

现代妇产科 诊治要点

张春艳 ◎编著



天津出版传媒集团



天津科学技术出版社

现代妇产科诊治要点

张春艳 ◎ 编著

天津出版传媒集团



天津科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

现代妇产科诊治要点 / 张春艳编著. -- 天津: 天津科学技术出版社, 2018.1

ISBN 978-7-5576-4353-9

I. ①现… II. ①张… III. ①妇产科病-诊疗 IV. ①R71

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第028210号

责任编辑: 王朝闻

天津出版传媒集团

 天津科学技术出版社

出版人: 蔡 颢

天津市西康路35号 邮编 300051

电话 (022) 23332372

网址: www.tjkjeps.com.cn

新华书店经销

北京虎彩文化传播有限公司印刷

开本 787×1092 1/16 印张 21.25 字数 500 000

2018年1月第1版第1次印刷 2018年9月第2次印刷

定价: 118.00元

前 言

现代分子生物学、肿瘤学、遗传学、生殖内分泌学及免疫学等医学基础理论的深入研究和临床医学诊疗检测技术的进步,拓宽和深化了妇产科学的发展,为保障妇女身体和生殖健康及防治各种妇产科疾病起着重要的作用。为满足临床工作对妇产科医师不断提高的严格要求,反映现代妇产科临床诊疗技术,更好地服务于人民大众,特编写《现代妇产科诊治要点》一书。

全书分为上、下二篇,共十七章,上篇为妇科,下篇为产科,重点阐述了妇产科常见疾病的诊断与治疗,包括生殖器官发育异常、妇科炎症、妇科肿瘤、女性盆腔功能障碍及损伤性疾病、子宫内膜异位症与子宫腺肌病、生殖内分泌疾病、滋养细胞疾病、正常妊娠及产前保健、正常分娩、正常产褥、病理妊娠、妊娠期并发症、异常分娩、分娩并发症、异常产褥等内容。本书内容丰富,语言精练,编写过程中融汇了国内外最新文献资料,具有科学、实用、新颖的特点,可供妇产科专业在校生以及工作在临床一线的临床医师参考学习使用。

由于当今社会医疗科技发展迅速,加上编者学识水平有限,书中难免存在疏漏和不足之处,敬请广大专家学者批评指正。

编 者

目 录

上篇 妇科

第一章 生殖器官发育异常	(2)
第一节 两性畸形	(2)
第二节 处女膜闭锁	(4)
第三节 处女膜坚韧	(5)
第四节 阴道发育异常	(5)
第五节 子宫发育异常	(9)
第六节 输卵管发育异常	(12)
第七节 卵巢发育异常	(13)
第二章 妇科炎症	(15)
第一节 外阴炎	(15)
第二节 阴道炎	(18)
第三节 宫颈炎	(24)
第四节 子宫内膜炎	(29)
第五节 盆腔炎	(32)
第三章 妇科肿瘤	(36)
第一节 子宫肌瘤	(36)
第二节 阴道癌	(39)
第三节 宫颈癌	(44)
第四节 子宫内膜癌	(54)
第五节 原发性输卵管癌	(58)
第六节 卵巢肿瘤	(60)
第四章 女性盆腔功能障碍及损伤性疾病	(73)
第一节 外生殖器损伤	(73)
第二节 子宫损伤	(74)
第三节 阴道脱垂	(77)

第四节	子宫脱垂	(78)
第五节	生殖道瘘	(80)
第六节	压力性尿失禁	(84)
第五章	子宫内膜异位症与子宫腺肌病	(86)
第一节	子宫内膜异位症	(86)
第二节	子宫腺肌病	(97)
第六章	生殖内分泌疾病	(101)
第一节	性早熟	(101)
第二节	痛经	(105)
第三节	闭经	(107)
第四节	高泌乳素血症	(111)
第五节	功能失调性子宫出血	(113)
第六节	经前期综合征	(118)
第七节	围绝经期综合征	(120)
第八节	绝经综合征	(124)
第九节	多囊卵巢综合征	(127)
第七章	滋养细胞疾病	(133)
第一节	葡萄胎	(133)
第二节	侵蚀性葡萄胎	(135)
第三节	绒毛膜癌	(137)
第四节	胎盘部位滋养细胞肿瘤	(140)

