

妇产科临床诊治

闫懋莎◎主编



长江出版传媒
湖北科学技术出版社

妇产科临床诊治

闫懋莎 主编

湖北科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

妇产科临床诊治 / 闫懋莎主编. —武汉: 湖北科学技术出版社, 2017.4

ISBN 978-7-5352-8556-0

I. ①妇… II. ①闫… III. ①妇产科病-诊疗 IV.

①R71

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 071800 号

书 名: 妇产科临床诊治

责任编辑: 刘 玲 赵 汶

出版发行: 湖北科学技术出版社

地 址: 湖北武汉市楚雄大街 268 号

(湖北出版文化城 B 座 13-14 层)

网 址: <http://www.hbstp.com.cn>

封面设计: 王 梅 张晓雅

电话: 027-87679468

邮编: 430070

印 刷: 郑州华之旗数码快印有限公司

邮编: 45000

开 本: 880 mm×1230 mm 1/32 印张: 4.75

字数: 150 千字

版 次: 2018 年 5 月第 1 版

印次: 2018 年 5 月第 1 次

定 价: 40.00 元

版权所有 翻印必究

目 录

第一章 妇科病史及检查	1
第一节 妇科病史	1
第二节 体格检查	3
第三节 妇科疾病常见症状的鉴别要点	8
第二章 外阴上皮非瘤样病变	16
第一节 外阴鳞状上皮增生	16
第二节 外阴硬化性苔藓	18
第三节 其他外阴皮肤病	20
第三章 外阴及阴道炎症	22
第一节 非特异性外阴炎	23
第二节 前庭大腺炎	24
第三节 前庭大腺囊肿	25
第四节 滴虫阴道炎	25
第五节 外阴阴道假丝酵母菌病	28
第六节 细菌性阴道病	31
第七节 萎缩性阴道炎	34
第八节 婴幼儿外阴阴道炎	35
第四章 子宫颈炎症	37
第一节 急性子宫颈炎	37
第二节 慢性子宫颈炎	39
第五章 盆腔炎性疾病及生殖器结核	43
第一节 盆腔炎性疾病	43
第二节 生殖器结核	55
第六章 子宫内膜异位症与子宫腺肌病	61
第一节 子宫内膜异位症	61
第二节 子宫腺肌病	72
第七章 女性生殖器官发育异常	74

第一节	女性生殖器官的形成	74
第二节	常见女性生殖器官发育异常	76
第三节	两性畸形	82
第八章	盆底功能障碍性及生殖器官损伤	87
第一节	阴道前壁膨出	87
第二节	阴道后壁膨出	89
第三节	子宫脱垂	91
第四节	压力性尿失禁	96
第五节	生殖道瘘	100
第九章	外阴肿瘤	106
第一节	外阴良性肿瘤	106
第二节	外阴上皮内瘤变	107
第三节	外阴恶性肿瘤	109
第十章	子宫颈肿瘤	114
第一节	子宫颈上皮内瘤变	114
第二节	子宫颈癌	119
第十一章	子宫肿瘤	127
第一节	子宫肌瘤	127
第二节	子宫内膜癌	133
第三节	子宫肉瘤	140
参考文献		145

第一章 妇科病史及检查

病史采集和体格检查是诊断疾病的主要依据,也是妇科临床实践的基本技能。盆腔检查更是妇科所特有的检查方法。不仅要熟悉有关妇科病史的采集方法,还要通过不断临床实践,逐步掌握妇科检查技术。本章除介绍妇科病史的采集和妇科检查方法外,还重点列举了妇科疾病常见症状的鉴别要点。

第一节 妇科病史

采集病史是医师诊治患者的第一步,也是医患沟通、建立良好医患关系的重要时机。要重视沟通技巧的培养。

一、病史采集方法

为正确判断病情,要细致询问病情和耐心聆听陈述。有效的交流是对患者正确评估和处理的基础,能增加患者的满意度和安全感,不仅使采集到的病史完整、准确,也可减少医疗纠纷的发生。采集病史时,应做到态度和蔼、语言亲切。询问病史应有目的性,切勿遗漏关键性的病史内容,以免造成漏诊或误诊。采用启发式提问,但应避免暗示和主观臆测。对危重患者在初步了解病情后,应立即抢救,以免耽误治疗。外院转诊者,应索阅病情介绍作为重要参考资料。对自己不能口述的危重患者,可询问最了解其病情的家属或亲友。要考虑患者的隐私,遇有不愿说出实情(如性生活史)者,不宜反复追问,可先行体格检查和辅助检查,待明确病情后再予补充。

