

妇产科临床诊疗思维

冯莉等 主编



河北科学技术出版社

妇产科临床诊疗思维

主 编 冯 莉 曹丽华 崔文华 张雪莲

河北科学技术出版社

主 编 冯 莉 曹丽华 崔文华 张雪莲

副主编 李 辉 岳本明 杨蓉娟 吴淑娟

程兴敏 刘 英

编 委 (以姓氏笔画为序)

冯 莉 刘 英 李 辉 孙丽娟

时惠丽 吴淑娟 张雪莲 杨蓉娟

岳本明 崔文华 曹丽华 程兴敏

图书在版编目 (C I P) 数据

妇产科临床诊疗思维 / 冯莉等主编. -- 石家庄 :
河北科学技术出版社, 2013.8
ISBN 978-7-5375-6204-1

I. ①妇… II. ①冯… III. ①妇产科病-诊疗 IV.
①R71

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 157447 号

妇产科临床诊疗思维

冯 莉 曹丽华 崔文华 张雪莲 主编

出版发行 河北科学技术出版社
地 址 石家庄市友谊北大街 330 号(邮编:050061)
印 刷 石家庄市文义印刷有限公司
开 本 850 × 1168 毫米 1/32
印 张 11.875
字 数 301 千字
版 次 2013 年 8 月第 1 版
2013 年 8 月第 1 次印刷
定 价 25.00 元

前 言

疾病的诊断是从患者提供的病史、医师的体格检查、辅助检查获得的信息中剔除无用的甚至假象的信息，通过符合逻辑的推理判断得出正确的临床诊断。疾病的治疗同样也遵循一定的原则，同一疾病的不同阶段、患者的年龄、并发症情况不同，治疗方法亦不同。为了帮助临床妇产科住院医师、实习医师迅速提高诊断、治疗水平，在医疗实践中少走弯路，减少误诊、漏诊率，在临床实践中提高综合思维能力，我们特组织有丰富临床经验的一线专家编写本书。

本书包括妇产科常见病、多发病，各疾病按基本概念、临床表现、诊断与诊断思维、治疗与治疗思维等依次展开阐述。作者总结多年实践经验，不仅写出了疾病的诊断标准、治疗原则，更重要的是从不同侧面写出如何理解这些标准和原则，具有较强的实用价值。凡教科书上已阐明的内容，如病因、发病机理、病理生理等基础性内容，作为基本知识我们不再赘述，只就临床表现、体征特点、检查结果等与临床工作直接相关的实际内容进行阐述。

本书由一线医务人员编写，在疾病的诊断与治疗中融入了各自的临床经验、思维方式，可作为临床医师、进修医师、实习医师和医学院校学生的辅助参考资料。

编 者

2013年5月

目 录

第一篇 妇产科常用操作技术

第一章	外阴、阴道及宫颈组织细胞学检查	3
第一节	外阴活组织检查	3
第二节	阴道及宫颈细胞学检查	3
第三节	宫颈活组织检查	6
第四节	子宫颈电圈环切术	7
第五节	经阴道后穹窿穿刺术	8
第二章	子宫病变检查与治疗	10
第一节	子宫分段刮宫术	10
第二节	子宫输卵管造影术	11
第三节	宫腔镜检查术和宫腔镜手术	14
第四节	子宫内膜切除术	19
第五节	宫腔热疗	21
第三章	产科常用检查	24
第一节	羊膜腔穿刺术	24
第二节	胎儿监护仪监护法	28
第三节	外倒转术	31
第四节	毁胎术	33
第五节	人工剥离胎盘术	37
第六节	产钳术	39
第七节	胎头负压吸引术	43
第八节	会阴修补术	44
第九节	新生儿气管插管术	46

第二篇 产 科

第四章 妊娠病理	51
第一节 妊娠剧吐	51
第二节 异位妊娠	54
第三节 流产	61
第四节 早产	66
第五节 过期妊娠	70
第六节 多胎妊娠	74
第七节 妊娠高血压综合征	78
第八节 羊水过多及羊水过少	85
羊水过多	85
羊水过少	89
第九节 胎儿发育异常	91
巨大儿	91
无脑儿	93
第五章 妊娠合并症	96
第一节 妊娠合并心脏病	96
第二节 妊娠合并高血压	103
第三节 妊娠合并病毒性肝炎	106
第四节 妊娠合并急性胆囊炎	113
第五节 妊娠合并急性胰腺炎	117
第六节 妊娠合并急性阑尾炎	122
第七节 妊娠合并糖尿病	126
第八节 妊娠合并贫血	133
缺铁性贫血	133
巨幼红细胞性贫血	137