下篇 产科

第八章	正常妊娠及产前保健	(144)
第一节	妊娠生理	(144)
第二节	正常妊娠	(153)
第三节	产前检查	(158)
第四节	孕期卫生	(163)
第五节	孕期监护	(165)
第九章	正常分娩	(172)
第一节	分娩动因	(172)
第二节	决定分娩的因素	(173)

第三节	枕先露正常分娩机制	(177)
第四节	分娩的临床经过及处理	(178)
第五节	分娩镇痛	(183)
第十章	正常产褥	(186)
第一节	产褥期母体的变化	(186)
第二节	产褥期临床表现、处理及保健	(188)
第十一章	病理妊娠	(192)
第一节	妊娠剧吐	(192)
第二节	异位妊娠	(194)
第三节	过期妊娠	(199)
第四节	多胎妊娠	(202)
第五节	前置胎盘	(207)
第六节	胎盘早剥	(209)
第七节	羊水过多	(213)
第八节	羊水过少	(215)
第九节	胎儿窘迫	(217)
第十节	自然流产	(219)
第十二章	妊娠期并发症	(226)
第一节	妊娠期合并糖尿病	(226)
第二节	妊娠期合并心脏病	(230)
第三节	妊娠期合并急性阑尾炎	(234)
第四节	妊娠期合并贫血	(236)
第五节	妊娠期合并肝脏疾病	(241)
第十三章	异常分娩	(250)
第一节	胎位异常	(250)
第二节	产道异常	(258)
第三节	产力异常	(264)
第十四章	分娩并发症	(269)
第一节	子宫破裂	(269)
第二节	羊水栓塞	(272)
第三节	产后出血	(275)
第十五章	异常产褥	(282)
第一节	产褥感染	(282)

第二节 晚期产后出血 (286)

第十六章 不孕症与辅助生育技术 (289)

第一节 不孕症 (289)

第二节 辅助生育技术 (297)

第十七章 妇女保健 (307)

第一节 女性日常防护 (307)

第二节 生理保健 (313)

第三节 常见妇产科疾病的预防与调护 (316)

参考文献 (331)

上篇 妇 科

第一章 生殖器官发育异常

第一节 两性畸形

人类性别有6种:染色体性别、性腺性别、生殖器性别、性激素性别、社会、性别、心理性别。配子的核型确立了染色体性别,然后性腺性别分化和发育,导致内外生殖器的分化和发育,最后在性激素影响下形成表型性别。在此过程中,任何一个环节受到不良因素的影响,就会发生性分化和发育异常即两性畸形(hermaphroditism)。两性畸形患者外生殖器的形态介于男女之间,难以按外生殖器形态确定其性别。根据发病原因的不同可分为女性假两性畸形、男性假两性畸形和生殖腺发育异常。

一、女性假两性畸形

女性假两性畸形(female pseudohermaphroditism)患者染色体核型为46,XX,生殖腺为卵巢。有子宫、宫颈、阴道,但外生殖器出现部分男性化。分为肾上腺增生型和非肾上腺增生型,后者多是受医源性激素影响所致。

先天性肾上腺皮质增生(congenital adrenal hyperplasia)为常染色体隐性遗传性疾病,几乎占女性假两性畸形的一半多。当肾上腺皮质有先天性缺陷不能分泌某些酶时(主要是21-羟化酶),皮质醇或醛固酮便不能合成,导致腺垂体促肾上腺皮质激素代偿性分泌增多,引起肾上腺皮质增生,企图取得皮质醇的分泌增多。但同时增生的皮质由于网状带的分泌活动过分,产生过量雄激素,从而导致女性胎儿外生殖器部分男性化。

