

段如麟 陈解民 主编

妇产科 症状鉴别 诊断学

FUCHANKE
ZHENGZHUANG
JIANBIE
ZHENDUANXUE

人民军医出版社



R710.4

DRL

99469

妇产科症状鉴别诊断学

FUCHANKE ZHENGZHUANG
JIANBIE ZHENDUANXUE

全军妇产优生专业组编

主 编
段如麟 陈解民

人民军医出版社

1995·北京

(京)新登字 128 号

图书在版编目(CIP)数据

妇产科症状鉴别诊断学/段如麟,陈解民主编. —北京:人民军医出版社,1995. 3
ISBN 7-80020-496-0

I. 妇… I. ①段… ②陈… II. 妇产科病-诊断学 N. R71

中国版本图书馆 CIP 数据核字(94)第 11086 号

2201/3229

*

人民军医出版社出版
(北京复兴路 22 号甲 3 号)
(邮政编码:100842 电话:8222916)
人民卫生出版社印刷厂印刷
新华书店总店北京发行所发行

*

开本:787×1092mm 1/16·印张:40·字数:986 千字
1995 年 3 月第 1 版 1995 年 3 月(北京)第 1 次印刷
印数:1~8000 定价:58.00 元
ISBN 7-80020-496-0/R·437

〔科技新书目:333-197⑧〕

(购买本社图书,凡有缺、损、倒、脱页者,本社负责调换)

编 著 者

主 编： 段如麟 陈解民
编 委： 徐增祥 涂 冰 杨 辛 盛韵姑
 翁霞云 陆韵华 史常旭 李亚里

编著者(以姓氏笔画为序)		邮 编
计雪文	第三军医大学教授	630038
史常旭	第三军医大学教授	630038
许持卫	第三军医大学副教授	630038
杨 辛	北京军区总医院主任医师	100010
李亚里	解放军总医院教授	100853
李贵荣	第四军医大学教授	710032
吴佩煜	第二军医大学教授	200433
陈解民	南京军区总医院教授	210002
陆韵华	空军总医院主任医师	100036
郑维国	第四军医大学副教授	710032
胡和平	第一军医大学副教授	510515
胡宏远	第二军医大学教授	200433
赵亚南	第二军医大学教授	200433
段如麟	第三军医大学教授	630038
秦乾元	第三军医大学教授	630038
涂 冰	第一军医大学教授	510515
徐增祥	济南军区总医院教授	250031
翁霞云	解放军总医院教授	100853
盛韵姑	海军总医院主任医师	100037
傅才英	解放军总医院教授	100853
魏孚梅	成都军区总医院主任医师	610083

内 容 提 要

本书共四篇二十三章。第一篇为总论,介绍了症状学的定义与重要性、诊断的原则与方法、妇产科现代诊断技术、妇产科常见症状鉴别及影响症状的心理因素。第二、三、四篇以病人的主、客观临床表现为主线,分别介绍了妇科、产科各种症状和妇产科手术后异常症状的诊断与鉴别诊断。书末附有中文索引。

本书作者均系从事妇产科临床工作三十年以上的专家、教授,学术造诣深,临床经验丰富,在编著时参考了国内外众多的最新资料。本书内容新颖、丰富,实用性强,对帮助医师提高综合分析判断能力,减少临床误诊、漏诊,具有重要意义,适合各级妇产科医师和医学院校师生学习参考。

责任编辑 杨磊石 李占春

前 言

本书是以病人的主、客观临床表现为主线,结合病史、借助化验及特殊检测手段,汇集翔实的第一手资料,进行严谨地综合分析、对比鉴别的方法作出准确诊断的学术专著。这种用所学的系统疾病学理论进行临床病人病情具体综合分析判断的能力,常须经过刻苦钻研和艰苦磨练,方能逐步提高。为帮助临床医师较快地提高综合分析判断能力,减少临床误诊漏诊,特邀约全军妇产科从事临床工作三十年以上的专家、教授,以其精湛的学术造诣和丰富的临床经验,编著这本以临床症状为主、理论联系实际的《妇产科症状鉴别诊断学》,以供在医疗第一线的妇产科各级医师参考。

本书共分四篇二十三章。第一篇总论,包括症状学的定义与重要性、诊断的原则与方法、妇产科现代诊断技术、妇产科常见症状的鉴别、妇产科症状的心理因素等带共性的内容。第二篇妇科(非孕产期)症状,按生殖器官的解剖部位划分,如外阴、阴道、宫颈、宫体、输卵管、卵巢、盆腔、乳房以及妇科急诊等各部位的异常症状;第三篇产科症状,按孕产各期划分,如孕早期、孕中期、孕晚期、分娩期、产后期及产褥期以及产科急诊等各期的异常症状。第四篇妇产科手术后异常症状的诊断与鉴别诊断,包括腹部、外阴、阴道、宫颈以及计划生育手术等。

