

FU CHAN KE

妇产科诊断技术



(第二版) 朱人烈 于传鑫 主编

上海科学技术出版社

妇产科诊断技术

(第 二 版)

朱人烈 于传鑫 主编

上海科学技术出版社

妇产科诊断技术

(第二版)

朱人烈 于传鑫 主编

上海科学技术出版社出版

(上海瑞金二路450号)

新华书店上海发行所发行 上海东方印刷厂印刷

开本 850×1156 1/32 印张14 插页5 字数370,000

1979年4月第1版

1987年10月第2版 1987年10月第4次印刷

印数 137,001—146,800

统一书号: 14119·1317 定价: 4.10元

再 版 序 言

本书自 1979 年初版以来,承各地妇产科工作者的大力支持,曾数次重印,但六年以来,医学领域内有不少新的进展,妇产科方面亦不例外。为了适应这种新的形势及目前四个现代化的需要,本书进行了整理增订工作。

本书由上海医科大学妇产科教研室部分有经验的教授、专家参加编写。王淑贞教授,以其丰富的临床经验,编写妇产科临床检查一章;李诵弦教授,在内分泌方面有专长,为本书编写卵巢功能测定一章;杜心谷教授为妇产科病理学专家,编写子宫颈及子宫内膜病理切片检查;张惜阴教授以其大量腹腔镜检查的经验,编写腹腔镜检查部分,其余不一一介绍。

增订本保存了初版的体系,增加了妇产科内窥镜、胎儿心电图检查等内容。在激素测定、超声检查、染色体检查等方面进行了修订改写,增加了一些新的材料。

编者水平有限,缺点错误在所难免,希读者批评指正。

编 者

一九八五年十月

目 录

第一章 妇产科临床检查	1
第一节 妇科临床检查	1
第二节 产科临床检查	14
第三节 妇产科的中医诊断	32
第二章 阴道排液检查	35
第三章 子宫颈防癌检查	39
第一节 子宫颈刮片检查	39
第二节 子宫颈活组织检查	68
第三节 子宫颈锥形切除活组织检查	69
第四节 宫颈荧光检查	76
第五节 阴道镜检查	80
第四章 卵巢功能测定	84
第一节 基础体温测定	85
第二节 子宫颈粘液检查	111
第三节 阴道脱落细胞检查	119
第四节 诊断性刮宫术	129
第五章 早期妊娠的实验诊断	133
第一节 免疫乳胶测定法	134
第二节 hCG 半定量测定	137
第三节 雄蟾蜍妊娠试验	140
第四节 免疫法血凝抑制试验测定法	144

第六章 输卵管通液和通气检查	149
第七章 各种穿刺技术	152
第一节 后穹窿穿刺术	152
第二节 腹腔穿刺术	153
第三节 羊膜腔穿刺术	155
第八章 月经血、子宫内膜及宫腔排液培养	158
第一节 月经血及子宫内膜结核菌培养法	158
第二节 宫腔细菌培养	1
第九章 女性生殖道瘘管的检查	165
第一节 尿瘘	165
第二节 粪瘘	169
第十章 超声诊断在妇产科的应用	171
第一节 超声的物理特性及超声诊断基本原理	171
第二节 常用仪器和方法	172
第三节 超声显像在妇科诊断中的应用	173
第四节 超声显像在产科诊断中的应用	184
第五节 宫内节育器	201
第十一章 妇产科X线检查技术	202
第一节 妇科X线检查	202
第二节 产科X线检查	220
第十二章 子宫颈及子宫内膜病理切片检查	235
第一节 病理切片技术	235
第二节 子宫颈常见的病理变化	245
第三节 子宫内膜的生理、病理变化	263

第十三章 妇产科临床常用激素测定	284
第一节 尿中雌激素的测定.....	284
第二节 尿中孕二醇的测定.....	300
第三节 尿中垂体促性腺激素的测定.....	307
第四节 17-羟皮质类固醇测定	310
第五节 17-酮类固醇的测定	316
第六节 生殖激素的放射免疫测定.....	321
第十四章 母子血型不合的检查	327
第十五章 染色体与性染色质检查	332
第一节 性染色质.....	334
第二节 性染色质检查方法.....	338
第三节 染色体.....	340
第四节 染色体检查方法.....	375
第五节 培养液和溶液的配制.....	380
第十六章 妇产科内窥镜检查	387
第一节 手术用妇科腹腔镜.....	387
第二节 宫腔镜检查.....	402
第三节 羊膜镜检查.....	406
第十七章 胎儿监护	409
第一节 胎儿监护仪检查.....	409
第二节 胎儿成熟度测定.....	416
第三节 经腹壁胎儿心电图检查.....	424
第十八章 甲胎蛋白测定	428

