

妇产科

临床思维

董彦亮 编著

FUCHANKU LINCHUANG SIWEI



第二军医大学出版社

妇产科临床思维

董彦亮 编著



第二军医大学出版社

内 容 提 要

本书内容共分6章,主要包括妇产科临床思维方法、常见症状的鉴别诊断、常用检查的临床意义、典型或疑难病例的临床分析、妇科肿瘤病例讨论与讲解,以及能够指导诊疗工作和了解研究动态的临床专题讲座。本书内容紧密结合妇产科临床诊疗实践和中外研究成果,因此具有一定的实用性和先进性。除适合于初、中级妇产科医师以及妇女保健工作者阅读外,亦可作为高级医师临床查房和教学的参考。

图书在版编目(CIP)数据

妇产科临床思维/董彦亮编著. —上海:第二军医大学出版社,2004.7

ISBN 7-81060-390-6

I. 妇… II. 董… III. 妇产科病-诊疗 IV. R71

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 016908 号

妇产科临床思维

编 著:董彦亮

责任编辑:孙立杰

第二军医大学出版社出版发行

(上海市翔殷路 818 号 邮政编码:200433)

全国各地新华书店销售

徐州医学院印刷厂印刷

开本:787 mm×1092 mm 1/16 印张:35 字数:896 000

2004 年 7 月第 1 版 2004 年 7 月第 1 次印刷

ISBN 7-81060-390-6/R·284

定价:60.00 元

前 言

临床思维是指医生在临床医疗工作中确立诊断、选择治疗方法、分析疗效和判断预后等的思考过程。这个过程体现了一个医生的医疗水平、素质和临床经验,它对于临床医疗,乃至进行临床教学和医学科学研究都是至关重要的。初、中级医师临床工作时间较短,临床思维的正确性、完整性方面尚有待于提高。形成和完善正确的临床思维过程不但需要医学知识的记忆、理解和应用,而且更需要临床征象的比较、鉴别和分析。这就需要在医疗过程中,注意将所学的基础知识和系统理论借助临床实践转化为临床的技能和经验。这是一个非常复杂的纵横联系和融会贯通的过程,同时也是一个艰苦学习和积累的过程。

有鉴于此,本人将40余年从事临床医疗、教学过程中的经验及所编写的部分讲稿和教材,结合临床实用,参考中外文献和专著,删旧增新,重新进行了综合编修和整理。以期本书内容能够在初、中级医师将基础知识和系统理论向临床技能和经验转化的过程中起到桥梁作用。

本书大部分内容作为临床学习教材,在实习、住院和进修医师中应用8年余,现又在征求使用者和兄弟院校有关同道意见的基础上进行了修正和充实。本书除适用于初、中级医师和实习、进修医师阅读外,也可作为高级医师进行临床查房和教学的参考。

在本书的编修过程中,承蒙我院王秀英教授的支持,对本书遗传学检查部分进行了润修和补充,使这个章节增色不少,特此致谢。因篇幅关系,本书引用文献未能列出;在此,亦对各位作者表示衷心的感谢。

由于个人学识和能力有限,本书缺点和错误之处在所难免,敬请各位读者给予指出和匡正。

编 者

2004年4月

目 录

第一章 临床思维方法	1
第二章 常见症状的鉴别诊断	6
第一节 白带增多	6
第二节 外阴瘙痒	9
第三节 阴道出血	11
第四节 下腹部疼痛	22
第五节 盆腔包块	29
第六节 闭经	32
第七节 溢乳和乳头排液	36
第八节 多毛	37
第九节 不孕	39
第十节 排尿异常	42
第十一节 产程异常	47
第十二节 意识障碍	49
第三章 常用检查的临床意义	54
第一节 体格检查	54
第二节 实验室检查	57
第三节 超声波检查	79
第四节 盆腔 CT 检查	95
第五节 盆腔磁共振成像检查	97
第六节 X 线检查	99
第七节 阴道脱落细胞学检查	101
第八节 遗传学检查	105
第九节 病理学检查	109
第十节 胎儿生物物理监测	120
第四章 临床病例分析	125
第一节 重度妊娠高血压综合征合并心力衰竭	125
第二节 陈旧性宫外孕破裂继发感染	126
第三节 输卵管间质部妊娠	127
第四节 前置胎盘剖宫产术中大出血	128
第五节 妊娠合并风湿性心脏病	129
第六节 妊娠合并重型肝炎	131
第七节 妊娠合并溶血、肝酶升高、血小板减少综合征(HELLP 综合征)	134
第八节 妊娠期肝内胆汁淤积症	136
第九节 持续性枕后位	137
第十节 剖宫产术后大出血	138
第十一节 输卵管妊娠未破裂型	140