本书的写法与过去妇产科专著不同,不是以疾病为主分系统地纵向阐述,而是从医生接诊病人的症状与体征开始,进行分析、追踪,并借助必要的实验室检查及特殊技术,获得丰富的第一手资料后进行综合对比,最后判断为何疾病。在总论中阐述症状与体征的定义,对疾病诊断的重要性,它们发生与发展的机理,同一症状在不同疾病中的不同表现,以及容易混淆的疾病的鉴别方法与要点,并对诊断的方法、原则作了详细的说明,突出强调了妇产科的特点及对待病人的态度与医德要求。有关的现代诊断新技术,如内窥镜、影像技术、遗传学及分子生物学等技术,均邀请各该技术专家撰写,让妇产科医师对于新技术的原理、采用原则、新技术的性能、妇产科适应证的选择,禁忌证与术前准备、影像识别等有一个基本的了解,以免盲目滥用。对妇产科常见症状作了带共性的概述,以便对症状有一个共识,便于在症状分析时有共同的概念,对妇产科症状的心理因素也作了适当的阐述。

第二、三、四篇相当于一般书的各论,都以症状为主。无论妇科各解剖部位和产科各孕产期的时间段,以及妇产科手术后的每一异常症状,都按其临床概况(或定义)、发生机理、本科发生此一症状的病因、症状与体征特点、诊断方法、必要的实验室检测与特殊技术检查等进行介绍。与本科(包括妇科、产科之间)及它科容易混淆的疾病的鉴别诊断是本书的重点,列在最后逐一详细介绍。每一症状均按此顺序层层深入地阐述,思路写法力求全书统一,但文风、文笔则各展其长。

本书虽系作者们的一份心愿,参考了众多的国内外同类书籍,根据多年临床经验编写,但

其目录编排方法及各症状的分析判断的写法均属新尝试,国内尚未见同一写法,不妥之处在所难免,敬希同行专家及热心读者多提宝贵意见,以使其渐趋完善。

段如麟 陈解民

1994 年 1 月

目 次

第一篇 总 论

第一章 症状学的定义与重要性

..... (1)

第二章 诊断的原则与方法 (3)

第一节 诊断的原则 (3)

第二节 病史的采集与书写 (3)

第三节 体格检查与书写 (5)

第四节 预后与随访 (9)

第三章 妇产科现代诊断技术 (11)

第一节 实验室检查 (11)

第二节 内窥镜检查 (16)

第三节 影像检查 (28)

第四节 遗传学检查与分子生物学
技术 (56)

第四章 妇产科常见症状的鉴别

..... (78)

第一节 生殖道排液 (78)

第二节 盆腔肿块 (82)

第三节 下腹疼痛 (86)

第四节 生殖道出血 (89)

第五节 闭经 (95)

第六节 经前期综合征 (100)

第七节 更年期综合征 (101)

第八节 不孕 (105)

第九节 多毛症 (112)

第五章 妇产科症状的心理因素

..... (114)

第二篇 妇科症状

第六章 外阴阴道异常症状 (119)

第一节 发育异常 (119)

第二节 肿痛 (132)

第三节 溃疡 (140)

第四节 皮肤色素脱失——白色
病损 (145)

第五节 瘙痒 (148)

第六节 排尿异常 (151)

第七节 脱垂 (160)

第八节 损伤、狭窄与闭锁 (162)

第九节 肿块 (164)

第七章 宫颈异常症状 (174)

第一节 宫颈发育异常 (174)

第二节 宫颈肿胀 (175)

第三节 宫颈出血 (178)

第四节 宫颈溃疡 (179)

第五节 宫颈脱垂、损伤、狭窄
及闭锁 (180)

第六节 肿块	(182)	第七节 多囊性变	(239)
第八章 宫体异常症状	(195)	第八节 肿块	(241)
第一节 发育异常	(195)	第十一章 盆腔异常症状	(253)
第二节 肥大、萎缩	(198)	第一节 慢性疼痛	(253)
第三节 肿痛	(201)	第二节 盆腔增厚与板结	(259)
第四节 出血	(203)	第三节 盆腔“增厚与压痛”	(262)
第五节 子宫位置异常、脱垂	(206)	第四节 隐性盆腔瘘管	(263)
第六节 扭转	(209)	第五节 盆腔肿块(器官外)	(264)
第七节 损伤、瘘管	(210)	第十二章 妇科急诊	(271)
第八节 异物	(213)	第一节 急性下腹剧痛	(271)
第九节 肿块	(214)	第二节 阴道大流血	(277)
第九章 输卵管异常症状	(216)	第三节 高热、昏迷、意识模糊	(284)
第一节 输卵管发育异常	(216)	第四节 器官损伤	(290)
第二节 堵塞、粘连	(217)	第五节 休克	(293)
第三节 积液(脓、水)	(221)	第六节 播散性血管内凝血	(301)
第四节 肿块	(223)	第十三章 乳房异常症状	(305)
第十章 卵巢异常症状	(225)	第一节 发育异常	(305)
第一节 发育异常	(225)	第二节 乳溢及乳头排液	(307)
第二节 肿痛(瘀血、脓肿)	(229)	第三节 乳房肿胀	(310)
第三节 脱垂、位置异常	(232)	第四节 乳头糜烂	(312)
第四节 扭转	(233)	第五节 乳房肿块	(313)
第五节 破裂	(236)		
第六节 萎缩	(238)		

