

现代临床妇产科 护理学

张 莉◎著



张 莉◎著

 吉林科学技术出版社

现代临床妇产科学护理学

张莉◎著

图书在版编目 (C I P) 数据

现代临床妇产科护理学 / 张莉著. -- 长春 : 吉林
科学技术出版社, 2018. 4
ISBN 978-7-5578-4060-0

I. ①现… II. ①张… 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081496号

现代临床妇产科护理学

著	张莉
出版人	李梁
责任编辑	许晶刚
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
幅面尺寸	185mm×260mm
字数	358千字
印张	19
印数	650册
版次	2019年3月第2版
印次	2019年3月第2版第1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	0431-85651759
储运部电话	0431-86059116
编辑部电话	0431-85677817
网址	www.jlstp.net
印刷	虎彩印艺股份有限公司

书号	ISBN 978-7-5578-4060-0
定价	75.00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: 0431-85677817

前 言

妇产科学是专门研究妇女特有的生理和病理的一门学科，包括产科学和妇科学两大部分。产科学是一门关系到妇女妊娠、分娩、产褥全过程，并对该过程中发生的一切生理、病理、心理改变进行诊断、处理的医学学科；是一门协助新生命诞生的医学科学。

本书收集并参阅了大量文献，经过编委会的多次讨论，对书稿的每一部分内容逐字斟酌，力求定义准确、概念清楚、结构严谨、层次分明，从临床实际出发，反复推敲直至定稿，重点突出妇产科护理学的先进性和实用性，优化临床思维，易为基层护理人员掌握。

本书虽经过多次讨论修稿，但由于学术进展迅猛，个人水平有限、编写仓促，难免有不尽人意之处，敬请广大读者惠于指正。

编 者

目 录

第一章 妇产科常用诊疗手术患者的护理	(1)
第一节 会阴切开缝合术	(1)
第二节 阴道助产术	(3)
第三节 剖宫产术	(6)
第四节 生殖细胞学检查	(8)
第五节 宫颈活组织检查	(10)
第六节 阴道后穹窿穿刺术	(11)
第七节 诊断性刮宫	(12)
第八节 妇产科内镜检查	(14)
第二章 女性生殖系统炎症患者的护理	(17)
第一节 概述	(17)
第二节 外阴部炎症	(19)
第三节 阴道炎症	(21)
第四节 子宫颈炎	(28)
第五节 盆腔炎症	(31)
第三章 妇科护理病历	(37)
第四章 妇产科常用护理技术	(43)
第一节 会阴擦洗/冲洗	(43)
第二节 阴道冲洗	(44)
第三节 会阴湿热敷	(45)
第四节 阴道或宫颈上药	(46)
第五章 女性生殖系统肿瘤患者的护理	(48)
第一节 腹部手术患者的一般护理	(48)
第二节 宫颈癌	(52)
第三节 子宫肌瘤	(58)

第四节	子宫内膜癌	(62)
第五节	卵巢肿瘤	(66)
第六节	原发性输卵管腺癌	(71)
第七节	葡萄胎	(77)
第八节	侵蚀性葡萄胎	(82)
第九节	绒毛膜癌	(87)
第六章	妊娠滋养细胞疾病患者的护理	(94)
第一节	葡萄胎	(94)
第二节	妊娠滋养细胞肿瘤	(97)
第三节	化疗患者的护理	(100)
第七章	生殖内分泌疾病患者的护理	(103)
第一节	功能失调性子宫出血	(103)
第二节	闭经	(109)
第三节	痛经	(114)
第四节	绝经综合征	(116)
第八章	外阴、阴道手术患者的护理	(119)
第一节	外阴、阴道手术患者的一般护理	(119)
第二节	外阴、阴道创伤	(121)
第三节	外阴癌	(122)
第四节	子宫脱垂	(125)
第九章	子宫内膜异位症患者的护理	(129)
第十章	妊娠期妇女的护理	(133)
第一节	妊娠生理	(133)
第二节	妊娠期母体变化	(138)
第三节	妊娠诊断	(143)
第四节	妊娠期管理	(148)
第五节	评估胎儿健康的技术	(158)
第十一章	分娩期妇女的护理	(164)
第一节	影响分娩的因素	(164)