第十二节	稽留流产并发凝血功能障碍	141
第十三节	妊娠合并急性肾功能衰竭	143
第十四节	妊娠合并再生障碍性贫血	145
第十五节	妊娠期糖尿病	146
第十六节	妊娠合并子宫肌瘤	148
第十七节	自然分娩并发自发性子宫破裂	149
第十八节	继发性宫缩乏力	152
第十九节	妊娠合并绒毛膜羊膜炎	154
第二十节	羊水过多合并胎儿神经管缺损畸形	155
第二十一节	胎盘植入	157
第二十二节	重度妊娠高血压综合征——子痫并发成人呼吸窘迫综合征	158
第二十三节	葡萄胎	160
第二十四节	足月分娩后绒毛膜癌	162
第二十五节	更年期功能失调性子宫出血	164
第二十六节	青春期功能失调性子宫出血	166
第二十七节	盆腔子宫内膜异位症	167
第二十八节	子宫内膜癌合并宫腔积液	170
第二十九节	卵巢卵泡膜-颗粒细胞瘤	171
第三十节	腹壁脓肿	173
第三十一节	节育器异位	174
第五章	妇科肿瘤病例讨论	176
第一节	子宫颈原位癌	176
第二节	子宫颈癌合并妊娠	178
第三节	子宫颈腺癌	181
第四节	I b 期子宫颈浸润癌	184
第五节	II a 期子宫颈浸润癌	187
第六节	外生型子宫颈癌	190
第七节	卵巢上皮性交界性肿瘤	193
第八节	复发性上皮性卵巢癌术后并发假膜性结肠炎	195
第九节	卵巢浆液性囊腺瘤	198
第十节	黏液性囊腺瘤蒂扭转坏死合并腹腔黏液瘤	200
第十一节	卵巢黏液性囊腺癌	202
第十二节	卵巢黏液性囊腺瘤合并妊娠	205
第六章	临床专题讲座	209
第一节	抗生素在妇产科临床上的应用	209
第二节	成分输血在妇产科临床上的应用	217
第三节	缩宫素基础和临床研究进展	228
第四节	习惯性流产研究的现状与进展	233
第五节	异位妊娠的早期诊断和保守治疗	240
第六节	胎儿宫内发育迟缓的诊治	247

第七节 重度妊娠高血压综合症的预防和治疗	252
第八节 妊娠急性脂肪肝临床研究现状	260
第九节 妊娠期肝内胆汁淤积症	264
第十节 母儿间感染性疾病的诊治	266
第十一节 妊娠合并心脏病的诊断与处理	274
第十二节 妊娠合并病毒性肝炎的诊断和处理	281
第十三节 妊娠合并糖尿病的诊断和处理	288
第十四节 妊娠合并再生障碍性贫血	294
第十五节 妊娠合并血小板减少性紫癜	298
第十六节 妊娠期肾脏疾病的诊断与治疗	301
第十七节 妊娠合并甲状腺功能亢进的诊断和治疗	308
第十八节 产程图的临床应用	312
第十九节 胎儿宫内窘迫的监测	316
第二十节 围生儿缺氧缺血性脑病的防治	328
第二十一节 头位难产的识别和处理	334
第二十二节 有关双胎妊娠的几个问题	341
第二十三节 有关剖宫产术的几个问题	348
第二十四节 产后出血的防治	363
第二十五节 产科弥散性血管内凝血	372
第二十六节 羊水栓塞的诊断与处理	381
第二十七节 妇产科多器官功能障碍综合征	389
第二十八节 妇产科血栓栓塞性疾病	397
第二十九节 痛经的诊断和治疗	402
第三十节 功能失调性子宫出血的诊断和处理	407
第三十一节 多囊卵巢综合症的诊治	413
第三十二节 子宫内膜异位症和腺肌病临床研究现状	420
第三十三节 绝经后骨质疏松症	429
第三十四节 绝经期激素替代疗法	435
第三十五节 子宫肌瘤的诊断与治疗	443
第三十六节 卵巢恶性肿瘤的诊断和治疗方案	458
第三十七节 卵巢癌的化学药物治疗	463
第三十八节 子宫内膜癌临床研究现状	475
第三十九节 子宫颈癌的治疗	481
第四十节 恶性滋养细胞肿瘤的诊断与治疗	489
第四十一节 两性畸形	502
第四十二节 阴道成形术	508
第四十三节 妇产科常用的保留功能性手术	513
第四十四节 介入技术在妇产科临床上的应用	524
第四十五节 女性性传播疾病的诊断和治疗	531
第四十六节 节育手术并发症的防治	541

第一章

临床思维方法

临床思维是指医生在临床医疗工作中确立诊断、选择治疗方法、观察分析和判断预后等的思维过程。这亦是医生认识和研究疾病的过程。医生通过病史采集、体格检查和必要的辅助检查,掌握了疾病发生和发展的原始情况,经过分析、综合、对比、推理以及去伪存真、由表及里的思考,对疾病作出本质的、理性的判断,得出初步的诊断;然后根据诊断采取相应的一系列治疗措施,严密观察病情变化和治疗效果,从中进一步验证原来的诊断,或者肯定或者否定。如此反复多次,对疾病的认识不断深化并从中找出规律性的东西来,指导以后的医疗工作,并对疾病的发展、结局作出某些判断,即从感性认识不断提高到理性认识。因此,医生临床思维的过程也就是从实践到理论再到实践,即实践—认识—再实践的过程。

一、临床思维的方式

通常,思维推理的方式有2种:其一,演绎推理法;其二,归纳推理法。演绎推理是由一般性前提推导出个别特殊的结论,即由一般到特殊。如物理定律,它们是自然界存在的一些普遍规律,任何事物的发生都是按照与它们相关的某些规律进行的。因此,可以运用这些规律推导出相关的现象和将要发生的事件,如热胀冷缩的物理原理等。而归纳推理则不同,它是以个别特殊事物为前提推导出一般性结论,即由特殊到一般。

