

Benson & Pernoll 妇产科手册

Benson & Pernoll's
Handbook of Obstetrics & Gynecology

(原书第十版)

(美) Martin L. Pernoll 著



科学出版社
www.sciencep.com

Benson & Pernoll
妇产科手册

Benson & Pernoll's
Handbook of Obstetrics & Gynecology

(原书第十版)

[美] Martin L. Pernoll 著
梁旭东 译

科学出版社
北京



图字:01-2002-1309 号

内 容 简 介

本书介绍了产科、妇科、生殖内分泌和计划生育等方面的常见问题和诊治概要,大量的插图和表格方便读者阅读查找。本书适合产科、妇科医师及其他相关学科的临床医师及医学生阅读使用。

图书在版编目(CIP)数据

Benson & Pernoll 妇产科手册:第10版/(美)珀纳尔(Pernoll, M. L.)著;梁旭东译。—北京:科学出版社,2008

ISBN 978-7-03-016450-6

I. B… II. ①珀…②梁… III. 妇产科病-诊疗-手册
IV. R71-62

中国版本图书馆CIP数据核字(2005)第131419号

责任编辑:王 霞 黄 敏/责任校对:朱光光

责任印制:刘士平/封面设计:黄 超

版权所有,违者必究;未经本社许可,数字图书馆不得使用

Published by arrangement with McGraw-Hill Companies, Inc.

ISBN 0-07-135608-8

Copyright © 2001 by The McGraw-Hill Companies, Inc.

All rights reserved.

Chinese translation © 2008 by Science Press

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

新 蕾 印 刷 厂 印 刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

2008年1月第 一 版 * 开本:787×960 1/32

2008年1月第一次印刷 印张:26 1/8

印数:1—3 000 字数:792 000

定 价: 68.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈环伟〉)

献 辞

谨以本书献给那些为我带来写作动力的人们,他们是 Zilla 和 Lester Elder, Lee 和 Martin V. Pernoll, 以及 Alta 和 Jess Roberts。

献给那些为我带来写作灵感的人们,他们是 Bernard Daly, Truman Blocker, Kermint Krantz, Warren Pearse, Marcia Pernoll, 以及我曾治疗过的所有患者。献给我有幸与之共同工作的护理部学生、医学生、住院医师、研究员和研究生们,他们不断鞭策我们,使我们铭记自己存在的价值在于能给后人留下些什么,他们包括 Kristin Manzano, Martin W. Pernoll 以及 Kelsey Manzano。

声 明

医学是一门处于不断变化中的科学,新的研究与临床经验在拓宽我们知识面的同时,也要求我们在药物治疗方面做出相应的变化。本书的作者及出版者对资料来源做出了审查,努力提供了完整的信息,并符合当前出版物的标准。然而,由于错误的不可避免性及医学科学的发展变化,作者、出版者及其他参与本书的准备及印刷的工作者不能保证本书提供的信息在各方面均完整且精确,并声明对使用本书后出现的错误及后果不负责任。我们建议读者从其他渠道证实本书提供的信息,特别是审查本书中所出现药物的包装使用说明,确认本书提供的推荐药物剂量、禁忌证等信息是否正确。对于新的及不常使用的药物该建议尤其重要。

前 言

在本书第 10 版的编纂过程中,社会的沿革已经从本质上改变了医患交流的方式。这种改变因不同的患者和医生的认知度而有所不同,并且,在不同的国家和文化背景之下区别显著。然而,这种转变的不断累积实际上形成了一种变换着的医患交流方式。在美国,这种改变所造成的影响大部分是积极的。

例如,从伦理学上讲,用患者自主模式(相互依赖型)来替代家长式的医生管理模式(依赖型),可以使护理关系变得更加成熟和有效。现在的患者可以通过因特网了解到近乎无限的医学信息(当然有时是虚假信息),这加深了这种相互依赖型的医患关系。这样,医生不再是患者惟一的信息来源。与此同时,那些与日俱增的关注于公共卫生事件(支持或反对)的讨论,例如免疫方面的,也会带来对健康更完善的理解和更广泛的宣教,以及制定出更易被大众所接受的公共政策。