二、病史内容

1.一般项目 包括患者姓名、性别、年龄、籍贯、职业、民族、婚姻、住址、入院日期、病史记录日期、病史陈述者、可靠程度。若非患者陈述,应注明陈述者及其与患者的关系。

2.主诉 指促使患者就诊的主要症状(或体征)与持续时间。要求

通过主诉初步估计疾病的大致范围。力求简明扼要,通常不超过 18 字。妇科临床常见症状有外阴瘙痒、阴道出血、白带增多、闭经、不孕、下腹痛、下腹部包块等。如患者有停经、阴道出血及腹痛 3 种主要症状,应按其发生时间的顺序记录,例如将主诉书写为:停经 42 日后,阴道出血 2 日,腹痛 6 小时。若患者无任何自觉症状,仅检查时发现子宫肌瘤,主诉应写为:检查发现“子宫肌瘤”10 日。

3. 现病史 指患者本次疾病发生、演变和诊疗全过程,为病史的主要组成部分,应以主诉症状为核心,按时间顺序书写。包括起病时间、主要症状特点、有无诱因、伴随症状、发病后诊疗情况及结果,睡眠、饮食、体重及大小便等一般情况的变化,以及与鉴别诊断有关的阳性或阴性资料等。与本次疾病虽无紧密关系,但仍需治疗的其他疾病以及用药情况,可在现病史后另起一段记录。

4. 月经史 包括初潮年龄、月经周期及经期持续时间、经量、经期伴随症状。如:11 岁初潮,月经周期 28~30d,持续 4d,可简写为 11 $\frac{4}{28\sim30}$,经量可问每日更换卫生巾次数,有无血块,伴随症状包括经前和经期有无不适,如乳房胀痛、水肿、精神抑郁或易激动等,有无痛经及疼痛部位、性质、程度以及痛经起始和消失时间。常规询问并记录末次月经(LMP)起始日期及其经量和持续时间。若其出血情况不同于以往正常月经时,还应问准前次月经(PMP)起始日期。绝经后患者应询问绝经年龄,绝经后有无再现阴道出血、阴道分泌物增多或其他不适。

5. 婚育史 婚次及每次结婚年龄,是否近亲结婚(直系血亲及三代旁系血亲),男方健康状况,有无性病史及双方性生活情况等。有多个性伴侣者,性传播疾病及子宫颈癌的风险增加,应问清性伴侣情况。生育史包括足月产、早产及流产次数以及现存子女数,以 4 个阿拉伯数字顺序表示。如足月产 1 次,无早产,流产 1 次,现存子女 1 人,可记录为 1-0-1-1,或仅用孕 2 产 1(Ah)表示。记录分娩方式,有无难产史,新生儿出生情况,有无产后出血或产褥感染史。自然流产或人工流产情况。末次分娩或流产日期。采用何种避孕措施及其效果。

6. 既往史 指患者过去的健康和疾病情况。内容包括以往健康状况、疾病史、传染病史、预防接种史、手术外伤史、输血史、药物过敏史。

为避免遗漏,可按全身各系统依次询问。若患过某种疾病,应记录疾病名称、患病时间及诊疗转归。

7.个人史 生活和居住情况,出生地和曾居住地区,有无烟、酒嗜好。有无毒品使用史。

8.家族史 父母、兄弟、姐妹及子女健康状况。家族成员有无遗传性疾病(如血友病、白化病等)、可能与遗传有关的疾病(如糖尿病、高血压、癌症等)以及传染病(如结核等)。

第二节 体格检查

体格检查应在采集病史后进行。检查范围包括全身检查、腹部检查和盆腔检查。除病情危急外,应按下列先后顺序进行。不仅要记录与疾病有关的重要体征,还要记录有鉴别意义的阴性体征。体格检查完成后,应及时告知患者或家属检查结果。盆腔检查为妇科所特有,又称为妇科检查。

一、全身检查

常规测量体温、脉搏、呼吸及血压,必要时测量体重和身高。其他检查项目包括患者神志、精神状态、面容、体态、全身发育及毛发分布情况、皮肤、浅表淋巴结(特别是左锁骨上淋巴结和腹股沟淋巴结)、头部器官、颈、乳房(注意其发育情况、皮肤有无凹陷、有无包块、有无分泌乳汁或其他液体)、心、肺、脊柱及四肢。