临床思维推理的方法是以某个患者病程某阶段的临床表现和辅助检查结果作为前提的,经过分析综合推导出具有普遍规律的结论(诊断),即新的判断假设。如果这个假设是正确的,那么,将会出现某一定的事实;但只有这些事实被观察证实,才能说明这个假设是正确的。因此,临床思维推理的方法属于归纳推理法。

归纳推理不依照一般规律,而是依据概率定律。概率论(theory of probability)是研究随机现象数量规律性的一门学科,更适用于具有随机性、综合性(多样性)和非数值特性的生物学和临床医学的推理研究。因此,概率论和归纳推理的思维方法是临床医学的科学基础。

二、临床思维的特点

(一)研究的对象非常复杂

人是最复杂的有机体,其生理功能多种多样,病理变化千差万别,再加上心理和社会因素的影响和制约,使得患者的临床表现相当复杂。因此,认识疾病的本质和规律、揭示生命的奥秘是十分困难的事情。

(二)提供的时间十分紧迫

尤其是急症患者,医生必须在很短的时间内作出诊断并制定抢救方案。如产后出血、失血

性休克等,如果不能很快确定出血的原因,迅速提出抗休克和制止出血的方法,患者可能很快处于危及生命的境地。对于慢性病,虽然可供医生思考、检查的时间较长,但总是有一定限度的,因为病情总是在不断地发展变化之中。

(三)搜集的资料多不完整

就诊时患者的病情往往处于疾病的某一阶段,特别是在病变的早期阶段,临床症状多不典型,体征也不具备,辅助检查结果尚未得出。这时就要求医生抓住病情的蛛丝马迹作出初步诊断,而绝不能等待自然病程充分显示、各种资料均已齐备才确立诊断、采取措施。否则,就会坐失良机,延误对疾病的及时治疗。

(四)得出的结论尚需验证

疾病发展到某一阶段时医生提出的诊断并不是绝对的结论,而是相对的可能,当然这是一种有根据、有意义、概率最高、有预示作用的可能性。随着疾病本质的逐步显露,依据资料的充分完备,确立的诊断才逐步被证实。当然亦可能被否定,即临床误诊。误诊的时间应尽量缩短,否则会延误治疗,影响预后。误诊有客观原因,如病情复杂、设备欠缺、技术水平有限、临床资料不足等;亦有主观原因,如经验不足、责任心不强、主观片面、粗心大意、临床思维混乱等。

三、临床思维的原则

(一)整体性——全身性

人体是一个有机的整体,组成人体的各种细胞、组织、器官和系统都是人体的一部分。它们的结构、功能虽不相同,但它们之间都有着密切的联系,既相辅相成又相互制约。在病理状态下,某一器官或系统的病变又会影响到另一器官,甚至影响全身的功能状态。如女性在妊娠状态下,生殖系统的变化是最主要的,但母体的其他各器官也要发生一系列的变化,以适应胎儿生长发育的需要;妊娠的病理状态,如流产、妊娠高血压综合征(PIH,妊高征)等会影响母体全身各器官,而心脏病合并妊娠等也同样会影响妊娠的正常进展。再如妇科肿瘤患者,除根据局部情况考虑手术指征或化疗方案外,同时亦要考虑患者全身各器官能否耐受手术或化疗的损伤,即患者是否具备手术或化疗的条件。对仅有手术指征而不具备手术条件的患者,进行手术风险很大,一般很难成功。因此,临床思维的整体性原则是全面了解、掌握患者及其病情的保证,是提高疗效的钥匙,同时也是对医生知识水平的检验。

(二)针对性——特殊性

任何事物的发生和发展都具有普遍性和特殊性,疾病的发生和发展变化亦是如此。同是阴道出血的症状,在老年患者多见于恶性肿瘤,而在青年妇女则多见于月经失调。同样,输卵管妊娠由于流产、破裂、陈旧性血肿包块等病理类型的不同,可以出现不同的临床症状,即使同一种病理类型亦有轻重缓急的差别,当然应该根据情况区别对待。所以,医生在考虑临床诊断和治疗时,要根据每种疾病的差异性和同型疾病的多样性制定不同的方案。如对输卵管妊娠的治疗方法的选择,由于类型不同,有的需手术切除病变的输卵管,有的可以修补或造口,有的可以采取中西医结合保守治疗。这就是针对性原则。

(三)动态性——变化性

疾病状态不是静止不变的,而是处于不断地发展变化之中。如女性生殖器官的炎症,开始可能仅局限于子宫内膜,当细菌毒力较强而机体抵抗力较弱时,炎症可扩散引发盆腔炎、腹膜炎,甚至败血症。在临床治疗和观察过程中,必须及时修正诊断和更改治疗措施,以保障治疗效果。又如在分娩过程中,初期产程进展顺利,由于某种原因出现继发性宫缩乏力,使产程进