第九节	妊娠合并血小板减少性紫癜	140
第六章	异常分娩	145
第一节	产力异常	145
第二节	产道异常	150
第三节	胎位异常	155
	持续性枕后位、枕横位	155
	臀先露	158
	肩先露	162
第七章	分娩并发症	165
第一节	胎膜早破	165
第二节	子宫破裂	167
第三节	羊水栓塞	171
第四节	产后出血	176
第五节	产褥感染	181
第八章	新生儿常见临床问题	185
第一节	新生儿窒息	185
第二节	新生儿呼吸系统问题	193
	新生儿呼吸窘迫综合征	193
	新生儿感染性肺炎	198
第三节	新生儿感染性疾病	201
	新生儿败血症	201
	细菌性脑膜炎	207
第四节	新生儿营养及消化系统问题	209
	新生儿坏死性小肠结肠炎	209
	新生儿呕吐	214
第五节	新生儿黄疸	216
第六节	新生儿惊厥	223

第三篇 妇科

第九章 生殖系统炎症	229
第一节 外阴炎	229
第二节 阴道炎症	231
滴虫性阴道炎	231
念珠菌性阴道炎	234
细菌性阴道病	236
老年性阴道炎	238
第三节 宫颈炎	240
急性宫颈炎	240
慢性宫颈炎	243
第十章 女性性传播疾病	245
第一节 梅毒	245
第二节 淋病	248
第三节 生殖器疱疹	251
第四节 尖锐湿疣	253
第十一章 妇科出血性疾病	256
第一节 宫颈癌	256
第二节 子宫内膜癌	262
第三节 子宫肌瘤	270
第四节 葡萄胎	276
第五节 侵蚀性葡萄胎	280
第六节 绒毛膜癌	284
第七节 功能失调性子宫出血	288
无排卵性功血	288
无排卵性月经失调	293

第十二章	子宫内膜异位症和子宫腺肌病	296
第一节	子宫内膜异位症	296
第二节	子宫腺肌病	302
第十三章	女性生殖内分泌疾病	305
第一节	痛经	305
第二节	闭经	309
第十四章	泌尿系统疾病	314
第一节	尿道炎	314
第二节	膀胱炎	317
第三节	肾盂肾炎	320
第四节	尿道肉阜	324
第五节	尿道综合征	325
第十五章	女性生殖器官发育异常	329
第一节	处女膜闭锁	329
第二节	先天性无阴道	331
第三节	两性畸形	333
第十六章	女性生殖器官变位和损伤	337
第一节	子宫脱垂	337
第二节	子宫损伤	341
	子宫破裂与子宫穿孔	341
	宫颈损伤	345
第三节	外阴损伤	348
第四节	阴道损伤	351
第五节	尿瘘	354
第六节	粪瘘	358
第十七章	不孕症	362

第一篇 妇产科常用操作技术

第一章 外阴、阴道及宫颈组织 细胞学检查

第一节 外阴活组织检查

1. 适应证。外阴白色病变疑有癌变；外阴赘生物需明确诊断；外阴溃疡久治不愈疑有恶变者。

2. 操作步骤

(1) 取膀胱截石位，消毒外阴，铺术巾，病变部位以局部浸润麻醉，切除一小块组织，深达皮下组织；若为较小赘生物可全部切除，创口以丝线缝合，覆以无菌纱布，5d拆线。

(2) 切除组织以10%甲醛固定，送病理检查，给予抗生素预防感染。

3. 注意事项。外阴有明显炎症者，待炎症治疗后酌情处理。活检后要注意外阴清洁卫生。

第二节 阴道及宫颈细胞学检查

1. 阴道脱落细胞检查。阴道上皮细胞受卵巢激素影响具有周期性变化。检查阴道脱落细胞可反映体内性激素水平，但1次涂片只能反映当时的卵巢功能。因此，需定期连续观察才能正确掌握卵巢动态变化。

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，薄而均匀地涂于玻片上，置于95%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%乙醇内固定。

2. 宫颈刮片。是筛查早期宫颈癌的重要方法。脱落细胞也可来源于宫腔、输卵管、卵巢及腹腔上皮。通过细胞学检查可提

示不同部位的肿瘤。

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1周，避免损伤组织引起出血影响检查结果。若白带过多，应先用无菌干棉球轻轻擦净黏液，再刮取标本。