第一章 妇产科临床检查

第一节 妇科临床检查

妇科临床检查是妇科中最基本的检查,包括腹部检查、阴道检查和肛门检查。在初次检查之前,检查者应向病员解释清楚检查的步骤和目的,以解除其思想顾虑和紧张情绪,而获得其合作,尤其是指导患者如何放松肌肉,以利进行深部的扪诊。检查要仔细,动作要轻巧,避免给病员不必要的疼痛。

检查前应先详细了解病史,以便心中有数,那些是检查重点而必须特别注意;但也不能疏忽可能尚有无症状的病灶,因此初次的检查必须是全面性的,包括取防癌涂片、滴虫和霉菌检查标本等。

未婚妇女,一般不作阴道检查而仅作肛门和腹部检查。必须进行阴道检查者,须征得家长及病人的同意。

在正常月经期不宜作阴道检查,以免带进细菌而导致感染。如有不正常阴道流血而必须作阴道检查时,应先清洁消毒外阴部,检查者带消毒的橡皮手套,用消毒过的器材和润滑剂等。如有便秘史且已数天无大便者,应设法解清积滞的大便后再作检查。男医务人员作妇科检查时,室内应有女医务人员在场。

检查内容和步骤

一、检查前准备

为了避免丰满的膀胱影响检查或混淆诊断(误认为囊性肿瘤),在作妇科检查之前必须嘱病员排空膀胱。

二、妇科检查

(一)腹部检查 先作视诊,观察腹部的外表,有无静脉曲张,有无腹胀或明显凸出部分;如腹部平坦而双侧肋腹膨出时,要注意

有腹水的可能。第二步作叩诊，有系统地由上而下或由下而上作叩诊。注意有无块物，其部位、软硬度、大小、外形，再注意能否活动，有无压痛点。与生殖系统有关的块物，往往处于下腹部，虽然扩大的子宫或卵巢肿瘤亦能达脐水平之上，但是仅占上腹部的块物，一般不是起源于盆腔器官。叩诊时还应注意块物是实质性或囊性。大的囊性块物(如大卵巢囊肿)时，如置一手的掌面于块的一侧，而以另一手在对侧叩击时，常能觉察到波动感。囊肿的房愈多而愈小时，越有实质性感觉。最后作叩诊，如腹部的中央为浊音而双侧胁腹为鼓音，则可能在腹部中央有块物。如中央为鼓音而双侧胁腹为浊音，则可能有腹水；此时如嘱病员向左右侧卧，则能发觉原来有浊音的胁腹部，当翻身而移到上面时，即变为呈鼓音(因腹水随着改变体位而移位)。

(二) 阴道检查 如患者有尿痛、尿频或排尿困难的主诉时，则在检查前应先观察其外阴部尤其尿道口，有无发炎现象，并用一手指在阴道口揉压两侧尿道旁腺，如能挤出脓性分泌物，用二根消毒棉签揩拭，一作细菌培养，一作涂片检查，观察细菌类别。随后用生理盐水或硼酸溶液擦干净外阴部、阴道口、尿道口，嘱病员先解掉少许尿液，然后用清洁容器取其“中段尿”作化验。

1. 外阴部的检查：首先通过视诊，观察阴毛的多少及分布情况和阴蒂的大小、长短，再观察大小阴唇，有无畸形发育或局部水肿、静脉曲张、炎症、湿疹、白斑、溃疡、赘生物、损伤等情况。然后注意处女膜的情况，是否与婚史、产史相符，即注意处女膜是否完整或已破裂。如在阴户口看到二个外口、中间有前后向的纵隔者，应注意双阴道、双子宫畸形。在超过一般初潮年龄，而尚无月经来潮者，应注意有无处女膜闭锁。患者如有定期性急腹痛史，则更有此可能。如腹痛史已较久，而可能有较多经血积储者，可使阴道膨胀。此时，如嘱患者用力下屏，可能见到由闭锁的处女膜所形成的囊性血肿鼓出于会阴前方；经肛门检查时，应能扪到被积血充盈而膨胀的阴道下段。

