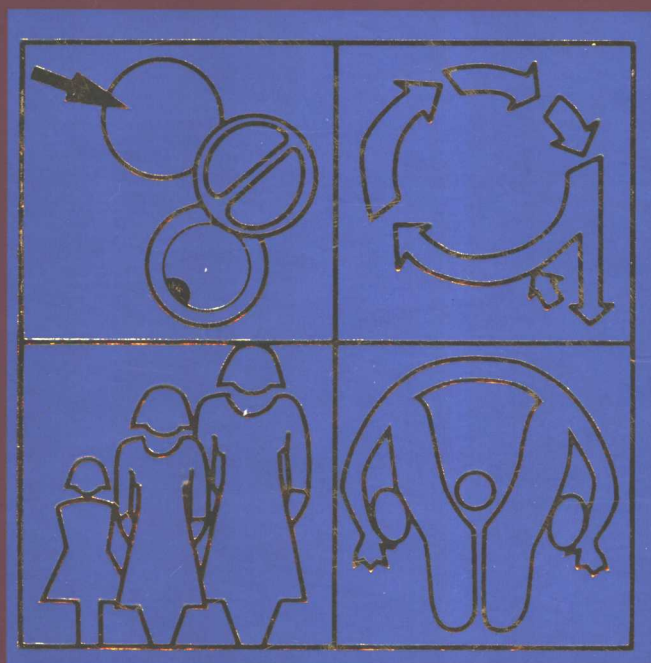


NOVAK

妇科学

第13版



原著 JONATHAN S. BEREK
主译 段 涛 丰有吉



人民卫生出版社

NOVAK 妇 科 学

NOVAK'S GYNECOLOGY

第 13 版

原著 JONATHAN S. BEREK

主译 段 涛 丰有吉

译者 (按汉语拼音排序)

陈晓君	狄 文	段 涛
丰有吉	古 航	华克勤
李昆明	李儒芝	刘惜时
陆鹏荣	鹿 欣	隋 龙
孙 红	孙晓磊	吴 昊
席晓薇	钱小虎	杨永彬
周 健	周先荣	朱丽萍

人 民 卫 生 出 版 社

NOVAK'S GYNECOLOGY Jonathan S. Berek, etc.

© 2002 by LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS

All rights reserved. This book is protected by copyright. No part of this book may be reproduced in any form or by any means, including photocopying, or utilized by any information storage and retrieval system without written permission from the copyright owner, except for brief quotations embodied in critical articles and reviews. Materials appearing in this book prepared by individuals as part of their official duties as U.S. government employees are not covered by the above-mentioned copyright.

NOVAK 妇科学 段 涛 丰有吉 主译

中文版权归人民卫生出版社所有。本书受版权保护。除可在评论性文章或综述中简短引用外，未经版权所有者书面同意，不得以任何形式或方法，包括电子制作、机械制作、影印、录音及其他方式对本书的任何部分内容进行复制、转载或传送。

图书在版编目(CIP)数据

NOVAK 妇科学 / 段涛等主译. —北京:
人民卫生出版社, 2004.11

ISBN 7-117-06487-0

I .N... II .段... III .妇科学 IV .R711

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2004) 第 116217 号

图字: 01-2003-2455

NOVAK 妇科学

主 译: 段 涛 丰有吉

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 67616688)

地 址: (100078) 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

网 址: <http://www.pmph.com>

E-mail: pmph@pmph.com

印 刷: 北京市安泰印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 889 × 1194 1/16 印张: 62

字 数: 1946 千字

版 次: 2005 年 2 月第 1 版 2005 年 2 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 7-117-06487-0/R · 6488

定 价: 185.00 元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

中文版序言

对于《NOVAK 妇科学》，我是一直把它当作妇科的“圣经”来读的。我的案头摆着第12版的英文原版（1996），捧来展阅，似闻天籁！也许有的内容并不非常新颖，但确有高山仰止之慨，因为我们的很多想法早已被大师们表述过了，心存一种阅读的“恐惧”；原来的某些经验，不过是浅尝辄止，经典书著给予我们的不仅是知识和技术，还有先哲们的思想。

在这里，我们不能不提到美国霍普金斯医院（Johns Hopkins Hospital）。妇产科的开山鼻祖是该院的Howard D. Kelly（1858~1943），他的规划和设计影响是如此巨大。该院多名大师先后主编了多本传世巨著，包括Emil Novak出版的《NOVAK 妇科学》（1940年，第1版）。Novak兼具妇科学和病理学于一身，当时他对妇科病理学的贡献已卓尔不凡：首先引入“Swiss Cheese”来比喻子宫内膜囊性增生之外观（1924年，与Martzloff），提出子宫颈炎症、癌前病变和癌的病理差异（1929年）、子宫平滑肌瘤和子宫肉瘤的关系（1937年，与Anderson）、子宫内膜不典型增生的概念（1948年，与Rutledge），甚至在1956年（他去世前一年）还提出绝经后的子宫内膜息肉有大于15%的恶变机会。这使《NOVAK 妇科学》以妇科病理为其特点，并闻名遐迩。第12、13卷的主编J.S. Berek也毕业于霍普金斯医学院，现为加利福尼亚大学洛杉矶医学院的教授。我之所以赘述如是，是想说明一个高等学府对学科发展的重要作用。清华大学老校长梅贻琦先生说“大学者，非大楼也，乃大师焉。”信哉斯言。