第二节	枕先露的分娩机制	(168)
第三节	先兆临产、临产与产程	(170)
第四节	正常分娩妇女的护理	(171)
第十二章	产褥期妇女的护理	(182)
第一节	产褥期妇女的变化	(182)
第二节	产褥期妇女的护理	(184)
第十三章	妊娠期并发症患者的护理	(190)
第一节	流产	(190)
第二节	异位妊娠	(193)
第三节	前置胎盘	(198)
第四节	胎盘早剥	(202)
第五节	妊娠期高血压病	(205)
第六节	羊水量异常	(210)
第七节	早产	(213)
第八节	多胎妊娠	(215)
第九节	过期妊娠	(217)
第十四章	妊娠期合并症患者的护理	(220)
第一节	心脏病	(220)
第二节	糖尿病	(225)
第三节	急性病毒性肝炎	(229)
第十五章	异常分娩患者的护理	(234)
第一节	产力异常	(234)
第二节	产道异常	(241)
第三节	胎儿异常	(246)
第十六章	分娩期并发症患者的护理	(253)
第一节	胎膜早破	(253)
第二节	产后出血	(256)
第三节	子宫破裂	(261)
第四节	羊水栓塞	(265)

第五节 胎儿窘迫 (268)

第十七章 产后并发症患者的护理 (272)

第一节 产褥感染 (272)

第二节 晚期产后出血 (275)

第十八章 计划生育妇女的护理 (278)

第一节 避孕方法及护理 (278)

第二节 女性绝育方法及护理 (283)

第三节 终止妊娠的方法及护理 (285)

第一章 妇产科常用诊疗手术患者的护理

第一节 会阴切开缝合术

会阴切开缝合术是产科最常用的手术。阴道分娩时，为了避免会阴严重裂伤，减少会阴阻力，缩短第二产程，多行会阴切开术，以初产妇多见。常用的切开方式有会阴后一侧切开（图 1-1）及会阴正中切开（图 1-2）两种，临床上前者多用。会阴后一侧切可充分扩张阴道口，不易出现会阴及盆底严重裂伤，但切开组织较多，缝合技术要求较高，手术后产妇疼痛感较重；会阴正中切开由于切开组织较少，故易缝合，且手术后疼痛轻，愈合后瘢痕不明显，但易出现会阴Ⅲ度裂伤，需严格掌握手术指征并要求手术者技术熟练。



图 1-1 会阴后一侧切开

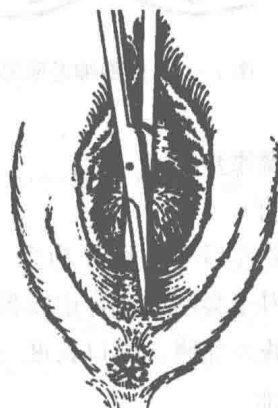


图 1-2 会阴正中切开

一、适应证

1. 会阴条件不良造成的分娩阻滞，如会阴体长、会阴部坚韧等。
2. 初产妇需行产钳术、胎头吸引术或臀位助产术。
3. 缩短第二产程，如妊娠合并心脏病、子痫前期、胎儿窘迫等。
4. 第二产程延长、子宫收缩乏力。
5. 早产儿预防颅内出血。



二、用物准备

1. 器械

会阴切开剪或钝头直剪刀 1 把、20 mL 注射器 1 个、长穿刺针头 1 个、弯止血钳 4 把、巾钳 4 把、有齿镊 1 把、持针器 1 把、三角缝合针 1 枚、圆缝合针 1 枚、1 号丝线 1 团、0 号肠线 1 根。

