

中华妇产科杂志

临床指南荟萃

中华医学会妇产科学分会 编著
《中华妇产科杂志》编委会



中华医学会



人民卫生出版社

PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

中华妇产科杂志 临床指南荟萃

中华医学会妇产科学分会
《中华妇产科杂志》编委会 编著



中华医学会

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

中华妇产科杂志临床指南荟萃 / 中华医学会妇产科学分会, 《中华妇产科杂志》编委会编著. —北京: 人民卫生出版社, 2013.4

ISBN 978-7-117-17069-7

I. ①中… II. ①中…②中… III. ①妇产科学—指南
IV. ①R71-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 041747 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

中华妇产科杂志临床指南荟萃

编 著: 中华医学会妇产科学分会
《中华妇产科杂志》编委会

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830
010-59787586 010-59787592

印 刷: 三河市宏达印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/32 印张: 8.5

字 数: 248 千字

版 次: 2013 年 4 月第 1 版 2013 年 5 月第 1 版第 2 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-17069-7/R·17070

定 价: 28.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

临床医学的规范、接轨、转化与发展(代序)

医学的发展是连续性的,也有阶段性的,诚如 100 多年前,医学研究的主要目标是对人体的认识,而 100 年以来的主要任务是对疾病的认识。近二三十年,医学基础研究发展迅速,特别是遗传学、免疫学等,并已深入到基因学、蛋白质组学等,又在其他学科的渗入和推动下,临床医学的诊断与治疗发生了巨大的变化,检测技术、影像技术及内镜技术为医生认识疾病、处理问题提供了新的手段和途径。而医学的社会性和人文性,又带来了如何适应社会发展与公共需求等问题,为达到优化诊疗、安全诊疗和经济诊疗的目的,随之而来的便是全球性的医疗卫生体制改革。

在这种情形下,临床医学要解决的策略问题是诊断治疗的规范化、既与国际接轨又与国情接轨,临床实践与基础研究的相互转化以及综合发展与重点突出相结合等问题。

一、以规范化引领个体化、人性化与微创化

医学的长足发展、丰富的临床研究、骄人的研究成果、不断引入的新观念和新技术等,无疑促进和活跃了临床工作,但也难免鱼龙混杂、泥沙俱下,诚如大潮袭来,汹涌澎湃而又令人头晕目眩。于是,过度诊治与诊治不足颇为常见,有时甚至是混乱的。加之非医疗原因的驱动也会造成技术应用的扭曲。作为“规矩”的临床规范或指南于此时尤为需要,也非常必要,而指南却常常是滞后的。规范或指南是建立在优良而深厚的基础研究、大样本而较长时间的循证且合乎具体情况而求得共识的前提下,由专家切磋讨论拟定,经广泛采纳同行批评建议而完成的。指南具有保证医疗质量、维系合理医疗消费和提高医疗价值、强化组织监督和服务的功能。使临床缜密的诊治决策、恰当优良的实施方法及可操作的监督完善地结合起来,达到上述的优化、安全和经济诊疗之目的。

为此,中华医学会妇产科学分会组织各学组制定和推行常见妇产科疾病的诊治规范,《中华妇产科杂志》在2009年推出的13种疾病(或问题)的诊治指南汇编的基础上,为庆祝与纪念建刊60周年又增加到32余种,作为正式出版物出版,旨在强力推动临床诊治规范化。

在此,也应强调以下几点:

1. 指南虽有,需要循之;指南再好,当应蹈之。不可我行我素,自以为是。当然,也会由于条件限制,有时难以完全执行指南,但指南的原则当应掌握。

2. 在推行指南同时,也应注意个体化、人性化。近年来也推崇微创化,但此“三化”是在符合此规范化基础上实施的,离开或违背规范化,无疑于削足适履,也必然达不到“三化”的目的。