其他社会变化对于健康所需要的相互变化存在的影响尚有争议。而在本书中,将这一广泛的概念统称为“健康管理”。但是,在实现各自需求的同时,很多方式已经给医生和患者造成了困扰,因此,对于这一体系的质疑普遍存在。在本书中的另一个例子是不断增强的法律行为。支持者认为这是保护个人利益的必要措施。但与此同时,毫无疑问,法律程序增加了健康管理的直接与间接的费用。通过更广泛的讨论后,患者、律师、保险公司、立法者及医生的集体智慧可能能够提高对于健康管理这些方面的影响。

最后,科技的进步对于医患关系有着显著的影响。其对妇

女保健影响深远,而成就最大的莫过于基因学方面的进展。这些进步应用于人类时主要引起伦理学问题。例如人类基因组计划、在特定条件下探测基因定位前的能力,以及克隆问题。另外,患者、家庭以及社会舆论对辅助生殖方面的自然科学和应用技术的关注均与日俱增,从而引发两个领域的争论:死亡后获取精子进行体外受精及销售赠卵。

医生和患者的相互关系应在不损害个体权益、伦理或任一方的道德观念的前提下进行广泛、自由的探讨。为防止因期望的模糊不清和医患关系紧张而造成的危害,真正公开的讨论(不仅是听听,而是倾听)是迫切需要的。而且,科学家、医生、立法者及相关机构,还有一些患者公益组织应努力适应这种自由、公开、非判定性、非对抗性的医患关系的变化。

第10版延续了由Ralph Benson博士在之前的版本中开创及保留的真诚原则。如果广大读者认为本书有一定价值,并将其想法或诚挚的愿望告诉编者,我们将不胜感激。

Martin. L. Pernoll 医学博士

译者前言

近些年来,医学的各个领域均在飞速发展。妇产科学作为医学中的一大分支,其各类疾病的诊断及治疗也取得了许多进展。随着国内外交流的日益增多,我们越来越关注国外的一些规范化的诊治书籍,以期对目前的临床工作提供有益的帮助。本书正是在这种情况下由科学出版社引入国内的。

《Benson & Pernoll 妇产科手册》(原书第 10 版)涵盖了妇科、产科、计划生育等各领域相关疾病的最新诊断原则和处理方法,同时还介绍了新的手术技术的应用。相信这些详尽的叙述对广大妇产科医师的临床工作能有一定的指导和帮助,同时,还可以使我们对美国目前的医疗状况及水平有所了解。译者在阅读其原文时备感亲切和欣喜,并总能在其中找到自己所需的相关知识,因此,将此书译出,与大家共享。

本书条理清晰、内容翔实、图文并茂,其思路和编排符合临床思维的过程,可供各年资妇产科医生、研究生,以及医学院校的学生参考使用。

在整个翻译过程中,译者尽最大能力使译文忠于原文,力求做到语义准确、文笔流畅、术语规范。尽管译者尽了最大努力,令人遗憾之处在所难免,还恳请各位同道和读者予以指正。

北京大学人民医院妇产科

梁旭东

2007 年 11 月

目 录

第 1 章	女性患者	(1)
第 2 章	女性生殖系统解剖与功能	(17)
第 3 章	发育与发育异常	(46)
第 4 章	母体妊娠期的生理变化	(64)
第 5 章	妊娠的诊断及产前管理	(88)
第 6 章	分娩的过程	(129)
第 7 章	高危妊娠	(169)
第 8 章	新生儿	(210)
第 9 章	产褥	(234)
第 10 章	早孕期并发症	(251)
第 11 章	晚孕期并发症	(278)
第 12 章	多胎妊娠	(315)
第 13 章	妊娠期高血压	(326)
第 14 章	非头先露,肩难产,脐带异常	(346)
第 15 章	妊娠期间内科和外科合并症	(364)
第 16 章	产科手术	(419)
第 17 章	妇科病史及检查	(439)
第 18 章	儿童及青春期妇科学	(458)
第 19 章	乳腺疾病	(474)
第 20 章	外阴及阴道疾病	(493)
第 21 章	宫颈	(516)
第 22 章	子宫疾病	(535)
第 23 章	卵巢及输卵管	(564)
第 24 章	性传播性疾病	(590)
第 25 章	月经异常及并发症	(615)
第 26 章	避孕	(634)

