

常 青 王 凤 英 主 编

妇产科
感染性疾病
诊断与治疗

DIAGNOSIS
AND TREATMENT



第二军医大学出版社

妇产科感染性疾病诊断与治疗

主 编 常 青 王凤英

第二军医大学出版社

内 容 简 介

妇产科感染性疾病为妇女常见病、多发病。作者参阅了近年文献,结合临床经验,编写此书。全书共分9章,约19万字。前6章为与妇科相关的感染性疾病,其中第1、2章主要讨论外阴、阴道感染;第3章为子宫颈炎,重点介绍其诊断和治疗方法;第4、5章分别阐述了盆腔炎和女性生殖器结核;第6章对性传播疾病作了详细介绍,包括淋病、梅毒、艾滋病等内容;第7、8、9章介绍与产科相关的感染性疾病,如急性泌尿道感染、急性肾盂肾炎、羊膜腔综合征、产褥感染、妊娠期TORCH综合征及肝炎病毒感染等。本书内容丰富、全面、系统、新颖、简要、实用。读者对象为妇产科、计划生育与妇幼保健工作临床医师及基础研究人员。

图书在版编目(CIP)数据

妇产科感染性疾病诊断与治疗/常青,王凤英主编. —上海:第二军医大学出版社,2003.5
ISBN 7-81060-307-8

I. 妇… II. ①常… ②王… III. 妇产科病-感染-诊疗 IV. R71

中国版本图书馆CIP数据核字(2003)第018670号

妇产科感染性疾病诊断与治疗

主编 常 青 王凤英

第二军医大学出版社出版发行

(上海翔殷路818号 邮政编码:200433)

全国各地新华书店经销

上海崇明裕安印刷厂印刷

开本:787×1092 1/16 印张:7.75 字数:189千字

2003年5月第1版 2003年5月第1次印刷

印数:1~3 000

ISBN 7-81060-307-8/R·228

定价:16.00元

参加编写人员名单

主 编 常 青 王凤英
编 者 常 青 李玉艳 任玉香 王 丹
王静波 王凤英 王庆梅 张巧玉

前 言

妇产科感染性疾病为临床上常见病、多发病。近年来,随着我国对外开放、国际交往增多,妇女生殖道感染的发病率明显上升,特别是以前我国已基本消灭的疾病,如梅毒、淋病,又开始迅速增多。由国外传入的艾滋病目前在我国感染率已增至 200 万例,预计并将迅速增加。随之而来的妊娠期感染性疾病亦将明显增加,势必将影响小儿的健康。近年来,随着微生物学、临床检验学和药理学等的发展及新药的开发,妇产科感染性疾病的诊断及治疗有较大进展。为适应医学发展的需要,编者参阅相关专著和综合国内外文献,编写了《妇产科感染性疾病诊断与治疗》一书。本书着重讨论诊断方法和治疗药物的选择及应用,可供妇产科、计划生育、妇幼保健医师、基础医学研究者及医学院校师生参考,也可作为家庭备用参考书。

本书内容包括生殖器炎症、性传播疾病、女性泌尿道感染、产科感染、妊娠期肝炎病毒感染等,约 19 万字。每一节内容包括:前言、定义、病因、临床表现、诊断要点、治疗、预后及随访等几部分。书末附有中文索引,以便读者查阅。

最后应指出,妇产科感染学的发展迅速,不少新诊断与治疗方法及新药不断出现,限于编者水平有限,经验不足,难免有错漏之处,恳切希望读者批评指正。本书是在第三军医大学西南医院江正辉教授的指导下完成的,编写过程中得到了西南医院妇产科全体同仁的大力支持,在此深表谢意。

编 者

2003 年 2 月于

第三军医大学西南医院

目 录

第一章 外阴炎	(1)
第一节 外阴皮肤炎	(1)
第二节 前庭大腺炎	(3)
第三节 前庭大腺囊肿	(3)
第二章 阴道炎	(5)
第一节 细菌性阴道病	(5)
第二节 念珠菌阴道炎	(6)
第三节 滴虫性阴道炎	(8)
第四节 老年性阴道炎	(9)
第五节 婴幼儿阴道炎	(10)
第三章 子宫颈炎	(12)
第一节 急性宫颈炎	(12)
第二节 慢性宫颈炎	(13)
第三节 特殊性宫颈炎	(17)
第四章 盆腔炎	(21)
第一节 急性盆腔炎	(21)
第二节 慢性盆腔炎	(24)
第五章 女性生殖器结核	(27)
第六章 性传播性疾病	(32)
第一节 生殖器和肛门尖锐湿疣	(32)
第二节 淋病	(34)
第三节 生殖道沙眼衣原体感染	(37)
第四节 支原体感染	(40)
第五节 梅毒	(41)
第六节 艾滋病	(47)
第七章 女性泌尿道感染	(53)
第一节 急性泌尿道感染	(53)
第二节 急性肾盂肾炎	(54)
第八章 产科感染	(57)
第一节 羊膜腔感染综合征	(57)
第二节 TORCH 综合征	(62)
第三节 产褥感染	(80)
第九章 妊娠与肝炎病毒感染	(87)
第一节 妊娠期甲型肝炎病毒感染	(87)
第二节 妊娠期乙型肝炎病毒感染	(91)
第三节 妊娠期丙型肝炎病毒感染	(97)