3. 指南系动态发展的,要不断引入新经验、新证据、新观念、新技术、新方法,进行相应修订。

4. 指南的制定、实施与监督,应有相应的组织管理和政策干预,现在进行的医疗卫生体制改革及有关措施规定有利于规范的推广。

二、既与国际接轨又与国情接轨

在医疗实践和诊治规范制定与推行中,我们常常提到与国际接轨,这一提法是合理的,国际上报告的新的研究成果和进展,建立在循证医学基础上的诊治规范也是有益的。如国际妇产科联盟(FIGO)颁布的各种指南(或报告)、(美国)国家癌症网络(NCCN)及欧洲生殖感染及肿物研究组织(EUROGIN)等,都会定期地将不断修改的规范和会议纪要予以公布,以提供指南和讨论。中国学者都进行了及时的翻译、解读和讨论,旨在接轨。

他山之石,可以攻玉。这种接轨是必要的。况且多数情况下,疾病的诊治有共通性,有的国家医疗和研究中心实力雄厚,成果突出,有的国际学术组织如FIGO、美国妇科肿瘤学组(GOG)协作良好,报告可靠,对我们有重要的学习和借鉴价值,会促进国内诊治的规范化和技术与研究水平的提高。

接轨的另一个重要意义是有利于国际交流与合作,如疾病分期有了统一标准,便于治疗比较。有了明确的概念、定义和方法,可以进行有效的流行病学调查。有了共同的“语

言”(不完全指中文与英文)和一致的“目标”(不完全在于形式的组织合作),就会有方便、和谐的共识。

在这一过程中,目前遇到的要害问题是如何接轨和什么是好的接轨?关键在于符合国情与具体问题具体分析、具体实施。解决的方法有3个方面。

1. 所谓国情就是我国的医疗卫生状况,即诊治水平和研究基础,完全挪用国外的诊治方案、技术和方法有时是行不通的。目前的引入主要适宜于较大医疗单位,而这些医疗单位和学者也有自己的具体诊治经验和方法,应该参照、融合、变通而用之,如NCCN的规范,我们是形成的“中国版”,而不仅仅是译成的“中文版”。

2. 所谓国情就是我国幅员广大,人口众多,经济文化与卫生发展不平衡,特别是有广大的农村、基层和边远地区,卫生状况较为落后,诊治水平较为低下。所以,完全照搬国外经验,更是接不上轨,走不上正道。应该有适宜于上述地区的规范制定,不仅有中国版,而且有基层版,这将是极有意义的学术定位和工作重点。

3. 所谓国情还包括我国的医疗体制,包括医药管理、医疗卫生经济学及政府职能,不完全是医疗技术本身(当然医疗技术是上述功能和目标的重要依据)。所以规范的接轨和推行可能不完全是医生的医疗行为,应该考虑和审慎的方面会更多。

可见,接轨是学术的、社会的;是医生的、更是民生的。

三、转化促进发展,发展带动转化

转化作为一种新名词,现今被推崇,即强调从实践(临床, Bed)到基础(实验室, Bench),反之亦然,所谓B to B。转化作为一种观念,早已有之,就是从实验理论到实际应用,从实际应用到实验研究,即理论与实践相结合。这是科学研究,包括医学研究的宗旨和根本所在。

之所以被重提或被强调,乃是由于脱离实际的研究倾向,或忽视研究成果的实际应用,这种倾向包括课题设置、基金招标、临床导引等方面,致使人力、物力、财力的浪费,甚至临床与研究方向的迷茫。

优秀的研究从来不是象牙塔的玩艺,应对医学发展产生巨大影响,如“DNA双螺旋”、“某些高危型HPV是子宫颈癌

的致癌病毒”、“幽门螺杆菌引起的胃部病变”等等。这其中重要的环节是转化,转化的观念、转化的方法及转化的实践都非常重要。

优秀的转化在于基础研究科学家和临床医学家的紧密结合,这种结合包括思想与命题、设施与材料,人才与队伍的交流、整合以及有利于此的转化医学与转化医学中心,整合医学与整合医学中心的建立。

