

实用中西医结合临床系列

妇 产 科 手 册

辽宁科学技术出版社

· 沈阳 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

实用中西医结合临床系列·妇产科手册/孟炜, 梁学林主编.-沈阳: 辽宁科学技术出版社, 2000.1

ISBN 7-5381-2966-9

I. 实… II. ①孟…②梁… III. ①临床医学-中西医结合-手册②妇产科病-中西医结合疗法-手册 IV. R4-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (1999) 第 46533 号

辽宁科学技术出版社出版

(沈阳市和平区北一马路 108 号 邮政编码 110001)

朝阳新华印刷厂印刷 新华书店北京发行所发行

开本: 850×1168 毫米 1/32 字数: 495 千字 印张: 19 %

印数: 1—4000

2000 年 1 月第 1 版

2000 年 1 月第 1 次印刷

责任编辑: 许平

版式设计: 于浪

封面设计: 庄庆芳

责任校对: 蔡桂娟

定价: 34.00 元

邮购咨询电话: (024) 23263845

目 录

| | |
|-------------------------------|-----|
| 第一章 妇产科现代诊断技术及治疗 | 1 |
| 第一节 实验室检查..... | 1 |
| 第二节 临床特殊检查..... | 4 |
| 第三节 妇产科常用特殊治疗药物 | 32 |
| 第二章 中医妇产科学诊断及治疗 | 41 |
| 第一节 中医妇产科疾病的诊断概要 | 41 |
| 第二节 中医妇产科学治法概要 | 55 |
| 第三章 外阴炎症 | 65 |
| 第一节 非特异性外阴炎 | 65 |
| 第二节 婴幼儿外阴炎 | 68 |
| 第三节 前庭大腺炎 | 71 |
| 第四节 前庭大腺囊肿 | 74 |
| 第五节 急性外阴溃疡 | 77 |
| 第四章 阴道炎症 | 82 |
| 第一节 非特异性阴道炎 | 82 |
| 第二节 霉菌性阴道炎 | 86 |
| 第三节 滴虫性阴道炎 | 90 |
| 第四节 阿米巴性阴道炎 | 95 |
| 第五节 老年性阴道炎 | 98 |
| 第六节 婴幼儿阴道炎..... | 102 |
| 第七节 阴道嗜血杆菌性阴道炎..... | 106 |
| 第五章 宫颈炎症 | 111 |

| | | |
|-------------|-----------------|-----|
| 第一节 | 慢性宫颈炎 | 111 |
| 第二节 | 急性宫颈炎 | 117 |
| 第三节 | 子宫颈息肉 | 121 |
| 第六章 | 盆腔生殖器官炎症 | 125 |
| 第一节 | 子宫内膜炎 | 125 |
| 第二节 | 输卵管炎 | 131 |
| 第三节 | 卵巢炎 | 136 |
| 第四节 | 盆腔蜂窝组织炎 | 141 |
| 第五节 | 盆腔腹膜炎 | 147 |
| 第七章 | 外阴肿瘤 | 152 |
| 第一节 | 外阴良性肿瘤 | 152 |
| 第二节 | 外阴恶性肿瘤 | 157 |
| 第八章 | 阴道肿瘤 | 163 |
| 第一节 | 阴道良性实质瘤 | 163 |
| 第二节 | 阴道恶性肿瘤 | 166 |
| 第九章 | 子宫肌瘤 | 175 |
| 第十章 | 子宫颈癌 | 182 |
| 第十一章 | 子宫体癌 | 195 |
| 第十二章 | 卵巢肿瘤 | 206 |
| 第一节 | 卵巢良性肿瘤 | 207 |
| 第二节 | 卵巢恶性肿瘤 | 212 |
| 第十三章 | 输卵管肿瘤 | 225 |
| 第十四章 | 滋养细胞肿瘤 | 229 |
| 第一节 | 葡萄胎 | 229 |
| 第二节 | 恶性葡萄胎 | 233 |
| 第三节 | 绒毛膜上皮癌 | 238 |
| 第十五章 | 外阴与阴道疾病 | 244 |
| 第一节 | 外阴白色病变 | 244 |