患儿出生时阴蒂肥大,两侧大阴唇增厚有皱,并融合遮盖阴道口,状似阴囊。但子宫、输卵管、阴道均存在。若是21-羟化酶完全缺乏症,则女性外生殖器的男性化更加明显。“阴茎”特别大,尿道口位于阴茎头。随着婴儿长大,第二性征发育早,出现阴毛、腋毛、胡须、喉结、痤疮。受雄激素刺激肌肉发达,体力较同龄者强。至青春期乳房不发育,内生殖器发育受抑制,无月经。幼女期身高增长快,但由于骨骺早闭,到成年时反较正常女性身材矮小。

实验室检查,血雄激素增高,尿17-酮增高,血雌激素下降,促卵泡激素下降,血促肾上腺皮质激素增高。结合染色体核型分析即可获得诊断。诊断后即开始并终身给予可的松药物替代治疗。这样可以抑制垂体促肾上腺皮质激素的过量分泌,防止外阴的进一步男性化,促进女性生殖器官的发育和月经来潮。根据外阴形态异常的具体情况,切除增大的阴蒂、扩大融合的外阴。单纯阴蒂整形可在儿童期进行,过早手术危险性大。

二、男性假两性畸形

男性假两性畸形(male pseudohermaphroditism)患者染色体核型为46,XY,生殖腺为睾丸,睾酮分泌正常。外生殖器为女性化或两性化。其是由于男性胚胎或胎儿在宫腔内接触的

雄激素过少所致。因阴茎过小及生精功能异常,一般无生育能力。

(一) 非遗传性男性假两性畸形

外生殖器两性化或近似男性,两侧有睾丸,位于腹股沟内或腹腔。没有副中肾管分化的子宫、输卵管。阴蒂增大,尿道下裂常见。青春期后乳房不发育,多毛,声音低沉。

(二) 遗传性男性假两性畸形

系 X 连锁隐性遗传,一个家族可有数人发病,也称为雄激素不敏感综合征 (androgen insensitivity syndrome)。它是由于靶器官缺乏雄激素受体及毛囊、附睾、输精管的细胞缺乏 5α -还原酶所致。患者表现为外生殖器完全女性化,有睾丸,位于腹股沟或腹腔内。没有子宫及输卵管。阴蒂不大,阴道为浅的盲端。青春期后,女性体态、乳房发育良好,但乳头发育欠佳。阴毛、腋毛无或稀少。身材高,四肢长,无多毛现象。实验室检查,血睾酮、促卵泡激素、尿 17-酮为正常男性值,血促黄体生成素 (LH) 较正常男性值高,由于升高的 LH 增加对间质细胞的刺激,体内雌激素水平为正常男性的 2 倍,但低于正常女性。多数患者对常规剂量的雄激素反应不良,诊断明确后,以女性抚养为宜。并在青春期前后切除睾丸及外阴整形,以促使女性化更为完善,防止睾丸恶变。术后长期给予雌激素补充治疗,以维持女性第二性征。阴道短或狭窄导致性生活不满意者,可行阴道成形术。但不宜告诉患者生殖腺为睾丸,以免精神上受到难以医治的创伤。

三、生殖腺发育异常

生殖腺发育异常包括真两性畸形和生殖腺发育不全。

(一) 真两性畸形 (true hermaphroditism)

