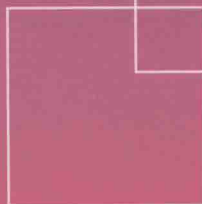
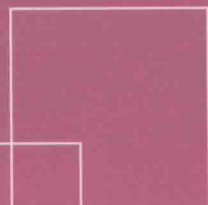


妇幼急重症 救护学

曲英华等◎主编



吉林科学技术出版社

妇幼急重症救护学

曲英华等◎主编

图书在版编目 (C I P) 数据

妇幼急重症救护学 / 曲英华等主编. -- 长春 : 吉林科学技术出版社, 2017. 9
ISBN 978-7-5578-3329-9

I. ①妇… II. ①曲… III. ①妇产科病—急性病—诊疗②妇产科病—险症—诊疗③小儿疾病—急性病—诊疗④小儿疾病—险症—诊疗 IV. ①R710.597②R720.597

中国版本图书馆CIP数据核字(2017)第232281号

妇幼急重症救护学

FUYOU JIZHONGZHENG JIUHUXUE

主 编	曲英华等
出 版 人	李 梁
责任编辑	孟 波 李洪德
封面设计	长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版	长春创意广告图文制作有限责任公司
开 本	787mm×1092mm 1/16
字 数	300千字
印 张	22.5
印 数	1—1000册
版 次	2017年9月第1版
印 次	2018年3月第1版第2次印刷

出 版	吉林科学技术出版社
发 行	吉林科学技术出版社
地 址	长春市人民大街4646号
邮 编	130021
发行部电话/传真	0431-85635177 85651759 85651628 85652585 85635176
储运部电话	0431-86059116
编辑部电话	0431-86037565
网 址	www.jlstp.net
印 刷	永清县晔盛亚胶印有限公司

书 号	ISBN 978-7-5578-3329-9
定 价	78.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换
因本书作者较多, 联系未果, 如作者看到此声明, 请尽快来电或来函与编辑部联系, 以便商洽相应稿酬支付事宜。
版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85677817

主 编	曲英华	杨海霞	王 蕾	李雅秋	王 蕊
编 委	曲英华	滨州医学院烟台附属医院			
	杨海霞	山东省青岛市开发区第一人民医院			
	王 蕾	山东省高密市妇幼保健院			
	李雅秋	河北省玉田县医院			
	王 蕊	郑州儿童医院			
	尹秀娜	山东省栖霞市人民医院			

前 言

妇幼临床工作是一项高技术、高难度、高风险的职业,作为一名妇产科和儿科医务工作人员,每时每刻面临着本科常见病症,及时果断做出正确处理、提高治愈率、降低伤残病死率,这是我们义不容辞的神圣职责,又是对每位妇产科和儿科医务工作者的严峻考验。为总结交流经验,促进妇产科和儿科医疗保健护理工作迅速、健康地发展,参阅大量国内外文献,并结合自己的临床经验,编写了《妇幼急重症救护学》一书。

本书共分四章:每章详细介绍了妇产科和儿科常见急重症的病因和发病机制、病情评估、急救措施和护理要点。本书内容丰富,实用新颖,具有科学性、先进性、准确性、实用性和可读性等特点,可供妇产科和儿科医护人员、医学院校师生参考使用。

由于水平有限,时间仓促,书中难免存有不妥之处,敬请广大读者给予指正。

编 者

2017年3月

目 录

第一章 妇科急重症	1
第一节 急性盆腔炎	1
第二节 外阴恶性肿瘤	4
第三节 阴道癌	8
第四节 子宫颈癌	11
第五节 子宫肉瘤	20
第六节 子宫内膜癌	34
第七节 卵巢肿瘤	43
第八节 妊娠滋养细胞疾病	55
第九节 子宫内膜异位症	69
第十节 外阴、阴道创伤	76
第二章 产科急重症	78
第一节 异位妊娠	78
第二节 前置胎盘	82
第三节 胎盘早剥	87
第四节 子 痫	91
第五节 妊娠并发心脏病	97
第六节 妊娠并发病毒性肝炎	103
第七节 胎儿窘迫	109
第八节 子宫破裂	113
第九节 羊水栓塞	116
第十节 产后出血	121
第十一节 产力异常	126
第十二节 产道异常	131
第十三节 胎位异常	137
第十四节 胎儿发育异常	147
第十五节 产褥感染	154
第十六节 晚期产后出血	159
第三章 新生儿急重症	162
第一节 新生儿窒息	162
第二节 新生儿呼吸衰竭	165
第三节 新生儿呼吸窘迫综合征	167