2. 敷料

治疗巾 4 块、纱布 10 块。

3. 药物

0.25% ~ 0.5% 普鲁卡因 20 mL 或 2% 利多卡因 5 mL。

三、麻醉方式

采用阴部神经阻滞（图 1-3）和皮下浸润麻醉（图 1-4）。

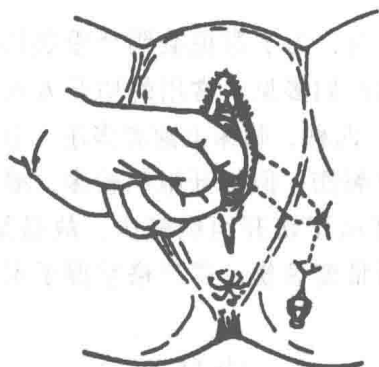


图 1-3 阴部神经阻滞

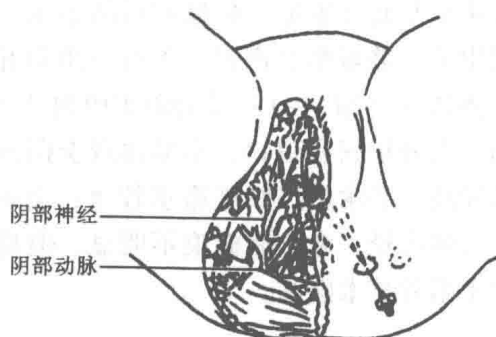


图 1-4 皮下浸润麻醉

四、操作步骤

1. 切开

以会阴左后一侧切开为多。手术者左手食指、中指伸入胎先露与阴道侧后壁之间，右手持剪刀于会阴后联合中线偏左约 0.5 cm 处，与正中中线成 45° 放好，于子宫收缩时剪开会阴皮肤与黏膜，切口长度一般为 3 ~ 4 cm。

2. 止血

纱布压迫止血，小动脉出血时应予以结扎。

3. 缝合

缝合应在胎盘、胎膜完全娩出后，先检查其他部位有无裂伤，然后将带尾线的纱布塞入阴道内，以免宫腔血液流出而影响手术。手术结束后取出，按层次缝合。

（1）缝合阴道黏膜：用食指、中指撑开阴道壁，暴露阴道黏膜切口顶端及整个切口，用 0 号络制肠线，自切口顶端上方 0.5 cm 处开始，间断或连续缝合阴道黏膜及黏膜下组织，直到处女膜外缘打结。缝合时应对齐创缘。

（2）缝合肌层（肛提肌）：用 0 号络制肠线间断缝合肌层，缝针不宜过密，肌层切口缘应对齐缝合，切开的下缘肌组织往往会略向下错开，应注意恢复解剖关系。



(3) 缝合皮肤：1 号丝线或 1 号络制肠线间断缝合皮肤。注意缝针勿过密，缝线勿过紧，以免组织水肿或缝线嵌入组织内，影响伤口愈合，或造成拆线困难。

4. 肛诊检查

取出阴道内纱布，仔细检查缝合处有无出血或血肿。常规肛诊检查有无肠线穿透直肠黏膜，如有肠线穿透直肠黏膜，应立即拆除，重新消毒缝合。

五、护理要点

1. 手术前向产妇讲解手术的目的、必要性、意义，取得产妇知情同意并积极配合。
2. 手术中多陪伴与鼓励产妇，指导产妇屏气用力，帮助擦汗、递水等。
3. 密切观察产程，协助医生恰当把握会阴切开时机，切开时间应在预计胎儿娩出前 5~10 min，不宜过早。
4. 手术后指导产妇取健侧卧位；保持外阴清洁，每天擦洗切口 2 次；手术后 5 日内，每次大小便后，用 0.025% 碘伏棉球擦洗外阴，勤换外阴垫。
5. 外阴伤口处水肿、疼痛明显者，24 h 内可用 95% 乙醇溶液湿敷或冷敷，24 h 后可用 50% 硫酸镁溶液纱布湿热敷，或进行超短波或红外线照射，1 次/日，每次 15 min。缝线手术后 3~5 日拆线。
6. 手术后每日查看切口有无出血、红肿，若发现感染，应立即拆线，彻底清创，引流，换药；并按医嘱给予抗生素。