一个人具有睾丸和卵巢两种生殖腺,称为真两性畸形。生殖腺有三种:睾丸、卵巢和卵睾 (oyotestis),是两性畸形中最罕见的一种。染色体核型多数为 46,XX,占一半多。其次为 46,XX/46,XY 嵌合型和 46,XY。外生殖器的发育与同侧性腺有关,但大多为混合型,阴蒂增大,或有长短不一的阴茎,合并尿道下裂或阴茎系带 (chorda)。唇囊皱襞合并不全。外生殖器或以男性为主,或以女性为主。青春期乳房多发育。有一半患者有月经来潮。生殖腺活检可确诊。确诊后,外生殖器应根据社会性别考虑矫形或切除,即对大体属女性患者切除睾丸或卵睾,切除肥大阴蒂,辅以雌激素使女性化更完善;大体属男性者,修补尿道下裂,切除卵巢和卵睾,辅以雄激素治疗。若在出生后早期诊断,以女性抚养为宜。

(二) 生殖腺发育不全 (gonadal dysgenesis)

生殖腺发育不全包括两种:单纯型生殖腺发育不全 (pure gonadal dysgenesis) 和混合型生殖腺发育不全 (mixed gonadal dysgenesis)。

1. 单纯型生殖腺发育不全

染色体核型为 46,XY,但睾丸呈索状,不分泌雄激素。患者表型为女性,但身体较高大。有发育不良的子宫、输卵管。青春期第二性征不发育,阴毛、腋毛无或稀少,乳房发育差,无月经。发育不全的性腺易于发生肿瘤,故一经诊断,尽早切除未分化的生殖腺。青春期后,给予雌孕激素周期序贯替代治疗,促进第二性征发育,防止骨质疏松。

2. 混合型生殖腺发育不全

染色体核型多为 45,X/46,XY。患者一侧性腺为异常睾丸,并有输精管。另一侧性腺未

分化呈索状痕迹,有输卵管,子宫及阴道发育差或不全。外阴部分男性化,阴蒂增大并有尿道下裂。不少患者有特纳综合征的躯体特征。因生殖腺发生恶变的机会较多,且发生年龄可能很小,故在确诊后尽早切除未分化的生殖腺。

第二节 处女膜闭锁

处女膜闭锁又称无孔处女膜(imperforate hymen),是女性常见的一种生殖道发育异常。青春期少女月经初潮后经血不得排出,积聚于阴道,之后因宫腔积血不能及时排出,出现周期性腹痛,而无月经来潮,就诊时发现闭锁的处女膜,相当于中医学解剖上的“鼓”。

一、病因

在正常胚胎发育过程中,女婴来自内胚层的阴道板腔化成一孔道,其下段有一层薄膜为处女膜,在胚胎7个月后贯穿,使孔与阴道前庭相通,如胚胎时未贯通,则形成无孔处女膜。

二、临床表现

(一)症状

处女膜闭锁在青春期月经初潮前无症状。青春期后表现为原发性闭经和周期性下腹部坠胀。因月经来潮时经血不得流出而积聚阴道、子宫甚至输卵管等部,而出现周期性的肛门和阴道胀痛,并呈进行性加重。积血过多时可引起尿频、尿急及便秘等压迫症状。

(二)体征

随阴道积血增多而延及宫腔时,在耻骨联合处可触及肿块,积血严重时可发生输卵管血肿和粘连。妇科检查时,可扪及胀大的子宫及双侧附件肿块,处女膜呈紫蓝色向外膨出如“鼓”,阴道无开口。肛诊时,阴道为长形肿物,呈囊性感,并有明显的触痛。