第四节	新生儿肺炎·····	170
第五节	新生儿吸入综合征·····	173
第六节	新生儿肺出血·····	175
第七节	新生儿呼吸暂停·····	177
第八节	新生儿上呼吸道感染·····	178
第九节	新生儿心力衰竭·····	180
第十节	新生儿休克·····	184
第十一节	新生儿心肌炎·····	186
第十二节	新生儿贫血·····	186
第十三节	新生儿溶血病·····	187
第十四节	新生儿出血症·····	191
第十五节	新生儿弥散性血管内凝血·····	192
第十六节	新生儿低血糖症与高血糖症·····	193
第十七节	新生儿低钙血症·····	196
第十八节	新生儿颅内出血·····	198
第十九节	新生儿败血症·····	200
第二十节	新生儿破伤风·····	203
第二十一节	新生儿硬肿症·····	206
第二十二节	新生儿缺氧缺血性脑病·····	211
第四章	儿科急重症·····	216
第一节	急性上呼吸道感染·····	216
第二节	急性感染性喉炎·····	218
第三节	急性支气管炎·····	219
第四节	肺炎·····	221
第五节	支气管哮喘·····	227
第六节	小儿腹泻·····	233
第七节	急性坏死性肠炎·····	240
第八节	肠套叠·····	242
第九节	心源性休克·····	244
第十节	病毒性心肌炎·····	248
第十一节	心力衰竭·····	250
第十二节	急性肾小球肾炎·····	257
第十三节	原发性肾病综合征·····	262
第十四节	泌尿道感染·····	268
第十五节	急性肾功能衰竭·····	271
第十六节	小儿贫血·····	275
第十七节	原发性血小板减少性紫癜·····	289
第十八节	血友病·····	293

第十九节	急性白血病	297
第二十节	化脓性脑膜炎	304
第二十一节	癫痫	308
第二十二节	尿崩症	315
第二十三节	儿童期糖尿病	318
第二十四节	风湿热	325
第二十五节	皮肤黏膜淋巴结综合征	329
第二十六节	急性颅内压增高	331
第二十七节	消化道大出血	335
第二十八节	急性中毒	340
第二十九节	意外伤害	344

第一章 妇科急重症

第一节 急性盆腔炎

女性内生殖器及其周围结缔组织及盆腔腹膜发生炎症时,统称为盆腔炎(pelvic inflammatory disease),主要包括子宫内膜炎、输卵管炎、输卵管卵巢脓肿、盆腔腹膜炎,是常见的妇女病。炎症可局限于一个部位,也可几个部位同时发炎。按其发病过程及临床表现分为急性与慢性两种。急性盆腔炎可引起弥散性腹膜炎、败血症,甚至感染性休克等严重后果。

一、病因

月经期、分娩或流产后的感染,不洁宫腔手术操作是急性盆腔炎发生的常见原因。早年性交,性生活频繁,多个性伴侣者,性伴侣有性传播疾病者容易感染性传播疾病,进而引起盆腔炎。也可发生于邻近器官感染后的直接蔓延。致病菌多为厌氧菌、 β 化脓链球菌、葡萄球菌、大肠埃希菌和淋病奈瑟菌等。

二、病理

(一)急性子宫内膜炎及子宫肌炎 多见于流产、分娩后(见产褥感染一节)。

(二)急性输卵管炎、输卵管积脓、输卵管卵巢脓肿、急性盆腔结缔组织炎 细菌由宫颈或宫壁的淋巴弥散到盆腔结缔组织引起结缔组织充血、水肿、白细胞浸润,以宫旁结缔组织最常见。病变累及输卵管浆膜层形成输卵管周围炎,然后累及肌层,输卵管黏膜层受累极轻或不受累;若炎症为沿子宫内膜向上蔓延者,首先引起输卵管黏膜炎,黏膜充血、肿胀、渗出,管腔内有积脓,大量中性白细胞浸润,重者上皮变性脱落,管腔粘连、伞端闭塞,形成输卵管积脓,发炎的输卵管伞端可与卵巢粘连而发生卵巢周围炎,称输卵管卵巢炎或附件炎。炎症可通过卵巢排卵的破孔侵入卵巢形成卵巢脓肿,若脓肿与输卵管积脓粘连贯通,即形成输卵管卵巢脓肿。

(三)急性盆腔腹膜炎 盆腔内器官发生严重感染时,往往蔓延到盆腔腹膜,开始时腹膜充血、水肿、渗出,形成盆腔脏器的粘连。当有大量的脓性渗出液积聚于粘连的间隙内,可形成散在的小脓肿,积聚于子宫直肠陷凹处形成盆腔脓肿。若脓汁流入腹腔则扩散为弥散性腹膜炎。

