

妇产科操作规范

妇科检查

一、窥阴器的使用

1、无性生活者一般不做窥阴器检查。使用窥阴器检查阴道和宫颈时，要注意窥阴器的结构特点，以免漏诊。临床常用鸭嘴形窥阴器，可以固定，便于阴道内治疗操作。

2、患者排空膀胱，治疗床上垫一次性臀垫，患者取膀胱截石位。操作者带检查手套，将窥阴器前后两叶闭合，表面涂润滑剂利于插入，避免损伤（若拟作宫颈细胞学检查或取阴道分泌物做涂片检查时，不应用润滑剂，以免影响涂片质量）。

3、放置窥阴器时，检查者用左手拇指食指将两侧小阴唇分开，右手将窥阴器避开敏感的尿道周围区，倾斜 45 度沿阴道后壁缓慢插入阴道内，边推进边将窥阴器转正并逐渐张开两叶，暴露宫颈。阴道壁及穹窿部，然后旋转窥阴器，充分暴露阴道各壁。观察阴道前后壁和侧壁及穹窿粘膜颜色、皱襞多少，是否有阴道隔或双阴道等先天性畸形，有无溃疡、囊肿或者赘生物。注意阴道内分泌物量、性质、色泽，有无臭味。阴道分泌物异常者应做滴虫、假丝酵母菌、淋菌及线索细胞等检查。暴露宫颈后观察宫颈的大小、颜色、外口形状，有无出血、柱状上皮异位、撕裂、外翻、腺囊肿、息肉、赘生物，宫颈管内有无出血或分泌物。同时可采集宫颈外口鳞-柱交界部或宫颈分泌物标本做宫颈细胞学检查。

4、取出窥阴器时，先将窥阴器两叶闭合，缓慢退出。

二、双合诊

1、妇科双合诊，是盆腔检查中最重要的一项检查。检查者一手的两指或一指放入阴道，另一手在腹部配合检查。

2、目的在于，扪清阴道、宫颈、宫体、输卵管、卵巢及宫旁结缔组织以及骨盆腔内其他器官和组织有无异常。

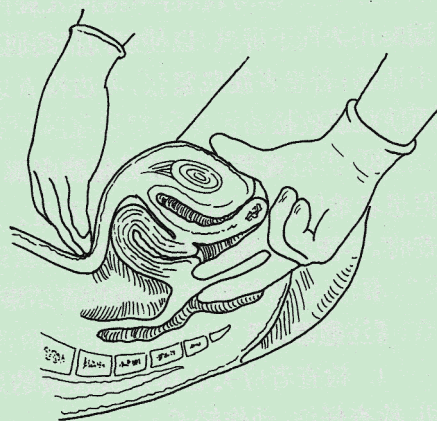
3、方法：

检查者戴无菌手套，右手或左手食中两指蘸润滑剂，顺阴道后壁轻轻插入，检查阴道通畅度和深度，有无先天畸形、瘢痕、结节或肿块；

再扪触宫颈大小、形状、硬度及外口情况，有无接触性出血，若拨动宫颈时病人感疼痛，称为宫颈举痛，为盆腔内脏器有病变的表现。

当触及宫颈外口方向朝后时宫体为前倾；朝前时宫体为后倾；宫颈外口朝前且阴道内手指伸达后穹隆顶部可触及宫体时，子宫为后屈。

随后将阴道内两指放在宫颈后方，另一只手掌心朝下手指平放在患者腹部平脐处，当阴道内手指向上向前方抬举宫颈时，腹部手指往下按压腹壁，并逐渐向耻骨联合部移动，通过内、外手指同时分别抬举和按压，相互协调，即可触及清子宫的位置，大小，形状，软硬度，活动度及有无压痛。



阴道双合诊

正常子宫位置一般是前倾略前屈。弄清子宫情况后，将阴道内两手指由宫颈后方移向一侧穹隆部，尽可能往上向盆腔深部触及，与此同时，另一手从同侧下腹壁髂棘水平开始，由上往下按压腹壁，与阴道内手指相互对合，以触摸该侧子宫附区有无肿块，增厚或压痛。正常卵巢偶可触及，触之稍有酸胀感。正常输卵管不能扪及。

三、宫颈刮片

宫颈刮片是筛查早期宫颈癌的重要方法。故又称“防癌涂片”。

标本采集

用窥器不涂润滑剂，以清水或生理盐水湿润，在宫颈外口鳞柱状上皮交界处，以宫颈外口为圆心，用木质刮板，轻轻刮取一周，不要过分用力，以免刮伤，引起出血。若白带过多，应先用无菌干棉签或棉球轻轻拭去，再用刮板刮取标本，涂于刻有号码的玻璃片上，置于95%乙醇溶液中固定送检。

染色 常用巴氏染色法

诊断标准 巴氏 5 级分类法

巴氏 I 级：正常，为正常的阴道细胞学涂片。

巴氏 II 级：炎症，细胞核普遍增大，淡染或有双核。有时炎症较重，染色质较多者需要复查。

巴氏 III 级：可疑癌，主要改变在胞核，核增大、不规则或有双核，核深染，核与胞浆比例改变不大，称为核异质。

巴氏 IV 级：高度可疑癌，细胞具有恶性改变，核大，深染，核形不规则，染色质颗粒粗，分布不均，胞浆少，涂片中癌细胞数量较少。

巴氏 V 级：癌，具有典型恶性细胞的特征且量多。

由于巴氏 5 级分类法，主观因素较多，各级之间无严格的客观标准，故目前正逐渐为 TBS 分类法替代，而后者需专业医师方可读懂。故目前国内许多医院常利用电子阴道镜局部放大 10~40 倍的功能，进行宫颈可疑部位的染色，从而重点取材，以提高病变的检出率。