在《NOVAK 妇科学》后面几版中，编者拓展了领域，如对药物和手术、生殖内分泌、感染性疾病、妇科泌尿学等均有深入的阐述，实现使读者“必须获得最新和最好的信息和训练”的宗旨。在这次新版中，关于伦理原则、预防医学和初级保健、乳腺疾病、妇科内镜以及分子生物学与遗传学等方面的内容都很前卫。但读者还是可以发现病理学仍是其“拿手好戏”，值得我们去认真领会，这恰恰是临床医师需要弥补的缺陷。记得J. Donald Woodruff（也是霍普金斯大学的教授，曾为《NOVAK 妇科学》第12版作序，1996年去世）说过，“如果想做一名优秀的妇产科学专家，务必懂得病理学的重要性”。

纵观第13版《NOVAK 妇科学》，我们深切地感到其内容既全面系统，又言简意赅。有很多表格，明晰准确；有很多插图，清秀细腻。有些阐述直接以指南性质的图示表达，很有“Guideline”的作用，对我们制定规范、讲授课程都是极好的参考。

感谢以段涛教授为首的译者们，普罗米修斯是偷来火种施于人间的，而他们则是传递“圣火”的。我有幸囑作为序，拉杂如上，请译者、读者不吝赐教。

中国医学科学院 北京协和医院
中国协和医科大学

郎景和

二〇〇四年十一月于京

第 1 版序言

由于《NOVAK妇科学》的内容和范围不同于其他妇科教科书，我认为有必要说明编写这本书的有关想法以及本书的特点和范围。

首先，过去经常认为妇科学是外科学的一个分支，但是目前看来并非如此。只有一小部分妇科病人需要进行手术治疗。另外，妇科生物学越来越重要，常常会用于妇女功能性疾病的诊断和处理，这主要是生殖生理和内分泌方面的巨大发展所致。也就是说，研究女性内分泌现在已经是妇科学的一个重要组成部分，本书也持该观点。

其次，我一直认为医学生对手术的细节并不感兴趣，考虑到这一点，多数作者只写了小部分内容。当然，对于全科医生来讲也是如此。目前，医学教育者的共识是医学生在毕业之前不必了解手术细节。由于本书主要是面向医学生和全科医生，因此省略掉大量的手术细节是合理的。在病人手术处理的讨论中，主要讨论手术的指征、范围和目的，而不是手术技术本身。

本书一直强调疾病的诊断和处理，我相信多数读者也希望如此。解剖、病史和检查方法在基础部分阐述。另外，功能性疾病，包括许多内分泌病变，都给予了详细的讲解，即将妇科疾病和女性内分泌疾病联系在一起。列于每章后的参考文献是有价值的、最新的英文文献。病理学对于疾病的正确理解非常重要，本书也进行了适当的阐述。

在阐述内分泌疾病时存在一个问题，即在讨论治疗性内分泌药物时，提及不同药物的商品名毫无疑问是有帮助的。但是从另外一个角度来考虑，这种做法弊大于利。药物的种类在不断增加，其商品名也经常在发生改变。例如，现在市场上有 40 多种雌激素制剂，即使一一列举，在几个月之后很可能就又有新药了。因此只能列举一部分药物，但是漏掉的药物可能和列出来的药物一样有效。读者应该运用自己的智慧和主动性，在治疗不同的疾病时选择合适的雌激素、孕激素、绒毛膜激素或其他激素。

必须指出的是，本书主要探讨的是单纯的妇科学和女性内分泌学，并不包括其他相关领域，例如女性泌尿学。作为教科书来讲必须有一个明确的界限，读者可以通过其他渠道获得相关学科的信息。

简而言之，本书的目的是在妇科学和女性内分泌学方面提供更多的实用性信息。不管对与错，这本书所代表的是多年妇科教学和实践的成果；其目的不仅仅是为医学生提供一本合适的教科书，而且还希望本书有助于其以后的临床实践。

借此机会衷心地感谢那些为本书的编写做出贡献的所有人。

Emil Novak

第 13 版序言

第 13 版《NOVAK 妇科学》进行了彻底的更新和修订，以保证其内容和参考文献的准确性及新颖性。但是，仍保留了既往版本的特色，是一本内容全面的妇科学教科书，反映了自从《NOVAK 妇科学》问世以来 62 年内相关信息的出现和变化。非常荣幸能够担任《NOVAK 妇科学》第 13 版的主编工作，我将尽力使该书保持原来的特色和价值，并希望它能够长时间为妇科医生们提供信息和帮助。

本书的第 1 ~ 5 版由美国妇科学和病理科学的先驱 Emil Novak 博士主编，主要由美国霍普金斯大学医学院的教授参与编写。在随后的版次中，霍普金斯大学医学院的许多教授以及 Vanderbilt 的一些医生继续承担了该书的编写任务：Edmund R. Novak 博士主编了第 6 ~ 9 版；Howard W. Jones, Jr. 博士和 Georgeanna Seegar Jones 主编了 1981 年出版的第 10 版；Howard W. Jones, III、Lonnie S. Burnett 和 Anne Colston Wentz 主编了 1988 年的第 11 版。这些主编们在其他许多霍普金斯大学医学院教授们的协助下，特别是 J. Donald Woodruff 和 Conrad G. Julian，在 20 世纪后半期确立了妇科学这一专科领域。本书涵盖手术和药物治疗、生殖内分泌、辅助生殖技术、妇科肿瘤、泌尿妇科以及感染性疾病。作为霍普金斯大学医学院的毕业生，能为该学科的发展贡献自己的力量，我感到很骄傲。

