌,而临床可疑为浸润癌,为确定病变累及程度及决定手术范围者;宫颈活检证实有重度不典型增生者。

2. 禁忌证

阴道、宫颈、子宫及盆腔有急性炎症者;有血液病等出血倾向者。

3. 物品准备

无菌宫颈扩张器4~7号各1个、子宫探针1个、尖手术刀1把、刮匙1把、碘液,其他物品同局部活组织检查。

4. 操作方法

(1)腰麻或硬膜外麻醉下,协助患者取膀胱截石位,外阴、阴道消毒后,铺无菌洞巾。

(2)导尿后,用阴道窥器暴露宫颈并消毒宫颈、阴道及宫颈管。

(3)以宫颈钳钳夹宫颈前唇向外牵引,扩张宫颈管并刮取宫颈内口以下的颈管组织。宫颈涂碘液,在病灶外或碘不着色区外0.5cm处做环形切口,深约0.2cm,斜向宫颈管。根据不同的手术指征,可深入宫颈管1~2cm,做锥形切除。

(4)在切除标本的12点处做一标志,以10%甲醛溶液固定,送病理检查。

(5)用无菌纱布卷压迫创面止血;动脉出血者,可用肠线缝扎止血,也可加用止血粉、明胶海绵等止血。

(6)欲行子宫切除者,子宫切除的手术最好在锥切术后 48 小时内进行。可行宫颈前后唇相对缝合。若不能在短期内行子宫切除或不做进一步手术者,则应行宫颈成形缝合术或荷包缝合术,手术结束后探查宫颈管。

5. 护理及注意事项

(1)护理人员术前向患者解释手术过程,缓解患者的焦虑与恐惧心理。用于治疗者,应在月经干净后 3~7 日内施行该手术。

(2)术中配合医生做好标本标记。用于诊断者,不宜用电刀、激光刀,以免破坏边缘组织,影响诊断。

(3)术后指导患者保持会阴部清洁,2 个月内禁止性生活及盆浴,并解释抗生素预防感染的重要性。

(4)嘱患者注意观察阴道出血的情况,若出血过多,应立即就诊,术后 6 周到门诊复查。

四、穿刺术

妇科病变多集中在盆腔及下腹部,因此可通过腹腔穿刺明确盆、腹腔积液性质或查找肿瘤细胞。妇产科常用的穿刺检查有腹腔穿刺、阴道后穹隆穿刺和经腹壁羊膜腔穿刺。

(一)腹腔穿刺

经腹壁腹腔穿刺术是指在无菌条件下,用穿刺针经腹壁进入腹腔抽取腹腔及盆腔积液,进行检查与化验、细菌培养及脱落细胞学检查等,以协助诊断。

1. 适应证

- (1)协助诊断腹腔积液的性质。
- (2)鉴别贴近腹壁的肿物性质。
- (3)腹水过多者,可通过腹腔穿刺放出腹腔液,暂时缓解呼吸困难症状。
- (4)注入抗癌药物进行腹腔化疗。
- (5)气腹造影时,穿刺注入 CO_2 ,盆腔器官能够在 X 线下清晰显影。

2. 禁忌证

- (1)疑有腹腔内严重粘连,特别是晚期卵巢癌盆腹腔广泛转移致肠梗阻者。
- (2)疑为巨大卵巢囊肿者。
- (3)移动性浊音阴性、腹腔积液较少、腹腔经多次手术或疑有广泛粘连者。

3. 物品准备

无菌腹腔穿刺包 1 个,内有腰椎穿刺针或长穿刺针 1 个、小圆碗 1 个、20ml 注射器、纱布、洞巾,必要时准备无菌导管、橡皮管和利多卡因注射液。腹腔穿刺需抽腹水者,应准备引流袋和腹带。腹腔穿刺行化疗者,应备好化疗药物。

4. 操作方法

(1)经腹 B 超引导穿刺者,需充盈膀胱;经阴道 B 超引导穿刺者,需排空膀胱。腹腔积液量较多或拟行囊内穿刺,应取仰卧位;积液量较少时,取半卧位或侧卧位。

(2)通常选取脐与左髂前上棘连线中外 1/3 交界处为穿刺点,囊内穿刺点宜选在囊性感明显部位。常规消毒下腹部,铺无菌洞巾。

(3)精神过于紧张者,用 0.5% 利多卡因在穿刺点及其周围做局部浸润麻醉。

(4)持腰椎穿刺针从选定的穿刺点垂直刺入,针头有阻力消失感时证明穿透腹膜,停止再进入,避免刺伤血管和肠管。拔出针芯,即有液体流出,连接注射器或引流袋,按需要抽取足够数量液体或注入药物。

(5)若需要持续放液引流或减压者,可用腹腔穿刺器。选择合适的套管与导管,局麻下,在穿刺点切开皮肤、筋膜,穿刺器穿刺后,拔去针芯,再由套管插入导管,使液体缓慢外流并送检。取下套管,将导管与引流瓶相连。导管放置时间依病情和诊治需要而定。

(6)操作结束后,拔出穿刺针,再次进行局部消毒,覆盖无菌纱布,压迫片刻后,用胶布固定。穿刺引流者须缝合伤口后固定导管。

5. 护理及注意事项

(1)护理人员术前向患者讲解腹腔穿刺的目的和操作过程,减轻其心理压力。

(2)术中严密观察患者的生命体征,记录腹水性质,观察有无不良反应,注意引流管是否通畅。如出现休克征象,应立即停放腹水。

(3)术中拟放腹水者,放液过程中应注意患者血压、脉搏、呼吸,放腹水速度应缓慢,每小时放液量不应超过 1000ml,一次放腹水不应超过 4000ml,以防止腹压骤减,导致患者出现休克症状。术后应紧束腹带或加压沙袋,防止腹压骤降。