第三篇 产科症状

第十四章 正常妊娠的诊断与鉴别	(325)	第三节 急性腰痛、腹痛	(354)
第一节 正常妊娠的诊断	(325)	第四节 血尿、脓尿	(356)
第二节 鉴别诊断	(331)	第五节 子宫过大、子宫过小	(360)
第十五章 孕早期异常症状	(335)	第六节 胎动异常和胎心音异常	(362)
第一节 剧吐	(335)	第七节 排尿困难	(363)
第二节 尿频、尿急、尿痛	(337)	第十七章 孕晚期异常症状	(366)
第三节 阴道流血	(339)	第一节 阴道出血	(366)
第四节 腹痛	(344)	第二节 阴道排液	(374)
第五节 子宫过大与过小	(347)	第三节 尿频、尿急、尿痛	(376)
第十六章 孕中期异常症状	(350)	第四节 腹部过大与过小	(379)
第一节 阴道出血	(350)	第五节 腹痛	(388)
第二节 白带过多	(353)	第六节 胎动异常	(394)

第七节 胎心异常	(396)	第一节 产后出血	(503)
第八节 头痛及视力突然减退	(399)	第二节 肛门剧烈坠痛	(505)
第九节 水肿	(406)	第三节 发热	(506)
第十节 黄疸	(412)	第四节 产后昏厥与猝死	(507)
第十一节 瘙痒	(417)	第五节 产后排尿困难	(509)
第十二节 全身皮疹	(421)	第六节 产后腹痛	(510)
第十三节 心悸	(426)	第二十章 产褥期异常症状	(514)
第十四节 呼吸困难	(429)	第一节 发热	(514)
第十五节 少尿、无尿	(432)	第二节 腹痛	(517)
第十六节 抽搐	(435)	第三节 恶露不净	(519)
第十七节 昏厥与昏迷	(441)	第四节 阴道流血	(520)
第十八章 分娩期异常症状	(449)	第五节 乳汁不足	(523)
第一节 临产的诊断与鉴别	(449)	第六节 乳房肿块	(524)
第二节 先露高浮	(453)	第七节 尿频、尿急、尿痛	(527)
第三节 产程异常	(455)	第二十一章 产科急诊	(529)
第四节 胎心异常	(479)	第一节 急性腹痛	(529)
第五节 持续性腹痛	(486)	第二节 妊娠各期的阴道大出血	(546)
第六节 阴道流血	(491)	第三节 抽搐与昏迷	(562)
第七节 心慌、气急、发绀	(495)	第四节 突发心悸气急、呼吸困难	(574)
第八节 头痛、呕吐	(499)	与紫绀	(574)
第九节 抽搐、意识模糊	(500)	第五节 少尿、无尿	(581)
第十九章 产后异常症状	(503)		

第四篇 妇产科手术后异常症状

第二十二章 腹部手术后异常症状	(587)	第十节 切口裂开	(609)
第一节 血压降低	(587)	第十一节 腹部包块	(612)
第二节 出血	(591)	第十二节 昏迷	(614)
第三节 头痛	(593)	第二十三章 外阴、阴道手术后	(617)
第四节 腹痛	(595)	异常症状	(617)
第五节 发热	(597)	第一节 出血	(617)
第六节 腹胀	(600)	第二节 切口肿痛裂开	(620)
第七节 无尿	(602)	第三节 发热	(622)
第八节 昏厥	(603)	第四节 漏液	(625)
第九节 漏液	(606)	第五节 排尿异常	(626)

第一篇 总论

第一章 症状学的定义与重要性

症状学是研究机体受到致病因素侵犯后所表现出来的主、客观反应及其发生与变化直至转归的一门学问,是临床诊疗的基础与核心。只有掌握病人症状的规律与特征并借助相应的辅助检查,才能得出比较正确的诊断和进行及时合理的治疗,使病人转危为安。