| | | |
|-------|------------|-----|
| 第二节 | 阴道囊肿 | 252 |
| 第十六章 | 子宫内膜异位症 | 256 |
| 第一节 | 外在性子宫内膜异位症 | 256 |
| 第二节 | 子宫腺肌病 | 266 |
| 第十七章 | 卵巢疾病 | 273 |
| 第一节 | 卵巢非赘生性囊肿 | 273 |
| 第二节 | 卵巢破裂 | 280 |
| 第三节 | 卵巢扭转 | 284 |
| 第十八章 | 闭经 | 289 |
| 第十九章 | 闭经溢乳综合征 | 303 |
| 第二十章 | 痛经 | 313 |
| 第二十一章 | 功能失调性子宫出血 | 322 |
| 第二十二章 | 多囊卵巢综合征 | 339 |
| 第二十三章 | 经前期紧张综合征 | 348 |
| 第二十四章 | 更年期综合征 | 358 |
| 第二十五章 | 妊娠合并症 | 368 |
| 第一节 | 妊娠合并心脏病 | 368 |
| 第二节 | 妊娠合并病毒性肝炎 | 376 |
| 第三节 | 妊娠合并急性肾盂肾炎 | 385 |
| 第四节 | 妊娠合并糖尿病 | 389 |
| 第五节 | 妊娠合并贫血 | 397 |
| 第六节 | 妊娠合并肺结核 | 408 |
| 第二十六章 | 妊娠病理 | 414 |
| 第一节 | 流产 | 414 |
| 第二节 | ABO 血型不合 | 423 |
| 第三节 | 异位妊娠 | 430 |
| 第四节 | 妊娠高血压综合征 | 438 |
| 第五节 | 妊娠剧吐 | 448 |

| | | |
|--------------|------------------|------------|
| 第六节 | 前置胎盘 | 453 |
| 第七节 | 胎盘早剥 | 458 |
| 第八节 | 羊水过多 | 463 |
| 第九节 | 羊水过少 | 467 |
| 第十节 | 死胎 | 471 |
| 第二十七章 | 异常分娩 | 476 |
| 第一节 | 产力异常 | 476 |
| 第二节 | 产道异常 | 484 |
| 第三节 | 胎位异常 | 487 |
| 第二十八章 | 分娩期并发症 | 506 |
| 第一节 | 胎儿窘迫 | 506 |
| 第二节 | 羊水栓塞 | 510 |
| 第三节 | 胎膜早破 | 517 |
| 第四节 | 产后出血 | 521 |
| 第五节 | 子宫破裂 | 527 |
| 第二十九章 | 异常产褥 | 530 |
| 第一节 | 产褥感染 | 530 |
| 第二节 | 晚期产后出血 | 535 |
| 第三节 | 产后缺乳 | 539 |
| 第四节 | 产后溢乳 | 543 |
| 第五节 | 产褥中暑 | 546 |
| 第六节 | 产后排尿异常 | 551 |
| 第七节 | 急性乳腺炎 | 556 |
| 第三十章 | 不孕症 | 563 |
| 第一节 | 女因性不孕症 | 563 |
| 第二节 | 男因性不孕症 | 571 |
| 第三节 | 免疫性不孕症 | 576 |
| 第三十一章 | 性交障碍及性感异常 | 582 |

| | | |
|------|----------------------------|-----|
| 第一节 | 性交障碍 | 582 |
| 第二节 | 性感异常 | 587 |
| 附录 | | 594 |
| 附录 1 | 女性不同时期内分泌激素正常参考值 (法定单位) | 594 |
| 附录 2 | 羊水检查正常参考值 (法定单位) | 595 |
| 附录 3 | 免疫学检测正常参考值 (法定单位) | 597 |
| 附录 4 | 妇产科常用英文缩写 | 598 |
| 附录 5 | 中医妇科病症中英文名称对照 (参考件) | 606 |

第一章 妇产科现代诊断技术及治疗

第一节 实验室检查

〔血液检查〕

1. 红细胞、血红蛋白

女性红细胞数及血红蛋白与红细胞比积均较男性略低，约5%~10%。常在月经前后有一些生理范围的波动，无临床意义，但孕期变化较明显，有时使诊断费解。

孕期母体发生的各系统的变化，主要是为适应母亲孕期的变化和胎儿发育的需要。如：①血中的红细胞水平因妊娠而呈生理性稀血症，随妊娠的进展逐渐下降，至妊娠32周达最低，以后平稳，至临产前又稍有上升。借此适应产时、产后创伤、失血的情况；②红细胞比积，晚孕降低，临产前及产时、产后多升高；③血红蛋白量与红细胞一致下降，至产前升高；④血沉波动较大，孕中期逐渐增快，且个体差异颇大。