展变得缓慢,此时就需要根据新的情况,及时检查原因并作出相应的处理;否则就会错过时机,延误病情,造成不良后果。

(四)稳妥性——安全性

医生在考虑诊疗方案时,必须选择可能性最大、疗效最优的方案,以保证安全可靠的治疗效果。为此,通常带有规律性的经验之谈,如在诊断方面优先考虑常见病、多发病,较少考虑少见病和罕见病;尽可能选择单一诊断而不采取多个诊断分别解释各个症状;诊断功能性疾病之前必须肯定地排除器质性疾病;在治疗上,对共存几种疾病的患者既应分清主次区别对待,又要统筹兼顾、病因同治等:这些经验对提高医疗的安全性均有一定的参考价值。

四、临床思维的过程

(一)全面搜集临床资料

这是作出正确诊断的关键,它包括病史采集、体格检查和辅助检查三方面。

1. 病史采集 病史是患者提供的主观资料,是患者就诊的直接原因。但是患者在叙述病史时往往是琐碎凌乱的,甚至是毫无要领的。这就需要医生权衡轻重,区分主次,加工整理,从中找出主导线索,将“一堆乱丝”理出头绪来,使之成为层次清楚、系统、连贯的资料。这样才能明确病变部位、性质和程度,从而发现诊断线索。

采集病史一定要耐心细致、尊重患者,力求客观,避免诱导暗示等错误作法。在患者说、医生问的过程中,医生要不断分析、鉴别,反复去伪存真,探寻有价值的线索,对有怀疑的问题应补充询问,这样最后确立的病史作为临床诊断的依据才是真实确凿的。

在妇产科临床上,病史采集具有一定的特殊性。由于症状多局限于女性生殖系统,患者往往有所顾忌,或难以启口,或先陈述许多无关的症状。这更需要因势利导、综合分析、突出重点,抓住主要症状的特征、部位、性质,并以此为线索全面了解疾病发生和发展的经过。妇产科患者的主要症状有阴道出血、白带增多、下腹疼痛、盆腔包块、月经异常等。抓住了主要症状,即可以由此形成一个或几个初步的假设诊断,在此基础上再重点询问月经史、生育史,如初潮年龄、月经周期、经期、经量、有无痛经、末次月经时间、生育次数、流产、死胎、难产等情况以及目前采取的避孕措施等。对于有些疾病,病史往往可以提供非常有用的线索:如青春周期期性腹痛而无月经来潮,这种情况很可能是处女膜闭锁;异位妊娠(EP)往往有较长时间的不孕史;子宫内膜异位症患者多有继发性进行性痛经史;宫颈内口功能不全者常有多次晚期流产史等。

对于盆腔疾病,除了解病史外,还应注意其他器官和系统相关病史的采集。有些疾病可能来自邻近器官,如泌尿器官、阑尾、结肠、直肠,甚至血液系统等;阴道出血的患者如既往有皮肤紫斑、牙龈出血的病史,应注意是否有出血性血液病的可能。最后尚应询问个人史、生活习惯和家族史等。

2. 体格检查 体格检查应该在病史采集完成之后、医生对诊断已经有了初步印象的时候进行。体格检查应当全面而有重点,既要全面检查全身各个部位,又要有的放矢、细致深入地检查重点器官。妇产科疾病病变集中在下腹部、盆腔或乳房,但头、颈、胸、四肢、躯干、心、肺、肝、脾及神经系统等的检查亦能提供某些诊断线索或提供一个全面的体格健康状况,可作为选择治疗方案时的参考。

腹部检查时患者取平卧位,注意观察腹部形态,有无瘢痕、色素沉着、疝或包块等。触诊时应从远离疼痛部位开始,逐渐接近病变部位;深部触诊宜用双手触诊法。产科检查应按照规范的四步触诊法进行。盆腔检查时,患者取膀胱截石位,检查时动作应轻柔,无论是双合诊还是

三合诊均应向患者说明,取得患者的配合。妇科检查应按照解剖部位有序进行。当触到阳性体征时,应尽量明确其特点,如附件有触痛时应查清疼痛的性质(锐痛、钝痛、酸胀感等)、部位(卵巢、宫旁、子宫直肠陷窝等)、范围(局限、弥散)和移动宫颈对其的影响等。检查乳房首先应观察乳头部位、有无皮肤凹陷、肿块、红肿和色素沉着,然后按照4个象限依次触诊,最后挤压乳房观察有无分泌物,并触诊腋窝有无增大或压痛的淋巴结。

3. 辅助检查 辅助检查包括常规检查和特殊的理化检查。常规检查虽较简单,但却很有价值,不应忽视。特殊检查包括生物化学、免疫学、影像学、细胞学、病理学及内镜等检查,应根据临床需要选择项目。这些特殊检查虽然可以显示人体器官的功能状态和病理变化,具有特异性强、敏感性高的特点,能够起到深化认识、开扩思路、确立或排除某种诊断的作用;但是这些检查设备昂贵、费用较高,而且具有一定的痛苦和损伤。因此,在选择特殊检查时,应本着先简单后复杂、先无创后有创的原则,选择针对性和实用性强的项目,尽量减少选项的盲目性。