医务人员从书本中学到了以疾病名称为主体的系统理论知识,获得了各医学专科的完整概念,但在临床实践中首先直接接触的是病人所述诉的发病始末和其主、客观的临床表现。人是极复杂的机体,受内、外各因素的影响甚大。同一种疾病在不同人的身上,或同一人身上的不同时期、不同处境其症状表现都不尽相同,即所谓“同病异症”;反之,不同的疾病又可有相同的症状,即所谓“异病同症”。因此,在诊断工作中必须对病情的发生与变化过程、主要症状及体征表现的特点进行深入细致的了解、联系,综合分析,对比鉴别,方能导出准确的诊断。但临床上常对这一科学的论证方法重视不够,为求快速,常用臆断的疾病套上几个症状,以病凑症进行诊断,从而导致的误诊、漏诊,并非少见。随着先进诊断技术的发展,有些医生更加养成一定程度的依赖。试举数例:

例一:一30岁农妇,因下腹剧痛,反复发作已10天,服药无效,近3天发热不退,借得千元特来城市大医院求治。查得体温 39°C ,右下腹内包块压痛剧烈,阴道少量流血,子宫偏左,以急性盆腔炎住院抗炎输液数日,痛又发作并加剧,病愈沉重。因忽略40天停经及未重视突发性腹痛史,而漏诊异位妊娠内出血,致使病人要求转院时钱尽病危。

例二:一18岁未婚少女,体健。因急性腹痛伴恶心未进食已3天,亦无大便,而来求医。检查体温 38.5°C ,腹胀如8月孕,上腹鼓胀,下腹较实,压痛著,可见“肠形”。以急性肠梗阻急诊剖宫探查。开腹即见暗紫黑色软性肿胀长形包块,以坏死小肠段予心切除。切下标本剖开检查竟为双侧输卵管及部分子宫角。肠管除胀气外并无梗阻。此例因忽略女性特征检查,而将一因处女膜无孔所致的宫腔输卵管积血,误诊为急性肠梗阻,并错将尚可恢复生殖机能的内生殖器官切除。

例三:一75岁高龄老专家,体素弱。因感冒咳嗽经月不愈,为排除肺灶作CT检查,发现右

肺有一 $3 \times 4\text{cm}$ 阴影,疑恶性。复经肺癌专家看 CT 片,亦称高度可疑而行肺癌根治术。进入病灶区后即感病变不象恶性,一再切片病检均为炎症,并无恶性痕迹。但因术野广大、失血较多,术后发生多种严重并发症,数次濒危。

这种惊心动魄的病例不胜枚举。不重视病史,不注意病人的特殊情况,过分依赖先进诊断技术,脱离病人的具体病情所造成的误诊、漏诊,近年来似乎愈益明显。不可否认,先进诊断技术对提高诊断的准确性有着极其重要的作用,但病情变化莫测,动态无常,诊断病症的过程细致纷繁,必须应用所学的医学理论知识,对所掌握的病情资料进行动态观察,科学推理分析、归纳,慎重判断,以养成科学的思维判断习惯。诊病如断案,不认真分析研究,不掌握案情征结并取证,冤假错案难于避免。诊断问题事关病人安危,任何粗疏武断都是有害的,不符合医疗道德的。

本书作者们从数十年临床诊疗工作中的亲身体验,深深感到病人的临床表现始终是获得正确诊断的唯一的 firsthand 客观依据。只有充分了解病情发生与变化,症状及体征的特点,方能得到准确的结论。这本是自有医学以来所强调的科学方法,但近代有所淡化,这方面的书籍亦较少。为帮助进入临床的妇产科专业医务人员能较顺利地掌握临床诊断规律,结合作者们自身的经验体会,参考有关资料,编写了这本《妇产科症状诊断与鉴别诊断学》。本书以妇产科常见的重要症状为主体,阐述它们的发生机理、病因及各不同病因中症状的不同表现特点、诊断方法,以及与本科及它科容易混淆的疾病的鉴别,进行横向对比联系,使读者对该症状有较全面的理解。看来似乎繁琐,但经过认真的锻炼与积累,必然逐步掌握妇产科各种症状的变化规律与特点,成为能熟练、迅速、准确地作出诊断、鉴别诊断的技能过硬的临床妇产科医师。这便是作者们的心愿和编写本书的目的。

(段如麟)