(四)败血症及脓毒血症 当病原体毒性强、数量多,患者抵抗力低下时,常发生败血症。多见于严重的产褥感染、感染性流产,亦可发生于放置宫内节育器、输卵管结扎术损伤脏器引起,细菌大量进入血液循环并大量繁殖形成败血症,感染的血栓脱落入血引起脓毒血症,若得不到及时的控制,可很快出现感染性休克,甚至死亡。

(五)Fitz-Hugh-Curtis 综合征 是指肝包膜炎而无肝实质损害的肝周围炎。淋病

奈瑟菌及衣原体感染均可引起。由于肝包膜水肿,吸气时右上腹疼痛。肝包膜上有脓性或纤维渗出物,早期在肝包膜与前腹壁腹膜之间形成松软粘连,晚期形成琴弦样粘连。5%~10%输卵管炎可出现此综合征,临床表现为继下腹痛后出现右上腹痛,或下腹疼痛与右上腹疼痛同时出现。

三、病情评估

(一)病史 有分娩或流产史、宫腔内手术操作史及经期不卫生、不洁性交等病史。

(二)临床表现 下腹痛伴发热是典型症状,严重者可有寒战、高热、头痛、食欲缺乏及恶心、呕吐、腹胀、腹泻等。体温可高达39~40℃,心率快,下腹部有肌紧张、压痛及反跳痛。盆腔检查:阴道充血,并有大量脓性分泌物,穹窿有明显触痛;宫颈充血、水肿及脓性白带流出,举痛明显;宫体略大,有压痛,活动受限;双侧附件有增厚、压痛或触及痛性包块、境界不清。

(三)实验室及其他检查

1. 血液 白细胞计数及中性粒细胞均增高,红细胞沉降率增速。

2. 尿常规 尿呈葡萄酒色,并出现急性肾衰竭。病情恶化,应高度怀疑产气荚膜杆菌感染。

3. 宫颈排出液 培养致病菌(包括淋病双球菌)及药物敏感试验。

4. 后穹窿穿刺 抽出液中含有白细胞和细菌。可送培养病原体(包括淋病双球菌)及药物敏感试验,比子宫颈排出液更为可靠。

(四)诊断和鉴别诊断 根据病史、临床表现,结合实验室及其他检查即可诊断。急性盆腔炎应与急性阑尾炎、异位妊娠、卵巢囊肿扭转或破裂等急腹症相鉴别。

四、急救措施

(一)一般处理 加强营养,卧床休息,半卧位有利于脓液积聚在直肠子宫陷凹及炎症的局限。补充液体,注意纠正水、电解质紊乱及酸碱平衡失调,必要时少量多次输血。高热时给予物理降温。尽量避免不必要的妇科检查以免炎症扩散。

(二)抗生素治疗 根据药物敏感试验选用抗生素较为合理。在无条件做细菌培养和药物敏感试验结果未明之前,根据病情、结合病因、常见致病的病原体及已使用过的抗生素类型等选择抗生素。抗生素的应用要求达到足量,且要注意毒性反应。联合用药效果较好,但要配伍合理,药物种类要少,毒性要小,给药途径有静脉滴注,肌肉注射和口服,以静脉滴注效果较好。联合用药常选用的方法有:

1. 青霉素或红霉素与氨基糖苷类药物及甲硝唑配伍 青霉素每日320万~960万U静脉滴注,分3~4次加入少量液体中作间歇快速滴注;红霉素每日1~2g,分3~4次静脉滴注;庆大霉素1次80mg,每日2~3次,静脉滴注或肌肉注射;阿米卡星每日200~400mg,分2次肌肉注射,疗程一般不超过10日;甲硝唑葡萄糖注射液250ml(内含甲硝唑500mg),静脉滴注,每8小时1次,病情好转后改口服400mg,每8小时1次。本药通过乳汁排泄,哺乳期妇女慎用。

2. 第一代头孢菌素与甲硝唑配伍 尽管第一代头孢菌素对革兰阳性菌的作用较强,但有些药物对革兰阴性菌较优,如头孢拉定静脉滴注,每日2~4g,分4次给予;头孢唑啉钠每次0.5~1g,每日2~4次,静脉滴注。

3. 克林霉素或林可霉素与氨基糖苷类药物(庆大霉素或阿米卡星)配伍 克林霉素600mg,每8~12小时1次,静脉滴注,体温降至正常后改口服,每次250~500mg,1日3~4次;林可霉素每次300~600mg,每日3次,肌肉注射或静脉滴注。克林霉素或林可霉素对多数革兰阳性菌及厌氧菌有效,与氨基糖苷类药物联合应用,无论从实验室或临床均获得良好疗效。此类药物与红霉素有拮抗作用,不可与其联合;长期使用可致假膜性肠炎,其先驱症状为腹泻,遇此症状应立即停药。