医生经过问诊和体格检查后,考虑的各种可能诊断有些已被排除,通常应针对保留下来的可能性较大的诊断选择辅助检查。如下腹部疼痛,腹部检查两侧下腹均有压痛、肌卫和反跳痛,妇科检查:宫颈有举痛,两侧附件均有压痛,但无明显包块触及。初步印象为盆腔炎、盆腔积液或宫外孕。为了确立诊断可以选择B型超声波(B超)、尿液绒毛膜促性腺激素(hCG)测定或后穹窿穿刺等辅助检查,如果穿刺抽出陈旧血液即为宫外孕,如为脓液则是盆腔积液。

(二)比较鉴别综合分析

临床医生在掌握了病史、症状、体征和辅助检查的资料以后,应进行比较、鉴别和综合分析,从中找出关键性环节,即能全面合理地解释病情的客观依据,并以此为重点得出合乎逻辑的结论。比较单纯而又典型的病例,通常经过顺向思维多能直接得出诊断。例如,某患者闭经3个月,腹痛伴阴道出血1d来诊,妇科检查发现子宫孕3个月大小,宫颈口闭,少量血染,妊娠试验(+).医生可以直接得出先兆流产的诊断。而对另外一些比较复杂的疑难病例则需要采用逆向思维的方式,即根据临床资料的某些特点提出诊断的范围或某些可能的疾病,通过进一步检查或观察排除其中某些疾病,最后肯定某种疾病。在这个反复权衡的过程中,往往需要先精练地总结出病情特点,用它来和某些疑似诊断比较,看能否解释全部的临床表现,能圆满解释者即为肯定诊断,否则为否定诊断。也可以采用另一种方法,即在提出初步诊断以后,通过观察进一步验证其正确性,如假设的初步诊断不成立,而临床表现亦不能以其他的疾病解释,这也可以说明初步诊断成立。

(三)严密观察反复论证

任何临床诊断要做到确实无误,必须经过严密观察和反复论证。例如,初步诊断是急性盆腔炎的患者,经抗生素治疗无效时,除考虑治疗措施、抗生素的选择是否得当外,尚应考虑是否合并其他疾病,需进一步作穿刺、腹腔镜或剖腹探查,以明确是否有盆腔脓肿、输卵管积液或结核等。由于任何一种辅助检查均有一定的灵敏度和正确率,因此,亦有一定的假性结果,如不加分析地作为诊断依据必然会带来错误。这种错误有时可能被发现,有时也可能被掩盖。例如,症状轻的流产型输卵管妊娠可被误诊为附件炎症,经中西医药物治疗病情好转;阑尾炎误诊为输卵管炎亦可经抗生素治疗痊愈。对于上述病例,如仅仅根据治疗效果进行判断,临床医生则会将原错误诊断作为正确的诊断;假如采用腹腔镜检查,这种情况则可避免。因此,临床诊断由于确诊的方法不同,其诊断的正确率亦有差别。所以临床诊断具有一定的相对性,在观察随访的过程中应及时作出修正诊断。

(四)日积月累不断提高

临床诊疗过程是一个不断积累和提高的过程,其中有成功的经验,也有失败的教训。经常将积累的临床资料进行分析和总结,从中找出规律性的东西来指导今后的临床诊疗工作,这就是临床回顾性的科研方法。当然,医学科研的方法是多种多样的,有些研究是前瞻性的,有些研究是在临床上进行的,有些则是在实验室里进行的等等。对于科研成果,其中除自己总结的心得体会外,也包括他人发表在文献上的研究成果。通过直接或间接地学习,接受这些有益的观点和方法均可使人鉴往知来,借以不断地提高临床思维和诊疗水平。

第二章

常见症状的鉴别诊断

第一节 白带增多

生殖道腺体,如汗腺、皮脂腺、宫颈腺、前庭大腺、尿道旁腺等的分泌液、阴道黏膜渗出液、子宫内膜的分泌液、生殖道脱落的上皮细胞以及细菌等混合组成了阴道排液。在生理情况下,阴道排液为乳白色,浆液状,无臭味,pH 3.5~5.0。由于阴道排液的主要成分——宫颈黏液受卵巢激素的影响,在卵泡期和排卵期黏液量多、稀薄、透明、状如蛋清,黄体期则量少、色黄、粘稠。所以,这种周期性变化对阴道排液的性状会产生很大的影响。

一、病因和机制

(一)生殖器炎症

女性生殖器官有着严密的自然防御机制,当此机制不够健全或受到破坏的时候,即易于发生致病微生物的感染。异常阴道排液又称白带过多,大多数是生殖道炎症的结果。致病微生物有细菌、原虫、真菌、病毒、衣原体等。炎症可引起血管壁渗透性增强,来自毛细血管、淋巴管的渗出液形成了阴道排液。临床上,引起异常阴道排液的常见疾病有:子宫颈炎、非特异性阴道炎、细菌性阴道病、滴虫性阴道炎、真菌性阴道炎、淋病、老年性阴道炎、急性子宫内膜炎、子宫积脓、前庭大腺炎和婴幼儿外阴阴道炎等。