优秀的临床医师不应鄙薄基础研究,把研究和教学作为医疗实体的翅膀,只有翅膀坚强,才能高飞远翔。大医院或医学院校附属医院的医师不仅应该只是好的临床医师,也应该是好的临床医学家,临床医学必须有与临床密切结合的研究(包括临床研究、临床基础研究,纯基础研究则很少)。

优秀的临床与基础研究的结合和转化才会促进医学发展,所谓以转化促进发展,以发展带动转化。在这一过程中,创新的理念、创新的实践、创新的成果才会产生,也是转化和发展的根本目的。妇产科学领域近年发展较快的产前诊断、生殖内分泌、妇科肿瘤防治、内异症、习惯性流产、女性盆底学等,都是在转化、创新引领下完成的。

在医学研究和实践中,始终有一个命题萦绕于我们的脑海,那就是科学问题的民生考虑,也即医学的本源、社会责任和人文理念,把握这点才会使我们真正有了方向,有了力量。

郎景和院士

中华医学会妇产科学分会主任委员

《中华妇产科杂志》总编辑

二〇一三年一月

目 录

复发性卵巢恶性肿瘤的诊治规范(建议)	1
外阴阴道念珠菌病诊治规范(草案)	7
妊娠合并糖尿病临床诊断与治疗推荐指南(草案)	12
早产的临床诊断与治疗推荐指南(草案)	18
子宫内膜异位症的诊断与治疗规范	24
妊娠晚期促宫颈成熟与引产指南(草案)	33
美国疾病预防与控制中心“外阴阴道假丝酵母菌病 治疗指南”解读	38
绝经过渡期和绝经后激素治疗临床应用指南修订草案 (2006版)	43
多囊卵巢综合征的诊断和治疗专家共识	51
盆腔炎症性疾病诊治规范(草案)	58
功能失调性子宫出血临床诊断治疗指南(草案)	64
产后出血预防与处理指南(草案)	71
高催乳素血症诊疗共识	81
绝经过渡期和绝经后期激素补充治疗临床应用指南 (2009版)	99
孕前和孕期保健指南(第1版)	110
妇产科抗生素使用指南	122
细菌性阴道病诊治指南(草案)	132
滴虫阴道炎诊治指南(草案)	135
人工流产后计划生育服务指南	138
妊娠期肝内胆汁淤积症诊疗指南(第1版)	143
闭经诊断与治疗指南(试行)	157
女性压力性尿失禁诊断和治疗指南(试行)	169

妊娠合并梅毒的诊断和处理专家共识.....	177
妊娠期高血压疾病诊治指南(2012版)	185
妇科宫腔镜诊治规范.....	198
妇科腹腔镜诊治规范.....	207
胎盘早剥的临床诊断与处理规范(第1版).....	214
美国FDA“经阴道植入网片安全警示”解读与专家 共识.....	219
美国妇科泌尿协会“经阴道植入网片治疗盆腔器官 脱垂的手术医师资格认证指南”解读	227
绝经相关激素补充治疗的规范诊疗流程.....	233
乙型肝炎病毒母婴传播预防临床指南(第1版).....	243
前置胎盘的临床诊断与处理指南.....	255

四、卵巢恶性肿瘤复发的治疗概论

(一) 复发和未控的分型

1. 化学药物治疗(化疗)敏感型:对初期以铂类药物为基础的化疗疗效,已经达到临床缓解,在计划化疗停止后持续6个月以上复发。

2. 化疗耐药型:对初期以铂类药物为基础的化疗达到临床缓解,但停止计划化疗后6个月内复发。

3. 持续性卵巢恶性肿瘤:对初期以铂类药物为基础的化疗有反应或明显反应,但进一步检查发现有残余病灶,如二次探查术阳性。

4. 难治性卵巢恶性肿瘤:对以铂类药物为基础的化疗无效,包括在初始化疗期间,肿瘤稳定或肿瘤进展。此类型发生率约为20%。其对二线化疗药物的有效反应率最差。

(二) 治疗前准备

1. 详细复习病史:包括(1)初次治疗时手术病理分期;(2)组织学类型及分级;(3)手术的彻底性;(4)残余瘤的大小及部位;(5)术后化疗的方案、途径、疗程及疗效;(6)停止化疗的时间;(7)出现复发的时间等。