三、诊断要点

(1)青春期月经不来潮。有逐渐加重的周期性下腹痛。

(2)多次腹痛后,下腹正中可扪到逐渐增大的包块,并压迫尿道及直肠,出现排尿及排便困难。

(3)妇科检查:处女膜向外膨隆,表面呈紫蓝色。肛诊可触及从阴道向直肠凸出的积血块,如伴子宫及输卵管积血时,可扪到胀大的子宫及双侧附件肿块。

(4)处女膜膨隆处穿刺:抽出不凝的深褐色或黑红色血液即可确诊。

(5)B超检查:阴道、子宫及附件有积血影像。

四、治疗

(1)骶管麻醉下手术。

(2)粗针穿刺处女膜正中膨隆部位,抽出褐色积血后,即将处女膜做“X”形切开,引流积血。

(3)切除多余的处女膜瓣,使切口呈圆形。再用3-0肠线缝合切口边缘、黏膜,保持引流通畅。

(4)常规检查宫颈是否正常。

(5)常规应用抗生素。

第三节 处女膜坚韧

处女膜坚韧(hard hymen)是指处女膜或处女膜环纤维组织增生、坚硬、缺乏弹性,造成性交困难或失败。为先天发育畸形的一种,平时无症状,多在新婚时发现。

一、诊断与鉴别诊断

(一)诊断

婚后不能性交,阴道口疼痛,不能忍受。阴道指诊时感到阴道口有很大阻力,一指进入也有困难,有时可触及狭窄坚韧的处女膜环。

(二)鉴别诊断

本病应与阴道狭窄、神经性痉挛相鉴别。

二、治疗

手指、小窥器及其他圆柱形玻璃或塑料管扩张。每日3~5次,每次半小时。无效时可手术。于阴道出口相当2点、4点、8点、10点部位扩剪,然后沿处女膜环将处女膜瓣剪除。术后用0.1%雌激素鱼肝油涂阴道,每日1~2次,连用1个月。

第四节 阴道发育异常

一、先天性无阴道

先天性无阴道为双侧副中肾会合后未能向尾端伸展形成管道所致,多数伴无子宫或只有始基子宫,但极少数也可有发育正常的子宫。半数伴泌尿系畸形。一般均有正常的卵巢功能,第二性征发育也正常。

(一)临床表现

(1)先天性无阴道几乎均合并无子宫或仅有痕迹子宫,卵巢一般均正常。

(2)青春期后一直无月经,或婚后性生活困难而就诊。

(3)第二性征发育正常。

(4)无阴道口或仅在阴道外口处见一浅凹陷窝,或有2cm短浅阴道盲端。

(5)极少数先天性无阴道者仍有发育正常的子宫,至青春期因宫腔积血出现周期性腹痛,直肠腹部联合诊可扪及增大子宫。

(二)诊断

(1)原发闭经。

(2)性生活困难。

(3) 周期性腹痛:有子宫或残留子宫及卵巢者,可有周期性腹痛,症状同处女膜闭锁症。

(4) 全身检查:第二性征正常,常伴有泌尿系统和骨骼系统的畸形。

(5) 妇科检查:外阴发育正常,无阴道和阴道短浅,肛查无子宫颈和子宫,或只扪到发育不良子宫。

(6) 卵巢功能检查:卵巢性激素正常。

(7) 染色体检查:为 46XX。

(8) B 超检查:无阴道,多数无子宫,双侧卵巢存在。

(9) 腹腔镜:可协助诊断有无子宫,卵巢多正常。

(三) 鉴别诊断

(1) 阴道短而无子宫的睾丸女性化:染色体检查异常。

(2) 阴道横膈:多伴有发育良好的子宫,横膈左侧多见一小孔。

(四) 治疗

1. 压迫扩张法

适用于阴道下段有一定深度者。从光而圆的小棒沿阴道轴方向加压,每日 2 次,每次 20min,2~3 个月为 1 个疗程,可使局部凹陷加深。

2. 阴道成形术

(1) 手术时间的选择:无阴道无子宫者,术后只能解决性生活问题,故最好在婚前或婚后不久进行,有正常子宫者,在初潮年龄尽早手术,以防经血潴留。

(2) 手术方法的选择:①Willian 法:术后 2 个月即可结婚。②羊膜或皮瓣法:应在婚前半年手术。

(3) 手术注意点:①避免损伤直肠与尿道。②术后注意外阴清洁,防止感染。③坚持带模型,防止阴道塌陷。皮肤移植,应于术后取出纱布后全日放模型 3 个月,然后每晚坚持直到结婚,婚后如分居仍应间断放置模型。羊膜移植后,一般放模时间要 6~12 个月。