(二)盆腔充血

宫内妊娠、盆腔包块、子宫后倾、子宫脱垂等引起盆腔充血,全身疾病,如严重肝病、心力衰竭、糖尿病、贫血、结核等影响全身和盆腔局部的血液循环,均可造成阴道排液增多。

(三)生殖道肿瘤

良性或恶性的盆腔肿瘤因局部压迫、肿瘤感染坏死、组织变性、血管破裂等原因而出现多量水样、脓性、血性的阴道排液。常见的疾病有:子宫颈癌、黏膜下子宫肌瘤、子宫内膜癌、输卵管癌、阴道腺病、阴道癌等。

(四)阴道异物

少儿的阴道异物有别针、纽扣等,成年人阴道异物多为阴道手术时遗留的纱布、棉球,长期放置未取出的子宫托,未及时取出的避孕工具(如阴茎套、阴道隔膜)等。长期的局部刺激和感染均可引起阴道排液增多。

(五)生殖道瘘

尿瘘、粪瘘可使尿和粪便流入阴道,刺激黏膜造成感染。

(六)外阴或前庭疾病

尖锐湿疣、扁平湿疣、外阴疖肿、外阴疱疹、外阴贝赫切特病(Behcet's disease)和软下疳等均可刺激局部产生异常分泌物。

二、临床思维

阴道排液应特别注意白带性状的特征,包括颜色、量、黏稠度、气味、持续时间和伴随症状等。常见的性状有:①脓性白带,通常色黄、量多、黏稠、腥臭,多伴有外阴灼热感,其病因大多数是阴道和宫腔的细菌性炎症,如非特异性阴道炎、细菌性阴道病、子宫内膜炎等;②浆液性血性白带,病因多为生殖道恶性肿瘤,如子宫颈癌、子宫内膜癌、阴道癌或阴道腺病等,由于癌组织感染、坏死,白带恶臭;③斑块状白带,黏稠、色白,伴有外阴瘙痒,一般为真菌性阴道炎所致;④泡沫状白带,稀薄、淡黄、腥臭、有泡沫,这种白带是滴虫性阴道炎的特征;⑤伴有明确病因的白带,如阴道异物、生殖道瘘、外阴皮肤病等,视诊即能确定。

三、鉴别诊断

(一)子宫颈炎

急性期脓性白带大量增加,白色黏稠或黄绿色脓性,宫颈充血、水肿,上皮坏死、脱落,甚至形成溃疡。分泌物涂片镜检、培养可确定致病菌。

慢性子宫颈炎比较多见,其病理类型有:糜烂、息肉、肥大、宫颈腺囊肿和宫颈管炎5种。白带性状多为白色、黏稠的脓液,附着于宫颈表面、宫颈管和阴道穹隆,严重的宫颈糜烂和宫颈息肉有接触性出血。可偶有血性白带。

(二)子宫内膜炎和宫腔积液

急性子宫内膜炎有发热、恶寒、腹膜刺激征象等临床表现,子宫软大,触痛明显,白带黏稠、脓性或脓血性。如宫颈内口阻塞使宫内脓液排流不畅,或宫颈管分泌物潴留继发感染,或子宫内膜癌合并感染等,均可引起宫腔积液。探针宫腔探查或扩宫可排出大量恶臭脓液或血性排液。

(三)细菌性阴道病

细菌性阴道病为阴道菌群失调所引起的一种混合感染。约1/3患者无明显临床症状,有症状者主要为白带增多,白带呈灰白色、量不多、稀薄、有鱼腥臭味,如合并真菌或滴虫感染,则白带为黄或黄绿色,白带涂片可发现线索细胞。阴道pH>4.5,氨臭味试验阳性。

(四)淋病

为奈瑟淋病双球菌引起的性传播疾病(STD),内、外生殖器均可被侵犯,急性期表现为急性尿道炎、宫颈炎、尿道旁腺炎及前庭大腺炎等。表现为尿频、尿痛,白带增多呈脓性或黏液脓性,阴道穹隆和宫颈充血、水肿,尿道旁腺或前庭大腺常有脓液挤出,有触痛。如治疗不及时可向上扩散,侵入子宫内膜或输卵管,引起盆腔炎症;亦可转入慢性。确诊主要依靠尿道或阴道脓液涂片及细菌培养,如得多形核白细胞内找到典型肾形的革兰阴性双球菌6对以上,或细菌培养阳性,即可确诊。

(五)阴道炎

常见有真菌性、滴虫性、阿米巴原虫性以及老年性阴道炎。阴道炎的临床症状虽均有白带增多和外阴瘙痒等,但其白带性状明显不同。除老年性阴道炎外,必要时阴道分泌物涂片或培养可以分别找到真菌的菌丝和芽胞、有鞭毛能运动的滴虫、阿米巴原虫的滋养体等。

(六) 外阴阴道炎

婴幼儿阴道炎常与外阴炎并存,故称为外阴阴道炎。主要表现为外阴及阴道前庭潮红、水肿,有时糜烂、溃疡,脓性白带,小阴唇粘连。涂片可找到葡萄球菌、链球菌、大肠杆菌、白色念珠菌或滴虫等。实际上,成人的阴道炎症也多波及外阴。成年人单纯的外阴炎称为非特异性外阴炎,大多由于外阴经常受到经血、阴道分泌物、尿液、粪便等的刺激,特别是糖尿病患者糖尿的刺激、化纤内裤和透气性能差的卫生巾等的刺激,造成局部充血肿胀,甚至糜烂,常有抓痕,严重者可形成溃疡或湿疹,引起局部瘙痒和分泌物增多等症状;妇科检查无明显阴道炎症征象发现。