当观察外阴部情况后，分开阴唇观察前庭区。即使无排尿困

难史者，亦应常规检查其尿道口粘膜有无红肿或外翻。并以食指伸入阴道按压尿道后壁，以观察尿道旁腺有无发炎、积脓、积液。尿道旁腺发炎时，阴道前壁的下段增厚且有压痛。有时，尿道旁腺急性发炎已基本消失，但腺腔能成为小憩室，挤压时可被挤出少量混浊液。此外，还应检查前庭大腺。在正常情况下，它们不能被扪到。有急性发炎时，肿胀的腺体可鼓出于阴户口的侧后方，局部有红肿、压痛；急性发炎消失后，还能残留大小不等的囊肿，大者可在视诊时于阴户口侧后方看到鼓出的块物，小者可于扪诊时触及，有时稍有触痛。

注意会阴有无撕裂及其严重程度，即所谓I度、II度或III度撕裂。有I度或II度会阴撕裂，特别是II度时，阴户口稍敞开，会阴体较短，与未产妇有明显不同。有III度撕裂时，因会阴体和肛门括约肌被撕裂，所以阴道与直肠下段之间发生通连，肛门后面的皮肤有放射状皱襞，在其左右两侧可见到由括约肌断端所引起的小凹陷。手指插入肛门，同时使患者收缩肛门时，手指周围感不到括约肌紧缩的压力。最后，还可嘱病员用力下屏，以观察阴道前后壁有无松弛或膨出，子宫颈有无下垂，亦即所谓有无膀胱膨出、直肠膨出或子宫脱垂。

2. 阴道壁和子宫颈的检查：是通过阴道窥器进行的观察。置入阴道窥器时应注意压痛尿道口。一般应把窥器稍斜地送入阴户口，待窥器进入一半左右后，旋转窥器，使其柄朝向病员背部，同时继续把窥器向阴道穹窿推进。当窥器顶端接近阴道穹窿时，掀压其前叶上的短柄，使前后两叶张开，并暴露子宫颈。此时把窥器稍向左右转动，以尽量先后暴露全部阴道壁，并观其粘膜的色泽，如为红色且有出血点，往往表示有炎症可能；如为紫蓝色，则很可能和妊娠有关。同时观察阴道排液的量和性质。在正常情况下，阴道排液量不多，呈粥样状，并为酸性。泡沫样排液往往是由滴虫性阴道炎所引起；色白并含小片豆腐渣样排液，往往是由霉菌感染所致。如发觉阴道壁有红肿且排液较多或异常时，或者即使肉眼观察无异常而病员诉述有瘙痒或刺激感时，均应用棉签由阴道采取

排液标本,置入盛有少量温生理盐水的玻璃试管,即刻送化验室检查,特别寻找霉菌、滴虫。此外,还要观察阴道壁上有无溃疡、赘生物或瘻管。溃疡常是由损伤或异物所引起,经清洁消毒或取出异物后,通常迅速愈合。发现有顽固性溃疡或赘生物时,应作涂片检查和活组织检查,以明确诊断,特别排除癌变。瘻管可以是生殖道-泌尿道瘻或生殖道-肠道瘻(参阅瘻管检查章)。

第二步是检查子宫颈,首先注意子宫颈的位置和方向。在正常情况下子宫颈口应朝下、朝后(向阴道后穹窿)。另外,要注意子宫颈的大小、粘膜的颜色以及有无由产伤引起的撕裂。子宫颈呈紫蓝色是妊娠的特征。撕裂多数发生在子宫颈的旁侧,有单侧性撕裂时,使患侧有缺口;双侧性撕裂时,可使子宫颈变成前后两片,子宫颈外口变成一条横裂缝;同时前后二唇往往向外翻出而使子宫颈显得特别肥大。此时,由于宫颈管粘膜被暴露,故易发生慢性宫颈炎。宫颈炎时,子宫颈充血、肥大,严重时有触血。有时,颈管腺体增生,呈红色颗粒状,或变成息肉;息肉质很脆,易出血。有时,在子宫颈外口附近可以见到多个性透明小囊肿,这些往往是由颈管腺体出口被炎症封闭后,使分泌的粘液积滞而形成。宫颈炎,特别是严重的例子,常不易凭肉眼观察和癌变作鉴别。因此,发觉子宫颈有可疑现象时,均应取活组织作病理检查,以确定诊断。即使肉眼观察为正常宫颈时,亦不能完全排除早期癌变或癌变前期,所以最好对所有已婚妇女,尤其年龄较大者,在观察子宫颈后,全部作宫颈刮片癌细胞检查(参阅宫颈刮片检查、宫颈活组织检查、宫颈锥形切除活组织检查、宫颈荧光检查、阴道镜检查等章节)。