2. 白细胞

白细胞自孕7周起开始波动，孕30周达高峰。此时计数值由非孕时 $0.7 \times 10^9/L$ 上升为 $1.0 \times 10^9/L$ ，临产时有人达 $2.5 \times 10^9/L$ ，却未找到任何感染迹象。其中以中性多核细胞增多为主，淋巴细胞增加不多，单核及嗜酸性粒细胞几乎无改变，因此不能仅凭一次检查结果诊断有无炎症及其程度。上述改变一般在产后6天恢复至孕前水平。

3. 凝血功能

孕期各种凝血因子，除血小板、凝血因子 XI 外，其他凝血因子 I、V、VI、VIII、IX、X 等均有增加，因此使孕妇血液处于高凝状态，为产后的胎盘附着面的迅速止血提供物质准备。

纤维蛋白原含量平均增加约 50%，从而使血沉加速。产后胎盘剥离面能够迅速为纤维蛋白所覆盖，因此消耗的纤维蛋白原总量占全身血循环总量的 5%~10%，所以血中的此项含量减低，但产后 3~5 天即可恢复。

妊娠期血小板略有减少。产后由于血小板消耗与胎盘剥离面的血块凝集，所以短期内血小板迅速减少，产后 3~5 天恢复至孕前水平。

孕妇血液的高凝状态，使血流缓慢，活化的凝血因子淤积，形成了一触即发的凝血危险。所以孕妇很容易发生下肢静脉栓塞及肺栓塞，也易发生弥漫性血管内凝血。

〔尿液检查〕

尿液检查无性别差异。孕期肾脏略有增大，长度可增加 1~2cm。自孕中期起肾血流量比非孕时增加 35%，肾小球滤过率比非孕时增加 50%，故此，孕期血清 BUN 与肌酐的比值较非孕时减少 1/3。葡萄糖滤过增多可出现糖尿，约 15% 的孕妇有糖尿。氨基酸滤过增加，但无蛋白尿。由于糖、氨基酸、水溶性维生素等营养性物质在孕期滤过增加，尿中比例增加，所以孕妇易发生尿路感染。

〔内分泌检查〕

内分泌检查在妇产科诊断中十分重要，具有指导治疗，判断预后的作用，为此本书特摘录有关激素在各种情况下的正常参考值，以供临床医生诊断查询。详见本书附录 1。

〔羊水检查〕

羊水是产科特有的检测标本，随孕期的发展而逐渐增加。至孕7个月末可达1 000ml或以上，然后逐渐减少，至足月约为500~800ml左右。一般低于300ml为过少，超过2 000ml为过多，早中期羊水过少，多以流产而告终。当临床发现羊水过少时多在孕28周以后，并且多与高危妊娠，高危儿及胎儿畸形有密切关系。羊水过多的发病多见于妊娠合并糖尿病、Rh血型不合、严重贫血及孕高症、胎儿畸形等。也有约30%的羊水过多者未见有任何母体、胎儿及胎盘的畸形。

一、检测意义

由于羊水来源于母体血清的透析物质、胎儿皮肤透析物和大量的胎儿尿液、呼吸道分泌物等，与母胎体液及血清间有快速的交换，故羊水中含有许多代谢物质及脱落的胎儿细胞，从中可用以检测估计胎儿情况、胎盘功能、鉴定血型，发现遗传病及畸形。一般孕16~20周查遗传性疾病性别。孕20周查母胎血型是否吻合。孕晚期查胎儿成熟度及胎盘功能、宫内环境。

二、检测方法

1. 标本采取：需在孕16周以后，羊水量至少150ml时方可实行。请病人排空膀胱，B超作胎盘定位，仰卧、消毒铺巾，在局部下于宫底顶部以下3cm，近腹正中，囊性感明显处垂直进针，抽取10~20ml羊水，拔出针头，无菌纱布敷盖。标本置瓶中直立静置，避光尽快送往实验室。腹部用加压绷带包扎，平卧半小时无不适可起床，若有异常，立即住院检查处理。