(七) 阴道瘘

常见有膀胱阴道瘘和直肠阴道瘘,外阴皮肤潮红、糜烂,阴道可见尿液或粪便流出,经膀胱或直肠注入亚甲蓝(美蓝),阴道可见亚甲蓝流出。

(八) 阴道腺病

表现为阴道有灼热感、性交痛或接触性出血,检查可发现黏液性或血性排液,穹隆部有环形皱折,宫颈前唇鸡冠样突起,阴道横膈或圆形箍带。

(九) 前庭大腺炎和脓肿

前庭大腺局部有红、肿、热、痛等急性炎症的表现,脓肿形成局部皮肤变薄,有波动感,腺口可有脓液挤出。

(十) 生殖道肿瘤

1. 子宫颈癌 早期为脓性白带,类似宫颈糜烂,偶有血染;晚期为淘米水样的浆液性或浆液血性白带,恶臭。局部可呈糜烂、结节、溃疡、乳头或菜花状。

2. 子宫内肌瘤 常有肥胖、高血压、糖尿病等高危因素。阴道可见出血和(或)排液,故白带多呈黄水样液体,由于癌组织感染、坏死,常伴恶臭味。早期子宫变化不大,晚期由于浸润、扩散产生宫腔积血、积脓时,子宫可增大变硬。

3. 黏膜下子宫肌瘤 特别是脱出颈管时,易于感染坏死,白带多为脓血性。

4. 外阴癌 常见于老年妇女,有多年外阴瘙痒、白色病损、尖锐湿疣等病史,癌灶可为结节、溃疡、乳头或菜花状,久治不愈,继发感染后多伴脓血性分泌物,持续疼痛。

5. 阴道癌 早期无明显症状或仅有白带增多,当结节或溃疡形成时,即表现出水样或血性分泌物、阴道不规则出血、性交出血或绝经后出血;如合并感染,则有恶臭、排液。

(十一) 外阴皮肤病

1. 尖锐湿疣 为乳头状瘤病毒感染所致,可见于阴唇、会阴、阴道、肛门等处。病灶细小,多发,散在,外形似锥状乳头,可融合成菜花状,常合并感染而产生白带增多。

2. 扁平湿疣 为二期梅毒病变,常散发于外阴、会阴、肛门周围及大腿内侧,病灶圆形、光滑、表面隆起、大小不等,常有灰色的渗出液附着。

3. 软下疳 初期外阴部可见斑疹、水疱或脓疱,破裂后成为红色溃疡,基底部有脓液渗出,常伴有腹股沟淋巴结炎,多个淋巴聚合成团,有红、肿、软、痛表现,可有波动感,破溃后排出脓液。

4. 性病性淋巴肉芽肿 由衣原体引起,外阴、阴道或会阴出现浅表小溃疡,有浆液或脓性渗出液。腹股沟淋巴结炎破溃后可形成多个瘘管,排出黏稠的黄色脓液。

5. 外阴疱疹 由单纯疱疹病毒(HSV)引起,在外阴、阴道及宫颈部位出现小疱疹,破裂后可形成溃疡,大小不一,基底灰黄,常并发感染而使排液增多。

6. 贝赫切特病 (Behcet's disease) 亦称眼 - 口 - 生殖器综合征 (oculo - oral - genital syndrome), 常以外阴溃疡为主, 亦可发生于会阴、肛门、阴道、腹股沟、宫颈等处。病灶单发或多发, 组织坏死可产生灰白色分泌物。经常合并眼虹膜睫状体炎和口腔滤泡性溃疡。

(十二) 其他

宫颈结核、阴道异物、输卵管积水和输卵管癌等亦可出现程度不等的阴道排液或白带增多的临床症状。

第二节 外阴瘙痒

外阴瘙痒是妇产科较常见的症状, 最常发生的部位是阴蒂和小阴唇, 较严重的病例可波及大阴唇、阴道口、会阴和肛门。由于患者试图通过搔抓、水烫和摩擦等刺激来减轻瘙痒, 但其结果却使局部产生更多的刺激性物质, 引起更难以忍受的瘙痒, 形成恶性循环。

一、病因和机制

瘙痒和疼痛可能都是局部产生的或外部的某些化学物质对真、表皮交界处神经纤维网感受器的刺激所致。这些刺激可产生血管活性胺等物质, 诱发血管运动神经反应, 导致血管扩张, 皮内水肿, 刺激感觉神经末梢, 神经冲动传导至中枢神经而引起痒感。痒感和组织内蛋白酶水平有关, 前列腺素 E_2 (PGE_2) 和组胺能增加神经末梢的敏感性。局部应用糖皮质激素可以抑制前列腺素 (PG) 的合成, 可降低痒感。引起外阴瘙痒的病因有以下几种。

(一) 慢性局部刺激

阴道排液增多, 特别是有刺激性的白带, 如滴虫、真菌、阿米巴原虫、细菌等引起的阴道炎性分泌物的刺激, 糖尿、高酸度尿、尿路感染的脓尿和尿失禁、尿瘘等尿液的刺激, 慢性腹泻、肛瘘等粪便的刺激, 以及蛲虫、阴虱、汗液和污垢等, 均能引起皮肤瘙痒。