第 27 章	非生殖年龄	(648)
第 28 章	内膜异位症与腺肌症	(660)
第 29 章	不孕及相关问题	(673)
第 30 章	其他的妇科疾病	(700)
第 31 章	妇科操作及手术	(739)
第 32 章	性及强奸	(771)
中英文词汇对照表	(780)

第1章 女性患者

大部分医生都很珍视其治疗患者的能力。由于现代健康管理的进步,从医生和患者的关系中产生的愉悦感保持了完整性,除了某些特殊个体和规则之外。

另外,医生似乎已经适应了这种从本质上影响整个医患关系的长期变化。变化关系的一方面是患者自主权的增加。类似的许多因素支持这种社会变化,但在互联网上可即时得到的信息量非同一般的医疗知识发挥了作用,同时家长式的关爱模式正在减少。

医生继续研究以提高健康科学的水平,而同时也致力于寻求方法以提高护理患者的艺术。事实上,近十年科学技术,特别是女性护理方面有了显著的进展。在这个进程中有着长期科学上的主导认识,即男性与女性是不同的。

现在,对于性别不同以及临床实验中由于性别而产生的显著差异,已有了科学的认识。另外,对于女性较男性更常有的不同症状、危险因素、药物反应等情况已有了全新的认识。例如,最近药物参照更加有性别特异性,而且妇女参与到大多数的药物实验中也减少了在治疗方面的不对等性。然而差异仍未消除。

医学的进展应包括认识到两性解决问题方式的不同。社会语言上的两性差异在医疗过程中会影响到医疗的进展。通常,男性倾向于自己解决问题,或提出问题,并希望医师予以解决。而女性从他人那里寻求观点或建议,然后与建议者一同解决问题。女性患者可能希望讨论问题,但不一定要求她们的医生解决。男性医师倾向于认为提出的问题必须解决。女性认为同她们的医生进行会谈、讨论,是解决问题、得到关于问题相关信息的机会。

这种希望困扰着男性,包括男性医生。

在某些时候,医生认识到了与女性患者交流存在一定的复杂性,包括更长与更详细的病史询问,在症状交流时抱怨多而缺乏真实性,疾病表现差异广泛。观察到的医生和患者之间的性别差异如下:①医生对女性患者花的时间更多。②女性患者中诊断错误的发生率更高。对于诊断错误的最常见解释是医生易于把女性患者的症状归结于“过度焦虑”。③医生与女性患者的会晤与男性相比倾向于更不积极。④通常,医生对女性患者做更多的解释。⑤医生在与女性患者谈话时更易将医学术语以平实的话语重述。⑥医生与女性患者谈话时对患者的问题会有更多的反应。⑦在协商治疗方案时,医生将回复女性患者的评论,试图通过建议或意见知道患者的行为。⑧女性患者可能会主动参与到讨论中来,如重复证实她们的症状,在症状的表述上表现得更富戏剧性,在谈话中转到新的症状,或报告存在严重争议的症状。

其他影响医生和患者关系的因素包括:治疗者的性别、内在相互作用的本质、交流的性质、理解患者的期望、交流训练以及对于性别问题的关注。

一、医生的性别以及其他特征

医生的性别以及其他性格特征对于形成医患关系有一定作用。事实上,近期对于不同的医生交流情况进行比较,提示增强与患者进行交流是有益的。

1) 女性医生一般在第一次会面中花更多的时间讨论生活方式问题。

2) 女性医生一般有更牢固的医生 - 患者关系。即女性医生使医患关系更加稳固和有效率,并增强了患者对于医疗的参与。

3) 女性医生对患者花费更多的时间。美国国家急诊医学中心调查显示,男性医生一般在每个病人身上花费 18.7 分钟,而女性医生一般花 23.5 分钟。

4) 女性医生花更多的时间进行交流,特别是收集信息及提供解释、协商治疗方案及提供精神支持。然而,更多的交流并没有提高女性医生诊断与治疗的准确率。过多的交谈是由于医生的谈话而不是收集信息产生。这提示女性医生应花些时间来给患者提供解释、协商治疗,并提供精神支持。