4. 第二代头孢菌素或相当于第二代头孢菌素的药物 头孢呋辛钠,每次0.75~1.5g,每日3次,肌肉注射或静脉注射。头孢孟多静脉注射或静脉滴注,每次0.5~1g,每日4次,较重感染每次1g,每日6次。头孢替安每日1~2g,分2~4次给予,严重感染可用至每日4g。头孢西丁钠每次1~2g,每日3~4次,此药除对革兰阴性菌作用较强外,对革兰阳性菌及厌氧菌(消化球菌、消化链球菌、脆弱类杆菌)均有效。若考虑有衣原体感染,应同时给予多西环素100mg口服,每12小时1次。

5. 第三代头孢菌素或相当于三代头孢菌素的药物 头孢噻肟钠肌肉注射或静脉注射,1次0.5~1g,1日2~4次;头孢曲松钠1g,每日1次静脉注射,用于一般感染,若为严重感染,每日2g,分2次给予;头孢唑肟每日0.5~2g,严重者4g,分2~4次给予;头孢替坦二钠每日2g,分1~2次静脉注射或静脉滴注。头孢曲松钠、头孢唑肟及头孢替坦二钠除对革兰阴性菌作用较强外,对革兰阳性菌及厌氧菌均有抗菌作用。若考虑有衣原体或支原体的感染应加用多西环素100mg,口服,每12小时1次,在病情好转后,应继续用药10~14日。对不能耐受多西环素者,可用阿奇霉素替代,每次500mg,每日1次,连用3日。淋病奈菌感染所致盆腔炎首先此方案。

6. 哌拉西林钠 是一种新的半合成的青霉素,对多数需氧菌及厌氧菌均有效。每日4~12g,分3~4次静脉注射或静脉滴注,严重感染者,每日可用10~24g。

7. 喹诺酮类药物与甲硝唑配伍 喹诺酮类药物是一类较新的合成抗菌药,本类药物与许多抗菌药物之间无交叉耐药性。第三代喹诺酮类药物对革兰阴性菌及革兰阳性菌均有抗菌作用。常用的有环丙沙星每次100~200mg,每日2次,静脉滴注;氧氟沙星每次400mg,每12小时1次,静脉滴注。

(三)手术治疗 有脓肿形成,如输卵管积脓、输卵管卵巢积脓、盆腔脓肿等,经抗生素药物治疗已局限时,应选择时机进行手术。若有脓肿破裂,脓液流入腹腔致突然腹剧痛、寒战、高热、恶心、呕吐、腹胀拒按等急腹症状,或已有中毒性休克现象时,应刻不容缓立即急诊剖腹探查,排出脓液,治疗休克,挽回生命。

五、护理要点

(一)一般护理

1. 执行妇科一般护理常规。

2. 患者应卧床休息,取半卧位,以利于脓液积聚于子宫直肠陷窝,使炎症局限。并给予富有营养而易于消化的食物和水分。若有腹胀可行胃肠减压,纠正电解质紊乱及酸碱平衡。必要时可少量输血。

3. 如有阴道流血者,注意外阴清洁,用苯扎溴铵棉球擦洗外阴每日1~2次。

4. 采用中医药治疗的患者,应向患者说明疗程较长,应坚持服药治疗。

(二)病情观察与护理

1. 严密观察病情,观察体温、脉搏、呼吸的变化。观察药物的疗效及反应,发现异常,及时报告医师。

2. 如为产褥感染者,体温超过 38℃ 暂停喂奶,每 4 小时用吸奶器吸乳 1 次。注意恶露变化,患者出院后,应严格消毒用具及床铺。

3. 按医嘱给予持续下腹部热敷,应用抗生素或中药消炎治疗。如盆腔脓肿经阴道切开引流者,应注意引流的量及性质,及时更换外阴敷料,保持外阴清洁。注意 T 形引流管勿脱出,如有脱出应及时通知医师处理。

六、健康教育

1. 加强经期、孕期及产褥期的卫生宣教工作。严格掌握产科、妇科手术指征。术前做好充分准备,术时注意无菌操作,术后加强护理,预防感染。计划生育手术应与其他手术同等对待,严格遵守无菌操作常规。

2. 近年来性病又有迅速蔓延的趋势,以淋病尤为多见。目前因淋病导致急性盆腔炎时有发生,故应提高对性传染的认识,才不致忽略了淋菌性急性盆腔炎的发生和诊治。

(杨海霞)