从第 12 版开始，该书开始使用新的版式，该风格有助于医学生和执业医师学习阅读。

第 13 版《NOVAK 妇科学》分为六部分。第一部分“实践原理”包括对妇科病人进行初次评估、病史、体格检查，以及沟通技巧。这一部分探讨了病人护理的伦理原则、质量评估和改进，以及妇科流行病学。第二部分“基础医学”总结了该学科的医学基础，包括解剖学和胚胎学、分子生物学、遗传学以及生殖生理。第三部分“预防医学和初级保健”讲述了初级医疗保健对妇女的重要性，包括预防医学、筛查、计划生育、性以及常见的精神疾病。第四部分“普通妇科”讲述了女性生殖道的良性疾病，对盆腔感染、疼痛、上皮内疾病的评估，早孕流产和异位妊娠的处理，良性乳房疾病的诊断，以及良性妇科疾病处理。第五部分“生殖内分泌”总结了妇女从青春期到绝经期与生长、发育以及功能有关的主要疾病。第六部分“妇科肿瘤”主要讲述了女性生殖道的恶性肿瘤和乳房肿瘤。在该版中，缩短了每章首关于本主题历史发展过程的讨论，将讨论的重点从过去的成就转到目前的相关问题上。在此，对为本书的编写做出贡献的所有人员均致以诚挚的感谢！

衷心希望该书对妇科医生会有所帮助，并希望妇科学这一专业领域能对全世界妇女的健康发展继续起到推动作用。

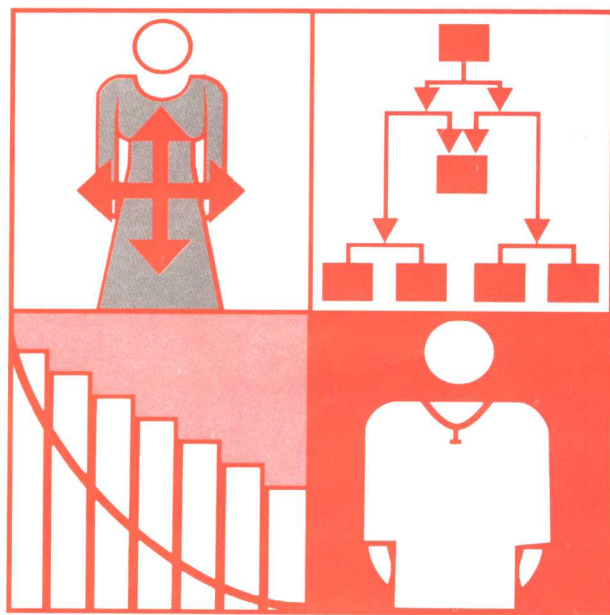
Jonathan S. Berek

目 录

第一部分	实践原理	1
第 1 章	最初的评估与交流.....	3
第 2 章	患者的护理原则.....	15
第 3 章	质量评估、操作改进和患者安全.....	22
第 4 章	妇科流行病学.....	32
第二部分	基础医学	43
第 5 章	解剖和胚胎学.....	45
第 6 章	分子生物学和遗传学.....	80
第 7 章	生殖生理.....	98
第三部分	预防医学和初级保健	117
第 8 章	预防保健与疾病筛查.....	119
第 9 章	妇科中的初级保健.....	134
第10章	计划生育.....	154
第11章	性欲、性功能障碍和性攻击.....	199
第12章	常见精神问题.....	217
第四部分	普通妇科	235
第13章	女性生殖道的良性疾病：症状和体征.....	237
第14章	盆腔痛和痛经.....	284
第15章	泌尿生殖器官感染和性传播疾病.....	305
第16章	宫颈、阴道和外阴的上皮内病变.....	317
第17章	早孕胚胎丢失与异位妊娠.....	343
第18章	良性乳房疾病.....	368
第19章	术前评估和术后处理.....	387
第20章	失禁、脱垂和盆底功能失调.....	434
第21章	妇科内镜检查.....	478
第22章	子宫切除术.....	512

第五部分 生殖内分泌	541
第23章 青春期	543
第24章 闭经	569
第25章 内分泌紊乱	587
第26章 子宫内膜异位症	630
第27章 不孕症	664
第28章 复发性流产	732
第29章 绝经	761
第六部分 妇科肿瘤	783
第30章 子宫癌	785
第31章 宫颈癌和阴道癌	822
第32章 卵巢癌	852
第33章 外阴癌	903
第34章 妊娠滋养细胞疾病	925
第35章 乳腺癌	940
附录：参考值	958
索引	961

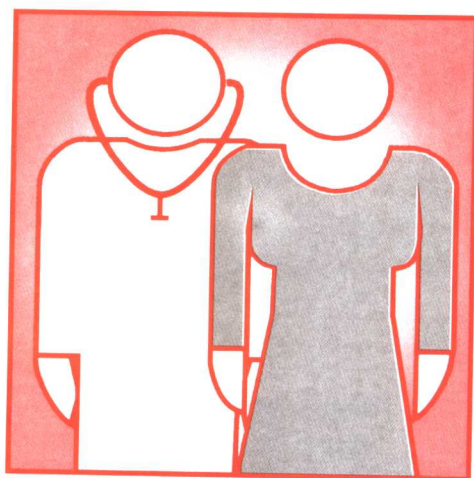
第一部分 实践原理



第1章 最初的评估与交流

原著 Jonathan S. Berek Paula J. Adams Hillard

译者 古 航



妇科临床工作需要很多技巧。一名妇科医生除具备医学知识之外，还必须培养能促进医患之间互动和相互信任的人际交往和交流的技巧。评估一名患者的情况必须从总体考虑，不能只局限于其一般医疗情况。应该包括任何明显的医学状况、心理、