2. 分型及定位:对复发性卵巢恶性肿瘤进行分型和对复发灶进行定位。

3. 生活状态评分:对患者的生活状态进行评分,对患者重要器官的功能进行评估。

(三) 治疗的基本考虑

治疗时主要考虑的因素:(1)复发性卵巢恶性肿瘤的定性、定位、定型及确定个体化治疗;(2)生存质量是应考虑的重要问题;(3)尊重患者的意愿;(4)采用姑息性对策,主要不是治愈性治疗;(5)对卵巢上皮性癌与卵巢生殖细胞肿瘤及性索间质细胞肿瘤应分别考虑。

(四) 怎样降低复发和未控

降低复发和未控的措施:(1)提高肿瘤细胞减灭术的彻底性;(2)寻找更为有效的一线化疗方案,尤其是针对透明细胞癌;(3)研究化疗耐药的机制和相关的防治措施;(4)巩固治疗。

五、卵巢恶性肿瘤的手术治疗

(一) 手术目的

目的:(1)切除或减灭病灶;(2)解除症状(肠梗阻)。

(二) 手术种类

1. 再次剖腹探查术(re-laparotomy): (1)明确是否复发,可疑部位进行活检;(2)分离粘连、解除梗阻及肠改路、肠造瘘。

2. 再次肿瘤细胞减灭术(re-cytoreductive surgery): (1)复发灶彻底或非彻底切除;(2)肠、肝、脾、淋巴结、膀胱等转移灶或转移脏器的部分或全部切除。

(三) 手术选择原则

1. 再次剖腹探查术: 凡术时发现腹腔各脏器、组织呈弥漫性复发及转移(“麻花肠”); 难以切除的转移灶(肝门部、肾静脉旁、腹腔外转移灶及肝实质多个转移灶); 大量腹水、难以缓解的肠梗阻和脏器广泛粘连及解剖紊乱。在此情况下, 手术目的旨在探查、缓解症状, 提高生存质量。如进行再次肿瘤细胞减灭术, 术后并发症很多, 对患者没有好处。

2. 再次肿瘤细胞减灭术: 凡术时发现边界清楚的局灶性病灶, 完成一线化疗后超过 > 12 个月以上的复发患者, 一般状况或生活状态评分好、年龄较轻(< 50 岁), 估计可完成理想的肿瘤细胞减灭术。在上述情况下进行再次肿瘤细胞减灭术并发症较少, 可达到预期的治疗目的, 对患者有益。

(四) 手术实施要点

1. 5 个充分(“five abundants”):

- 充分的术前检查和评估
- 充分的理解、认知和同意, 益处和风险知情, 肠造瘘的可能

- 充分的肠道和血源准备

- 充分的心肺功能监护, 一般状况的改善和支持

- 充分的普通外科、泌尿外科、血管外科等技术的协助

2. 根据情况可施行以下手术: (1)肠切除及吻合术、造瘘术(广泛播散性肠转移, 不能完成理想的肿瘤细胞减灭术); (2)脾切除(转移或横结肠脾曲大块转移); (3)肝转移瘤切除(肝单发实质转移、横结肠肝曲大块转移); (4)膀胱部分切除、修补, 输尿管移植、吻合, 肾切除; (5)高位淋巴结切除。

(五) 手术方式的选择

初次治疗为: (1)早期卵巢上皮性癌: 复发时应较积极考虑再次肿瘤细胞减灭术; (2)卵巢交界性瘤: 因晚期复发和复发后多为交界性瘤, 再次手术疗效好, 应积极手术切除; (3)卵

