

402
4036.2

333992

成都工學院圖書館

其木館藏

妇科主要症状之分析及其处理

(第二版)

李宝星 吳一鶚 主編

姚永葆 周吉士 俞伟钟 合編



上海科学技术出版社

内 容 提 要

本书于1958年初版，内容共分八章，将几种妇科的主要症状作了分析并列举处理方法。这次修订增加了“月经异常”一章，删去了“不孕症”一章，其他各章分别充实了新的内容并适当地加以修改。这些都是妇科门诊和临床上常见的症状，因此本书将各种疾病具有共同点者，综合归纳在一起叙述，便于实习医师与医生们临诊时参考或医学生实习时阅读之用。

妇科主要症状之分析及其处理

(第二版)

李宝星 吴一鹄 主编

上海科学技术出版社出版 (上海瑞金二路450号)

上海市书刊出版业营业许可証出093号

上海市印刷五厂印刷 新华书店上海发行所发行

开本 850×1186 1/32 印张 7 6/32 插页 4 排版字数 188,000

(原上卫版印10,000册 1953年3月第1版)

1959年12月第1版印2次共印7,500册

1965年9月第2版 1965年9月第1次印刷

印数 1—6,000

统一书号 14119·207 定价(科六) 1.30 元

AP 48/12

再 版 前 言

本书于1958年出版，由于近年来国内外的妇产科在诊断、治疗与技术水平等方面均有一定的提高，因此本书第一版的内容有必要加以进一步的修订。

本版内容的主要变动是，第三章“子宫流血”重新编写，取消了不孕症一章，增加了妇科中重要的问题“月经异常”，其他各章节在诊断与治疗等方面亦适当充实了内容。限于我们思想和业务水平，错误之处一定很多，尚望读者提出批评与意见，以便本书再版时修正。

編 者 1964.11.10

序

在医学院中，常用的妇科教学方式有两种。一种是以个别的疾病为主，对每一种疾病作全面的介绍。例如：子宫肌瘤、子宫颈癌等，将疾病的病原、病理、症状、诊断、预后、治疗与预防，依次叙述。这种方式适合于教室中有系统的讲解。另一种则以症状为主，就是对若干主要症状作详细的分析。例如：白带、子宫流血、下腹疼痛等，着重于鉴别诊断与实际处理。这种方式适合于临床时的讨论。一般妇科教本多采取第一种方式叙述，它的优点是章次分明，条理清晰，使同学们对各种疾病可以获得全面性的概念与基本的知识。若干著者则喜采用第二种方式，因为这种方式更符合于临床上情况，可以根据患者的主诉进行分析与讨论，使医学生们更能适当地体会医疗上的实际问题。还有另一优点是可教导医学生们如何运用思考力，将患者的主诉与检查所得的体征，相互结合并进行推论以获得正确的诊断，从而决定适当的处理。

此外在妇科门诊时，一般对妇科疾病不熟悉的实习医师们常感到患者的主诉多是大同小异，如白带多、下腹痛、月经异常等等，常致毫无头绪，抓不着重点，无从下诊断。本书将各种有关疾病之有共同症状者，综合归纳在一起，以便于临诊时的参考。因此难免有重复之处，但对于同一问题，若从不同的角度上来讨论，则对于这问题的认识也可能更全面些。我们知道，重复是最好的帮助记忆的方法。

本书系以 Brewer 的妇科学为蓝本，但仅采取其大意，编写时除章节方面重加整理外，并另参考各家著述，摘录其精确实用部分，并充实内容。初步拟将妇科主要症状八种提出作重点讨论，尤致意于分析与处理方面，希望对医学生与实习医师们在临床应用时有所帮助。本书由于多人执笔，文辞恐未能完全统一，更由于编者学识有限，疏漏与错误处一定很多，统希读者指正！

編者 1956.3.1

目 次

第一章 白带	1
概論	1
粘液排出过多	2
淋菌感染	3
慢性子宮頸炎	6
子宮頸潰瘍	10
子宮頸息肉与子宮息肉	12
子宮頸白斑症	14
子宮頸与子宮体的恶性病变	15
子宮內膜炎	15
子宮頸狹窄与子宮积脓	15
阴道炎	16
异物	22
癭管	23
全子宮截除术后的白带	23
第二章 盆腔肿块	24
概論	24
子宮肿块	25
卵巢肿块	35
闊韌帶肿块	61
輸卵管肿块	62
盆腔粘連	63
膀胱膨胀	64
大腸膨胀	64
腹膜后肿块	64
腹壁肿块	65
第三章 子宮出血	66
概論	66
流产	67