第二章 诊断的原则与方法

第一节 诊断的原则

首先,必须掌握充分的第一手临床资料,包括病史、症状体检,必要的化验、特殊检测结果,这是诊断必备的基础。然后须进行分析,根据医学及专科理论,结合临床经验,对资料进行归纳,推理,并认真求证,审慎地得出结论。诊断中既要有主见,掌握原则,又要避免主观臆断,特别是防止抓住一两个主症轻易判断。人体是十分复杂的,切忌粗疏、简单。疑难重症一时不能确诊,应一面对症抢救或试探治疗,一面快速检诊以免延误处理时机,同时要充分注意,不可影响、掩盖重要病情而造成诊断困难或危及病人安全。例如异位妊娠内出血不能排除时,切不可盲目止痛,升压;有潜在心衰可能的病人不可错误地输液。即使在获得“诊断依据”时,亦必须结合病史、病情分析辨别真伪,不可脱离病情单凭一端作结论。病理活检、病原菌培养、细胞学检查、染色体核型分析以及免疫学、影像学检查的结果等,遇重大决策前应仔细再查对一遍,以避免标本弄错或其它技术误差的可能。例如一中年妇女过期流产,清宫后阴道流血淋漓不尽,排出组织物小块,病检为绒毛,建议子宫附件全切。因无其它根据,病人不同意手术,再次清宫,血净,复旧,病检未再发现癌变而痊愈。另一例 39 岁,无子女,因阴道少量流血断续不净已四月余,子宫增大如成人手拳,止血无效,排出组织物数小块,病检为腺癌,仓惶作子宫切除,竟为一正常四月妊娠男胎,合并子宫低段蜕膜炎。说明人类疾病诊断必须全面慎重考虑,即使是熟练的专家亦不可掉以轻心。凡生育期妇女有子宫增大者,切不可忘记首先排除妊娠。

第二节 病史的采集与书写

病史是从发病至诊疗结束的病情发生与发展变化的全过程,包括促使病人就诊的主要症状,过去重要病史及生活、环境、家族、个人等与疾病有关的回顾,以及现病史等。是经过医护人员整理的一份真实而科学的医疗文献,既是诊疗的记载,也是科研的资料,因此必须认真采集与书写。

一、病史的采集

询问病史是一种专业艺术,应细心认真。病人大多数非医学人员,对病情叙述常常不很准

确。有的过分紧张或恐惧,常夸大其词,如阴道流血很多有一痰盂,又如形容腹痛常说痛得死去活来等;有的受各种因素影响或涉及隐私,羞于启齿或企图隐瞒等而言不由衷,转弯抹角。因此应根据病情的规律与特点作适当的协助与诱导,并以亲切、严肃认真的态度说明医生有为病人保守秘密的责任和道德要求,从而得到病人的信赖,使病人说出真实病情。切不可将病人情况作为笑谈资料,这是医德所不允许的。即便是诈病或伪装也要耐心说明利害,诚恳地指出错误,帮助其说出真实情况,切不可当众揭穿或加以申斥。如涉及蓄意欺詐,医生应避免介入纠纷,并向有关方面汇报或联系求得法律保护。

询问病史应注意抓住主要症状,从发病开始顺时序详询其起病的缓急、发展、变化及轻重程度。如有伴行症状应按时序插入,并询问其与主症相互之间的影响与关系。如有体征出现,应详询其演变情况及与主症之间的关系。如在就诊前曾进行过诊疗,须详询经过情况及诊疗结果,用药情况与效果。发病后对全身健康的影响,重要器官的功能变化(如心、肾、肝、脑等),以及饮食起居、神智、大小便均须询问,以了解局部与全身的联系。从发病开始直问到来院就诊为止。对过去病史,家族史、婚姻史、月经史、孕产史以及个人生活史等均须结合病情作重点询问。

二、病史的书写

病史书写并非按病人口述记下的流水帐式的实录,而是经过医学专业理论知识整理归纳,用医疗术语书写的系统的科学文献资料。它具有专科特点,有严密的科学结构和程式而又是翔实的病情记录,必须按序书写。写主诉,应具妇产科特色,与女性生殖系统的功能或常见的妇产科症状相联系,如月经、孕产、性生活、各阶段性发育的情况、以及白带、阴道流血、下腹疼痛、盆腹部包块、不孕等联系。如果写成:“高热无力已三天”则无妇产科特征。如写:“下腹疼痛、发热、白带增多已一周”,则具妇产科病的特点。

现病史是病情的重要部分,是诊断的主要依据,必须认真组合。曾有规定在现病史一开始先写明末次月经日期、已未婚及孕产次,常以符号标明:如 LMP1993 年 3 月 22~29 日, P₂G₁。可一目了然地了解病人婚孕月经情况。也有将此节列在月经孕产史中者,可按具体规定书写。现病史应按时序从发病开始写至就诊时,以主要症状为主线描述其发生变化的详细情况。病情描述要精练而具体,主次分明。例如写腹痛,应说明其发病缓急、疼痛部位、严重程度、性质、持续时间、有否放射、阵发或复发,以及对全身的影响和对饮食、起居的干扰等。如有伴行症状应按时序描述,并说明与主要症状之间的相互关系。如曾在别处进行过诊疗,须扼要记载。并注意全身重要脏器功能状况,扼要叙述。