第二节 外阴恶性肿瘤

外阴恶性肿瘤占女性生殖器恶性肿瘤的 4% ~ 5%,虽然生育年龄妇女患病并不少见,患者仍以 60 岁以上的妇女为主;外阴恶性肿瘤最常见的组织学类型为鳞癌,外阴黑色素瘤居第二位,其他的组织病理学类型有疣状癌、外阴派杰(Paget's)病,腺癌、基底细胞癌和前庭大腺癌等。

外阴鳞状细胞癌

外阴鳞状细胞癌(vulvar squamous cell carcinoma)是最常见的外阴癌,占外阴恶性肿瘤的 85% ~ 90%,占妇科恶性肿瘤的 3.5%。

一、病因

尚不完全清楚。外阴色素减退伴不典型增生可发生癌变;外阴受长期慢性刺激如乳头瘤、尖锐湿疣、慢性溃疡等也可发生癌变。目前认为外阴癌与单纯疱疹病毒 II 型、人乳头状瘤病毒、巨细胞病毒的感染可能有关。

二、病理

外阴癌多发生于大阴唇、小阴唇和阴蒂,发生于前庭部位者较少见,偶尔可发生于会阴部。病变可为高出周围皮肤或黏膜之结节,呈圆形,卵圆形或肾形,质地硬,呈实性,表面呈红色或红黄色,覆盖于肿瘤结节之上的皮肤可光滑或糜烂,或有溃疡形成。根据肿瘤的不同生长方式,大体上可分为结节溃疡型、菜花型和混合型。

外阴癌以鳞状细胞癌多见,占 90% 以上,其余有基底细胞癌、恶性黑色素瘤、巴氏腺腺癌较少见。本病可以扩散到阴道下 1/3 周围,侵犯坐骨直肠窝前面的蜂窝组织及生殖管沟的蜂窝组织,随后侵犯肛门直肠区。淋巴道转移多见,可转移至一侧或双侧腹股沟淋

巴结。虽然有时可以转移到肺、肝、骨,但远处转移仍不多见。

三、临床分期

常采用国际妇产科联盟(FIGO)和国际抗癌协会(UICC)的分期标准(表1-1)。分期标准引自FIGO 妇科肿瘤委员会2000年9月发表的《妇科恶性肿瘤分期和临床实践指南》。

北京首都医院对外阴癌的临床分期:

0期:原位癌,癌灶局限在表皮内。

I₀期:微浸润癌或早期浸润癌,浸润深度不超过基底膜下5mm。

I_{0a}:无淋巴结转移。

I_{0b}:有淋巴结转移。

I期:病灶直径≤2cm。

I_a:无淋巴结转移。

I_b:有淋巴结转移。

II期:病灶直径>2cm。

II_a:无淋巴结转移。

III期:病灶累及尿道或肛门。

III_a:无淋巴结转移。

IV期:已有远处转移。

表 1-1 外阴癌分期

FIGO 分期		UICC(TNM)分期
	原发肿瘤不能被估计	T _x
	无原发肿瘤证据	T ₀
0	原位癌(浸润前癌)	T _{is} N ₀ M ₀
I	肿瘤局限于外阴或外阴和会阴,最大直径≤2cm	T ₁ N ₀ M ₀
I a	肿瘤局限于外阴或外阴和会阴,最大直径≤2cm,间质浸润≤1.0mm ^a	T _{1a} N ₀ M ₀
I b	肿瘤局限于外阴或外阴和会阴,最大直径≤2cm,间质浸润>1.0mm ^a	T _{1b} N ₀ M ₀
II	肿瘤局限于外阴或外阴和会阴,最大直径>2cm	T ₂ N ₀ M ₀
III	肿瘤侵犯下列任何部位:下尿道、阴道、肛门	T ₁₋₃ N ₁ M ₀
IV		
IV a	肿瘤侵犯下列任何部位:膀胱黏膜、直肠黏膜、上尿道黏膜;或骨质固定	T ₁₋₃ N ₂ M ₀
IV b	任何部位的远处转移,包括盆腔淋巴结转移	T ₄ 任何 NM ₀ 任何 T 任何 NM ₁

注:a. 肿瘤浸润深度指从最接近表皮乳头的上皮-间质结合部至最深浸润点的距离。
b. T:原发肿瘤。N:区域淋巴结,N₀:无区域淋巴结转移;N₁:单侧淋巴结转移;N₂:双侧淋巴结转移。M:远处转移,M₀:无远处转移;M₁ 远处转移(包括盆腔淋巴结转移)。