(五) 注意事项

(1) 阴道成形术并不复杂,但由于瘢痕再次手术更为困难,故应重视术后防止感染、粘连及瘢痕形成,否则会前功尽弃。

(2) 副中肾管缺如者半数伴泌尿系畸形,故于术前须做静脉肾盂造影。

二、阴道闭锁或狭窄

胚胎发育时两侧副中肾管下端与泌尿生殖窦未能形成空腔,或空腔贯通后发育不良,则发生阴道闭锁或狭窄。后天性发病多系药物腐蚀或创伤所引起。

(一) 临床表现

(1) 症状与处女膜闭锁相似。

(2) 处女膜无孔,但表面色泽正常,亦不向外膨隆。

(3) 直肠指诊扪及向直肠凸出的阴道积血肿块,其位置较处女膜闭锁者为高。

(二) 诊断

(1) 青春期后无月经来潮,并有逐渐加重的周期性下腹痛。如系阴道狭窄,可有经血外流不畅。

(2)性生活困难。

(3)妇科检查:处女膜完整,但无阴道,仅有陷窝,肛门指检于闭锁以上部分扪及积血所形成的包块。阴道窄狭者,阴道壁僵硬,窥器放置困难。

(4)B超检查:闭锁多为阴道下段,上段可见积液包块,子宫及卵巢正常。

(三)鉴别诊断

主要通过B超、妇科检查与先天性无阴道及处女膜闭锁相鉴别。

(四)治疗

(1)尽早手术治疗,切闭锁阴道段阴道并游离阴道积血段阴道黏膜,再切开积血段阴道黏膜,再切开积血肿块,排出积血。

(2)利用已游离的阴道黏膜覆盖创面。

(3)术后定期扩张阴道,防止阴道下段挛缩。

(五)注意事项

手术治疗应充分注意阴道扩张问题,以防挛缩。

三、阴道横膈

胚胎发育时双侧副中肾管会合后的尾端与泌尿生殖窦未贯通,或部分性贯通所致。横膈位于阴道上、中段交界处为多见,完全性横膈较少见。

(一)受精及着床

(1)常系偶然或因不育检查而发现,也有少数因性生活不满意而就诊发现。

(2)横膈大多位于阴道上、中段交界处,其厚度约1cm。

(3)月经仍可正常来潮。

(二)诊断

1.腹痛

完全性横膈可有周期性腹痛,大多表现为经血外流不畅的痛经。

2.不孕

因横膈而致不孕或受孕率低。

3.闭经

完全性横膈多有原发性闭经。

4.妇科检查

月经来潮时可寻找到横膈的小孔,如有积血可扪及包块。

5.横膈后碘油造影

通过横膈上小孔注入碘油,观察横膈与子宫颈的距离及厚度。

6.B超检查

子宫及卵巢正常,如有积血可呈现积液影像。

(三)鉴别诊断

注意与阴道上段不完全阴道闭锁鉴别:通过肛腹诊或B超探查观察有无子宫及上段阴道腔可确诊。

(四)治疗

1.手术治疗

横膈切开术。若横膈薄,只需行“X”形切口;横膈厚,应考虑植羊膜或皮片。

2.妊娠期处理

分娩时发现横膈,如薄者可切开横膈,由阴道分娩;如厚者,应行剖宫产,并将横膈上的小孔扩大,以利恶露排出。

(五)注意事项

(1)术后应注意预防感染和瘢痕挛缩。

(2)横膈患者经阴道分娩时,要注意检查横膈有无撕裂出血,如有则应及时缝合以防产后出血。

四、阴道纵隔

本病系由双侧副中肾管会合后,其中隔未消失或未完全消失所致。分为完全纵隔、不完全纵隔。完全纵隔形成双阴道,常合并双子宫颈及双子宫。如发育不等,也可以一侧大而一侧小,有时则可成为斜隔。