第四节	妊娠期丁型肝炎病毒感染.....	(101)
第五节	妊娠期戊型肝炎病毒感染.....	(103)
第六节	妊娠期庚型肝炎病毒感染.....	(107)
中文索引	(113)

第一章 外阴炎

第一节 外阴皮肤炎

女性外阴皮肤较薄,因外阴与尿道、肛门邻近,经常受经血、阴道分泌物,尿液、粪便的刺激,若不注意皮肤清洁易引起外阴炎;糖尿病患者尿糖刺激、粪瘘患者粪便刺激以及尿瘘患者尿液的长期浸渍也是外阴炎的易感原因。另外,穿紧身的化纤内裤,易导致局部通气性差,局部潮湿以及经期使用卫生巾的刺激,均可引起非特异性外阴炎。

一、临床表现

外阴皮肤瘙痒、疼痛、烧灼感,一般发生于小阴唇、大阴唇,严重时可波及整个外阴,表现形式多样,如外阴毛囊炎、疖肿、汗腺炎,外阴皮肤脓疱病,严重时可形成外阴蜂窝织炎,外阴囊肿,腹股沟淋巴结肿大,活动、性交、排尿、排便时加重。检查见局部充血、肿胀、糜烂,常有抓痕,严重者形成溃疡或湿疹。慢性炎症可使皮肤增厚、粗糙、皲裂,甚至形成苔藓样变。常见的类型有:

(一) 急性非特异性外阴炎

急性非特异性外阴炎常继发于会阴卫生差、皮肤感染、肠道寄生虫、异物、泌尿道感染等,部分患者病因未明。患者外阴疼痛、灼热、瘙痒,甚至不敢排尿。白带多,呈脓性。体格检查可发现外阴肿胀、潮红。重症患者可出现小片糜烂。小阴唇可相互粘连,造成排尿困难。特别是婴幼儿小阴唇上皮菲薄,由于炎症刺激,常发生小阴唇粘连。当细菌沿毛囊开口处进入时可形成毛囊炎,外阴毛囊周围皮肤发红、疼痛,肿胀,形成脓疱,中间有小脓头。重症时,腹股沟淋巴结肿大、疼痛。取阴道内分泌物在光学显微镜下检查除外滴虫、霉菌及淋球菌感染即可诊断本病。

(二) 特异性外阴、阴道炎

特异性外阴、阴道炎常见于淋病或其他耐瑟菌属感染、霉菌感染、滴虫病,阴道嗜血杆菌感染、病毒、衣原体感染等。

1. 念珠菌性外阴炎 正常人,外阴皮肤、阴道黏膜常可查到念珠菌,但不致病。当患者机体免疫功能低下、菌群失调、妊娠、糖尿病时,有利于念珠菌繁殖则可致病。外阴念珠菌感染症状以外阴瘙痒为主,可伴有外阴灼热、排尿痛。体格检查可发现外阴皮肤红肿,或伴有轻度糜烂,可有渗液、结痂,边缘常有丘疹。外阴、阴道常发现豆渣样白带,光学显微镜检查可发现假菌丝及孢子即可确诊。

2. 外阴疱疹病毒感染 外阴疱疹病毒(HSV)感染后发病与否和症状的轻重取决于机体的抵抗力和免疫状态,潜伏期为3~7 d。约50%的人感染后无症状及体征改变。有症状者发病部位多在外阴、阴道及宫颈。患者初期有不适、低热、头痛,随之外阴瘙痒、灼痛、排尿困难。体格检查在大阴唇黏膜面可发现对称性、大小不等、密集的疱群或脓疱,疼痛异常。水疱破溃可融合成大片损害。病损处7~12 d结痂,完全消退需3~6周,治愈后不留瘢痕和硬结。病毒多隐匿于骶神经节后根,伺机发病。发病同时伴有腹股沟淋巴结肿大、疼痛,盆腔痛、尿频、

尿急、尿滞留。自疱疹病损处取分泌物涂片,巴氏染色后在光学显微镜下可发现细胞内多核巨细胞,即嗜酸性包含体。作病毒培养可明确诊断。

二、诊断

根据病史及临床表现可作出初步诊断,常有外阴红肿、糜烂或有溃疡,局部瘙痒、灼热或疼痛,分泌物多等症状。外阴及阴道分泌物涂片检查有无滴虫、霉菌、淋病、衣原体感染,必要时行细菌培养加药敏实验即可明确诊断。此外,需检查有无糖尿病及肛周蛲虫感染。

对外阴疱疹病毒感染的诊断,首先取外阴、阴道分泌物检查,除外滴虫和真菌感染(注意有合并感染的可能)。外阴有群集疼痛性小水疱出现,即可诊断。但小水疱仅短暂存在,患者不留意时往往不被发现。患者多因外阴红肿、疼痛性浅表性溃疡就诊。取病损处分泌物涂片行细胞学检查,如查到嗜酸性包含体即可诊断,但此法阳性率不高。病毒培养阳性可确诊,但必须在发病早期取分泌物。行荧光抗体检查,24 h可获得诊断结果。