近年来使用宫颈毛刷可同时采取宫颈鳞柱状上皮交界处及宫颈管上皮两处的标本，可提高诊断率。

3. 宫颈管吸片。先将宫颈表面分泌物拭净，以吸管轻放入宫颈口内，吸取宫颈管分泌物，制成涂片；也可用浸湿生理盐水棉签伸入宫颈管内，轻轻旋转一周取出做涂片。

4. 宫腔吸片。当疑宫腔内有恶性病变时，可行宫腔吸片。先行妇科检查，明确子宫大小及位置。消毒外阴、阴道及宫颈口。将塑料管轻轻放入子宫底部，在宫腔内移动吸取标本制成涂片。宫腔吸片标本中可能含有输卵管、卵巢或盆腹腔上皮细胞成分，诊断时应全面考虑。

5. 局部印片。用清洁玻片直接贴按病灶处做印片，行细胞学检查，适用于外阴及阴道的可疑病灶。

6. 细胞学诊断

(1) 巴氏涂片及巴氏分级法：自1941年Papanicolaou创立阴道脱落细胞学诊断方法以来，经过巴氏涂片，在显微镜下可以检查宫颈癌早期癌变，简单方便，几十年来为大面积宫颈癌防治普查提供了可行的方法。

巴氏Ⅰ级：正常。

巴氏Ⅱ级：炎症。临床上又分为ⅡA和ⅡB。ⅡB指个别细胞核异型性明显，但又不支持恶性；其余为ⅡA。

巴氏Ⅲ级：可疑癌。

巴氏Ⅳ级：高度可疑癌。

巴氏Ⅴ级：癌。镜下见多量典型的癌细胞。

巴氏涂片有高达 20%~45% 的假阴性率，这成为巴氏涂片、分级法的最大局限性。主要原因：取材未取到病变部位；约有 80% 细胞留在取样工具中被丢掉；涂片中血液、黏液、炎性细胞以及细胞过度重叠而影响观察，约有 40% 涂片因质量影响诊断；涂片细胞干燥后形态改变影响正确判断；因每张涂片需观察大量细胞，医师视力疲劳而漏诊。

(2) TBS 分类法：为了使宫颈、阴道细胞学诊断与病理学一致，1988 年美国制定 TBS 分类法，1991 年国际癌症协会对宫颈、阴道细胞学诊断报告正式采用 TBS (the Bethesda system) 分类法，采用描述性诊断。目前我国也在推广使用 TBS 分类法。

① 正常范围 (within normal limits, WNL)。

② 意义不明的不典型鳞状细胞 (atypical squamous cells of undetermined significance, ASCUS)。

③ 鳞状上皮内病变 (squamous intraepithelial lesion, SIL)。

④ 低度鳞状上皮内病变 (low grade squamous intraepithelial lesion, LGSIL)，即 CIN I。

⑤ 高度鳞状上皮内病变 (high grade squamous intraepithelial lesion, HGSIL)，即 CIN II 和 CIN III。

(3) 细胞学检查技术

① 计算机辅助筛查 (CCT)：该法引进计算机阅片，目的是筛查出巴氏涂片中的假阴性片，提高诊断，同时提高效率、减轻工作量，推动了细胞学的发展。由于最后仍需要医师亲自阅片，鉴定是否异常，并未达到真正由计算机自动筛查的目的。

② 液基超薄涂片 (TCT)：新柏式液基超薄涂片技术的应用原理是用特制宫颈管刷分别收集宫颈外口和宫颈管的脱落细胞，将收集的细胞洗入放有细胞保存液的特制小瓶中，通过高精密度过滤器过滤细胞保存液，将标本中的黏液、血液和炎性细胞分离，然后将过滤的细胞放置在玻片上，制成超薄片，95% 乙醇固

定、巴氏染色后，由医师于显微镜下阅片诊断。

该法具有以下优点：由于被检细胞集中，背景清晰，有助于对异常细胞的筛查。此法减少了不确定或可疑异常细胞的诊断，提高了对异常细胞的诊断率、低度以上病变的检出率。而且用剩余在保存液中的标本，还可进行 HPV-DNA 检测。当需要重复涂片时，不需患者再次返院。在用 TBS 分类时需采用超薄片技术镜下检查。超薄片技术和 TBS 分类同时应用，可提高 30% 的检测率。

第三节 宫颈活组织检查

1. 适应证。宫颈病变疑有癌症者；宫颈刮片有可疑细胞或慢性特异性炎症如结核等需进一步明确诊断者；宫颈息肉切除或子宫肿物等。

2. 操作方法

(1) 钳取法：有单点及多点取材两种。单点取材用于临床已诊断宫颈癌的患者，目的是为进一步确诊，了解癌浸润的程度。多点活检适用于病变不典型或仅细胞学检出可疑恶性细胞或癌细胞者，于宫颈 3 点、6 点、9 点、12 点或 2 点、5 点、8 点、11 点等处取材；也可先在宫颈上涂以复方碘溶汀（碘 2g，碘化钾 4g 加水至 100ml），选择不着色或着色浅处取材；有条件者可在阴道镜指引下于异常上皮或血管区取材，准确率更高。操作步骤如下。