(二) 外阴疾病

如非特异性外阴炎、外阴静脉曲张、外阴白色病损、外阴皮肤病等可引起局部瘙痒。

(三) 全身疾病

如黄疸、尿毒症、白血病、维生素 B_2 缺乏等所产生的代谢产物刺激皮肤可引起瘙痒; 药物、荨麻疹等过敏反应, 卵巢和甲状腺功能失调、肥胖等内分泌障碍, 经前期、妊娠期所致之外阴充血等, 均可导致外阴瘙痒。老年期雌激素 (PE) 缺乏, 结缔组织皱缩、硬化, 皮肤干燥可致瘙痒; 心理因素或情绪激动亦可诱发瘙痒。

二、临床思维

外阴瘙痒可由全身和局部的许多因素引起, 在病史询问中应详细了解既往病史和个人生活习惯, 是否有饮酒、喜食辛辣刺激性食物和不注意卫生的习惯; 了解瘙痒的部位及特点、持续性或阵发性, 患者的精神状态和心理因素, 是否有精神性瘙痒的可能等。另外, 接触外阴的洗涤用品和内衣, 长期穿着紧身的人造纤维或毛织品, 也可能致痒。

体格检查应注意有无引起瘙痒的全身疾病, 局部皮肤损害的部位、形态特点, 是否伴有抓

痕、破损、血痂或苔藓样变、增厚变硬、慢性湿疹等继发性病变,阴道分泌物的性状,瘙痒是否继发于阴道或宫颈的病变。

三、鉴别诊断

(一)外阴瘙痒症

多见于成年妇女,病因复杂,病灶主要发生在大小阴唇、阴蒂包皮和阴阜。由于长期的瘙痒和搔抓,患处皮肤增厚、粗糙变硬、皮沟加深、呈灰白色苔藓样变。往往蔓延至生殖股皱襞,常继发感染。

(二)外阴湿疹

急性湿疹皮损呈多形性,如红斑、丘疹、水疱、糜烂、渗液、水肿、结痂及鳞屑等,皮损边缘不清,常继发感染。慢性湿疹局部多呈暗红色,皮疹边缘清楚、皮肤粗糙增厚,常继发糜烂、抓痕、苔藓样变和皲裂。

(三)接触性皮炎

因接触某种致敏或刺激物质所引起。局部瘙痒、灼热,外阴红肿、水疱、糜烂、渗液或结痂,如为强烈刺激所致则会出现溃疡和坏死。

(四)神经性皮炎

为继发于其他瘙痒性皮肤病的皮肤损害。开始仅有阵发性瘙痒,并无明显皮疹,因反复搔抓和摩擦,皮肤逐渐出现丘疹、肥厚、苔藓样变等继发性改变。

(五)银屑病

外阴银屑病多发生于大阴唇外侧、阴阜及生殖股皱襞。皮疹的基底呈红色丘疹或斑块,境界清楚,表面覆盖多层干燥的银白色鳞屑。

(六)外阴白色病损

本病的主要表现为外阴皮肤出现白色斑块状病变,并伴有不同程度的瘙痒。1975年,国际外阴疾病研究协会将其统称为慢性营养不良,近年随着对外阴上皮瘤样病变认识的不断加深,1987年,国际外阴疾病研究协会和国际妇科病理学家协会共同制定了新的外阴皮肤病分类,将硬化性苔藓和鳞状上皮细胞增生划归皮肤和黏膜上皮内非瘤样病变,如合并不典型增生则划归外阴上皮内瘤样病变,以使外阴上皮内瘤样病变和非瘤样病变截然分开。

外阴白色病损可分为3种类型。①外阴硬化性苔藓:以外阴、肛门皮肤萎缩变薄为主要特征,可见于任何年龄妇女,但以40岁以上多见,其次为幼女。小阴唇变小,大阴唇变薄,阴蒂萎缩,皮肤变白;病变多对称,并可累及会阴和肛门周围。②外阴鳞状上皮细胞增生:多见于50岁以前的中年妇女,外阴瘙痒多难耐受,病损主要累及大阴唇、阴唇间沟、阴蒂包皮和阴唇后联合等处。病灶可呈多发、对称,也可呈局灶、孤立,早期皮肤呈暗红或粉红色,角化过度部位呈白色。病变晚期皮肤增厚,色素可增加。③硬化性苔藓合并鳞状上皮细胞增生:即混合型病变。在硬化性萎缩性苔藓病损的基础上同时存在增厚的斑块或疣状增生,外阴皮肤皱缩、变薄,伴有局部隆起、角化过度。另外,鳞状上皮不典型增生及原位癌,多见于育龄妇女,半数以上有外阴白色病损的病史,病变范围较局限,一般呈白色硬皮样白斑,可伴有浅溃疡,剧痒。病理检查可以确诊。

(七)疥疮

这是一种通过人群接触传播、由疥螨寄生而引起的性传播疾病。多发生于较柔软的皮肤内,如腹股沟、会阴及股内侧等。病变为疥螨钻入皮肤角质层引起的灰白色小丘疹,称干性疥