社会和其家庭情况。环境和文化程度可对患者产生影响，在一定情况下评估患者必须将这两个因素考虑进去。上述方法在常规评估和医学疾病评估时都是十分有价值的，有利于进行预防保健和心理咨询。

交 流

良好的交流对于评估患者病情和治疗是十分必要的。如果医患关系是建立在开放、忠实、细致入微的交流的基础上，那么医生就能准确地了解患者的病情和问题，并得到有效的解决。良好的交流需要医生的耐心、投入和实践。

交流的基础是建立在以下重要技巧之上的：全身心投入、用心倾听、具有丰富的知识以及和睦友善的态度。这些技巧可以通过学习获得并可以得到进一步提高（1）。与患者建立初始关系后，医生必须时时注意谈话技巧，创造机会了解患者关心的问题（2）。信任是鼓励患者向医生坦率地、毫不隐瞒地诉说她的感受、关注和想法的基本因素。

虽然与患者打交道的方法有许多种，每个医生应该确定一种自己和患者交流的最佳方法，医生必须向

患者表达他们能够并且愿意倾听患者诉说，并最大程度地保守秘密（3）。医生应该重视所有与患者有关的信息。

影响患者情况的因素

许多客观因素可对患者及其接受的诊治产生影响，其中一些因素包括患者的“其他重要部分”，如她的家庭、朋友和个人关系（表1.1）。这些外部因素也包括心理的、遗传的、生物的、社会的和经济情况。一些因素会影响患者对疾病、疼痛的感知和对待疾病的方式。这些因素包括在人类生殖和性方面所受到的教育及其态度、理解程度，疾病的家族史，在一定情况下被关注的需要（3~5）。患者对自己疾病的诊治会产生相应反应，医生在理解为什么会产生这样反应

时应将患者文化程度、社会经济因素、宗教、种族、性爱好考虑进去。

表 1.1 影响患者情形的因素

患者
年龄
病史
态度和感觉
性爱好
习惯（如吸毒、抽烟）
家庭
患者状况（如已婚、分居、离婚）
兄妹（如数量、年龄）
家族史（如疾病）
环境
社会经济环境
宗教
文化和种族背景

我们都是环境、背景和文化的产物。了解患者的一般情况、社会和家庭状况非常重要（1）。家族史，包括家族中是否有成员患过重要疾病如癌症，这些都必须了解清楚。应该了解患者心理状况和性行为，以及确定患者在此方面的满意程度。医生必须避免主观判断，特别关于性行为和性爱好方面的问题（见第11、12章）。

交流技巧

医生和患者进行交流时，很重要的一点是要允许患者不断提出相应的医学问题。不仅在用词上，而且说话方式、甚至身体语言和眼神都是患者－医生交流的重要方面。传统的医生角色都是家长式的，在所有重大事情上，医生都是直接下达命令或给予特殊指示（1）。现在，患者要求与医生有更多和谐公平的对话，尽管在大多数情况下，她们不要求知道医学知识，但是她们期望得到尊重，并与医生平起平坐（6）。有证据表明，在医患关系上，给予患者较多主动权有助于产生较好的健康结局（3，7，8）。

医患互动关系

医生的说话方式能够影响他与患者的互动关系。正确有效的医患交流的重要要素见表1.2。因为这种交流是有效的，所以患者感到她能够充分讨论她的问题，而且一旦患者认为自己参与了讨论并从中获得了

尽可能多的信息，那么对于医生采取的治疗措施她较少感到焦虑和沮丧。有充分证据表明，如果医生和患者间交换意见，而不是医生单方面的演讲，那么患者会更健谈一些，理解力也会提高，治疗效果会好一些。此外，当患者感觉到讨论时有一定的协商余地，那么她们会记住更多的诊治情况（9）。

表 1.2 医患之间交流的重要因素：医生的角色

医生是
好的聆听者
专注
诚实
坦诚
医生运用
可理解的语言
适当的肢体语言
合作的方式
开诚布公的对话
适当的动情内容
幽默和热情
医生不应
对抗性
好斗性
谦卑
傲慢、专横
主观判定

医患之间共同计划的概念得到了发展（9）。其含义是患者逐渐参与疾病诊疗的过程。例如，如果患者被告知了激素替代疗法的风险和益处，并且真正理解其中道理，那么她会心甘情愿地遵守她和医生共同制订的治疗方案。

有证据表明，告诉患者病情，患者能充分理解并且敢于畅所欲言、大胆询问，那么她们的身体状况就会得到改善（2）。良好的交流对维持医患关系十分有必要，这种医患关系又有助于施行正在进行治疗。因此，患者健康的维持直接受积极的、愉快的医患关系的影响。与医生能和谐相处的患者有可能提出问题或提供潜在健康危险的信息，也乐意接受医生的建议。这种和睦关系能促进医患之间的初期互动。其中包括行为的改变，也可确保患者正规长期诊治，因为她们感觉到医生是真正关心她们健康的。