①窥器暴露宫颈，拭净表面分泌物，局部消毒。

②用子宫颈活组织钳，抵住取材部位钳取。标本固定于 10% 甲醛溶液中。多点取材者要注明部位，分别固定，送做病理检查。

③创面压迫止血后，局部填塞纱布或带尾纱球，纱布一端应露出阴道口，尾线则应用胶布固定于大腿内侧，次日取出。

(2) 宫颈锥形切除：用于宫颈刮片屡次查到恶性细胞而阴道镜检查、宫颈多点活检及分段刮宫无阳性所见者或宫颈活检为原位癌，而临床怀疑早期浸润癌者。由于锥切标本病理检查的工作量大，局部创面又有出血及感染等问题，故仅选择性地用于少数特殊病例。操作步骤如下：

①腰麻或硬膜外麻醉下，患者取膀胱截石位，排空膀胱。外阴、阴道常规消毒，铺术巾。扩张器扩张阴道，暴露宫颈，再次消毒。

②以宫颈钳夹宫颈前唇向外牵引，扩张宫颈管并做宫颈管搔刮术。在病变外或碘不着色区外 0.5cm 处做环形切口，斜向宫颈管内口。一般深入宫颈管 2~2.5cm，呈锥形切除。

③创面缝合或压迫止血。于切除标本的 12 点处做一标志，以 10% 甲醛固定，送病理检查。

3. 注意事项

(1) 术前无明显生殖道炎症，白带滴虫及真菌检查阴性。

(2) 出凝血时间及血小板计数在正常范围，无出血性疾患。

(3) 一般宫颈活组织检查，避免在月经期前 1 周内施行。术后无需预防性用抗生素，禁止性交和盆浴 2 周。

(4) 宫颈锥切术应在月经干净后 3~7d 施行；不宜用电刀，以免破坏切缘组织，影响病理诊断。术后应用抗生素预防感染；未行子宫切除者，术后禁止盆浴和禁止性交 2 月。并应于术后 6 周复查，了解月经流出是否通畅，必要时扩张宫颈管，以了解宫颈管有无狭窄及粘连。术后留置导尿管 24h，持续开放。

(5) 疑有宫颈管内病变，为了弄清宫颈管内是否受累，应同时做宫颈管搔刮术，分别送病理检查。

第四节 子宫颈电圈环切术

子宫颈电圈环切术 (LEEP) 是采用金属环通以高频电流锥

形切除宫颈组织，虽然在 LEEP 切除组织的边缘，可见到热效应的痕迹，但不影响病理结果。它突出的优点是手术操作简便，无须麻醉，可在门诊进行，并发症少，是治疗 CIN 的有效方法。随访术后患者发现其对未来妊娠无影响。

大型电环切除移行带（LLETZ）是与 LEEP 相似的技术，用于治疗 CIN 时既具有 LEEP 的优点，又可切除移行带，部分学者提倡用于诊断性锥形活检。

第五节 经阴道后穹隆穿刺术

直肠子宫陷凹是体腔最低的位置。盆、腹腔液体最易积聚于此，亦为盆腔病变最易累及的部位。通过阴道后穹隆穿刺，吸取标本，可协助明确诊断。

1. 适应证。明确直肠子宫陷凹积液性质，或贴近后穹隆的肿块性质。超声介导下可经后穹隆穿刺取卵。

2. 操作方法

(1) 患者排尿后取膀胱截石位。外阴、阴道常规消毒，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) 放阴道窥器暴露宫颈及阴道后穹隆，再次消毒阴道及宫颈，以宫颈钳夹宫颈后唇，向前提拉，充分暴露后穹隆。

(3) 用 18 号腰椎穿刺针接 10ml 注射器，于宫颈后唇与阴道后壁之间，取与宫颈平行稍向后的方向刺入 2~3cm，有落空感后抽吸，做到边抽吸边拔出针头。若为肿物，则选择最突出或囊性感最明显部位穿刺。

(4) 抽吸完毕，拔针。若穿刺点渗血，用无菌纱布填塞压迫止血，待血止后连同阴道窥器取出。

3. 注意事项。抽吸为鲜血，放置 4~5min，血液凝固为血管内血液；若放置 5min 以上仍不凝，则多为异位妊娠、滤泡破裂、黄体破裂等引起的腹腔内出血。若抽出为不凝固的陈旧血或