过去病史应结合病情重点回顾。对经历比较复杂,生活困苦者尤应注意。性关系紊乱的社会现状,女性受害者多。笔者曾遇一年轻时被逼为娼的老妇,如非耐心问出她的苦难经历,险些将慢性多发性盆腔脓肿及“冰冻骨盆”误诊为晚期卵巢癌。

月经、孕产史是重要的,目前国内实行计划生育,孕产史已较简单。月经史可用表格式记录,如 $13\frac{5-7}{28-32}$ 天,如已绝经可将年龄记在分数式之后。如有难产史、手术产、反复流产、畸胎等应详记。家族史中应注意母胎垂直传播疾病,如乙、丙型肝炎和梅毒等。恶性肿瘤如卵巢癌,遗传病如低智儿,性畸形等均为目前重视的病史,因与优生相关。个人史应记婚姻情况,其中对传染病、性病、遗传病以及夫妇性关系是否正常均须问及。本人职业、环境(如接触农药、重金属等有害物质和合成激素等)、过敏史、不良嗜好(烟、酒、吸毒等),常与畸胎、肿瘤相关,应注意询

问,即使遇重危急诊,当时不能连续询问者,应一面处理一面耐心深入地了解病情,完成纪录,协助确诊。

临床医生只有经过上述全面详细的采集和书写病历的锻炼,才能不断提高,善于把握症状的规律,迅速地写出精练扼要而又系统完整的病历作为诊断的基础及有价值的科学资料。这是专业智慧的结晶,不是任何先进仪器所能代替。

第三节 体格检查与书写

一、体格检查

体格检查(简称体检)是医生对病人用自己的感观运用科学知识与临床经验,怀着对病人的同情与责任感,在病人身体上用诊断技术直接诊察致病因素所造成的损害征象。这是诊断疾病基本的客观依据,必须认真细致地进行。既要尽量减轻对病人的不适,又要获得可靠的体征。体检分为全身与局部两方面,通过视、触(扪)、扣、听四步法揭示病变情况。专科医生容易过多地注意局部病情而忽略全身情况,这常是误、漏诊和对病情判断失误的重要原因。机体是一完整的个体,全身各器官组织是互相密切相关的,绝非孤立。因此凡接诊病人切不可忽视局部与全身的关系。例如一初孕妇,35周孕临产,于深夜一时余急诊入院,呼吸喘急,误以为宫缩所致,即抬待产室,深夜灯暗,值班护士立即听胎心,未听到,找来值班医生亦遍听胎心未听到,急请值班主治医生,主治医生一入待产室即闻产妇呼吸窘迫,痰喘急促,立即开灯检视病人,见面部发绀,口喷血性泡沫,心率140次/min,分明一心衰肺水肿,立即抢救,经3天始转危为安,幸发现尚及时而未出事。

凡住院病人,尤其是初次住院,必须尽可能作一次全身检查以了解病情及身体素质。病人多时,或门诊病人诊察时间短者,亦必须结合现病史,迅速观察病人的全身情况及与现病相关的重要器官的功能状态。例如中晚期孕的心、肾功能;胎儿过小的肝功能;妇科肿瘤与胃、肠、肺、脑的关系等。此外,对病人的心态、精神面貌亦应注意,心身医学在妇产科疾病诊断中有很重要的作用。

在女性生殖系统疾病的局部检查中,以视、触、扣三者使用较多且重要。听诊除产科检查听胎心、胎动、宫鸣音外,很少使用。局部检查即专科情况(或称妇科情况、产科情况)是检查的重点,应认真细致。检查的范围包括脐以下腹部至外阴、肛门、双大腿内侧这一部位,以生殖器官为主,兼顾邻近器官组织及乳房,并按序作详细记录。现就检查方法及注意事项分述于后。

妇产科专科检查有些属于隐私,应向病人诚恳地作出代她保密的保证,使其解除顾虑,信任医生。男性医生作妇科检查时,应有第三者(如女护士)在场。生殖器官为敏感之处,检查务必轻柔、从容,尽量避免重力挤压以取得病人放松合作。处女或自称未婚、无性交史的病人,未得病人同意不可作阴道检查或双合、三合诊。凡牵涉法律问题者,应有组织或法院的证明及证人在场。内诊时注意严格消毒及预防感染。