当患者生病时，她们感到自己是脆弱的，在身体和心理上是无能为力的。由于医生了解医学知识及其所担任的角色，显得权力无比，因此医患关系间带有一种胁迫性。因而医生必须意识到医患关系中的不均

衡性，以便保持“权力均衡”，不让权力远离患者。权力从医生方转移向患者方有助于提高疗效（3，7，8）。

在评估医患关系对慢性疾病的影响时，已明确采用以下措施会产生良好的治疗效果（8）：

1. 医生越专注，患者在与医生交谈中就会有更多的控制权。

2. 患者和医生双方都需要表达自己的感情。

3. 对患者提出的疑问，医生应提供相关的信息。

这样，糖尿病患者会感觉到功能的改善和有客观健康指标的改善，舒张压得到控制、糖化血红蛋白降低。如果医生最大可能的提供信息，尽可能解释说明，公开、诚实、感情丰富（包括幽默语言）地回答患者的问题，而且医患关系不是医生一手操控，就能取得最好的治疗效应（8）。

在性别与语言研究中发现，男性比女性健谈，他们往往会打断女性，控制谈话的主题（10）。因此，与女医生相比，男医生倾向掌握谈话控制权和过于自信。男性的谈话倾向于打断性的、命令性的和演讲性的，而女性的谈话是安静的、提问性的和建议性的（11，12）。有些患者在男医生面前觉得无话可说，而另一部分人与男医生在一起比与女医生在一起更健谈（13）。尽管上述总结显然不适用于所有医生，但它让人们意识到有不同方式的交流。这些交流方式显示，所有医生均要注意其说话方式，因为这会影响到患者是否会公开、自由的作出反应（14，15）。女性为了表达她们的情感并使之合情合理，往往采用开诚布公的谈话方式并试图赢得别人的理解（9～11）。

关于妇科医患间的交流，理解以下一点十分重要，不同交流风格会影响到医生对患者状况的觉察能力，会影响到医生评估患者和完成药物和手术治疗的能力。由于许多妇科疾病的私密性，需要医生擅于采用合适的方式使患者产生诚实的回应。

风格

一般来讲，交流和说服的艺术是建立在医患间相互尊敬和患者逐步了解自身健康状况的基础上的（2）。当患者得到鼓励向医生提出问题，当她作出的决定不是迫于压力时，这时患者对自身病情的洞察是最深刻的（3，9）。当患者有一种自己被“抛在角落”的感觉时，她将不会配合治疗方案的施行（7）。

下列技巧有助于与患者和睦相处：

1. 使用肯定的语言（如同意、赞成和幽默的语言）。

2. 建立合作关系（如感谢理解、征求患者观点、

意译以及解释患者的话）。

3. 换另一种措词询问问题。

4. 对患者提出的问题作出完全反应。

医生引导患者谈话方式将决定患者的理解水平和执行治疗的程度。例如开处方，如果医生下令式让患者去取药而不解释用药原因，患者则十分不愿意去执行，特别是当患者对这个指示感到困惑时。如在开激素替代疗法处方时，只轻描淡写地说：“晚上睡觉前口服一片”，而不谈及雌孕激素的风险和利益，这显然是不合适的。

传达信息的风格是其有效性的关键，医生应避免俯视方式说话。当患者取卧位或截石位时医生常采取这种俯视对话方式。这样的姿势制造了一个易受伤害的状态，在这种状态下患者感觉自己与医生地位不对等。关于疾病诊断和处理决策的严肃谈话必须在患者衣着完好、在私人房间与医生面对面进行，医患之间有或没有办公桌都可以。

在与患者交流中，肢体语言也很重要。医生应避免经常用站势，这样交流缺乏关心和同情。医生应该直视患者，在目光接触中交谈，这样患者就不会认为医生“盯着远处”（2）。

笑声与幽默

幽默是促进坦诚交流的基本因素。幽默可以是恰当的，也可以是不恰当的。恰当的幽默可使患者消除焦虑，使患者明白微笑有助于健康（16）。不恰当的幽默让患者感到恐慌、讨厌和激怒，让患者感到不舒服或认为是对自己无礼的表现。笑一笑可以让患者自我放松和感觉更好。

笑暗示“所有范围的积极情感”（16）。它是人类对不协调事物的反应及一种大脑皮层最高级表示。有助于推动所有积极的情感——爱、希望、信任、生活的愿望、欢乐、目标和决心（16）。笑是一种生理反应，是一种流露，这种流露帮助我们建立良好感觉，有助于我们适应逻辑与荒谬之间的冲突。疾病或对疾病的预见使我们更加意识到生存和控制疾病能力之间的不协调性，这种不协调性会决定我们的生命和最终结果。我们用笑来与压力作斗争，减轻压力是抵制疾病的基本机制。

改善交流的技巧

所有医生在医疗谈话时必须了解交流艺术。与患者的互动关系必须是专业的、正直的和诚实的。在医

患的互动关系中下列因素对医生来说很重要：

1. 多听少说。
2. 鼓励用由患者提出的并且对患者重要的话题来交谈。
3. 尽量避免一些控制交谈的坏习惯，例如打断别人话题、采用命令口气和演讲式说话。
4. 寻求问题并提供完整、可理解的答案。