四、病情评估

(一)临床表现 可有外阴瘙痒,外阴白色病变,性病,外阴溃疡经久不愈等病史。

外阴瘙痒是最常见的症状。绝大多数外阴鳞状细胞癌患者在疾病发生的同时或之前有瘙痒症状。瘙痒的原因主要由外阴慢性病灶引起,如外阴营养不良等,而并非由肿瘤本身引起。瘙痒一般以晚间为重。因抓搔致外阴表皮剥脱,更使瘙痒症状加重。随病情的

发展可出现病灶局部的疼痛、破溃、出血、感染等症状,晚期可有转移灶的相应症状及恶病质。

体征:外阴鳞状细胞癌多发生于大、小阴唇,尤以右侧大阴唇更为常见,但外阴任何部位均可发生。早期浸润癌体征不明显,常与外阴营养不良等疾病共存。随疾病发展,在局部可出现丘疹、结节或小溃疡;晚期则见不规则肿块,直径可为0.5~8cm,可单发,也可多发。单灶性癌可分为菜花型和溃疡型,向外生长的菜花型病灶多数分化较好;溃疡型病灶一般呈浸润生长,多发生于外阴后部,常侵犯前庭大腺、会阴体和坐骨直肠陷凹。若癌灶已转移至腹股沟淋巴结,可扪及一侧或双侧腹股沟淋巴结增大、质硬、固定。

(二) 实验室及其他检查

1. 细胞学检查 在癌前病变中阳性率较低,为57%,在癌中可达77%。

2. 活体组织检查 用1%甲苯胺蓝染色病灶,若为病变区则用醋酸后不褪色。在阳性区活检可提高早期癌确诊率。

3. 阴道镜检查 对外阴VIN诊断有价值,局部涂3%~5%醋酸,VIN区可出现典型的醋酸泛白反应,在该区活检,可提高活检阳性率。

4. 影像学检查 B超、CT或MRI,对分化差的鳞癌、腺癌软肿瘤、部分黑色素瘤,易发生盆腔淋巴结转移部位进行检测,为制订合理的治疗方案提供依据。

(三) 诊断 活组织病理检查是确诊的必需手段。方法是采用1%甲苯胺蓝染色,干后用1%醋酸洗去染料,在蓝染部位取材活检,或在阴道镜指导下定位活检。

(四) 鉴别诊断 注意外阴部清洁卫生;积极治疗外阴瘙痒,及早诊治外阴结节、溃疡或白色病变等。必要时可做单纯外阴切除。

五、急救措施

手术治疗为主,辅以放射治疗与化学药物治疗。

1. 手术治疗

0期:单侧外阴切除。

I期:外阴广泛切除及病灶同侧或双侧腹股沟淋巴结清扫术。

II期:外阴广泛切除及双侧腹股沟、盆腔淋巴结清扫术。

III期:同II期或加尿道前部切除与肛门皮肤切除。

IV期:外阴广泛切除、直肠下段和肛管切除、人工肛门形成术及双侧腹股沟、盆腔淋巴结清扫术。癌灶浸润尿道上段与膀胱黏膜,则需做相应切除术。

2. 放射治疗 不能手术治疗的晚期外阴癌,放射治疗可以收到姑息疗效。放疗亦可作为手术前后的辅助治疗,或手术、化学治疗的综合性治疗措施之一。Hacker等报告,8例病变广泛之外阴癌患者在手术前用放疗,可使手术范围缩小,易于成功,而术后发病率并不升高,存活15个月到19年者占62%(5例)。Boronow等报告,对外阴阴道癌采用手术加放疗,并提出相同的观点。适应证为对于全身情况差,癌肿较晚,拒绝手术的患者,可采用单纯性放射治疗;对外阴原发灶大或癌肿已累及阴唇系带、会阴和肛门者,手术切除有一定困难,原发灶可给予术前放射治疗,放射强度为20~30Gy/2~3周,休息2周后行外阴切除术;对手术后病理证实淋巴结转移且手术切除不彻底者,可给予术后放射治疗。剂量应为根治量。

3. 化学治疗 病灶局部可注射氟尿嘧啶或平阳霉素,也可应用全身治疗。可使个别病例获得姑息效果。

六、护理要点

1. 一般护理 鼓励患者进食,增强耐受力,纠正营养不良和治疗内科疾病。指导患者保持外阴清洁、干燥,促进舒适,切忌搔抓外阴,必要时给镇静剂以利休息。指导患者练习术后适应活动,如深呼吸、咳嗽、床上翻身等,给患者讲解预防术后便秘等并发症的方法。

2. 心理护理 向患者介绍有关外阴癌的医学常识及手术方式,使患者对手术充满信心;向家属及其亲友讲解疾病以及治疗的相关知识,多给患者以鼓励和支持,让患者感觉到家庭的温暖,并以积极、乐观的态度接受治疗。