三、治疗

(一) 病因治疗

积极寻找病因,因宫颈炎、阴道炎症而致外阴皮肤炎者应积极治疗宫颈阴道炎症;若发现糖尿病,应及时治疗;若有粪瘘、尿瘘,应及时手术。

(二) 局部治疗

局部清洗、坐浴,保持外阴清洁。药物治疗可用1:5 000高锰酸钾液坐浴,每天2次,每次15~30 min,5~10次为一疗程。若有皮肤破溃则可在患处涂四环素、金霉素、或白多邦软膏等抗生素软膏或紫草油。此外,可选用苦参、蛇床子、白藓皮、土茯苓、黄柏各15 g,川椒6 g,水煎后熏洗外阴部,每天1~2次。急性感染期可行物理治疗,外阴可行紫外线照射、超短波或微波治疗。

(三) 外阴疱疹病毒感染的治疗

(1) 夫妇任何一人患疱疹,在活动期有性生活,均应采用避孕套,以防交叉感染。

(2) 抗病毒药物应用阿昔洛韦(无环鸟苷)可减轻初发病灶的严重性以及减少复发次数并减轻症状。症状轻或不常发作者可口服,剂量为200 mg,每天5次,5 d为一疗程。症状重者可口服10 d。若经常复发,可继续用药,剂量为400 mg,每天2次,或200 mg,每天3次。对少数病情严重者,需住院治疗,可以静脉注射阿昔洛韦,5 mg/kg,每8 h 1次,每次滴注时间需要维持1 h以上,7 d为一疗程。注意过敏反应,对肾功能不良者应减少剂量。可用5%阿昔洛韦油膏涂于病变部位,促进愈合。应将新生儿与患生殖器疱疹的母亲隔离,也可预防性用药,阿昔洛韦40 mg 静脉滴注,每天1次,共5次。

(四) 婴幼儿外阴炎的治疗

细菌感染所致婴幼儿外阴炎需全身应用抗生素(具体应用参照淋病一节)。

一般的婴幼儿外阴炎以局部治疗为主。可用清水洗净外阴后,局部使用抗生素软膏或眼膏涂抹。对年龄稍大的幼儿可以使用1:10 000高锰酸钾稀释液坐浴。婴幼儿皮肤非常娇嫩,高锰酸钾液必须稀释至规定的浓度。配制时一定要在所有的高锰酸钾颗粒全部溶解后,方可坐浴,以免高浓度的药液或未完全溶解的高锰酸钾颗粒灼伤患儿的皮肤。如患儿小阴唇已有粘连,可用碘伏消毒后,用棉签向两侧轻轻分开,然后涂抗生素软膏或眼膏,以防止两侧阴唇再粘连。如粘连紧密、难以分离,可以在外阴无炎症情况下用镰状刀片将两侧阴唇粘连部分轻轻挑开,术毕在阴唇创面立即涂抹抗生素眼膏,以后继续坐浴数日,局部应用眼膏涂抹(需将阴唇

分开后涂于创面部分)。并嘱患儿家属每日注意阴唇创面愈合情况,注意外阴部清洁。患儿不宜穿开裆裤,应穿宽松纯棉内裤,每日煮烫消毒。我院每年都要收治数名阴唇粘连的患儿,一般在门诊坐浴数日,外阴无炎症时即行阴唇粘连分离术,一般不用麻醉,术后注意护理,经定期随访均已痊愈。

第二节 前庭大腺炎

前庭大腺位于两侧大阴唇后 1/3 深部,腺管开口于处女膜与小阴唇之间。因解剖部位的特点,在性交、分娩等情况下污染外阴部时,病原菌容易侵入引起前庭大腺炎。主要病原体为葡萄球菌、大肠杆菌、链球菌、肠球菌。随着性传播疾病发病率的增加,淋病奈氏菌及沙眼衣原体已成为常见的病原体。急性炎症发作时,病原体首先侵入腺管,腺管呈急性化脓性炎症,腺管开口往往因肿胀或渗出物凝聚而阻塞,脓液不能排除,进而积聚而形成脓肿,称前庭大腺脓肿。有部分患者因分娩过程中行会阴侧切时将腺管切断,腺体内的液体无法排出,形成前庭大腺囊肿,如囊肿未及时治疗,合并细菌感染则可引起前庭大腺脓肿。

一、临床表现

炎症多发生于一侧,初起时局部肿胀、疼痛、灼热感,行走不便。检查时见局部皮肤红肿、发热、压痛明显。若为淋病奈氏菌感染,挤压局部可流出稀薄、淡黄色脓液。当脓肿形成后,可触及波动感,脓肿直径可达 5~6 cm,患者出现发热等全身症状。当脓肿内压力增大时,表面皮肤变薄,脓肿可自行破溃,若破口大,可自行引流,炎症较快消退、痊愈,若破口小,引流不畅,则炎症持续不退,并可反复急性发作。

二、诊断

根据病史及临床表现诊断不难。如果在外阴下 1/3 部位发生红、肿、痛,扪及硬结时应考虑前庭大腺炎。病变多为单侧肿大、疼痛,触及包块,早期无波动感,常伴有淋巴结肿大。若此时期未得到及时有效的治疗,则炎症进一步加重可形成脓肿。患者疼痛剧烈,行走困难,典型症状为肿块表面菲薄,有波动感。可自其开口挤压出分泌物作病原微生物检查及抗生素敏感实验。严重的病例可伴有全身症状,如发热,白细胞升高等。