5. 要注意表明交谈中的不快，如果是由医生企图在交谈中占控制优势而引起的，医生要意识到并加以改正。

6. 让患者确信她们有机会谈论自己的问题。
7. 确认何时患者希望自己的感受得到别人认可和被同情，而不是问题本身的解决，这时医生必须对患者表达其同情之心。

表 1.3 保持良好医患关系的要点^a

排序	医生的支持措施	多数 (%)	少数 (%)
1	回答患者提出的关于疾病治疗、副作用和可能结局的问题	99	1
2	确认患者对药物治疗十分清楚	99	1
3	鼓励患者建立一种对治疗效果充满希望和乐观的态度	95	5
4	当患者不配合治疗方案时，更换治疗计划	88	12
5	直接与家庭成员商议	87	13
6	当患者在另一科室接受辅助治疗时，继续担任其主治医生	85	15
7	建议患者向社会支持组织寻求帮助	83	17
8	向患者提供教育性材料	81	19
9	为患者提供建议，提高其生活质量	74	26
10	帮助患者决定哪种处理方法是最有效的，并促进她们进行治疗	62	38
11	建议患者向心理咨询机构寻求帮助	57	43

^a 就患者—医生交流问题对 649 名肿瘤医生进行调查的结果

在进行谈话时，了解患者关心什么对医生来说十分重要。在对谈话技巧的研究中表明，尽管临床医生采用了不同的方式，但重要的是善于寻找“机会的窗口”（如仔细、专心地倾听并在适当时机作出回答或提出问题）（2）。这种交流技巧在涉及心理和社会问题时特别有效。能够让医生发现问题的最主要技巧是能够注意倾听。

通过下列几种途径，医生可在交谈中最大限制的获取信息（2）：

1. 面谈以一个开放式问题开始。
 2. 当患者开始说话时，不仅专心倾听她的回答，而且注意其情感和一般肢体语言。
 3. 继续提问第二个问题或进行评估，并鼓励患者多交谈。
 4. 不要打断患者的话语，在倾听时保持安静，以点头或用简短赞成的语言来鼓励患者交谈。
 5. 在谈话结束时，进行总结并表示同情和理解。
- 关心、和睦以及合作是良好的医学谈话技巧的特征。开放式问题，特别是配合耐心倾听时，效果很好（你现在怎么了？那样会使你感觉如何？）。

导致谈话不透彻而中止，或不能从患者那里获得所有信息，主要有几种原因（2）。例如：对患者特别

关心什么缺乏认识，不能提供适当时机进行讨论，医生分担患者情感时显得不情愿，或医生对能否处理患者病情缺乏信心。成功的谈话遭到破坏的首要因素是缺乏时间，然而一个有经验的医生能在很短时间内通过鼓励患者公开交谈而促进建立较深的互动关系（17）。

许多患者对自己疾病缺乏准确的了解。由于对疾病缺乏完全了解，就会产生对医学治疗不满意、焦虑增加、有压力、难以相处、不配合治疗，并产生较差的治疗效果（18~20）。当患者需要了解更多的疾病知识、更多参与疾病治疗方案的讨论中时，当医生尝试公开协商时，交流问题变得越来越重要了。患者不能够理解是由于交流技巧比较差、缺乏足够咨询时间、患者焦虑、患者拒绝，在一定情况下，对患者掩盖病情是不利于患者健康的（18）。

如果临床表现或确诊检查表明患者患有严重疾病（如恶性），在告之病情的严重性和紧迫性时不应该过分惊吓患者。对于患者可能提出的任何具体问题，医生应该诚实回答（19，20）。

允许患者有一定的时间考虑问题很重要，患者对几种可提供选择的治疗方案进行考虑后，安排一次随访机会，讨论一下治疗方案，这是十分有价值

的(19, 20)。应该鼓励患者带一名陪伴者或家庭成员为她提供精神上的支持和帮助她解决问题。应鼓励患者写下她所关注的任何问题,并在面谈时带来,因为这些重要问题在面谈时可能一下子想不起来。如果患者希望听二次意见或二次意见又是医疗保险所规定的话,应该帮助患者。

患者可以适当与护理人员或通过一些教育性的小册子或其他资料来获得有价值的信息。一些研究表明,利用小册子能有效提高患者对病情和治疗方案的了解。此外还表明,利用磁带和录像带有助于患者对

病情的了解,并且能降低焦虑。

国际互联网有许多有关医学的网站可以浏览。这些信息的准确度是不确定的。在推荐给患者之前,医生一定要仔细审看。

医患关系在不断改变,这也是社会更替现象的真实表现。我们的健康状况是动态的。我们中的许多人是幸运的,在生命中大多时间处于健康状况,但是有些人却很不幸。医患之间公开交谈的目的是获得最准确的诊断、最佳治疗效果以及所有患者的配合。

病史和体格检查

医生与患者谈话后,还需了解患者的既往史并进行一次体格检查。对病情的评估依赖于医患之间的互动关系和对细节的注意。在询问既往史和体格检查时,要特别注意是否有高危因素。在为患者制定长期治疗方案时,应该与患者共同回顾一下是否存在这些高危因素(见第8章)。

既往史

在明确主诉和现病史的特征后,应该了解患者的既往史。这包括其药史、手术史、生育史(包括月经史)和完整的家族史、社会史。

询问现病史的技巧见表1.4。医生应该决定询问

表 1.4 现病史询问技巧

1. 现病史询问技巧随着不同患者、不同病情和不同医生而变化,要让患者自己讲述其主诉。尽管主诉可能代表或不代表真实问题,但是它在患者心目中是最重要的,是患者就诊的基础。