3. 术前护理 外阴癌患者多为老年人,应协助患者做好检查,治疗内科疾病;指导患者练习深呼吸、咳嗽、床上翻身等,适应术后活动;给患者讲解预防术后便秘的方法;除按一般外阴、阴道手术患者给予准备。

4. 术后监护 除按一般外阴、阴道手术患者护理以外,应在准确评估患者疼痛的基础上积极止痛;术后取平卧外展屈膝体位,并在胭窝垫一软垫;保持引流通畅,注意观察引流物的量、色、性状等;观察切口有无渗血,术后3天后严密观察伤口皮肤有无红、肿、热、痛等感染征象以及皮肤湿度、温度、颜色等移植皮瓣的愈合情况;按医嘱给予抗生素,外阴切口术后5天开始间断拆线,腹股沟切口术后7天拆线;每天行会阴擦洗,保持局部清洁、干燥;术后2天起,会阴部、腹股沟部可用红外线照射,每天2次,每次20分钟,促进切口愈合;指导患者合理进食,鼓励患者上半身及上肢活动,预防褥疮;术后第5天,按医嘱给液状石蜡油30ml,每天1次,连服3天,使粪便软化。

七、预防

注意外阴清洁,预防外阴皮炎及其他慢性刺激而引起的局部病变。早期治疗外阴慢性营养不良、外阴干枯病、瘙痒症等。定期做妇科体检,对可疑病灶应立即活检。

外阴恶性黑色素瘤

外阴恶性黑色素瘤(vulvar malignant melanoma)占外阴恶性肿瘤的2%~3%,常来自结合痣或复合痣。任何年龄妇女均可发生,多见于小阴唇、阴蒂,特征是病灶稍隆起,有色素沉着,结节状或表面有溃疡;患者常诉外阴瘙痒、出血、色素沉着范围增大。典型者诊断并不困难,但要区别良恶性,需根据病理检查结果。治疗原则是行外阴根治术及腹股沟淋巴结及盆腔淋巴结清扫术。预后与病灶部位、大小、有无淋巴结转移、浸润深度、尿道及阴道是否波及、远处有无转移、手术范围等有关。外阴部黑痣有潜在恶变可能,应及早切除,切除范围应在病灶外1~2cm处,深部应达正常组织。

外阴基底细胞癌

外阴基底细胞癌临床少见,占外阴恶性肿瘤的2%~13%。好发于绝经后妇女,年龄58~59岁。发病原因不明,可能与局部放射治疗有关。外阴基底细胞癌生长发展缓慢,治愈率高。

局部瘙痒或烧灼感为主要症状,部分患者也可无症状。如肿瘤出现溃疡、感染时,可出现局部疼痛和血性分泌物。

大阴唇为最常见的发病部位,也可在小阴唇、阴蒂等处出现。病灶多为单发,偶可多发。早期呈灰白色,位于变薄的上皮下,小结节的直径常 $<2\text{cm}$ 。此外,约有20%伴发其他癌。外阴基底细胞癌以局部浸润为特点,很少发生转移。

病理检查:可分两种基本类型,即表浅斑块型和侵蚀性溃疡型。表浅斑块型表面粗糙、带有黑色素或微红色,质地较硬。侵蚀性溃疡型呈局限性硬结,边缘隆起呈围堤状,中心出现表浅溃疡,或出现坏死组织或表面结痂。肿瘤周围可出现卫星结节,也可为多中心起源。镜检:肿瘤组织自表皮基底层长出,细胞成堆伸向间质,基底细胞排列呈线圈状,中央为间质,有黏液变性。

外阴基底细胞癌生长缓慢,易被误认为良性病变。但根据临床表现和检查,诊断一般无困难,需做病理组织学检查以确诊。恶性黑色素瘤有时与具色素性基底细胞癌难以区别,但恶性黑色素瘤有痣的病史和恶变的过程,恶变后发展较快,易出现区域淋巴结转移。

外阴湿疹样癌

外阴湿疹样癌又称派杰病,本病少见,多发生于绝经后妇女,主要症状为长期慢性外阴瘙痒和疼痛。病变局限于一侧阴唇或累及全部外阴皮肤。表现为红色糜烂状,湿疹样渗出改变。表皮粗糙、增厚,伴白色病变或小颗粒,略凸出,可形成浅溃疡及结痂。镜检见棘细胞层增厚,上皮脚增宽延长,在基底层中可见到大而不规则的圆形、卵圆形或多边形派杰氏细胞,胞质空而透亮,核大小、形态、染色不一。一般无淋巴转移。局部较广泛切除或单纯外阴切除即可,如切缘发现癌细胞,可再度手术切除。如出现浸润或并发汗腺癌时,需做外阴根除术和双腹股沟淋巴结清除术。