二、腹部检查

腹部检查为妇科疾病体格检查的重要组成部分,应在盆腔检查前进行。视诊观察腹部有无隆起或呈蛙腹状,腹壁有无瘢痕、静脉曲张、妊娠纹、腹壁疝、腹直肌分离等。扪诊腹壁厚度,肝、脾、肾有无增大及压痛,腹部有无压痛、反跳痛和肌紧张,能否扪到包块。扪到包块时,应描述包块部位、大小(以 cm 为单位表示或相当于妊娠月份表示,如包块相当于妊娠3个月大)、形状、质地、活动度、表面是否光滑或有高低不平隆起以及有无压痛等。叩诊时注意鼓音和浊音分布范围,有无移动性浊音。必要时听诊了解肠鸣音情况。若合并妊娠,应检查腹围、子宫底高度、胎

位、胎心及胎儿大小等。

三、盆腔检查

盆腔检查(pelvic examination)又称妇科检查,包括外阴、阴道、宫颈、宫体及双侧附件检查。

(一)基本要求

1.医师应关心体贴被检查的患者,做到态度严肃、语言亲切、检查仔细、动作轻柔。检查前告知患者盆腔检查可能引起不适,不必紧张并尽可能放松腹肌。

2.除尿失禁患者外,检查前应排空膀胱,必要时导尿。大便充盈者应于排便或灌肠后检查。

3.为避免感染或交叉感染,置于臀部下面的垫单或纸单应一人一换,一次性使用。

4.患者取膀胱截石位。臀部置于台缘,头部略抬高,两手平放于身旁,以使腹肌松弛。检查者面向患者,立在患者两腿之间。不宜搬动的危重患者,可在病床上检查。

5.应避免于经期做盆腔检查。若为阴道异常出血则必须检查。检查前消毒外阴,使用无菌手套及器械,以防发生感染。

6.对无性生活史者禁做阴道窥器检查及双合诊检查,应行直肠-腹部诊。确有检查必要时,应先征得患者及其家属同意后,方可做阴道窥器检查或双合诊检查。

7.疑有盆腔内病变的腹壁肥厚、高度紧张不合作患者,若盆腔检查不满意时,可在麻醉下进行盆腔检查或改用超声检查。

(二)检查方法及步骤

1.外阴部检查 观察外阴发育及阴毛多少和分布情况(女性型或男性型),有无畸形、皮炎、溃疡、赘生物或肿块,注意皮肤和黏膜色泽或色素减退及质地变化,有无增厚、变薄或萎缩。分开小阴唇,暴露阴道前庭观察尿道口和阴道口。查看尿道口周围黏膜色泽及有无赘生物。无性生活的处女膜一般完整未破,其阴道口勉强可容小指;已有性生活的阴道口能容两指通过;经产妇的处女膜仅余残痕或可见会阴后侧切瘢痕。检查时还应让患者用力向下屏气,观察有无阴道前后壁膨出、子宫脱垂

或尿失禁等。

2. 阴道窥器检查 使用阴道窥器检查阴道和宫颈时,要注意阴道窥器的结构特点。

(1) 放置和取出:临床常用鸭嘴形阴道窥器,可以固定,便于阴道内治疗操作。阴道窥器有大小之分,根据阴道宽窄选用。当放置窥器时,应先将其前后两叶前端并合,表面涂润滑剂以利插入,避免损伤。若拟作宫颈细胞学检查或取阴道分泌物作涂片检查时,不应用润滑剂,改用生理盐水润滑,以免影响涂片质量。放置窥器时,检查者用一手拇指指示指将两侧小阴唇分开,另一手将窥器避开敏感的尿道周围区,斜行沿阴道侧后壁缓慢插入阴道内,边推进边将窥器两叶转正并逐渐张开,暴露宫颈、阴道壁及穹隆部,然后旋转窥器,充分暴露阴道各壁(图 1-1)。取出窥器前,先将前后叶合拢再沿阴道侧后壁缓慢取出。