(一)视诊

妇产科检查中,视诊是重要的一环,不可忽视,尤其对初诊病人不可大意。住院病人时间充

裕,全身检查比较全面时,遗漏较少,门诊病人则常有漏诊。例如:一妇女常感右腹牵引痛,妇科检查未发现异常,后因右上腹包块、肝区压痛、高热不退以肝脓肿开腹探查,发现为一10cm直径大卵巢囊性畸胎瘤感染,其蒂部长尺余,从右侧卵巢区起始。妇科诊察时只在下腹部作双合诊扪触,未察看肝叶下悬挂的已清晰可见的囊肿。手术时瘤壁炎性肿胀,行将破裂,如再拖延,后果严重。追问病史,二年余前即感有一5cm直径大包块时隐时现,后怀孕足月分娩,产后常感右腹牵引痛,未再扪及包块。估计囊肿因妊娠子宫推挤于肝叶下方,因压迫发生粘连,子宫复旧的牵扯使瘤蒂逐渐延长所致。因病史不详询,腹部检查只看下腹而未发现右上腹包块故致漏诊。此例虽不多见,但说明盆、腹腔本无间隔,病变相互移位则是常事。因此腹部诊察应从肋缘下开始,遍及全腹直至两腰侧及耻骨上方。视诊除常规腹壁观察项目外,应特别注意腹壁厚、薄、松、紧,是否对称,有无局限性隆起,其部位、大小范围如何。如腹增大,应注意其形状。如张力大之球形,易松弛摊偏向两腰侧宽展,侧卧时向低侧垂坠,可初步了解有无包囊性积液,如囊性肿瘤,或腹水存在。

外阴部视诊不可疏忽,从阴毛多少及分布有无异常,到发育情况,有无畸形、病灶、损伤、疤痕等均应看清。并令病人咳嗽或下坠以观察阴道前后壁或宫颈是否有膨出与下垂。肛门会阴部亦应察看,有无瘘管与溢脓,前庭、尿道口与阴蒂有无异常。观察不仔细常遗漏早期癌灶、溃疡、下疳等重要病变。据云有一结婚三年未孕、月经稀少的农妇就治某县医院,粗疏的医生未细看外阴,竟将检查手指插入尿道,引起尿液以为尿瘘,再细看始发现为一先天性无阴道,婚后由尿道中性交。农妇无知,误将尿道粘膜出血认为不规则点滴月经。虽一时传为笑柄,足见病人情况复杂,诊察不可大意。

阴道视诊须从阴道口开始,拨开大小阴唇的遮掩,清楚地察看尿道旁腺及开口有无肿胀、红肿与溢脓。阴道口有无疤痕、病变;有无双阴道可能;色泽如何;流出之排液(亦称白带)性质、臭气如何;量多少,是否带血;有无尿或粪臭。已婚病人须作阴道检查及双合诊时,可从窥阴器扩开面视诊阴道内情况。从阴道口开始注意阴道粘膜的色泽、弹性,表面是否光滑,有无隐性瘘孔、病变,阴道深度,宫颈位置、形状,有无病变,穹窿部情况及分泌物性质、量等,亦要注意有无横膈、纵隔、双阴道或残端和宫颈畸形,同时注意腹股沟处有无隆起及包块。

(二)触诊(或扪诊)

触诊是妇产科体检中使用最多的检诊技术,其准确与熟练程度常与诊断正确与否密切相关。触诊从腹部、外阴作体表开始,然后从阴道内与腹壁配合作双合诊或阴道、肛门及腹壁配合作三合诊,检查盆腔内生殖器官及/与周围盆腔内毗邻组织器官的情况与关系(包括骨盆壁及骨骼)。

腹部触诊自上而下,从健侧开始,向中央至对侧进行诊察对比,了解压痛部位、范围、程度及肌紧张程度等。如有包块应触摸清楚其所在部位、大小、形状;表面是否光滑、粗糙、凸凹不平,呈大或小结节状;是囊性、实质还是不均质;活动度如何,与腹壁或盆壁有无粘连、固着;腹股沟淋巴结有无肿大、压痛、固着等。必要时用双手掌扣按两侧并两手相互推动,以检查有无液体波动感,查明腹内积水或脓、血的存在,腹壁弹性或有无揉面感等。腹股沟处如有隆起或包块,应扪及其形状、大小性质、压痛及活动度,可否回缩,以诊察有无肿瘤、隐睾或疝气的存在。

外阴触诊:阴阜、阴唇中有无压痛及包块。如有溃疡或疮疖应检诊其大小,基底有无硬结、积脓。轻扪尿道旁腺及前庭大腺处有无压痛、硬结及溢脓。会阴部疤痕损伤情况,肛门周边有无压痛、溢脓的瘘管或窦道。