巢恶性生殖细胞肿瘤：①需要保留生育功能的手术，其适应证(如一侧卵巢和子宫正常)不受初次手术期别的限制；②对于复发者应积极予以手术治疗及化疗；(4)性索间质肿瘤：能手术者应尽量再次手术。

六、卵巢恶性肿瘤的化疗

(一) 二线化疗方案的选择

选择原则：(1)个体化：目前尚无标准的化疗方案；(2)初次化疗疗效可作为参考；(3)患者的意向。

(二) 可供选择的二线化疗药物

化疗药物：(1)拓扑替肯(topotecan, 商品名和美新)；(2)紫杉醇；(3)六甲嘧胺(HMM)；(4)异环磷酰胺(IFO)；(5)鬼臼素(VP16)；(6)泰索帝(docetaxel)；(7)吉西他滨(gemcitabine, 商品名健择)；(8)脂质体多柔比星等。

(三) 对铂类和紫杉醇治疗失败患者的补救治疗方案

1. 拓扑替肯单药：每天 $1.25\text{mg}/\text{m}^2$ ，静脉滴注，连续 5d，间隔 3 周。

2. 六甲嘧胺单药：六甲嘧胺每天 $260\text{mg}/\text{m}^2$ ，连续 14d，间隔 2 周。

3. 异环磷酰胺单药：异环磷酰胺每天 $1.0\sim 1.2\text{g}/\text{m}^2$ ，连续 5d，间隔 3 周。用异环磷酰胺须配伍使用美斯钠(mesna)。美斯钠每次 $400\text{mg}/\text{m}^2 + \text{NS } 4\text{ml}$ 每天给异环磷酰胺的同时及之后第 4、8 小时，静脉推注。

4. 足叶乙苷单药：足叶乙苷每天 50mg，口服，每天 1 次，连续 21d，4 周为 1 个疗程。

(四) 不同类型卵巢恶性肿瘤的化疗

在制定二线化疗方案时，常把化疗耐药型，持续性和难治性卵巢恶性肿瘤归为一组考虑，而对铂类药物敏感的复发性卵巢恶性肿瘤常被分开考虑。

1. 化疗敏感型卵巢恶性肿瘤的治疗：(1)停止化疗的时间越长，再次治疗缓解的可能性越大，对这类患者的治疗应该是积极的。(2)对于 > 12 个月复发的孤立可切除病灶，可考虑先行手术切除，然后再化疗；也可考虑先行化疗 2 个疗程再手术，术后继续化疗。(3)化疗可采用目前较为明确有效的二线化疗药物和方案，也可选择与一线化疗方案相似的方案。