第二节 阴道助产术

阴道助产术是第二产程协助胎儿娩出的重要手段，对缩短第二产程、降低母儿风险、提高产科质量有着积极作用。主要有胎头吸引术、产钳术等。

一、胎头吸引术

胎头吸引术是利用真空负压吸引原理，用胎头吸引器吸住胎头，在子宫收缩配合下，按分娩机制牵引协助胎儿娩出的一种助产术。常用胎头吸引器（图 1-5）有以下类型：

a. 锥形吸引器；b. 牛角形吸引器；c. 金属扁圆形吸引器。



图 1-5 常用胎头吸引器



(一) 适应证

1. 子宫收缩乏力、第二产程延长。
2. 缩短第二产程，如妊娠合并心脏病、妊娠期高血压病、胎儿窘迫或有剖宫产史等。
3. 持续性枕后位分娩进展过于缓慢。

(二) 条件

1. 宫口开全。
2. 胎头双顶径于坐骨棘以下，先露已达阴道口。
3. 无头盆不称。
4. 顶先露、活胎、胎膜已破。

(三) 用物准备

会阴切开包 1 个、胎头吸引器 1 个、50 mL 或 100 mL 注射器 1 个、止血钳 2 把、橡皮连接管 1 根（需高压灭菌）、治疗巾 2 块、纱布 4 块。新生儿吸引器、吸氧面罩、氧气、抢救药品等。

(四) 操作步骤

1. 取膀胱截石位；消毒外阴、导尿；阴道检查确定胎方位、胎先露高低、宫口大小、头盆情况等是否具备手术条件；会阴后一侧切开。

2. 放置胎头吸引器。左手食指、中指下压阴道后壁，右手持胎头吸引器将其下缘沿阴道后壁放入，然后在食指、中指指引下紧贴胎头依次缓慢送入阴道右侧壁、前壁、左侧壁，胎头吸引器全部滑入阴道内。以右手食指沿胎头吸引器检查有无夹住阴道软组织、宫颈或脐带等。调整胎头吸引器横柄与矢状缝方向一致，作为旋转胎头的标记。

3. 抽吸负压。用 50 mL 或 100 mL 注射器，分数次从橡皮管抽出空气 150 ~ 200 mL，将橡皮管夹紧，等待 2 ~ 3 min，使胎头吸引器牢固吸附于胎头上。或开动电动吸引器形成负压 375 ~ 400 mmHg。

4. 牵引。子宫收缩时，嘱产妇向下屏气，手持牵引柄顺产轴方向，按分娩机制缓缓牵引。开始稍向下牵引，保持胎头俯屈，随胎头的下降、会阴部有些膨隆时转为平牵，当胎头枕部露于耻骨弓下、会阴部明显膨隆时，渐渐向上提牵，协助胎头仰伸。胎头娩出后，立即松开止血钳，消除负压，取下胎头吸引器，相继娩出胎体。牵引时，注意力度、方向，避免漏气、滑脱，争取一次成功，同时注意保护会阴。

(五) 护理要点

1. 手术前向产妇讲解手术的必要性、方法，取得产妇知情配合。
2. 密切观察产程，勤听胎心音，手术中多安慰与鼓励，指导产妇屏气用力。
3. 牵引时，若听到“嘶嘶”声，说明漏气，可能与放置或牵引方向不妥有关，可稍旋转胎头吸引器，或重新抽出一些空气后再牵。牵引滑脱 2 次，应改用其他助产方法。牵引时间不超过 20 min。
4. 术后检查软产道，密切观察宫缩，防止产后出血。
5. 新生儿护理。密切观察新生儿大小、位置，有无头皮损伤或头皮血肿；注意新生