三、治疗

急性炎症发作时,需卧床休息,局部 1:5 000 高锰酸钾溶液坐浴。可取前庭大腺开口处分泌物作细菌培养,确定病原体,根据病原体选用抗生素。此外,可选用清热、解毒的中药,如蒲公英、紫花地丁、金银花、连翘等局部热敷或坐浴。脓肿形成后可切开引流并造口,单纯切开引流只能缓解症状,切口闭合后,仍可形成囊肿或反复感染。

四、预后及随访

前庭大腺炎、前庭大腺脓肿治疗痊愈后部分患者易反复发作。应注意外阴部的清洁,积极治疗前庭大腺囊肿。

第三节 前庭大腺囊肿

前庭大腺囊肿系因前庭大腺管口阻塞,分泌物聚集于腺腔而形成囊肿。前庭大腺腺管阻塞的原因有:前庭大腺脓肿消退后,腺管阻塞,脓液吸收后,被黏液分泌物所代替而形成囊肿;

腺腔内的黏液脓稠或先天性腺管狭窄,分泌物排出不畅,导致囊肿形成;非特异性炎症阻塞,如分娩时会阴与阴道裂伤后瘢痕阻塞腺管口,或会阴切开术损伤腺管。前庭大腺囊肿可继发感染形成脓肿反复发作。

一、临床表现

前庭大腺囊肿患者一般无自觉症状,患者可自己无意中发现,或通过妇科查体发现外阴有一肿物,多为单侧也可为双侧,活动,按压时无明显疼痛。

前庭大腺囊肿小且无感染,患者可无自觉症状;若囊肿大,患者可感到外阴有坠胀感或有性交不适。检查见囊肿多为单侧,也可为双侧,囊肿呈椭圆形,大小不等,可持续数年不变。

二、诊断

根据外阴局部的症状,可以诊断,一侧外阴肿大,触及囊性包块,继发感染时可有触痛,亦可与皮肤粘连。需注意与大阴唇腹股沟疝相鉴别,后者与腹股沟环相连,挤压后可复位,向下屏气、增加腹压时肿块出现。

三、治疗

因造口方法简单,损伤小,术后还可能保留腺体功能,现多采用前庭大腺囊肿造口术取代囊肿剥除术。近年,采用激光作囊肿造口术效果良好,术中无出血,无须缝合,术后引流好,不用抗生素,局部无瘢痕形成并能保留腺体功能。

四、预后及随访

前庭大腺囊肿手术成功后预后良好,应注意随访,手术造口部位如阻塞则有可能复发。

(王丹 常青)

参 考 文 献

- 1 乐 杰主编. 妇产科学. 北京:人民卫生出版社,第5版,2001
- 2 曹泽毅主编. 中华妇产科学. 北京:人民卫生出版社,2000
- 3 张淑兰. 外阴炎、阴道炎治验. 中国自然医学杂志,2001,20:3(1): 17~20
- 4 石一复. 念珠菌外阴、阴道炎的诊治对策. 现代妇产科进展,2000,9(5): 321~323
- 5 段小喜. 前庭大腺囊肿或脓肿梭形切口造口术 45 例临床分析. 山西临床医药,2001,10(3): 217~218
- 6 耿淑平,王小娴. CO₂ 激光造口治疗前庭大腺囊肿(脓肿)29 例. 中国激光医学杂志,2001,10(2): 126~127
- 7 陈 敏,徐爱娣. CO₂ 激光与手术治疗前庭大腺囊肿/脓肿的方法探讨. 应用激光,2001,21(1):63~64
- 8 Altstiel T, Coster R. Bartholin's, cyst presenting as inguinal hernia. S D J Med, 1993,46(1):7-8
- 9 Murina F, Tassan P, Roberti P, et al. Treatment of vulvar vestibulitis with submucous infiltrations of methylprednisolone and lidocaine. An alternative approach. J Reprod Med, 2001,46(8):713-716
- 10 Ryoikibetsu SS. Bartholinitis, Bartholin's abscess, Bartholin's cyst,1999,(25 Pt 3): 201-205

第二章 阴 道 炎

阴道炎(vaginitis)是妇科门诊最常见的生殖道感染,主要由细菌、真菌及原虫引起。阴道菌群非常复杂,除真菌、原虫外,还有很多需氧菌和厌氧菌寄居在阴道内。寄生的革兰阳性需氧菌包括乳酸杆菌、非溶血性链球菌、棒状杆菌、表皮葡萄球菌、肠球菌;革兰阴性需氧菌有大肠杆菌、加德纳菌;厌氧菌包括消化球菌、消化链球菌、类杆菌和梭形杆菌等。此外还有支原体和念珠菌。乳酸杆菌是健康阴道中的主要菌种,阴道液中的密度可达 $10^8 \sim 10^{11}/L$,可通过分解阴道上皮的糖原产生乳酸和过氧化氢抑制其他寄生菌的过度生长,对维持阴道正常菌群起关键作用。

正常情况下,阴道的组织解剖学和生理特点足以防御外界微生物的入侵。但在机体免疫功能低下和大量应用抗生素、激素时可影响阴道与菌群之间的生态平衡,或形成条件致病菌,导致阴道炎。