在问诊时,先要确定主诉和总的发病时间。比如可以这样问,“在你发病之前,你感觉好嘛?”这样,也许会发现其他症状,也许会将主诉出现的时间提前几天、几个月或几年。用这样方式问诊,患者也许能想起疾病症状第一次出现的时间。

鼓励患者直率地讲述发病以来的情况。不要打断她们,除非采用一些简短的提示性的语言,如“什么时间开始的?”,“开始发生时情况如何?”,这样有助于患者按时间顺序讲述。

当患者的一番自发性讲述结束后(在进入谈话的下一个阶段之前),提出一些问题是有益的,如“自从你生病后,有没有注意其他问题?”。通过患者对这些问题的回答,也许能够发现一些在前面问诊不能发现的状况。

因此,在问诊的第一阶段,医生了解了患者亲身经历的状况,没有任何由于检查者提问引起的偏倚。症状对患者的重要性,以及患者对症状的情绪反应也一目了然。

2. 通过上述提问通常不可能获得所有与症状相关的情况,因此,问诊第一阶段之后应该提出一些直接的、细节的问题。将每个症状按时间顺序排列起来,然后逐一分析。

在询问某一症状的细节时,不要带暗示口气。这主要指那些“是”或“否”的问题。如果必须向患者询问一个引导性的问题,那么在评估答案时要谨慎。对患者进行多次交叉性询问,直到确信其回答是认真的。

最后,排除症状之前询问与此疾病有关的并可能出现的其他症状,被患者否定的症状为阴性症状。根据这些阴性症状可以肯定或排除一些由阳性症状推测的诊断。

3. 经过上述两阶段的问诊,所获得的信息可以提示一些诊断。再询问一些有关疑似疾病的其他症状,从而进一步验证这些诊断的可能性。

4. 采用上述方法也许仍然不能发现疾病所有的重要征兆,特别是某些很久之前的症状或一些似乎与目前问题毫不相干的状况。系统回顾有助于提供这方面信息。患者对任何系统任一项目的询问作出肯定的回答时,医生应该立即进一步仔细询问其细节。

5. 然后,再考虑以下因素:

a. 症状和疾病发生的可能原因,如感情压抑、感染、肿瘤。不要忽视患者自诉的发病因素。仔细考虑她们所说的每句话,将之作为进一步调查研究的基础。如症状提示为一个特殊感染,直接询问饮用水、牛奶和食物的情况,是否接触过传染性疾病,是否接触过动物或宠物,是否有性传播性疾病接触史或者是否在热带及其他感染区居住过或到过那里。如果条件允许,接触的时间、潜伏期和感染症状都应搞清楚。

续表

- b. 可以从全身症状来判断疾病的严重程度，如虚弱、疲劳、体重下降，或从个人习惯的改变来分析。后者包括睡眠、饮食、水分摄入、肠蠕动、社会活动、运动或工作方面的改变。注意患者是否不能持续工作，或有在床上躺着休息的习惯，是否一直躺在床上。
- c. 观察患者叙述病情的方式及其非语言行为，从而了解患者对疾病的心理反应（焦虑、沮丧、易怒、恐惧）。“对你的疾病，你有什么特殊想法和感到害怕吗？”患者对此类问题的回答可以看出患者对疾病的理解和想法。这些都有助于医生处理问题，并且可以根据患者对其疾病理解的不同相应给予一定的建议。

患者哪些问题有助于诊断。在有些情况下，寻求社会工作者、心理学家、精神病医生或性咨询专家的帮助是有益的，详见第 8 ~ 12 章。常规实验室检查和风险因素在第 8 章中描述。

体格检查

对每个患者都应该进行彻底的体格检查（表 1.5），除了主要征象，乳房、腹部和盆腔都是妇科检查不可缺少的一部分。

腹部检查

患者处于仰卧位，尽量放松，头部后仰，并用枕头垫着，这样腹部肌肉就会放松。

腹部检查确定是否有腹腔内肿块、巨大脏器或腹部膨胀。腹部膨胀提示腹水或肠梗阻。腹部触诊首先估计肝、脾和其他脏器的大小和形状，注意脏器是否饱满及有肿块。这在估评患者盆腔是否有包块及决定病变是否累及大网膜（如恶性卵巢癌）时尤其重要。上腹部的饱满可能提示有“大网膜饼”。应仔细触摸腹部四个象限，看是否有肿块、粘连不动、不规则或膨胀的表现。应当使用系统方法（如顺时针，从右上限开始检查）进行叩诊来检查肝的大小，在触摸肝脏边缘时，患者应该吸气和呼气。通过听诊来确定肠鸣

音的性质，注意肠鸣音的频率和特征。在肠梗阻患者，可以听到肠蠕动音和偶尔高调音。与肠梗阻相关的肠鸣音与正常肠鸣音相比，频率较少，但音调高度基本相同。

盆腔检查

盆腔检查通常采用膀胱截石位（图1.1），患者的脚应舒适地踏在脚踏上，屁股边缘位于床的边缘。

仔细检查外阴和会阴部位，注意是否有破损、红斑、色素沉着、肿块或不规则物。要注意皮肤情况，以及有无创伤，例如皮肤抓痕和淤斑。仔细描述其外观和扪诊的特征（如活动度、质地和密度）。外阴溃疡性或化脓性损伤将在后面的章节中概述。对于任何损害都要进行活检。