儿面色、反应、肌张力，警惕发生头颅血肿，按医嘱给予维生素 K_1 ，防止出血；注意保暖，静卧 24 h，避免搬动，出生后 3 日内勿洗头。

二、产钳术

产钳术是使用产钳牵拉胎头协助胎儿娩出的手术。根据胎头在盆腔内位置的高低，分为高位产钳术、中位产钳术、低位产钳术、出口产钳术四种。中位产钳术、高位产钳术因产钳位置高，难度大，危险性大，已基本不采用。当胎头双顶径达坐骨棘水平以下或胎头骨质部达盆底，矢状缝在出口前后径上时，可采用低位产钳术。出口产钳术是指胎头露于阴道口施行的产钳术。

产钳由左、右两叶组成，每叶分为钳叶、钳胫、钳锁、钳柄四部分（图 1-6）。

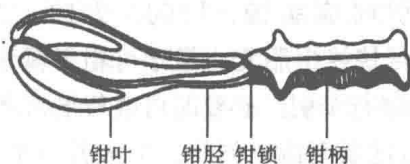


图 1-6 产钳构造

（一）适应证

1. 同胎头吸引术。
2. 胎头吸引术失败。
3. 臀位分娩后胎头娩出困难。
4. 剖宫产胎头娩出困难。

（二）条件

同胎头吸引术。

（三）用物准备

会阴切开包 1 个、产钳 1 把，宫颈钳 4 把，阴道拉钩 1 对。

（四）手术步骤

1. 取膀胱截石位；消毒外阴，导尿；阴道检查确定胎先露高低、宫口大小等是否具备手术条件；会阴后一侧切开。

2. 放置产钳。手术者右手掌面四指伸入阴道后壁与胎头之间，左手以执笔式握住产钳左叶钳柄，开始置入时，钳叶与地面垂直，产钳的凹面朝向会阴部，经阴道后壁顺着骨盆的弯度慢慢插入手掌与胎头间，在右手的引导下，边进边移向骨盆左侧，放到胎头的左侧面。放妥后取出右手，此时产钳钳叶、钳柄与地面平行，由助手托住固定。以同样方法，用右手握产钳右叶，在左手的引导下慢慢送入阴道，置于胎头的右侧面。

3. 扣合钳锁。一般产钳右叶在上，左叶在下，如两叶放置适当，即可顺利合拢。否则可略向前后上下移动使其合拢。子宫收缩间歇时稍放松产钳钳锁，两钳柄间始终保持约一指尖宽的距离，不要紧靠，以免过度压迫胎头。

4. 检查产钳放置情况。检查产钳与胎头之间有无软组织夹入，产钳是否置入胎耳前，胎头矢状缝应处于两钳叶正中。



5. 牵引。合拢后如胎心音正常，于子宫收缩时双手握住钳柄向外、向下缓慢牵拉，子宫收缩间歇期间应松开产钳，以减少胎头受压，并注意听胎心音，牵引方向随胎头的下降而改变，胎头拨露时水平位牵拉，当枕部出现于耻骨联合下缘时，可改用单手缓缓向上提，助胎头仰伸娩出。

6. 取下产钳。当胎头额部娩出后，即可取下产钳。取产钳顺序与置入产钳时相反，先取右叶，再取左叶，然后用手协助胎头娩出。应注意保护会阴。

(五) 护理要点

1. 手术前向产妇讲解手术的必要性、方法，取得产妇知情配合；手术中安慰与鼓励产妇，密切观察子宫收缩与胎心等情况，指导产妇屏气用力。

2. 随子宫收缩进行牵引时应缓慢、均匀，方向、力度应准确适当，一般需15~20 min。情况较急者，应尽快娩出胎儿，但不可粗暴操作。遇有困难，应详细检查，酌情重新考虑分娩方式，切忌强行牵引。必要时可改行剖宫产术。

3. 为了防止牵引时因用力过度而造成创伤，手术者应坐着牵引，双臂稍弯曲，双肘紧贴胸部，缓慢用力。切不可伸直双臂、用足蹬踩产床猛力进行牵引，以防失去控制，重创母婴。