第一节 细菌性阴道病

细菌性阴道病(bacterial vaginitis, BV)为生育期妇女最常见的阴道感染性疾病,是一种以加德纳菌、各种厌氧菌、Mobiluncus 菌及支原体引起的混合感染,曾称为嗜血杆菌阴道炎、加德纳菌阴道炎、非特异性阴道炎,1984年正式命名为细菌性阴道病。本病局部炎症不明显,10%~50%患者可无任何症状与体征。

本病多发于15~44岁育龄期妇女,由寄生于阴道内的细菌发生菌群失调引起的一种混合性细菌感染,是育龄妇女最常见的阴道感染性疾病。在生理情况下,阴道内产生乳酸和过氧化氢的乳酸杆菌占优势;细菌性阴道病时,乳酸杆菌减少,加德纳菌和其他厌氧菌的浓度升高,产生尸胺和腐胺等挥发性胺类,局部pH值上升,抑制乳酸杆菌的繁殖,使阴道分泌物增多。其发病与妇科手术、多次妊娠和多个性伴侣有关。

一、临床表现

症状轻微,10%~50%患者可无症状。有症状者多表现为阴道分泌物增多,呈灰白或灰黄色,稀薄,有特殊的腥臭味,性交后腥臭味加重。偶有外阴轻度瘙痒。检查见白带均质、稀薄,黏度低,易于从阴道壁擦掉,阴道黏膜无充血、红肿等炎症表现。与其他特异性阴道炎同时存在时,可有特异性阴道炎的表现。近年来,妊娠期细菌性阴道病已越来越引起人们的重视。有报道认为,孕期细菌性阴道病感染率达9%~23%,孕期细菌性阴道病患者泌尿系感染率升高,并与胎膜早破、绒毛膜羊膜炎、早产、低出生体重、产后子宫内膜炎等不良妊娠结局密切相关。

二、诊断

根据临床表现,本病多见于生育期妇女,常按非特异性或其他阴道炎治疗久治不愈。顽固性白带增多,伴有异味(腐臭或鱼腥味)。少数患者可有轻度外阴瘙痒及烧灼感。目前,细菌性阴道病诊断标准为:①阴道分泌物增多,均匀、稀薄;②pH>4.5;③分泌物有鱼腥味,氨试验阳

性:取阴道分泌物少许置玻片上,加入 10% 氢氧化钾后有鱼腥样气味;④线索细胞阳性:线索细胞即阴道复层扁平上皮脱落的表层细胞,细胞边缘黏附大量加德纳菌形成的颗粒状物,边缘模糊不清。线索细胞占全部上皮细胞 20% 以上为线索细胞阳性;⑤脯氨酸氨肽酶阳性:用酶联免疫吸附试验(ELISA)法测定阴道分泌物中脯氨酸氨肽酶活性,橘黄或红色为细菌性阴道病阳性,仍呈黄色为阴性。以上 5 项中,同时有 3 项即可诊断细菌性阴道病。

常用的临床诊断标准(Amsel 标准)如下:

- (1)阴道 pH 值 >4.5;
- (2)阴道分泌物增多,呈均质的灰白色;
- (3)阴道悬滴片上线索细胞存在;
- (4)氨实验阳性。

以上 4 条中符合 3 条即可诊断。Amsel 标准便于临床应用。

三、治疗

1. 全身治疗 首选药物为甲硝唑 400~500 mg,每天 2~3 次口服,7 d 为一疗程,近期治愈率达 82%~97%。妊娠期患者和甲硝唑治疗无效者可选用克林霉素,用法:300 mg 口服,每天 2 次,共用 7 d,治愈率达 97%。

2. 局部治疗 甲硝唑栓剂阴道上药,每栓 200 mg,每天 1 栓,5~7 d 为一疗程;或用 2% 克林霉素软膏涂布阴道壁,每天 1 次,连用 7 d。

3. 其他治疗 由于乳酸杆菌对维持阴道正常菌群具有重要作用,近年有作者提倡口服或阴道给予乳酸杆菌制剂,可改善阴道菌群失调,减少泌尿系感染的发生。碘伏栓剂阴道上药也是一种治疗细菌性阴道病感染的新方法,用药后局部加德纳杆菌、类杆菌、肠杆菌显著减少,疗效甚至优于包含乳酸杆菌的药物。

四、预后及随访

细菌性阴道病预后好,但易反复感染,因本病可经性行为传播,故需夫妻同治。

第二节 念珠菌阴道炎

念珠菌阴道炎(candidal vaginitis)又称阴道念珠菌病(vaginal candidiasis),是一种常见的阴道炎,发病率仅次于滴虫性阴道炎。80%~90%的病原体为白色念珠菌,属真菌,过去误称为霉菌性阴道炎。念珠菌阴道炎发病非常普遍,30%~50%的妇女一生中曾有念珠菌感染,可与口腔、肠道的念珠菌相互传染,与手足癣无关。