2. 持续性卵巢恶性肿瘤的治疗: 治疗方案的选择取决于既往化疗方案和给药的途径。

3. 耐药性和难治性卵巢恶性肿瘤的治疗: (1) 主要是选用目前较为明确有效的二线化疗药物和方案; (2) 充分考虑到患者的生存质量和药物的毒副作用。

(五) 盆、腹腔外转移和复发的诊治

1. 诊断: 根据病史、症状、体征、各种辅助检查(B超、CT、MRI、X线检查及CA₁₂₅等肿瘤标记物)。

2. 治疗: 强调治疗的个体化原则。选择化疗、放射治疗(放疗)、手术、生物治疗等综合治疗。

七、卵巢恶性肿瘤的其他治疗

(一) 放疗

1. 适应证: 主要用于晚期卵巢恶性肿瘤局部未控和单个转移或复发病灶且不宜手术或化疗耐药的患者, 以达到姑息性治疗、延长患者的生命, 提高生存质量的目的。

2. 禁忌证: (1) 腹部有广泛粘连; (2) 既往有肠梗阻史; (3) 腹部严重炎症; (4) 炎症性肠病。

3. 方法与剂量: (1) 外照射: ①全腹照射: 自横膈上1~2cm, 至闭孔窝下缘, 两侧缘包括两侧腹膜, 前后平行对野照射或分成2~4个小照射野, 对照射野垂直照射。肿瘤量为25~30Gy/6~7周。②盆腔照射: 自脐孔水平, 至闭孔窝下缘, 外缘为骨盆外1~2cm, 照射野可为方形、菱形或长方形。肿瘤量为45~50Gy。③全腹+盆腔照射: 在全腹照射的基础上另加盆腔补充照射。(2) 腔内照射: ①阴道容器后装照射: 适用于阴道残端复发和出血的治疗。不需照射的部位需用铅挡保护, 肿瘤表面剂量6~8Gy, 每周1次, 总剂量不超过60Gy。②瘤内插植: 适于阴道残端复发且肿瘤体积较大者。可根据情况采用单针或多针插植。针间距离>1cm。一般在表面麻醉下进行。单次剂量一般6~7Gy, 每周1次, 总剂量酌定。(3) 外照射+腔内照射: 根据肿瘤部位和大小等情况酌情配合使用。(4) 腹腔放射性核素治疗: 一般较少采用, 多用于控制腹水, 早期和仅有微小残留病灶者, 常用核素有磷-32(³²P)、金-198(¹⁹⁸Au)。

(二) 生物治疗

应用各种已经国家授权部门批准的各种生物制剂或疗法

治疗卵巢恶性肿瘤的方法为生物学治疗。为晚期和复发性卵巢恶性肿瘤的辅助治疗方法之一。临床疗效目前尚不肯定。

1. 适应证: (1) 晚期卵巢恶性肿瘤经常规手术后配合化疗用于杀灭微小病灶; (2) 晚期卵巢恶性肿瘤经手术和化疗后, 用于预防复发; (3) 晚期和复发性卵巢恶性肿瘤的姑息治疗。

2. 禁忌证: (1) 有生物制剂过敏史或过敏试验阳性者; (2) 临床评估生存期小于 1 个月者; (3) 具体制剂或疗法的禁忌者。

3. 具体方法: (1) 目前可用的方法: ①各种上市的细胞因子、单克隆抗体、酶及肽类; ②体细胞疗法(在授权的基地开展)。(2) 目前研究中的方法: ①免疫治疗(特异性、非特异性); ②基因治疗; ③肿瘤增殖病毒治疗等。

总之, 对复发性卵巢恶性肿瘤的治疗可归纳为以下 3 点: (1) 对复发性卵巢恶性肿瘤的治疗应个体化, 分层进行治疗; (2) 化疗敏感型卵巢恶性肿瘤, 尤其是有较长时间无瘤缓解的患者, 再次治疗有较好的疗效, 对这一部分患者应该积极进行治疗; (3) 对复发性卵巢恶性肿瘤的治疗, 大多数是姑息性的, 在制定治疗方案时要充分考虑到患者的生存质量和各种治疗方案的毒副作用。

(沈 铿 郎景和 整理)

(本文刊载于《中华妇产科杂志》2003 年第 38 卷第 11 期第 717-719 页)

编者按 2002年9月,中华医学学会妇产科学分会部分专家在成都倡议制定外阴阴道念珠菌病(VVC)的诊治规范(草案)(简称VVC诊治规范)。同年9月底在青岛,来自全国9个省、18家医院的妇产科专家,讨论了关于中国VVC诊治标准的相关问题,包括该病的诊断方法、临床治疗规范及随访方案等。随后,VVC诊治规范正式开始起草,在规范制定过程中,遵循科学性与可行性相结合的原则,规范编写完成后,曾在全国范围内多次广泛征求意见。2003年3月在杭州召开了定稿会,来自全国的妇产科专家,进一步对VVC诊治规范进行补充和修改,并于同年8月在北京召开了中华医学学会妇产科学分会感染性疾病协作组会议,再次对VVC诊治规范进行了讨论,并一致通过。现将VVC诊治规范全文刊登如下,希望广大妇产科及相关学科的临床、科研人员,在临床实践中,继续提出宝贵的意见和建议,使VVC诊治标准能不断完善,以适应临床工作的需要。