4. 牵引时勿紧扣产钳两钳柄，可在两钳柄间夹入小块纱布，以减少对胎头的压迫。

5. 手术后注意观察子宫收缩及流血情况，检查宫颈及阴道，如有撕裂，立即缝合。

6. 新生儿护理同胎头吸引术。

第三节 剖宫产术

一、适应证

1. 产力异常

子宫收缩乏力、先兆子宫破裂、滞产经处理无效。

2. 产道异常

骨盆狭窄、软产道异常（畸形、宫颈坚韧、瘢痕等）。

3. 胎儿异常

胎儿窘迫、脐带脱垂、巨大胎儿、多胎妊娠、胎位异常等。

4. 妊娠合并症及并发症

妊娠合并心脏病、妊娠期高血压病、前置胎盘、胎盘早剥等。

5. 其他

高龄初产妇、珍贵儿、引产失败、瘢痕子宫、生殖道修补术后等。

二、用物准备

25 cm 不锈钢盆1个，弯盘1个，卵圆钳6把，1号刀柄和7号刀柄各1把，解剖镊2



把,小无齿镊2把,大无齿镊2把,18 cm弯形止血钳6把,10 cm、12 cm、14 cm直止血钳各4把,艾利斯钳10把,巾钳4把,持针器3把,吸引器头1个,阑尾拉钩2个,腹腔双头拉钩2个,压肠板1个,刀片3个,组织剪2把,1号丝线和4号丝线及7号丝线各1束,可吸收缝线2根。双层剖腹单1块,治疗巾10块,中单6块,纱布垫6块,纱布20块、手术衣6件、消毒手套10副。

三、麻醉方式

以持续硬膜外麻醉为主,特殊情况用全身麻醉或局部麻醉。

四、手术方式

1. 子宫下段剖宫产术

在妊娠晚期或临产后,于子宫下段切开子宫膀胱反折腹膜,下推膀胱,暴露子宫下段,在子宫下段前壁正中做横小切口,并钝性撕开10~12 cm,取出胎儿、胎盘。此术式切口愈合好,与盆腔粘连的概率小,再次妊娠发生子宫破裂的机会少,目前临床上广泛使用。

2. 子宫体剖宫产术

在子宫体正中做纵行切开。手术方法较易掌握,可用于妊娠期的任何时间。但手术中出血多,手术后切口愈合差且易与周围脏器粘连,再次妊娠、分娩时发生子宫破裂的可能性较大。此手术仅用于急于娩出胎儿或不能在子宫下段进行手术者。

3. 腹膜外剖宫产术

腹膜外剖宫产术是切开腹壁,经腹膜外分离膀胱子宫反折腹膜,推开膀胱,暴露子宫下段后切开子宫取出胎儿的手术,多用于子宫腔有严重感染者。手术较复杂,有损伤膀胱的可能,若为巨大胎儿,则娩出胎头有困难。此术式具有手术后肠蠕动恢复快、腹痛轻的特点。

五、护理要点

(一) 手术前准备

1. 知识宣教:向患者及家属讲解剖宫产术的必要性、手术过程及术后的注意事项,消除其紧张情绪及恐惧心理,以取得患者和家属的配合。

2. 手术前禁食12 h、禁水6 h,紧急手术立即禁水、禁食。

3. 备皮。同一般腹部手术。

4. 药物过敏试验。遵医嘱做好青霉素、普鲁卡因等药物过敏试验。手术前禁用呼吸抑制剂,以防新生儿窒息。

5. 留置导尿管,排空膀胱。

6. 核实交叉配血情况,做好输血准备。

7. 做好新生儿保暖和抢救准备,如气管插管、氧气及急救药品。

8. 观察产妇的生命体征,监测胎心,并做好记录。

9. 术前30 min遵医嘱注射阿托品。

(二) 手术中配合

1. 巡回护士

协助产妇取仰卧位,必要时稍倾斜手术台,可防止或纠正产妇血压下降和胎儿窘迫



情况；开放静脉通道，观察产妇生命体征，听胎心音，必要时按医嘱输血、给宫缩剂。如因胎头下降太深，取胎头困难，助手可在手术台下戴消毒手套，自阴道向上推胎头，以利胎儿娩出；备好术中所需物品，协助助产士处理及抢救新生儿。