(一)临床表现

(1)绝大多数阴道纵隔无临床症状。

(2)有些婚后性生活困难才被发现。

(3)也有在做人工流产时发现,一些晚至分娩时产程进展缓慢才发现。

(4)临床有完全纵隔和不全纵隔两种,前者形成双阴道、双宫颈、双子宫。

(5)有时纵隔偏向一侧,形成斜隔,以致该侧阴道闭锁而有经血潴留。

(二)诊断

1.完全性阴道纵隔

一般无症状,少数人有性交困难,或分娩时造成产程进展缓慢。

2.阴道斜隔

因宫腔、宫颈管分泌物引流不畅可出现阴道流恶臭脓样分泌物。

3.妇科检查

妇科检查可确诊。但要注意双阴道在进入一侧时常难发现畸形。

4.B超检查

子宫、卵巢正常。

(三)鉴别诊断

1.阴道囊性肿物

斜隔检查时阴道一侧隔易与阴道囊性肿物相混淆,可行碘油造影鉴别。

2.继发性阴道狭窄

继发性阴道狭窄有外伤、炎症、局部使用腐蚀药史。

(四)治疗

1.完全阴道纵隔

一般无须特殊处理。

2. 部分性阴道纵隔

影响性生活、经血排出不畅时,可于非孕时行纵隔切除术。

3. 分娩时发现阴道纵隔阻碍分娩

宫口开大4~5cm后,将纵隔中央切断,胎儿娩出后再检查处理伤口。

4. 阴道斜隔合并感染

斜隔切开术,引流通畅,并用抗生素治疗。

(1) 首选青霉素:每次80万U,每日3次,肌注,皮试阴性后用。

(2) 氨苄青霉素:每日6g,分3次静脉推注,皮试阴性后用;或氨苄青霉素每次1.5g加入5%葡萄糖100mL中静滴,每日4次,皮试阴性后用。

耐药菌株可选用以下两种。

(1) 头孢吩:每日2~8g,分4次静注或静滴。

(2) 头孢哌酮:每日3~6g,分3~4次静注。

如对青霉素过敏者可选用以下三种。

(1) 庆大霉素:每次8万U,每日2~3次,肌注。

(2) 复方新诺明:每次2片,每日2次,口服。

(3) 林可霉素:每日1.2g,静滴。

第五节 子宫发育异常

子宫发育异常是由副中肾管产生的器官,以子宫最易发生畸形。副中肾管发生、发育异常越早出现,它所造成的畸形越严重。绝大多数的子宫畸形为双角子宫、双输卵管、单子宫颈,占70%;最危险的子宫畸形是双子宫,其中一侧为残角子宫,占5%。其之所以严重是因为残角子宫不易被发现,一旦宫外孕破裂,容易导致死亡。

一、分类及临床表现

(一) 子宫未发育或发育不全

1. 先天性无子宫(congenital absence of uterus)

先天性无子宫为两侧副中肾管中段及尾段未发育,未能在中线会合形成子宫。常合并无阴道,但卵巢发育正常,临床表现为原发性闭经,第二性征正常,肛查触不到子宫,偶尔在膀胱后触及一横行的索条状组织。

2. 始基子宫(primordial uterus)

又称痕迹子宫,为双侧副中肾管向中线横行伸展会合后不久停止发育所致。子宫极小,仅长1~3cm,无宫腔,多数因无子宫内膜而无月经。

3. 子宫发育不良(hypoplasia of uterus)

又称幼稚型子宫,是因两侧副中肾管融合后在短时间内即停止发育。子宫发育小于正常,子宫颈相对较长而外口小,宫体和宫颈之比为1:1或2:3,有时子宫体呈极度的前屈或后屈。临床表现为月经量少,婚后不孕,直肠一腹部诊可扪及小而活动的子宫。