外阴阴道念珠菌病诊治规范(草案)

中华医学学会妇产科学分会感染性疾病协作组

外阴阴道念珠菌病(vulvovaginal candidiasis, VVC)曾称为霉菌性阴道炎,其病原菌是以白色念珠菌为主的酵母菌,其他如光滑念珠菌、热带念珠菌、近平滑念珠菌等占少数。本草案提出的VVC诊疗原则及方案,是基于目前国内外对本病的认识和诊断及治疗原则而制定的。

一、VVC的分类

VVC分为单纯性VVC和复杂性VVC。单纯性VVC是指发生于正常非孕宿主的、散发的、由白色念珠菌引起的轻度VVC。复杂性VVC包括:复发性VVC(RVVC)、重度VVC和妊娠期VVC、非白色念珠菌所致的VVC或宿主为未控制的糖尿病、免疫功能低下者。重度VVC是指临床症状严重,外阴或阴道皮肤黏膜有破损,按VVC评分标准(见表1),

评分 ≥ 7 分者。RVVC是指妇女患VVC后,经过治疗,临床症状和体征消失,真菌学检查阴性后,又出现症状,且真菌学检查阳性或1年内发作4次或以上者。

表1 VVC评分标准

症状及体征	0分	1分	2分	3分
瘙痒	无	偶有发作	症状明显	持续发作,坐立不安
疼痛	无	轻	中	重
充血、水肿	无	<1/3 阴道壁充血	1/3~2/3 阴道壁充血	>2/3 阴道壁充血抓痕、皴裂、糜烂
分泌物	无	较正常稍多	量多,无溢出	量多,有溢出

二、VVC的诊断

1. 临床表现:(1)症状:外阴瘙痒、灼痛,还可伴有尿痛及性交痛等症状;白带增多。(2)体征:外阴潮红、水肿,可见抓痕或皴裂,小阴唇内侧及阴道黏膜附着白色膜状物,阴道内可见较多的白色豆渣样分泌物,可呈凝乳状。

2. 实验室检查:(1)悬滴法:10% KOH悬滴、镜检,菌丝阳性率70%~80%。生理盐水法阳性率低,不推荐。(2)涂片法:革兰染色后镜检,菌丝阳性率70%~80%。(3)培养法:RVVC或有症状但多次显微镜检查阴性者,应采用培养法诊断,同时进行药物敏感试验。VVC诊断流程见图1。

三、VVC的治疗

(一) 治疗原则

1. 积极去除VVC的诱因。
2. 规范化应用抗真菌药物。首次发作或首次就诊是规范化治疗的关键时期。
3. 性伴侣无需常规治疗。但RVVC患者的性伴侣应同时检查,必要时给予治疗。
4. 不主张阴道冲洗。
5. VVC急性期间避免性生活。
6. 同时治疗其他性传播疾病。
7. 强调治疗的个体化。