2. 器械护士

应熟悉手术步骤，及时递送器械、敷料，随时清点物品，确保无误。

3. 助产士

携带新生儿用品、抢救器械及药品等到手术室候产，胎儿娩出后协助医生处理和抢救新生儿。

（三）手术后护理

1. 病房值班护士与麻醉师及手术室护士床边交接班，了解术中情况，测量生命体征，检查输液管、导尿管、腹部切口、阴道流血等情况，做好记录。

2. 手术后 24 h 产妇取半卧位，利于恶露排出。

3. 鼓励产妇术后做深呼吸、勤翻身、尽早下床活动，以防肺部感染及脏器粘连。

4. 减轻切口疼痛，指导产妇深呼吸、分散注意力等，必要时给止痛药物。

5. 观察产妇体温、切口、恶露，注意子宫收缩及阴道流血情况，如有异常，及时通知医生。

6. 酌情补液 2~3 日，有感染者按医嘱加用抗生素。

7. 术后留置导尿管 24 h，观察尿液颜色及尿量。拔出导尿管后注意产妇排尿情况。

8. 健康指导。保持外阴部清洁；注意乳房护理，按需哺乳；指导高热量、高蛋白、高维生素、高纤维素、多汤饮食；坚持做产后保健操，以帮助身体的恢复；产后 6 周内禁止性生活，产后 6 周到门诊复查，手术后避孕 2 年。

第四节 生殖细胞学检查

一、阴道脱落细胞检查

阴道脱落细胞主要来自阴道上段和宫颈阴道部。阴道上皮细胞受体内激素的影响有周期性变化，可以反映体内性激素水平。

（一）适应证

卵巢或胎盘功能检查。

（二）禁忌证

月经期、生殖器官急性炎症期。

（三）用物准备

阴道窥器、棉签、棉球、玻片、装有固定液的小瓶等。



(四) 取材

1. 患者准备：取膀胱截石位，取标本前 24 h 内禁止阴道冲洗、阴道检查和上药等阴道内刺激，以免影响结果。
2. 在阴道侧壁上 1/3 处轻轻刮取分泌物及细胞，薄而均匀地涂在玻片上，置于 95% 乙醇溶液内固定。
3. 未婚女性，用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，横放在玻片上向一个方向滚涂，置于 95% 乙醇溶液内固定。

(五) 护理要点

1. 向患者讲解阴道脱落细胞检查的意义及步骤。
2. 用物准备齐全，并协助患者摆好体位。
3. 所用器具必须消毒、干燥，不残留任何化学药品或润滑剂。
4. 取标本时，动作轻、稳、准，以免损伤组织，引起出血。
5. 涂片不宜太厚，不可来回涂抹，以防细胞被破坏。
6. 玻片应做好标记，立即固定在 95% 乙醇溶液中，至少 15 min。
7. 嘱患者及时将病理报告反馈医生，以免延误治疗。

二、宫颈刮片

宫颈刮片是筛查早期宫颈癌的重要方法。

(一) 适应证

筛查宫颈癌；宫颈炎症、疑宫颈管恶变。

(二) 禁忌证

月经期、生殖器官急性炎症期。

(三) 用物准备

阴道窥器、宫颈刮片、棉签、装有固定液的小瓶等。

(四) 取材

1. 患者准备：取膀胱截石位。
2. 取材部位：应在宫颈外口鳞状-柱状上皮交界处，以宫颈外口为圆心，将木质刮板轻轻刮取一周，涂于玻片上或放入盛有固定液的小瓶中。动作应轻柔，以免出血影响检查结果。若白带过多，应先用无菌干棉签轻轻擦净黏液，再刮取标本。

(五) 护理要点

1. 嘱患者刮片前 24 h 内避免性生活、避免冲洗阴道或使用置入阴道的栓剂，也不要进行阴道内诊检查。
2. 有炎症时先进行治疗，然后再刮片，以免片中充满大量白细胞及其他炎性细胞，影响诊断。
3. 检查最好安排在非月经期进行。