(4)穿刺液抽出后应首先观察其性状,再做常规生化及细胞学检查。若疑为炎性腹水者,应做细菌培养及药敏试验。

(5)因气腹造影而行穿刺者,X线摄片完毕需将气体排出。

(6)术后鼓励患者 1~2 小时翻身活动,4~6 小时排尿,防止发生尿潴留。

(二)后穹隆穿刺

直肠子宫陷凹是人体体腔最低的位置。腹腔内积血、积液、积脓易积存于此,也是盆腔病变最易累及的部位。经阴道后穹隆穿刺,吸取标本,可协助临床诊断。经阴道后穹隆穿刺是指在无菌条件下,将穿刺针经阴道后穹隆刺入盆腔,抽取直肠子宫陷凹处积存物,进行肉眼观察、化验和病理检查的过程。

1. 适应证

(1)明确子宫直肠凹陷内积液性质。

(2)对盆腔内实性肿物可穿刺活检,从吸出物中查找癌细胞协助诊断。

(3)穿刺引流或注射药物等治疗。

(4)后穹隆切开术前的穿刺定位。

(5)疑有腹腔内出血、宫外孕、卵巢黄体破裂等。

(6)在超声介导下经后穹隆穿刺取卵,用于各种助孕技术。

2. 禁忌证

(1)盆腔存在严重粘连,较大肿块占据直肠子宫陷凹部位,并凸向直肠者。

(2)疑有肠管和子宫后壁粘连者。

(3)临床已高度怀疑恶性肿瘤者。

(4)异位妊娠者,若拟采用非手术治疗,禁止后穹隆穿刺以免引起感染影响疗效。

3. 物品准备

无菌妇科检查器械、穿刺针头、子宫颈钳、5~10ml 注射器各 1 个。

4. 操作方法

(1) 患者排尿后,取膀胱截石位,常规消毒外阴、阴道;铺无菌巾,盆腔检查了解子宫、附件情况,注意后穹隆是否膨隆。

(2) 用阴道窥器暴露宫颈,以宫颈钳钳夹宫颈后唇,向前上方牵拉,暴露后穹隆,碘酊、乙醇再次消毒穿刺部位。

(3) 用 10ml 注射器接上 12 号穿刺针,于宫颈阴道黏膜交界下方 1cm 处的后穹隆正中,与宫颈管平行方向刺入,当针穿过阴道壁后失去阻力,有落空感时,表示进入子宫直肠陷凹,将针头偏向病侧,一面抽吸,一面退针,若抽出不凝血即表示有内出血;抽出脓汁表示有感染。有时当血块位于直肠子宫陷凹时,有可能抽不出血液,此时可先注入 10~20ml 生理盐水,再抽吸时则有可能抽出暗红色血水,有助于诊断。

(4) 抽吸完毕后,拔针。若穿刺点渗血,用无菌纱布填塞压迫止血,待血止后,取出纱布和阴道窥器。

5. 护理及注意事项

(1) 护理人员术前向患者讲解后穹隆穿刺的目的和操作过程,取得其配合,并减轻其紧张和焦虑情绪。严重后倾后屈子宫时,应尽量将子宫体纠正为前位或牵引宫颈前唇使子宫呈水平位,以免误入子宫肌壁。

(2) 术中严密观察患者生命体征的变化,重视患者的主诉。穿刺深度及方向要适宜,避免损伤直肠、子宫。误穿入子宫时,应有实性组织内穿入感,此时可能抽出少许鲜红色且易凝血液。穿刺时针头进入直肠子宫陷凹不可过深,以免超过液平面导致吸不出积液。抽出脓液应作细菌涂片检查及培养。抽出腹水按腹水常规送检,并做细胞学检查。拔出针头后用纱球压迫止血。

(3) 术后嘱患者注意观察阴道流血情况,并保持外阴部清洁。

(4) 若抽吸为鲜血,放置 4~5 分钟,血液凝固为血管内血液,若放置 6 分钟以上仍为不凝血,则为腹腔内出血,多见于异位妊娠、滤泡破裂、黄体破裂或脾破裂等引起的血腹症。若抽出为不凝固的陈旧血或有小血块,可能为陈旧性宫外孕。若抽吸的液体为淡红、微混、稀薄甚至脓液,多为盆腔炎性渗出液。

(三) 羊膜腔穿刺

经腹壁羊膜腔穿刺是指在妊娠中晚期,用穿刺针经腹壁、子宫肌壁进入羊膜腔抽取羊水,供临床分析诊断或注入药物进行治疗。

1. 适应证

(1) 胎儿成熟度的判断:对于高危妊娠者,为保母儿安全,在引产前可以通过羊膜腔穿刺术的方法抽取羊水检查,以了解宫内胎儿成熟度及胎盘功能。

(2) 先天异常的产前诊断:35 岁以上的高龄产妇;有染色体异常、先天代谢障碍家族史者;有不良孕产史者。

(3) 疑有母儿血型不合,需进行羊水中血型物质及胆红素、雌三醇的检查,协助判断胎儿血