白色念珠菌是一种条件致病菌,呈卵圆形。有芽生孢子和假菌丝。在 10% 非孕妇女和 30% 孕妇阴道发现此菌寄生,当各种因素导致阴道 pH 值降低或机体抵抗力下降时可发病。长期应用广谱抗生素和肾上腺皮质激素可导致阴道菌群失调,使念珠菌阴道炎发病率升高。此外,妊娠期妇女阴道上皮糖原含量升高,阴道酸性增强,为念珠菌繁殖提供了有利条件,故孕早期妇女念珠菌阴道炎发病率显著高于非孕妇女。本病可经性接触或与不洁浴具、便盆接触传播。近年有研究认为,念珠菌作为一种变应原,可诱导机体产生特异性免疫应答。与健康妇女相比,复发性阴道念珠菌病(recurrent vaginal candidiasis, RVC)患者阴道受损黏膜和外周血单核细胞产生白色念珠菌特异性 T 细胞克隆比例增高,经白色念珠菌刺激后单核细胞产生的 γ -干扰素减少,提示复发性阴道念珠菌病患者可能存在某种程度的 T 细胞反应缺陷。

一、临床表现

念珠菌阴道炎主要表现为外阴瘙痒和灼热感,严重者坐卧不宁,白带增多呈凝乳状或豆渣样,可伴有阴道痛、性交疼痛、尿频、排尿灼热感。

妇科检查见外阴肿胀、可见抓痕,阴道前庭充血、水肿,阴道黏膜被白色凝乳状薄膜覆盖,擦除分泌物后见阴道黏膜红肿或糜烂及表浅溃疡。

二、诊断

临床表现为白带增多,凝乳块或豆渣状。可有鹅口疮样斑块黏附于阴道壁上。如黏附较紧,则不易擦去,拭去后可见表浅溃疡和渗血,有时大块假膜覆盖大部分阴道壁和子宫颈。患者多出现难以忍受的外阴瘙痒,可伴有尿频、尿急、尿痛,小阴唇黏膜表面可见红斑。可取阴道分泌物目检,典型的念珠菌阴道炎诊断并无困难。对于非典型病例,可采用以下几种方法:

1. 悬滴法 取少量阴道分泌物置于玻片上,加1滴生理盐水或10%氢氧化钾溶液,置光学显微镜下观察,可找到成群的芽孢和假菌丝。此方法最常用,阳性率可达60%。

2. 涂片染色法 涂片固定后用革兰染色,油镜下观察,可见呈阳性着色的孢子和菌丝,阳性率约为80%。

3. 培养法 有症状而多次检查阴性者可采用培养法。取分泌物接种于含抗生素的沙氏培养基上,置37℃培养3~4d后镜检,阳性率更高。

三、治疗

(1) 消除诱因:合并糖尿病患者应积极治疗,及时停用抗生素、皮质激素等;应穿纯棉内裤,患病期间内裤洗后应消毒处理。若无症状而培养阳性者无须治疗。

(2) 局部用药:改变阴道的酸碱度:用2%~3%的碳酸氢钠溶液冲洗阴道,提高阴道pH值。局部阴道上药可选择以下方案之一:①制霉菌素栓:每枚10万U,每晚1次,阴道上药,10~14d为一疗程。②咪唑类药物:咪康唑(商品名达克宁)栓剂,每枚100mg,每晚1次,阴道上药,7d为一疗程,或200mg阴道上药,3d为一疗程;③益康唑栓剂,每枚150mg,每天1次,3d为一疗程。

(3) 全身用药:局部治疗效果差或顽固病例可同时口服下列药物之一:①制霉菌素:50万U,口服,每天4次,用10d。②酮康唑(商品名里素劳):200mg,每天1次或2次,口服,5d为一疗程;③伊曲康唑(商品名斯皮仁诺):200mg,口服,每天1次,共3d。④氟康唑(商品名大扶康):150mg,顿服。

(4) 妊娠期外阴、阴道念珠菌病主要采用局部用药,不提倡全身用药。美国疾病控制中心推荐选用克霉唑、咪康唑等药物,用法同非孕期。我国用制霉菌素治疗。

(5) 复发性外阴、阴道念珠菌病目前尚无理想的治疗方案,首先应去除引起本病的诱因,如治疗糖尿病、停止使用糖皮质激素及合理使用广谱抗生素等。治疗前,必须做真菌培养加药敏实验,尽量根据药敏结果选择抗真菌药物。

治疗方案:强化治疗,即低剂量、长疗程,持续6个月,使患者的症状消失及真菌培养阴性。初步治疗:可选用酮康唑400mg/d,口服,14d。巩固治疗:可选用酮康唑100mg/d,口服,6个月;或氟康唑每周150mg,口服,6月;或伊曲康唑100mg,口服,每天2次,每月7d,共服用6个月。

(6) 其他治疗:针对白色念珠菌变应原的免疫疗法是近年提出的新方法,适用于临床治疗无效并对白色念珠菌高敏感性的念珠菌病患者,总有效率64%,有望成为今后治疗方向。虽