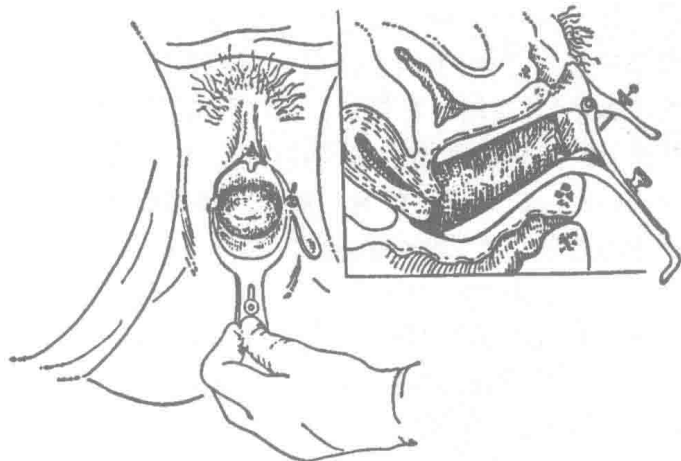


图 1-1 阴道窥器检查

阴道窥器放置完毕所显示的正面及
侧面观(暴露宫颈及阴道侧壁)

(2) 视诊

① 检查阴道:观察阴道前后壁和侧壁及穹隆黏膜颜色、皱襞多少,是否有阴道隔或双阴道等先天畸形,有无溃疡、赘生物或囊肿等。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、淋病奈瑟菌及线索细胞等检查。

②检查宫颈:暴露宫颈后,观察宫颈大小、颜色、外口形状,有无出血、肥大、糜烂样改变、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-柱交接部脱落细胞做宫颈细胞学检查和 HPV 检测。

3. 双合诊(bimanual examination) 是盆腔检查中最重要的项目。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,称为双合诊。目的在于检查阴道、宫颈、宫体、输卵管、卵巢、宫旁结缔组织以及盆腔内壁有无异常。

检查方法:检查者戴无菌手套,一手食、中两指蘸润滑剂,顺阴道后壁轻轻插入,检查阴道通畅度、深度、弹性,有无畸形、瘢痕、肿块及阴道穹隆情况。再扪触宫颈大小、形状、硬度及外口情况,有无接触性出血。随后检查子宫体,将阴道内两指放在宫颈后方,另一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,腹部手指往下往后按压腹壁,并逐渐向耻骨联合部位移动,通过内、外手指同时分别抬举和按压,相互协调,即能扪清子宫位置、大小、形状、软硬度、活动度及有无压痛(图 1-2)。子宫位置一般是前倾略前屈。“倾”指宫体纵轴与身体纵轴的关系。若宫体朝向耻骨,称为前倾(ante-version);当宫体朝向骶骨,称为后倾(retro-version)。“屈”指宫体与宫颈间的关系。若两者间的纵轴形成的角度朝向前方,称为前屈(ante-flexion),形成的角度朝后方,称为后屈(retroflexion)。扪清子宫后,将阴道内两指由宫颈后方移至一侧穹隆部,尽可能往上向盆腔深部扪触;与此同时,另一手从同侧下腹壁髂嵴水平开始,由上往下按压腹壁,与阴道内手指相互对合,以触摸该侧附件区有无肿块、增厚或压痛(图 1-3)。若扪及肿块,应查清其位置、大小、形状、软硬度、活动度、与子宫的关系以及有无压痛等。正常卵巢偶可扪及,触后稍有酸胀感,正常输卵管不能扪及。

4. 三合诊(rectovaginal examination) 经直肠、阴道、腹部联合检查,称为三合诊。方法是双合诊结束后,一手示指放入阴道,中指插入直肠以替代双合诊时的两指,其余检查步骤与双合诊时相同(图 1-4),是对双合诊检查不足的重要补充。通过三合诊能扪清后倾或后屈子宫大小,发现子宫后壁、宫颈旁、直肠子宫陷凹、宫骶韧带和盆腔后部病变,估计

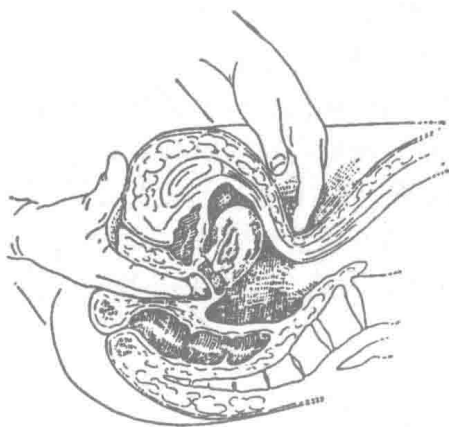


图 1-2 双合诊(检查子宫)