2. 标本测定：抽出羊水经离心后细胞沉淀，上清液吸出做各项化验检查。沉淀细胞可做细胞遗传学培养检查。

羊水化验检查的正常参考值详见附录2。

〔免疫学检测〕

免疫学检测在妇产科的应用日益广泛，除应用于早孕的诊断外，现在凡有免疫性抗原抗体产生的情况均可推广应用。本书将与妇产科有密切相关的检查列表，详见附录 3。

第二节 临床特殊检查

〔诊断性刮宫〕

诊断性刮宫的检查目的是刮取子宫内膜做病理检查，借以进一步明确诊断并指导治疗。

一、适应证

1. 子宫异常出血：需证实或排除子宫内膜癌、颈管癌或其他病变者。
2. 月经失调：如功能失调性子宫出血或闭经，需了解子宫内膜变化及其对性激素的反应等。
3. 不孕症需了解有无排卵者。
4. 疑有子宫内膜结核者。

二、方法

取膀胱截石位，常规消毒外阴、阴道，铺洞巾，双合诊查清子宫大小及倾屈方向，窥器暴露宫颈，钳夹宫颈前唇，探针探查子宫腔深度，用刮匙分别刮取宫颈与宫腔组织送检。

三、注意事项

1. 对不孕症的检查应在月经临潮前或来潮 12 小时内进行诊刮，以判定卵巢功能。
2. 老年患者子宫已萎缩，操作时更需小心谨慎，避免穿孔。
3. 疑有癌变者：若刮出组织经肉眼观，察高度怀疑癌细胞组

织时，可少许刮取组织满足病理检查需要即可，不必全面刮，防止扩散。如无明显癌变组织应全面刮，不仅避免遗漏，资助诊断，也可获得治疗效果。

4. 术后给予抗生素预防感染。

〔内窥器检查〕

本项检查是通过窥视器在介质充分扩展腔穴情形下进入腔穴，直接观察脏器形态改变的技术。主要有如下几种：

一、腹腔镜检查

腹腔镜是内窥镜中应用最早的一种，在许多医疗单位已经成为和刮宫术、细胞学检查一样的日常医疗工作中不可缺少的诊疗手段。近年来的腹腔镜手术已在国内实行，不久将有部分取代常规剖腹手术的趋势。腹腔镜临床应用价值在于能直视盆、腹腔各脏器的形体。凡有形态改变的疾病可行腹腔镜检查，必要时行活检即可确诊。

(一) 适应症与禁忌症

1. 诊断方面适应症

(1) 盆腔包块：如子宫肌瘤、卵巢肿瘤、子宫内膜异位症、炎性包块、陈旧性宫外孕、肠道肿物，盆、腹壁肿物。

(2) 下腹疼痛：如宫外孕、卵巢囊肿蒂扭转、黄体破裂、卵巢巧克力囊肿破裂、亚急性和慢性盆腔炎等。

(3) 不孕症：能准确判明不孕原因。如辨明卵巢排卵功能，输卵管是否通畅，有无子宫内膜异位病灶，子宫发育状况，盆腔有无粘连等。因此对不孕症的病因诊断准确快速，非常有价值，目前已成为不孕症的主要常规诊断手段。

(4) 生殖器官畸形：如无子宫、单角、双角、或双子宫、残角子宫等。无卵巢、无附件、卵巢发育不良等均能明确诊断。

(5) 子宫内膜异位症：能准确判明异位病灶的部位、大小、有

无粘连等，并进行确切分期。

(6) 内分泌功能性疾患：如原发或继发闭经，多囊卵巢综合征，可发现卵巢及盆腔脏器相应的形态改变而明确诊断。

(7) 其他：如计划生育手术并发症、子宫穿孔、节育器移位，大网膜粘连综合征及查找腹水原因，绝经后子宫出血原因，创伤后腹腔内出血，卵巢手术及化疗后的二次探查等。

2. 治疗方面适应症

可行简单的粘连松解术、输卵管通液术、活检术。尚可实行宫外孕手术、卵巢巧克力囊肿剥除术、卵巢囊肿切除、附件切除及子宫切除术等。然而尚有利弊共存、褒贬不一的说法，目前仍被视为一场“外科革命”。