3. 双合诊盆腔检查:以一手的食、中两指伸在阴道内,另一手的四指(拇指除外)于下腹部,进行双合检查。进入阴道的手应戴上经煮沸过的清洁(不一定保持无菌)橡皮手套,或在食、中指套上两只指套;如检查有出血的病人,则应戴消毒过的橡皮手套,以避免由于检查而造成感染。

双合诊第一步是检查阴道。一般是用食、中两指同时进入阴道,但在情绪较紧张,尤其未生育过或老年绝经后且是初次作妇科

检查的病员,可先放进食指,待其会阴、阴道肌肉稍放松后,再置入中指。检查时,首先注意会阴部有无异常,然后顺着阴道方向,轻轻慢慢地伸入。随时注意阴道的松紧度、宽度、长度,有无疤痕、肿块或畸形。有时,能在阴道上段前壁的左、右侧方,或阴道后壁近阴户口处扪到小囊肿。前者可能是胚胎期中肾管的遗迹;后者可能是会阴部疤痕愈合时埋藏了小块粘膜组织而引起的所谓包涵囊肿。随后扪查子宫颈,注意它的大小、长度、方向、软硬度和是否光滑,并和视诊时所见作比较。一般来说,触诊要比视诊更为敏感,例如视诊时所见的撕裂和小囊肿,在触诊时往往感到是更深、更大。正常子宫颈的阴道段约长 2cm 左右,其软硬度似鼻尖。肥大、硬或高低不平的子宫颈常和炎症或癌变有关;妊娠时的子宫颈是较软的。

阴道及宫颈检查完毕后,置另一手于腹部进行双合诊检查。此时,起主要作用的是腹部的手,而不是阴道内的手指,腹部的手要设法把盆腔各器官置于双手之间以便能被扪到。为了扪到子宫体,阴道内的手指先把子宫颈尽可能向阴道顶的后方推动,使子宫底部能向前转动。为此,腹部的手应自脐下开始深压腹壁,力图把腹壁包围子宫体的后壁,并继续向耻骨联合方向移动手指,使子宫体

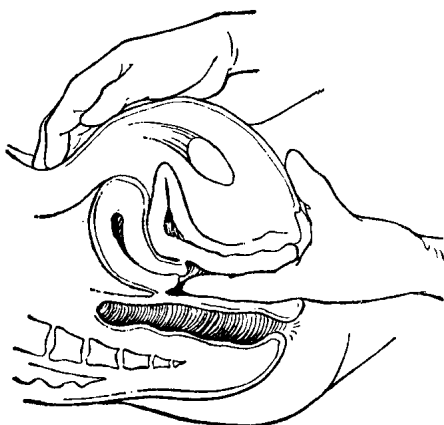


图 1-1 寻找子宫体时,腹部之手的位置

渐渐取得向前的位置,并处在双手之间(图 1-1)。如果不能摸清子宫体,往往是由于它仍处在腹部之手的后下方之故,亦即在开始检查时,腹部的手所取位置还不够高,或下压得不够深,以致没有抓住子宫底部,反而把它越推越向后(图 1-2)。

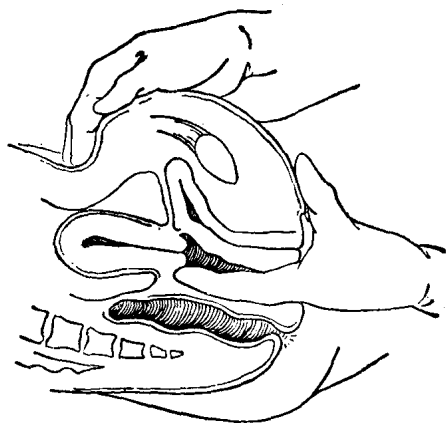


图 1-2 子宫体被腹部之手压在后方

当宫颈、宫体已被握住后,注意子宫的大小、形状、位置、软硬度、活动度,有无结节或不规则感、有无压痛。正常子宫体应向前,其轴应和子宫颈的轴成约 130° 的角。下一步可将阴道内的手指移向侧边,先查左、右两穹窿,在腹部的手亦移向盆腔的同一侧,并向深处推压。此时,子宫旁组织、卵巢、输卵管等应处在内、外两手之间(图 1-3)。在正常情况下,一般摸不清输卵管,而卵巢偶能触及,并感觉到可稍活动的软而实质的小块物。卵巢往往比较敏感,如重压能引起触痛。两手之间如果扪到增厚的组织或有压痛的肿块,往往表示输卵管、卵巢或子宫旁组织有异常。