图 1-3 双合诊(检查附件)

盆腔内病变范围,及其与子宫或直肠的关系,特别是癌肿与盆壁间的关系,以及扪诊阴道直肠隔、骶骨前方或直肠内有无病变。所以三合诊在生殖器官肿瘤、结核、子宫内膜异位症、炎症的检查时尤显重要。

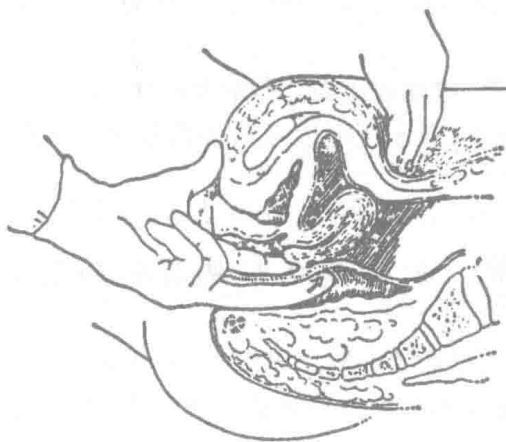


图 1-4 三合诊

5. 直肠-腹部诊 检查者一手食指伸入直肠,另一手在腹部配合检查,称为直肠-腹部诊。适用于无性生活史、阴道闭锁或有其他原因不宜行双合诊的患者。

行双合诊、三合诊或直肠-腹部诊时,除应按常规操作外,掌握下述各点有利于检查的顺利进行:①当两手指放入阴道后,患者感疼痛不适时,可单用食指替代双指进行检查;②三合诊时,在将中指伸入肛门时,嘱患者像解大便一样同时用力向下屏气,使肛门括约肌自动放松,可减轻患者疼痛和不适感;③若患者腹肌紧张,可边检查边与患者交谈,使其张口呼吸而使腹肌放松;④当检查者无法查明盆腔内解剖关系时,继续强行扪诊,不但患者难以耐受,且往往徒劳无益,此时应停止检查。待下次检查时,多能获得满意结果。

(三) 记录

盆腔检查结束后,应将检查结果按解剖部位先后顺序记录。

外阴发育情况及婚产式(未婚、已婚未产或经产)。有异常发现时,应详加描述。

阴道是否通畅,黏膜情况,分泌物量、色、性状及有无气味。

宫颈大小、硬度,有无糜烂样改变、撕裂、息肉、腺囊肿,有无接触性出血、举痛及摇摆痛等。

宫体位置、大小、硬度、活动度,表面是否平整、有无突起,有无压痛等。

附件有无块物、增厚或压痛。若扪及块物,记录其位置、大小、硬度、表面光滑度、活动度,有无压痛以及与子宫及盆壁关系。左右两侧情况分别记录。

第三节 妇科疾病常见症状的鉴别要点

妇科疾病的常见症状有阴道出血、白带异常、下腹痛、外阴瘙痒及下腹部肿块等,掌握这些症状的鉴别要点对妇科疾病的诊治极为重要。

一、阴道出血

为最常见的主诉之一。女性生殖道任何部位,包括阴道、宫颈、宫体及输卵管均可发生出血。虽然绝大多数出血来自宫体,但不论其源自何处,除正常月经外,均称“阴道出血”。

(一) 原因

1. 卵巢内分泌功能失调 可引起异常子宫出血。主要包括无排卵性功能失调性子宫出血和排卵性月经失调两类,另外月经间期卵泡破裂,雌激素水平短暂下降也可致子宫出血。

2. 与妊娠有关的子宫出血 常见的有流产、异位妊娠、葡萄胎、产后胎盘部分残留、胎盘息肉和子宫复旧不全等。

3. 生殖器炎症 如阴道炎、急性宫颈炎、宫颈息肉和子宫内膜炎等。

4. 生殖器肿瘤 子宫肌瘤是引起阴道出血的常见良性肿瘤,分泌雌激素的卵巢肿瘤也可引起阴道出血。其他几乎均为恶性肿瘤,包括阴道癌、子宫颈癌、子宫内膜癌、子宫肉瘤、妊娠滋养细胞肿瘤、输卵管癌等。

5. 损伤、异物和外源性性激素 生殖道创伤如阴道骑跨伤、性交所致处女膜或阴道损伤,放置宫内节育器,幼女阴道内放入异物等均可引起出血。雌激素或孕激素(包括含性激素保健品)药物可引起“突破性出血”。