3. 绝对禁忌症

(1) 严重心血管疾患和心功能障碍者，不能胜任气腹及头低臀高位使横膈上移产生血液动力学改变者。

(2) 肺动能低下，如肺气肿、肺心病等。

(3) 急性弥漫性腹膜炎、肠梗阻、肠或胃穿孔等。

(4) 各种腹部疝。

(5) 腹部巨大肿物，穿刺时易使肿物破裂且影响观察。

(6) 怀孕3个月以上，有刺激子宫及引起流产的危险，也不便观察。

(7) 严重神经官能症：精神病或癔病，病人不合作易引起误伤。

(8) 凝血机制障碍和血液病。

(9) 身体衰弱或处于休克状态者。

4. 相对禁忌症

(1) 有腹部手术病史，可能有术后粘连易致损伤。

(2) 过胖或过瘦者，易失败和损伤。

(3) 局限性腹膜炎。

(4) 前次腹腔镜检失败者。

(二) 操作步骤

1. 术前准备：清洗脐部，术前 6 小时禁食和用肥皂水灌肠，术前排空膀胱。

2. 取膀胱截石位：手术床自然转成头低臀高位或臀低头高位，常规消毒外阴、腹部，铺无菌巾，置放举宫器，或美兰生理盐水通液器于宫颈管内，以备通液用。

3. 麻醉：用 0.5% 利多卡因 40ml 于脐下皮内及皮下浸润麻醉，同时肌肉注射杜冷丁 50mg 及非那根 25mg，气腹穿刺针穿刺成功后静脉再滴入杜冷丁 50mg。

4. 气腹穿刺针穿刺：于脐下纵行切开皮肤及皮下组织约 1cm（不切开腹直肌前鞘，以免穿刺套管针充气后漏气）中钳提起脐旁皮肤，气腹穿刺针垂直由切口刺入腹直肌鞘膜及腹膜进入腹腔，成功时有落空感。确认穿刺成功最好最快的方法是抽一推一抽。即空针不能抽出气体或液体，但是能顺利推注入空气，再抽气仍不能抽出气体，说明气腹针居于腹腔内。也可用滴水试验法确定，用 2~3ml 生理盐水能顺利流注入腹腔内，说明针在腹腔内，但不能排除误入肠腔的可能。

5. 充气：可用充气机注入气体（二氧化碳气体、空气等）同时将手术床改变成头低臀高位，形成满意均匀的气腹，一般 2~3 升即可，以病人能够耐受为准。

6. 套管针穿刺：当形成满意气腹后，腹腔内有一定空间，套管针先 45° 斜向下穿刺，进入皮肤皮下及前鞘后垂直穿刺进入腹腔，有落空感。待穿刺成功后取出针蕊，打开自动阀门即有“嗤嗤”的气体冲出声证明成功。

7. 观察：将窥视镜经由套管针放入腹腔观察盆、腹腔各脏器，其顺序是：子宫、卵巢输卵管、圆韧带、子宫骶骨韧带、子宫直肠窝，肠管、阑尾、大网膜、腹膜、最后是肝、胆、胃、脾等。观

察上腹部时需改变体位为头高臀低位等。

8. 其他操作：若需附加手术操作，可做第二、第三穿刺孔。位置可选在脐耻正中线上中央或稍低部部位。

9. 放气及缝合切口：检查或手术操作结束，取出窥视镜或操作镜，放空腹腔内气体，3~0号肠线皮下埋藏缝合1针，结束手术。术后即可进食，卧床休息。次日出院，不需拆线。