然并无确切证据表明妊娠期白色念珠菌感染对胎儿有害,但仍主张积极治疗。对于有症状的孕期念珠菌病患者,咪唑类药物为治疗的首选药物,并应持续用药 7 d。

四、预后及随访

本病疗效较好,但易复发。反复发作的念珠菌阴道炎应查明诱因,是否合并糖尿病、有无口服大剂量激素及抗生素等。性伴侣应同时检查和治疗。

(1) 疗效评价:通常在治疗完成后 1~2 周及 4~6 周(或月经后)进行。按临床表现及涂片或培养结果分为微生物学治愈或未愈。

(2) 治愈标准:治疗完成后检查真菌阴性者在下次月经后再巩固治疗一个疗程。连续 3 次月经后检查真菌阴性即为治愈。

第三节 滴虫性阴道炎

滴虫性阴道炎(trichomonal vaginitis)由阴道毛滴虫引起,是常见的阴道炎,也是最常见的非病毒性传播疾病之一。阴道毛滴虫为厌氧的原虫,可活动,全长 15~20 μm ,在人体 3 种滴虫中体形最大,约为白细胞的 2 倍。外形呈梨形,顶端有 4 根鞭毛,体部有波动膜,活动时酷似水滴,在 pH 5.2~6.5 的潮湿环境中生长繁殖迅速。其生活史简单,只有滋养体期无包囊期,以两分裂法繁殖,生存能力强,但在 pH 5.0 以下或 7.5 以上的环境中不能生长。在妊娠期和月经前后,由于阴道 pH 值变化,隐匿在阴道腺体和皱壁中的滴虫常引起炎症发作。阴道毛滴虫能消耗或吞噬细胞内的糖原,阻碍乳酸生成,可侵及尿道和尿道旁腺而引起炎症。本病可经直接性接触和间接接触不洁浴具、衣物、游泳池等传播。近年,对人类免疫缺陷病毒(HIV)感染的研究表明,合并滴虫感染可能促进 HIV 的传播。

一、临床表现

滴虫性阴道炎的主要症状是白带增多。典型分泌物呈稀薄浆液的泡沫状、或呈灰黄色,合并其他细菌感染时呈脓性,有时混有血性,有臭味;常伴有阴道口和外阴瘙痒、灼热,性交痛等症状;合并泌尿系感染时可出现尿频、尿痛。

检查见阴道黏膜、宫颈充血,严重者有散在的红色斑点,后穹窿有多量白带,灰黄色、黄绿色或脓性,常呈泡沫状。由于滴虫可阻碍乳酸杆菌生长,易引起继发性细菌感染,此时白带常有臭味。单纯带虫者阴道黏膜常无异常发现。

二、诊断

患者临床表现为白带增多,呈灰黄泡沫状,质稀薄多有臭味,有时血性或脓性。外阴有瘙痒、灼热及蚁行感,性交痛。尿道感染可致尿频、尿急、尿血。可引起不孕。检查见阴道和宫颈黏膜红肿,散在红色点状丘疹,典型病例容易诊断。最简单的确诊方法是悬滴法。方法如下:于玻片上加一滴生理盐水,取少量阴道分泌物混于生理盐水中,立即在光学显微镜低倍镜下检查,可见滴虫呈波浪状移动,或见周围白细胞被推移,诊断率约 50%。可疑滴虫感染而多次悬滴法检查阴性患者可采用培养法,准确率 98% 左右。采样前 24~48 h 应避免性交、阴道冲洗和上药,不宜行双合诊检查,窥器不涂润滑剂。近年 ELISA 有运用直接荧光标记抗体、酶联免疫吸附法(ELISA)、聚合酶链反应(PCR)等多种方法检测,结果不一,敏感性 67%~84%,特异性 94%~98.3%。

三、治疗

1. 全身治疗 由于滴虫可在阴道黏膜皱襞、泌尿道和宫颈腺体的深部等多处部位寄生,故局部药物治疗常不易根治。全身治疗最常用的药物是甲硝唑 200 mg,口服,每日 3 次,连续 7 d 为一疗程;或甲硝唑 400 mg,每天 2 次,5 d 为一疗程。亦可 2.0 g,单次口服。少数患者服药后出现恶心、呕吐、食欲下降等胃肠道反应,一旦发现后应停药。对甲硝唑有抗药性的患者可采用替硝唑或甲苯达唑、麦咪诺阴道栓上药等。

2. 局部治疗 起效快,但不易彻底根治,停药后易复发,可采用局部和全身联合用药。用 0.5% 硼酸或 1% 乳酸冲洗阴道后,甲硝唑栓 200 mg 置于阴道内,每天 1 次,7~10 d 为 1 疗程。或曲古霉素栓 10 万 U、滴维净 1 片,每晚一枚置阴道内,7 d 为一疗程。

3. 其他治疗 由于黄连素具有抗菌、抗阿米巴、抗原虫等多种作用,已有将黄连素用于体外抗滴虫的相关报道,初步结果表明其疗效与甲硝唑疗效相似。另外,由于甲硝唑可通过胎盘进入胎儿体内,故早孕期间的滴虫性阴道炎患者可采取局部治疗,对于无症状的孕期滴虫性阴道炎患者,常规治疗并不能降低其自发性早产率,不提倡常规筛查和治疗。

四、预后及随防

预后好,但由于阴道毛滴虫常于月经后复发,故治疗后阴道分泌物检查为阴性患者也应于下次月经后复查白带,并巩固治疗一个疗程,连续 3 个月检查均为阴性者方为治愈。性伴侣也应同时治疗。治疗期间患者内裤要洗烫消毒,避免重复感染。

第四节 老年性阴道炎

老年性阴道炎(senile vaginitis)又称萎缩性阴道炎(atrophic vaginitis),常见于妇女绝经期前后、双侧卵巢切除术后、或放射性治疗去势后。由于雌激素水平低下,阴道黏膜萎缩变薄,上皮内糖原含量减少,阴道内 pH 值上升呈碱性,失去净化及防御能力,当受到刺激或损伤时容易出现点状出血,病原菌入侵时易引起阴道感染。因本病最常见于绝经前后妇女,故称老年性阴道炎。