如系未婚妇女,不便进行阴道检查时,可改用直肠-腹部双合诊检查,即以一指插入直肠,另一手放在下腹部进行的联合检查。



图 1-3 子宫旁组织、卵巢、输卵管在双手之间

4. 三合诊盆腔检查：以一手的食指伸在阴道、中指经肛门进入直肠、另一手的四指在腹部进行的联合检查。这种检查比双合诊更能全面了解盆腔内的情况。因直肠壁的组织甚薄且松软，伸缩性较大，故在直肠内的手指可以较大幅度地向左、右移动，还因这手指不受阴道后穹窿的限制，指尖可以达到更高水平。特别对检查子宫后壁及子宫-直肠窝，三合诊检查更有其优点。但进入肛门时，可能使病员感到不舒服，尤其是有痔疮或肛裂患者。为了尽量减轻对病员的不舒感，应在进入肛门的手指上涂较多润滑剂，并慢慢插进肛门。

三合诊时，当中指进入肛门并达直肠后，先了解直肠内有无病灶，阴道-直肠隔是否薄而软。然后尽量把中指沿子宫后壁向上推进；在腹部的手的配合下，摸清子宫位置、大小、活动度、有无高低不平或压痛等。再了解左、右双侧的情况，并与双合诊时所得结果作比较。随后摸清子宫-直肠窝内有无触痛、结节或块物，再注意宫颈-骶骨韧带有无增厚或触痛。

检查完毕，取出肛门内的手指必须缓慢，以免损伤肛门粘膜，对有痔疮的病员要特别注意不使痔疮带出（若被带出，须用蘸上润

滑剂的纱布,轻轻按摩回纳)。取出手指后,观察手套上有无血或脓或过多粘液,为决定是否需要作进一步检查提供依据。

三、几种常见体征的鉴别和其临床意义

(一) 子宫变位 如果子宫颈保持正常位置,而子宫体特别向

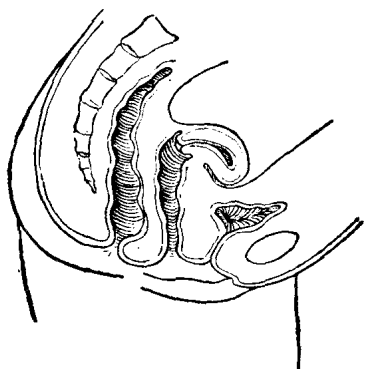


图 1-4 前屈子宫

前,则成为前屈子宫(图 1-4)。在双合诊检查时,往往感到宫体特别容易扪到。这种子宫位置常见于发育较差的青少年或婚后有不孕史的妇女。因发育较差,故子宫体常比正常的稍小,且患者常有痛经、月经量少或周期间隔较长等病史。

临床上常见的不正常子宫位置是后变位。它可分为后倾和后

屈。后倾是指整个子宫(包括宫颈和宫体)向后倒,而宫颈、宫体之间的关系不变(图 1-5)。检查时可以发觉子宫颈外口朝向阴道前穹窿,子宫体向后倒,能于三合诊时经在直肠内的指尖扪到子宫的后壁。但是在临床上,后倾常和后屈同时并存,统称为子宫后位(图 1-6)。经三合诊检查时,可以发觉子宫颈处在阴道顶端,宫颈外口向下,颈管轴几乎与阴道轴平行。经直肠内的手指可以触及子宫后壁,并能触及宫体-宫颈间的凹陷。子宫后位时,盆腔内

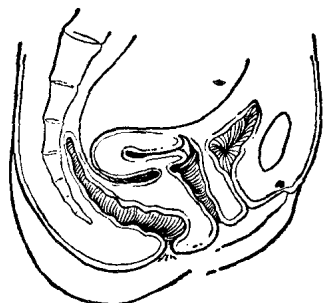


图 1-5 后倾子宫

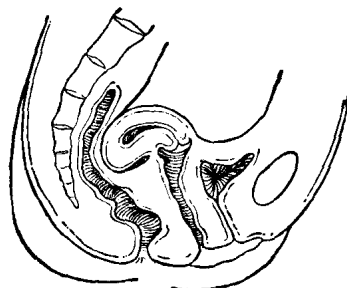


图 1-6 后倾、后屈子宫(统称子宫后位)