(三) 并发症

腹腔镜为一侵入性操作，常见并发症有：

1. 气体代谢障碍和心搏骤停，尤其是充入大量二氧化碳气体后有可能发生。

2. 气体栓塞、气胸或腹膜外大网膜气肿。

3. 血管、肠管、膀胱损伤等。

因此应严格掌握适应症、禁忌症，操作应谨慎小心，加强培训，提高技巧，加强预防措施，避免并发症发生。

二、阴道后穹窿镜检查

阴道后穹窿镜检查是经阴道后穹窿切口进入子宫直肠窝对盆腔脏器进行直视检查的一种技术。因与子宫、输卵管、卵巢的观察距离近，所以更清晰。

当病人有反复腹部手术，腹腔粘连及急性感染时，腹腔镜检查一般列为禁忌，而后穹窿镜检查可以施行，目前被视为妇产科重要的内窥镜检查之一。

1. 适应症

(1) 不孕症。

(2) 子宫内膜异位症。

(3) 宫外孕。

(4) 盆腔结核，盆腔内小包块。

(5) 不适用腹腔镜检查而需要明确诊断者。

2. 禁忌症

(1) 不能维持胸膝卧位者。如畸形或健康状况不佳。

(2) 阴道畸形，瘢痕狭窄。

3. 操作方法

(1) 体位：要求患者维持胸膝卧位。

(2) 局麻。

(3) 阴道放自动牵开器，暴露阴道后穹窿及宫颈，钳夹宫颈后唇，充分暴露后穹窿。若该处向腹腔内凹陷，即为凹陷征阳性，表明阴道直肠窝内无粘连或包块；若凹陷征阴性，可能系阴道直肠窝有粘连或包块；也可能该处脂肪厚，凹陷不明显，可切开阴道粘膜，钝性分离粘膜下疏松组织，出现凹陷征后，便可穿刺。用腰穿针在离宫颈 2~3cm 处凹陷正中穿刺，若刺入盆腔，即可闻进气声，然后于该处穿刺套管针，若正确，取出套管针蕊，进气声更明显，然后放入窥镜检查盆腔各脏器，术毕肠线缝合切口。

4. 并发症及处理

(1) 术后切口出血：若切口出血，再次缝合。

(2) 可有腹痛、发热、腹膜刺激症。可给予抗感染治疗。操作时加强无菌技术。

(3) 脏器损伤：穿刺时可能损伤直肠、子宫，应慎重操作。

三、宫腔镜检查

1. 适应症

(1) 不规则子宫出血或绝经后出血；可用以鉴别出血的原因。如内膜增生、息肉、粘膜下肌瘤、胎盘残留、不全流产等。

(2) 痛经、习惯性流产、不孕症可经宫腔镜判明是否宫腔粘连所致。若有宫腔粘连可同时进行松解术。

(3) 子宫畸形，可了解宫腔内部结构。

(4) 宫内避孕器嵌顿、断裂者的确诊和取出。

2. 禁忌症：急性、亚急性生殖道炎症，子宫活跃出血，妊娠，严重心、肺、血管或血液疾病应禁忌。月经期，子宫壁手术史，宫

腔重度狭窄，宫颈浸润癌等应避免宫腔镜检查。

3. 操作方法

(1) 膀胱截石位：肌注阿托品 0.5mg、鲁米那 0.1mg，或采用宫颈旁神经阻滞麻醉。若用复方羧甲基纤维素钠作膨宫介质，需作右旋糖苷皮内试验。

(2) 常规消毒后，宫颈钳夹持宫颈前唇，以探针探明宫腔深度和方向，扩宫至 Hegar7 号左右，插入细导尿管，用 30ml 生理盐水冲洗宫腔，缓慢插入宫腔镜，并取头低臀高位，同时注入膨宫液。宫腔充盈后视野明亮，转动镜体按顺序做全面观察，先观察宫底、宫腔前后左右侧壁，再观察输卵管开口，最后查颈管。术毕取出器械。若用 CO₂ 膨宫介质，需放置宫颈真空杯。

4. 并发症及处理

(1) 机械性损伤：若操作粗暴或大意可造成损伤，如宫颈撕裂，子宫穿孔等。一旦损伤应立即手术修补，否则后果严重。故操作时应轻柔、熟练、掌握适应症。视野不清时切忌强行插入宫腔镜及深入检查。

(2) 气体溢入血管：用 CO₂ 介质时若用力过大，过速，或有结核、癌瘤、宫壁近期手术和输卵管阻塞者，易发生气体溢入血管，严重时可导致死亡。因此禁止使用腹腔镜充气设备及过速进气进行宫腔镜检查。

(3) 感染：易发生于生殖道炎症未完全控制者，一旦发生应尽早充分抗炎治疗。

(4) 有报道对高分子右旋糖苷发生过敏休克者，一旦发生应停止注入膨宫液及操作，立即吸氧，给皮质激素、肾上腺素、升压药输液等抗过敏措施。因此应在手术前行过敏皮试，阳性者不用含右旋糖苷的膨宫液。

四、阴道镜检查

阴道镜检查是利用该镜将子宫颈粘膜放大 10~40 倍，在强光