5) 男性医生倾向于解释女性患者对于治疗的评论,并试图通过意见及建议指导患者的行为。

6) 女性医生较男性医生更倾向于进行关于社会和精神问题的会谈,更常探讨患者的感受与情感,在会谈中常更主动,更注重建立合作的关系,提供更多的信息和情感支持。

7) 女性、家庭医生与低年资医生更希望富于情感的交流方式。

8) 女性医生、低年资医生更希望对一些问题直接进行管理。

9) 内科与外科专家较初级保健医生更注重患者的权利。

10) 女性医生通常乐于正视患者的自主性,表明女性更愿意以协商的方式解决问题。

二、患者与医生之间相互作用的本质

治疗关系的特点可能由相互作用中有控制地位的人来定义。这种相互作用中的变化包括决定相互作用的目标,对于医生作用的理解,患者的价值观在会谈中的作用,以及患者自主权利的表达。考虑到这些影响因素,患者-医生之间的关系包括了各种类型,从医生占主导地位的类型,到患者完全自主的类型均有。

医生决定的模式是一个极端。在这种模式中会谈的目的由医生来决定。医生的角色是一个以患者的最大利益为目的采取行动的指导者。患者的价值被认为与医生的作用相一致。患者对医生提出的建议是接受的。另一个极端是消费模式。这种模式的目的是由患者决定的。医生的作用是提供技术信息。患者自行挑选医疗行为。在一个完全的消费模式中,患者的价值不在联系到所提供的医学信息上,患者的自主权被定义为对于医

疗措施的决定拥有独立控制权。

在这两个极端之间的是患者 - 医生的合作伙伴关系模式。这种关系对于患者价值的开发是最有权威的,患者自主权利的获得是最有保障的。在这种模式中,可发生下列情况:道德观的建立,医生作为合作者作用的确立,患者价值的考虑,患者自主性的确立。由于在所有的人类活动中交流是重要的,对于医生来说,成功的合作伙伴模式需要特别注意交流。事实上,交流是达到我们医学技术进展后仍未满足的需求的关键。这样对于交流的简短的思考可能对我们有所帮助。

三、理解患者的期望

交流是任何医生在治疗病人中起关键作用的因素。交流被定义为思想、信息等交换。交流能促进对相互立场的理解。成功交流的目的包括:从他人的观点中识别问题,确定问题关键,决定可接受的方案,成功地确定达到目的的可能选择。完成这些目标需要有效地听取交流过程中他人的意见。倾听他人需要耐心、坦诚以及理解。更有效的倾听需要热情,即识别、理解他人的地位、感受以及动机。成为热情倾听者的步骤不是简单地模仿理解内容,而是充分地理解信息,重述内容,并包括信息中的感情内容。交流不仅受到谈话的影响,也受行为、肢体语言、非语言信号、环境以及其他因素的影响。

当然,医生怎样询问症状,确定症状与体征,以及患者的舒适感如何,在特定情况下会影响医生收集信息的质与量。当出现困难或问题时(包括精神和身体因素)尤其显著。

因此,成功的诊断、治疗、预防依赖于医生收集信息的技巧。良好的医患关系对于治疗和健康预后都有有利的影响。同样,不满意的医患关系对患者及医生均很不利。医生与患者交流中重要的问题是:收集和证实信息以做出正确的诊断、选择正确的治疗方式以得到最好的结果。

当提供信息时,医生需要考虑试图交流的内容等其他问题,包括:

- 1) 我充分理解了信息并用来交流吗?
- 2) 我是否以清晰而不是模棱两可的方式来交流? 模棱两可(自然或经验上会产生)的意见将会导致注意力的下降。
- 3) 在我的行为中是否有一些方式影响信息的获取?
- 4) 我的交流对于患者是否可接受(考虑到患者的文化、环境等因素)?
- 5) 我的交流方式是否不被患者所接受?