6. 与全身疾病有关的阴道出血 如血小板减少性紫癜、再生障碍性贫血、白血病、肝功能损害等,均可导致子宫出血。

(二) 临床表现

1. 经量增多 月经量增多($>80\text{mL}$)或经期延长,月经周期基本正常,为子宫肌瘤的典型症状,其他如子宫腺肌病、排卵性月经失调、放置宫内节育器,均可有经量增多。

2. 周期不规则的阴道出血 多为无排卵性功能失调性子宫出血,但围绝经期妇女应注意排除早期子宫内膜癌。性激素或避孕药物引起的“突破性出血”也表现为不规则阴道出血。

3. 无任何周期可辨的长期持续阴道出血 多为生殖道恶性肿瘤所致,首先应考虑子宫颈癌或子宫内膜癌的可能。

4. 停经后阴道出血 发生于育龄妇女,应首先考虑与妊娠有关的疾病,如流产、异位妊娠、葡萄胎等;发生于围绝经期妇女,多为无排卵性功能失调性子宫出血,但应排除生殖道恶性肿瘤。

5. 阴道出血伴白带增多 一般应考虑晚期子宫颈癌、子宫内膜癌或

子宫黏膜下肌瘤伴感染。

6.接触性出血 于性交后或阴道检查后,立即有鲜血出现,应考虑急性子宫颈炎、子宫颈癌、宫颈息肉或子宫黏膜下肌瘤的可能。

7.经间出血 若发生在下次月经来潮前 14~15d,历时 3~4d,且血量少,偶可伴有下腹疼痛和不适,多为排卵期出血。

8.经前或经后点滴出血 月经来潮前数日或来潮后数日,持续极少量阴道褐红色分泌物,可见于排卵性月经失调或为放置宫内节育器的副作用。此外,子宫内膜异位症亦可能出现类似情况。

9.绝经多年后阴道出血 若出血量极少,历时 2~3d 即净,多为绝经后子宫内膜脱落引起的出血或萎缩性阴道炎;若出血量较多、出血持续不净或反复阴道出血,应考虑子宫内膜癌的可能。

10.间歇性阴道排出血性液体 应警惕有输卵管癌的可能。

11.外伤后阴道出血 常见于骑跨伤后,出血量可多可少。

除上述各种不同形式的阴道出血外,年龄对诊断有重要参考价值。新生女婴出生后数日有少量阴道出血,系因离开母体后雌激素水平骤然下降,子宫内膜脱落所致。幼女出现阴道出血,应考虑有性早熟或生殖道恶性肿瘤的可能。青春期少女出现阴道出血,多为无排卵性功能失调性子宫出血。育龄妇女出现阴道出血,应考虑与妊娠相关的疾病。围绝经期妇女出现阴道出血,以无排卵性功能失调性子宫出血最多见,但应首先排除生殖道恶性肿瘤。

二、白带异常

白带(leucorrhea)是由阴道黏膜渗出液、宫颈管及子宫内膜腺体分泌液等混合而成,其形成与雌激素作用有关。正常白带呈白色稀糊状或蛋清样,黏稠、量少,无腥臭味,称为生理性白带。生殖道炎症如阴道炎和急性子宫颈炎或发生癌变时,白带量显著增多且性状亦有改变,称为病理性白带。临床常见的有:

(一)透明黏性白带 外观与正常白带相似,但数量显著增多,应考虑卵巢功能失调、阴道腺病或宫颈高分化腺癌等疾病的可能。

(二)灰黄色或黄白色泡沫状稀薄白带 为滴虫阴道炎的特征,可伴外阴瘙痒。

(三)凝乳块状或豆渣样白带 为假丝酵母菌阴道炎的特征,常伴严重外阴瘙痒或灼痛。

(四)灰白色匀质鱼腥味白带 常见于细菌性阴道病,伴外阴轻度瘙痒。

(五)脓性白带 色黄或黄绿,黏稠,多有臭味,为细菌感染所致。可见于淋病奈瑟菌阴道炎、急性子宫颈炎及子宫颈炎管炎。阴道癌或子宫颈癌并发感染、宫腔积脓或阴道内异物残留等也可导致脓性白带。