(杨海霞)

第三节 阴道癌

阴道肿瘤(vaginal tumor)较少见,是由细胞异常增生,不规则排列形成的不正常的肿瘤组织。依肿瘤的分化及异型程度,临床经过及预后的不同,分良性肿瘤及恶性肿瘤两类。

阴道癌有原发性及继发性两类。继发性者如宫颈癌蔓延至阴道,外阴癌侵入阴道,绒毛膜癌阴道转移等,在原发病中涉及,不在本节范围,此处仅讨论原发性阴道癌。

原发性阴道癌比较少见,鳞状上皮癌占90%以上,发病年龄50~60岁。腺癌极少,发病年龄7~28岁。病因不清,不易治疗与治愈。

一、病因和病理

阴道癌的发病原因尚未肯定,临床经验表明,可能与子宫颈癌的流行病学高危因素相似,如性生活过早、不洁和紊乱的妇女易发生阴道癌。20世纪70年代的研究发现,阴道和宫颈的腺癌与母亲在孕早期服用乙萘酚有关。女性胎儿在母体内受到乙萘酚的作用,出生后可能发生阴道或宫颈的原发性腺癌,但未接触过乙萘酚者也有发生腺癌的可能。

阴道癌病理大体分为四型:糜烂型:少见,发展慢,可长时间局限于黏膜层,表现为阴道黏膜潮红,黏膜表面似绒毯状粗糙,触之易出血;菜花型:出现症状较早,主要在阴道表面生长,很少向内浸润,肿瘤呈大小不等、形似菜花的乳头,血管丰富,质脆,易出血;结节型:出现症状较晚,主要向深层浸润,表现为黏膜下浸润,黏膜表面可保持完整,触之呈结节状,质硬;溃疡型:主要见于阴道前壁,常迅速向阴道周围浸润,肿瘤发生坏死、脱落后可形成溃疡,表面有坏死组织覆盖,边缘不规则,质地硬。

阴道癌组织学分类:鳞癌占其中的绝大多数(93%),由于分化程度不同,可分角化鳞状细胞癌、未角化鳞状细胞癌及未分化癌。腺癌则少见。肉瘤、黑色素瘤及绒毛膜癌则罕见。

阴道癌主要转移方式是直接浸润和淋巴转移。由于阴道壁较薄,周围组织疏松又富于淋巴管,因而阴道癌容易蔓延转移。直接浸润时阴道前壁的病灶向前累及膀胱及尿道;后壁的病灶则向后累及直肠和直肠旁组织;侧壁病灶可向两侧扩散,累及阴道旁组织和盆壁,向外扩散到外阴,向上可累及宫颈。淋巴转移的途径与癌的位置有关,位于阴道下端的癌,一般转移到腹股沟淋巴结。发生于阴道上端的癌,则其转移途径与子宫颈癌相同,可达盆腔淋巴结。晚期癌可转移到肝、肺、骨、肾等远端器官。

二、临床分期

阴道癌的 FIGO(1974)分期法:

0 期:原位癌(CIS)或上皮内癌(IEC),阴道的侵蚀性癌。

I 期:癌局限于阴道壁。

II 期:癌累及阴道壁下组织,但未达盆壁。

III 期:癌侵达盆壁。

IV 期:癌扩展超出真骨盆,或累及膀胱或直肠黏膜(泡状水肿不属IV期)。

IV_a:病变扩散到邻近器官。

IV_b:病变有远部器官的转移。

FIGO 对阴道癌的分期还规定,凡癌瘤生长累及宫颈者,应属于子宫颈癌;累及外阴者,应属外阴癌;累及尿道者,应属尿道癌。

三、病情评估

(一)临床表现 早期无明显症状。

1. 阴道出血 无痛性阴道出血,或白带增多,血染。水样及血液分泌物,亦可表现为性交出血或绝经后出血,或有恶臭排液。

2. 疼痛 下腹及腰腿部疼痛。

3. 转移症状 侵犯膀胱尿道则有尿频、尿急、血尿;侵犯直肠则有肛门坠胀,排便疼痛,甚至可发生膀胱阴道瘘或直肠阴道瘘;侵犯盆腔神经或骨时则有盆腔部疼痛;远处转移则有相应部位的症状。阴道检查可见上述病变。

(二)实验室及其他检查 组织病理检查可确诊,也可通过膀胱镜、B超、CT、MRI 或直肠镜、腹腔镜检查等协助诊断。

(三)鉴别诊断

1. 阿米巴性阴道炎 有肠道阿米巴病史,溃疡分泌物涂片或培养,可见到阿米巴滋