常有充血,因而宫颈、宫体常稍肥大而软,有时宫体可稍有触痛。这种情况常发生于产后或盆腔炎后,患者可有月经周期缩短,月经量偏多,偶有痛经及下坠感等。

另一种变位是子宫下垂。此时,宫颈、宫体之间失去应有角度,而与阴道处在平行的轴线上。如果检查者的手指进入阴道 4~5cm (约坐骨棘水平)即能扪到子宫颈,为 I 度脱垂;若宫颈已露出于阴户口时,为 II 度子宫脱垂;倘子宫颈及子宫体全部脱于阴户口外时,为 III 度子宫脱垂(图 1-7~9)。嘱患者用力下屏时,能发觉宫颈、宫体还会进一步下垂。伴随着子宫脱垂,还能在阴户口前后方分别见到阴道前后壁膨出。在膨出的阴道前壁深部常有膀胱膨出,后壁深处则有直肠膨出(图 1-10、11)。此时,如插导尿管入尿道,则可经阴道内的手指感到导管是在膨出的膀胱内;如伸手指入

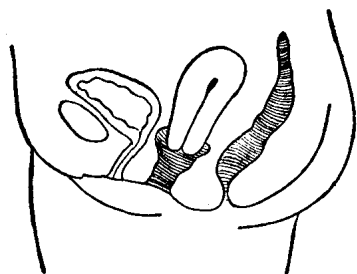


图 1-7 子宫脱垂 I 度

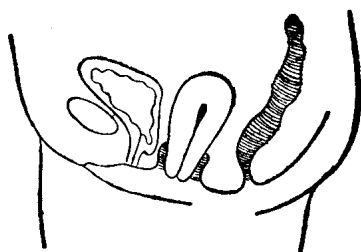


图 1-8 子宫脱垂 II 度

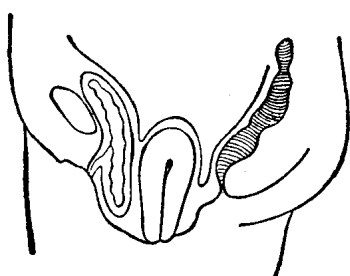


图 1-9 子宫脱垂 III 度

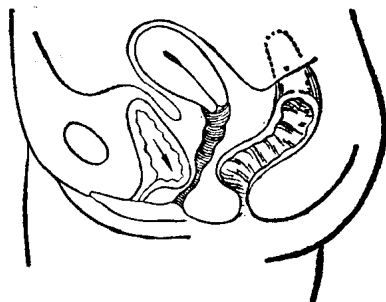


图 1-10 膀胱膨出

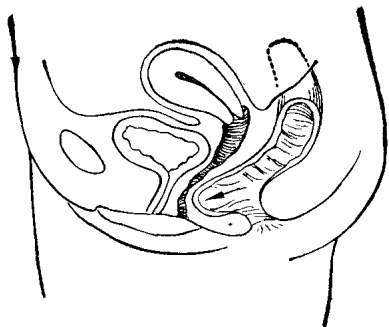


图 1-11 直肠膨出

肛门,则可感到指尖能伸进膨出的直肠内腔。

子宫脱垂多数是由产时损伤了支托子宫的筋膜、韧带和产后过早从事过重劳动所致,偶然是因先天性发育不良之故。解放后,在大力推广科学接生和产后保健以来,新发生的病例已很少见;并在开展妇女病的普查普治下,许多旧社会遗留下来的病例亦得到治愈;在偏僻地区可能还会见到。患者常诉述子宫下垂感觉、月经过多、阴道排液增多。并发膀胱膨出时,可因膀胱内经常有潴留尿而有尿路感染症状(尿频、尿急、尿痛);并发直肠膨出时,可因肛管和直肠之间弯度增加,而使大便难于排出。

(二) 盆腔肿块

1. 盆腔肿块的临床特点:盆腔块物可由妊娠、肿瘤、炎症、内出血等所引起,而各有其临床特点。临床特点往往表现在:发生年龄、月经史、块物增长速度、双或单侧性、能否活动、有无压痛等情况的不同。

(1) 发生年龄:多数盆腔肿块发生于中年以上妇女。在青少年中觉察到的盆腔块物,一般是由先天性畸形(如处女膜闭锁)引起;偶然亦能是肿瘤所致,但要注意这种肿瘤有无恶性可能。中年妇女除妊娠外,盆腔肿块往往是由子宫或卵巢肿瘤及盆腔炎症引起。在老年妇女要多注意恶性肿瘤。

(2) 月经史:育龄妇女有停经史者应先排除妊娠可能;有不