(六)血性白带 白带中混有血液,血量多少不一,应考虑子宫颈癌、子宫内膜癌、宫颈息肉、宫颈柱状上皮异位合并感染或子宫黏膜下肌瘤等。放置宫内节育器亦可引起血性白带。

(七)水样白带 持续流出淘米水样白带且具奇臭者,一般为晚期子宫颈癌、阴道癌或黏膜下肌瘤伴感染。间断性排出清澈、黄红色或红色水样白带,应考虑输卵管癌的可能。

三、下腹痛

下腹痛为妇女常见的症状,多为妇科疾病所引起。应根据下腹痛的性质和特点,考虑各种不同妇科情况。但下腹痛来自内生殖器以外的疾病并不少见,应注意鉴别。

(一)起病缓急 起病缓慢而逐渐加剧者,多为内生殖器炎症或恶性肿瘤所引起;急骤发病者,应考虑卵巢囊肿蒂扭转或破裂,或子宫浆膜下肌瘤蒂扭转;反复隐痛后突然出现撕裂样剧痛者,应想到输卵管妊娠破裂型或流产型的可能。

(二)下腹痛部位 下腹正中出现疼痛,多为子宫病变引起,较少见;一侧下腹痛,应考虑为该侧附件病变,如卵巢囊肿蒂扭转、输卵管卵巢急性炎症、异位妊娠等;右侧下腹痛还应考虑急性阑尾炎;双侧下腹痛常见于盆腔炎性病变;卵巢囊肿破裂、输卵管妊娠破裂或盆腔腹膜炎时,可引起整个下腹痛甚至全腹疼痛。

(三)下腹痛性质 持续性钝痛多为炎症或腹腔内积液所致;顽固性疼痛难以忍受,常为晚期生殖器官癌肿所致;子宫或输卵管等空腔器官收缩表现为阵发性绞痛;输卵管妊娠或卵巢肿瘤破裂可引起撕裂性锐痛;宫腔内有积血或积脓不能排出常导致下腹坠痛。

(四)下腹痛时间 在月经周期中间出现一侧下腹隐痛,应考虑为排卵性疼痛;经期出现腹痛,或为原发性痛经,或有子宫内膜异位症的可能;周期性下腹痛但无月经来潮多为经血排出受阻所致,见于先天性生殖道畸形或术后宫腔、宫颈管粘连等。与月经周期无关的慢性下腹痛见于下腹部手术后组织粘连、子宫内膜异位症、盆腔炎性疾病后遗症、残余卵巢综合征、盆腔静脉瘀血综合征及妇科肿瘤等。

(五)腹痛放射部位 腹痛放射至肩部,应考虑为腹腔内出血;放射至腰骶部,多为宫颈、子宫病变所致;放射至腹股沟及大腿内侧,多为该侧附件病变所引起。

(六)腹痛伴随症状 腹痛同时有停经史,多为妊娠并发症;伴恶心、呕吐,应考虑有卵巢囊肿蒂扭转的可能;伴畏寒、发热,常为盆腔炎性疾病;伴休克症状,应考虑有腹腔内出血;出现肛门坠胀,常为直肠子宫陷凹积液所致;伴恶病质,常为生殖器晚期癌肿的表现。

四、外阴瘙痒

外阴瘙痒(*pruritus vulvae*)是妇科患者常见症状,多由外阴各种不同病变引起,外阴正常者也可发生。当瘙痒严重时,患者坐卧不安,甚至影响生活与工作。

(一)原因

1.局部原因 外阴阴道假丝酵母菌病和滴虫阴道炎是引起外阴瘙痒最常见的原因。细菌性阴道病、萎缩性阴道炎、阴虱、疥疮、蛲虫病、寻常疣、疱疹、湿疹、外阴鳞状上皮增生,药物过敏或护肤品刺激及不良卫生习惯等,也常是引起外阴瘙痒的原因。

2.全身原因 糖尿病、黄疸、维生素 A/B 族维生素缺乏、重度贫血、白血病、妊娠期肝内胆汁淤积症等。

除局部原因和全身原因外,还有不明原因的外阴瘙痒。

(二)临床表现

1.外阴瘙痒部位 外阴瘙痒多位于阴蒂、小阴唇、大阴唇、会阴甚至肛周等皮损区。长期搔抓可出现抓痕、血痂或继发毛囊炎。

2.外阴瘙痒症状与特点 外阴瘙痒常为阵发性发作,也可为持续性,通常夜间加重。瘙痒程度因不同疾病和不同个体而有明显差异。外