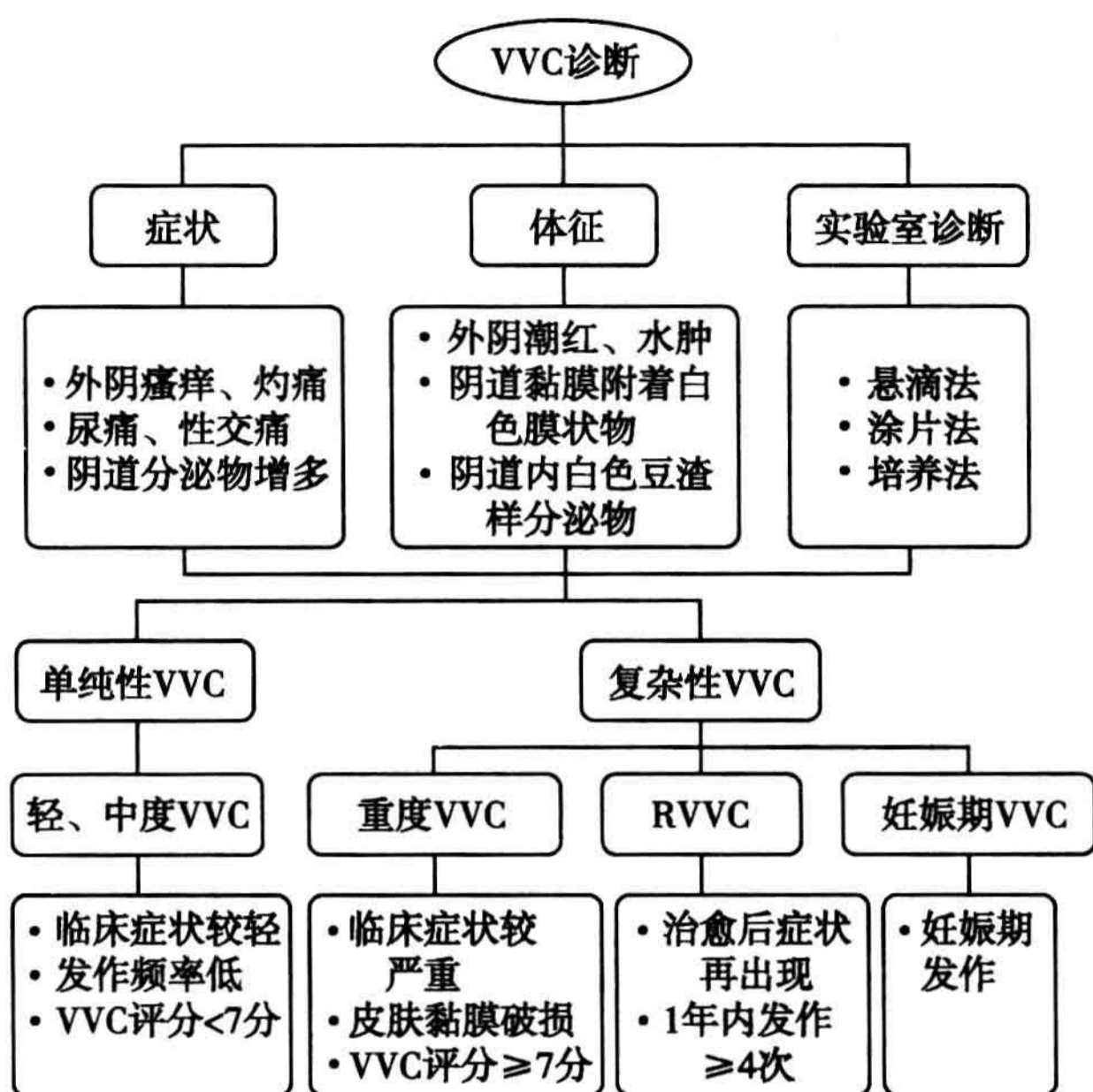


图 1 VVC 诊断流程图

8. 长期口服抗真菌药物应注意监测肝、肾功能及其他有关毒副作用。

(二) 治疗方案

1. 单纯性 VVC: 首选阴道用药, 下述方案任选一种, 具体方案如下:

(1) 阴道用药

- 咪康唑栓 400mg, 每晚 1 次, 共 3d。
- 咪康唑栓 200mg, 每晚 1 次, 共 7d。
- 克霉唑栓 500mg, 单次用药。
- 克霉唑栓 100mg, 每晚 1 次, 共 7d。
- 制霉菌素泡腾片 10 万 U, 每晚 1 次, 共 14d。
- 制霉菌素片 50 万 U, 每晚 1 次, 共 14d。

(2) 口服用药

- 伊曲康唑: 200mg, 2 次 /d, 共 1d。
- 氟康唑: 150mg, 顿服, 共 1 次。

2. 重度 VVC: 首选口服用药, 症状严重者, 局部应用低