对外生殖器（包括阴阜、耻骨部分、肛周）进行视诊和触诊后，将窥器插入阴道进行检查。对于一个性生活活跃的正常人，常用“Pederson”或“Graves”窥器。妇科常用的窥器型号见图1.2。一般来说，在能充分暴露视野的前提下应该选用最小号的窥器。窥器在插入阴道之前应该加热，温水一般也可以起润滑作用。在将窥器插入阴道时应该告知患者，插入后仔细检查宫颈和阴道四周，特别注意阴道穹隆，因为这些部位的病灶（如肿瘤）除非仔细检查，否则往往不容易发现。

表 1.5 女性盆腔检查方法

患者应排空膀胱，取膀胱截石位（如图1.1），适当蜷缩。检查者根据个人习惯，右手或左手戴上手套，灯对着盆腔部位，检查者面对患者。盆腔检查的顺序推荐如下：	
A. 外生殖器	
1. 检查阴阜、大阴唇、小阴唇、会阴体和肛门周围部位的皮肤特征，以及阴毛分布、外形和是否肿胀。对任何异常进行触诊。	
2. 用戴手套的手的食指、中指分开大阴唇，根据下列结构顺序观察皮肤、粘膜特征和解剖外观：	
a. 小阴唇	
b. 阴蒂	
c. 尿道口	
d. 阴道口	
e. 处女膜	
f. 会阴体	
g. 肛门	

续表

3. 如怀疑尿道旁腺疾病,通过阴道前壁挤压尿道表面,看是否有异常分泌物。通过镜下或培养检查分泌物,如果有阴唇肿胀病史,将大拇指放在大阴唇背侧,食指放于阴道口,触摸巴氏腺。小阴唇如有脂溢性囊肿,也能感觉到。

B. 入口处

这时仍然用中指和食指将阴唇分开,指导患者向下屏气,当有膀胱膨出时,注意阴道前壁情况。如有直肠膨出,注意阴道后壁。两者都膨出可能伴有完全性子宫脱垂。

如进行双合诊检查,可以进一步评估盆腔出口的情况。

C. 阴道和宫颈

一般在触诊之前用窥器检查阴道和宫颈。

如果需要做阴道或宫颈涂片或培养,窥器用水加温,而不要用润滑剂。

选择适当尺寸的窥器,加温并润滑(除非有禁忌),将窥器叶片处于倾斜位、闭合着、紧压着会阴进入阴道,将窥器沿着阴道后壁进入。等到完全插入后,旋转成水平位并打开。调整窥器直到宫颈在窥器两叶片中暴露,轻柔地沿着长轴旋转窥器,直到能看清阴道表面和宫颈表面。

1. 检查阴道时注意:

- a. 是否有出血。
- b. 分泌物。必须检测是否有滴虫、念珠菌和线索细胞,并进行培养,确定是否有淋菌和衣原体。
- c. 粘膜特征(如颜色、损伤、表面血管分布、是否有水肿)。

病灶可能是:

- 1) 感染:发红、肿胀、渗出、溃疡、水肿
- 2) 肿瘤
- 3) 血管性
- 4) 色素性:妊娠性浅蓝着色(Chadwick 征)
- 5) 其他方面(如内膜异位、损伤和囊肿)

d. 结构异常(先天性和后天性)

2. 检查宫颈时同样注意上表列出的几个因素。着重注意以下方面:

- a. 月经期以外的宫颈管异常出血,应评估宫颈或子宫肿瘤。
- b. 感染的特征为宫颈口流出脓性分泌物、发红、肿胀、表面有表浅溃疡。
- c. 息肉基部可以位于宫颈阴道部或宫颈管,息肉可能是感染性或肿瘤性。
- d. 宫颈癌不可能太大地改变宫颈外观,可以与感染病灶很相像,因此如怀疑肿瘤应作活检。

D. 双合诊

双合诊可以扪及盆腔脏器;检查者一手放于下腹部,另一只手的手指放于阴道内(在行肛门—阴道检查时,一指放于阴道,另一手指放于肛门),可以用左手或右手进行阴道触诊。

1. 将食指和中指涂上润滑油,插入阴道并置于靠近会阴的阴道后壁,向下压迫会阴并让患者向下屏气,检测会阴的承受力,这样可以发现过去未发现的膀胱膨出、直肠膨出或子宫脱垂。

将手指沿着阴道后壁再进入直到宫颈,注意阴道、宫颈的结构和质地的任何异常。

2. 置于腹壁的手一般位于脐下部位,轻柔地向下按压,使盆腔脏器向阴道手指靠近,协调双手动作,从而了解子宫体的情况:

- a. 位置
- b. 结构、大小、对称性、是否有肿块
- c. 质地
- d. 触痛
- e. 活动性

如发现包块,注意其部位、结构、质地、触痛、活动度、数量。

3. 继续行双合诊,评估宫颈的位置、结构、质地和是否有触痛,特别是宫颈的活动度。也要注意反跳痛。然后,以阴道中的手指检查前、后和双侧穹隆部。

4. 将阴道中的手指放在侧穹隆。另一只手放于腹部右下限,并向下按压以靠近阴道中的手,双手协调一致,显示出附件的轮廓。

正常的输卵管是触不到的,正常的卵巢(大约4cm × 2cm × 3cm大小,坚硬的、自由活动的)通常也不能被触及。如果扪及附件包块,评估其相对于子宫、宫颈的位置以及结构、质地、触痛及活动度。