许多情况下,医生交流的内容包括希望患者做出改变。这些改变可能简单,也可能复杂,或者与以往形成的习惯或嗜好(抽烟、药物滥用、饮酒等)相冲突。医生可能不理解、不相信或不接受这个逻辑(或过程):他们的病人处于这样的环境中。在这样的情况下,医生需要为患者建立一个基本的准则,即没有人可以说服他人去改变。变化的承诺必须来自于做出改变的个体。

另外,医生必须考虑患者的精神状态。一系列的精神情况将会影响患者的交流,所有这些几乎均会在强度及频率上得到加强。

(一) 抑郁

在妇女中,抑郁是占主导地位的疾病。虽然个人的环境体验在抑郁的发生中发挥了主要作用,这些疾患在妇女中常见。尽管大多数医生熟悉抑郁的传统临床表现(睡眠障碍、情绪低落、饮食障碍等),但是,这些抑郁症状只是抑郁的广泛表现中的一部分,其他可能是更微妙的症状,包括非言语性的厌恶、逃避社会和(或)畏缩与妥协的行为。尽管患有抑郁的妇女较男性有更多的社会交往,但二者均可表现出非言语表达方面的广泛退缩。

(二) 负疚感

负疚包括害羞、挑衅、交流上含糊不清的成分在内。负疚的情感通常产生于当女性认识到自己未尽到责任时,以及不能控制来自生活的不同要求时。负疚感也可能发生于其将自己及因

个人的需要产生的责任转嫁于他人身上的。通常情况下,这样的冲突及随之而来的情感上升到对于孩子的多种责任感。负疚以它的感情强度、可重复性及持续性为特征。

(三) 愤怒

性别社会化能使得妇女压抑愤怒。这样可能会导致对于自身意义的否认。在这种情况下,妇女可能从确定的交流教育中获益。对妇女进行确定的交流教育的结果是提供妇女有利的工具去重获对于生活经验的控制。经常需要从一个信念“他人有责任满足妇女的需求”转变成另一个信念“妇女有责任满足她们自身的需要”。

(四) 盆腔疼痛

盆腔疼痛一般较患者遇到的其他情况更令人厌烦。态度与个性因素可能会改变疼痛的表述和患者的医疗经验,但医生应当准备处理这种厌烦的情况。一般来说,不良的预后因素包括:更加严重的疼痛、日常生活中一系列功能受到影响以及子宫内膜异位症。然而,治疗受医生成功交流的有益影响。事实上,医生的微妙态度与个性因素改变了患者在这些情况下的体验。

(五) 患者的投诉

媒体关注患者的投诉,但是很难统计出数量并进行比较,而这种数字可表明支持医生避免引发患者不满的行为或事件的趋势。总的来说,近2/3的不满是关于临床护理的。主要的不满与结果有关,超过20%的不满与粗鲁的或不合适的交流有关,超过10%与非伦理性或不适当的行为有关。女性投诉占70%,近一半的都是为了他人的利益。一半以上的投诉发生于医生的咨询室内。

(六) 患者和医生在关于与生命有关的事件中的交流很明显,关于生命终结的护理方面的交流既提高了对护

理质量的理解,也加强了深入指导的有益影响。对于有合并症、不良预后或是合并多种疾病的患者进行细致的交流后也可收到同样的效果。如前所述,经常出现的情况是如同前面提到的,这些患者拥有不同的保健医生,但没有人承担交流这种重要任务。

(七) 治疗方法的补充或替代治疗方法

目前,患者可能会采纳某些医生提出的传统补充治疗或替代治疗方案。这种情况在有严重问题时往往需要进行公开讨论。例如,在乳腺癌患者中,近3/4的患者开始使用(到6个月时近2/3)至少一种补充或替代治疗,仅略超半数的患者不接受类似的治疗。相比之下,超过90%的患者与他们的医生讨论治疗细节。总之,如果医生并不鼓励补充治疗或替代治疗方案,这可能会是尚未提到的一个重要方面。

四、多成员团队

对于交流的特殊关注在小组护理中是可调整的。多成员小组需要理论、临床和专业上的一致性。事实上,如果整个队伍无共同的任务、目标和语言,患者含混不清的态度可能出现。如果为了特殊目的而不是为了这个病人或特殊问题,一致性在团队护理模式中是易于获取的。

五、交流训练

可以通过交流训练克服交流方面的困难。男性与女性医生能够通过应用以患者为中心的技巧而得到有效的训练。一旦受训,这些技巧在他们的训练中变得比较明显。而且,女性患者与经过训练的男性或女性医生能够比较好地进行合作。其他医生关于性别特异性的交流包括:通过注意性别的存在和注意言语和非言语性行为的潜在差异,来减少性别歧视。