一、临床表现

患者主要表现为绝经前后阴道分泌物增多,常呈水样,由于感染的病原菌不同,分泌物也可呈泡沫状、脓性或脓血性,可伴有下腹坠胀不适、外阴瘙痒、灼热;还可侵犯尿道出现尿频、尿痛等症状。

检查见阴道呈老年性改变,上皮菲薄、皱襞消失,阴道黏膜充血,可有散在或弥漫的出血点,严重时形成表浅溃疡,子宫颈也有点状充血。长期炎性刺激可导致阴道黏膜下纤维组织增生,出现阴道狭窄。

二、诊断

临床表现为绝经后阴道分泌物增多,水样或脓性,偶带血,外阴瘙痒或有灼热感。检查发现阴道黏膜多平滑充血,有散在小出血点或浅表溃疡,甚至出现粘连。宫颈刮片及阴道后穹窿涂片以底层细胞居多,未见瘤细胞。阴道分泌物检查需要除外滴虫或念珠菌感染,还应警惕子宫颈、阴道壁和子宫体的恶性肿瘤,必要时行局部活检或分段诊刮。

三、治疗

老年性阴道炎的治疗原则是增加阴道黏膜局部的抵抗力和抑制细菌的生长繁殖。

(1) 保持外阴清洁、干燥,分泌物多时可用0.5%硼酸或1%乳酸溶液冲洗阴道。

(2) 雌激素制剂局部用药:阴道局部给予雌三醇软膏(欧维婷软膏)每晚或隔天1次,连续7~10 d,或倍美力软膏0.5~2 g/d,7 d为一疗程。

(3) 抗生素软膏或栓剂局部给药:甲硝唑或氟哌酸栓剂0.2 g,阴道上药,每天1次,共7~10 d。

(4) 雌激素制剂全身给药:合并更年期症状者可给予雌激素制剂口服,尼尔雌醇(维尼安),首次剂量4 mg,以后每2周口服2 mg;或替勃龙(利维爱)2.5 mg口服,每天1次,持续2~3个月;或倍美力0.625 mg,口服,每天1次,持续2~3个月。近年,有应用雌三醇治疗老年性阴道炎的报道,认为短期(2 mg/d,连续14 d)口服雌三醇后阴道乳酸杆菌数量增加,未发现对子宫内膜有明显的不良影响。需要注意的是,应注意用药的禁忌证,乳腺癌和生殖道恶性肿瘤患者应禁用雌激素。应用雌激素治疗用药时应根据患者具体情况,实现用药选择、用药剂量和持续时间的个体化。

第五节 婴幼儿阴道炎

婴幼儿阴道炎(infantile vaginitis)常见于5岁以下幼女,多与外阴炎并存。由于婴幼儿卵巢尚未发育,阴道黏膜仅由数层立方上皮组成,上皮内糖原含量很少,对细菌的抵抗能力弱,易产生婴幼儿阴道炎。致病菌种类复杂,主要为大肠杆菌,此外葡萄球菌、变形杆菌、淋球菌、链球菌、白色念珠菌等也可引起感染。可通过接触母亲或其他护理人员的衣物、浴巾等传播。此外,不良卫生习惯、外阴损伤、大便污染、阴道误放异物也可造成感染。

一、临床表现

主要症状为阴道口红肿、见脓性分泌物,味臭;外阴部红肿、疼痛或瘙痒,患儿哭闹不安。检查见外阴红肿、破溃,阴道口黏膜充血、水肿,有脓性分泌物流出。可用细棉棒或吸管吸取阴道分泌物作滴虫、念珠菌或细菌学检查,必要时作细菌培养。应用小指作肛门检查以除外阴道异物。如发现血性白带应警惕其他异常情况,如宫颈息肉、葡萄状肉瘤等。

二、诊断

临床表现:因外阴瘙痒,患儿常用小手抓外阴;因疼痛,婴儿长时间啼哭不安;脓性白带,排尿痛。检查可发现:外阴、阴唇、尿道口及阴道前庭黏膜红肿,有脓性分泌物自阴道口流出,如因患儿小阴唇粘连,尿线变细才发现,往往易误认为生殖器官畸形。可取阴道前庭分泌物检查滴虫、霉菌、淋病双球菌及其他细菌等。如白带奇臭应怀疑阴道异物,此时可用小手指进行肛诊,检查阴道有无异物。如肛诊检查不清,可在全麻下用小号宫腔镜或鼻内镜诊视阴道,如有肿块,可取活检,如为异物则应钳夹取出。如为小阴唇粘连,则在其上方或下方有一小孔,尿液由此孔外排。粘连处呈膜状,尿道口及阴道口均被遮盖,仔细检查,可发现粘连处较薄,较透亮。

三、治疗

应针对病因进行治疗。

(1) 保持外阴清洁、干燥,用1:10 000高锰酸钾溶液坐浴,每天2次,坐浴后擦干外阴,局部涂抹紫草油、炉甘石洗剂等。勤换尿布垫。

(2) 针对病原体选择相应抗生素:可用吸管或导尿管将抗生素注入阴道内,每天1次;抗生素软膏外阴局部涂抹。