阴道腹壁双合诊或阴道肛门腹壁三合诊是妇产科检查中最重要的技术操作,应认真操作,不断地积累经验。技术熟练的妇产科医生可通过其精湛的检诊技巧,诊断隐晦、疑难的妇产科疾病,故应注意锻炼。双合诊是用一手(左或右手均可,依个人习惯选择)的食中二指分开阴唇暴露阴道口开始,二指伸入阴道内先试按压阴道后壁,检查盆底弹力及提肛肌的完整与否。然后逐渐伸入同时检查阴道粘膜光滑度,阴道壁弹性与扩张度,有无触痛、肿张及病灶,直至顶端穹窿部。扪触穹窿深度、弹性,宫颈的大小、形状、活动度、位置及有无拨动痛,有无损伤痕迹及畸形。检查中如遇阻挡,则应查明有无先天畸形,如双阴道、阴道纵隔、横膈(完全或不完全)或顶部有小残留端等畸形;或因外伤所致的疤痕狭窄甚至闭锁等。此外,阴道内尿瘘与粪瘘亦要注意,有的瘘孔位置高,在穹窿顶部,孔小者常须借助探针或注入美蓝液始可发现。对有长期白带水样、粪臭的经产、难产、或盆腔手术史的病人尤应警惕。

阴道检查完毕,即将阴道内二指伸入后穹窿,掌面向上托起子宫颈,扪触后穹窿的弹性、深浅、压痛,子宫直肠窝内有无包块、增厚、积液,是否柔软空虚,并与腹壁另一手互相配合触摸盆腔内情况。腹部手掌向盆腔,自脐上水平,从健侧开始与阴道内手指配合,向对侧扪诊对比,检查子宫的位置、形状、大小、倾屈度、活动度、压痛、坚度、表面光滑度等。然后内外检查手均移向健侧触摸子宫附件区,自上而下直达宽韧带底部及盆膈,边侧达闭孔及盆壁,以同法检查对侧并进行对比鉴别。正常情况下,附件区柔软空虚,不觉有物,但子宫及附件为主要内生殖器官,其周围部分是盆腹腔最低处,并通向体外,因而是妇科疾病的主要罹患处。检查时务必细心周密,尽可能做到准确无误漏。盆腔内妇科病以炎症最常见,由此而发生脓肿、腹膜炎、结缔组织炎,常引起粘连、积液。其次是肿瘤,子宫与卵巢的良恶性肿瘤种类繁多,可发生于各种年龄。此外,因内、外伤所致的损伤、子宫穿孔、破裂,血肿或脓肿破裂,异位妊娠破裂,都很紧急严重。还有慢性炎症(脓肿)所致的瘘管,如肠瘘、直肠瘘、阴道瘘,以及器官扭转,如子宫扭转、附件扭转等。由消化道或泌尿道转移来的癌灶亦有发生。复杂的病变有时混杂错综,需要认真鉴别。一般单一器官或组织的病变不难诊断,如无粘连的子宫、良性肿瘤或卵巢良性囊腺瘤容易触摸清楚,凭双合诊的认真检查即可扪清其性质、大小、位置,结合病史多能诊断。如须与子宫及附件以外的病变相鉴别,则可先用阴道内二指固定宫颈,腹部手将包块或患部固定,当阴道内手指将子宫向对侧及下方牵引时,腹部病变处如不受影响,则腹部病变多非生殖器官病变,有利于输卵管炎与阑尾炎的鉴别,大网膜或肠系膜肿瘤与子宫或卵巢肿瘤的鉴别。如遇盆腔复杂病例,如陈旧性宫外孕、多发性脓肿、囊肿(特别是皮样囊肿)等又合并反复感染,触诊常极困难。但亦可首先找到子宫,如双合诊扪不清,可借助子宫探针(操作轻巧,慎防穿孔),探查子宫方向与大小,并可将一食指入肛门配合触诊子宫后壁以协助之。如病变在右侧,可将子宫推向左侧者,右侧必有聚积性包块(血肿、脓肿或肿瘤);如右侧无成形物,而左侧压痛增厚明显,则主要炎症在左侧。盆腔粘连、增厚多而复杂时,应结合病史,根据子宫位置,细心地扪察其周围病变性质,在粘连中找成形的包块,借助扣诊,找粘连中有无鼓音的肠管,如有则可用听诊发现肠鸣或气过水音。积液处扣诊为浊音,积液者有波动感,宫体、肌瘤为实音。如此仔细分辨,常可获得与影像检查相应的体征。在设备受限的时候,熟练的技巧是十分有价值的。

如需要检查盆壁、子宫体背部、骶骨前、子宫骶骨韧带、腹膜后、盆结肠等较高位、边缘处病变或了解与周围组织的关系,常用三合诊。即食指入阴道,中指入肛门,另手在腹部互相配合作阴道肛腹三合诊。对发现转移癌灶、粘连范围、内膜异位结节、腹膜后肿瘤等较双合诊为清楚,因肛门内手指伸入不受穹窿限制。有时亦可作肛腹双合诊,但对附件及盆底的病变则以阴道腹