异位妊娠	73
葡萄胎	73
絨毛膜上皮癌	78
孕卵植入性出血	81
子宮頸癌	81
子宮頸炎	92
子宮頸息肉	92
子宮頸白斑症	92
子宮頸結核	92
子宮頸梅毒	93
子宮肌瘤	93
子宮體癌	95
子宮肉瘤	98
子宮混合間叶細胞瘤	99
子宮息肉	99
子宮經血滯留	99
子宮內膜异位症	99
子宮內膜炎	100
功能失調性子宮流血	100
輸卵管炎	100
輸卵管結扎后之子宮流血	101
卵巢腫瘤	101
卵巢腫瘤并發症	102
雌激素治療后的撤退性流血	102
體質疾病	102
子宮截除后的流血	103
性交、創傷或異物所致的流血	103
經絕期后的流血	104

第四章 下腹疼痛	105
概論	105
盆腔炎症	105
子宮內膜异位症	121
异位妊娠	125
卵巢腫塊	132
子宮病變所致的腹痛	139
消化道疾患所致的腹痛	139

泌尿系统疾患所致的腹痛	141
机能性腹痛	142
第五章 下墜感	143
概論	143
子宫位置异常	143
尿道与膀胱膨出及子宫脱垂	146
会阴裂伤及直肠膨出	149
阴道肿瘤	151
盆腔肿瘤	151
第六章 外阴瘙痒	152
概論	152
外阴炎	153
尿液渗漏	153
肛门搔痒引起的外阴搔痒症	154
外阴水肿	154
外阴擦烂	154
皮脂溢出性皮炎	155
尖头湿疣	155
扁平湿疣	157
神经性皮炎	158
湿疹	159
毒性皮炎	160
药物性皮炎	160
扁平苔癣	161
牛皮癣	161
生殖器疱疹	162
白斑症	162
外阴干枯	163
外阴萎缩及苔癣样硬化	164
怕哲忒氏病	164
癌	165
阴虱	166
癣	166
疥疮	167
维生素缺乏症	167

第七章 习惯性流产	169
概論	169
病原	169
妊娠前的处理	173
习惯性流产的内分泌变化	174
妊娠后的治疗	177
治疗的結果	180
第八章 月經异常	182
概論	182
女性内分泌	182
卵巢周期与其他器官的关系	191
卵巢内分泌測定方法	195
正常月經的现状	202
月經异常	203

第一章 白 帶

概 論

白帶是一種阴道排出物，色白或淡黃，不含血液，是妇科疾病中最普遍的一種症狀，表示生殖器官有不正常的或病理的現象存在。白帶與粘液是有區別的，粘液為阴道的正常排出物，有時排出量增加，可污染下衣。

有的婦女虽有大量白帶，但无任何不適；有的婦女則因外阴輕度潤濕而感不安，並尋求治療或施行過多的沖洗。在詢問病歷時，當注意下列幾點：

1. 白帶的增多是否須用月經帶，或只污染下衣？
2. 是否刺激外阴或致癢？阴道滴蟲與念珠菌感染最易刺激外阴，必須注意尋找。糖尿病亦不能忽略。
3. 白帶是什麼顏色？清而无色的排出物可能為正常的粘液。黃色、黃綠色白帶常指示有病變存在。紅色、棕色或黑色則常含有血液，患者可能不加注意，但醫師絕不可忽視。
4. 患者是否在就診前經過沖洗？如經過沖洗，醫師可能有錯誤的印象，以為白帶不多，化驗的結果也因之不夠準確。

若患者的主訴為白帶增多，伴同外阴癢，則檢查時最好先用消毒而未加潤滑劑的阴道擴張器窺視阴道及子宮頸，採取適量的白帶作滴蟲檢查、淋菌培養或一般塗片，使化驗的結果準確。其次對於沒有妊娠的病例，可用探針探測子宮頸管是否狹窄。然後取出擴張器，帶消毒手套作常規的雙合診檢查，同時檢查尿道、尿道旁腺與前庭大腺，並擠出分泌物作塗片或培養，各視需要而定。其次檢查外阴與會陰，若有竇、管、陷凹，當用探針探察，最後作直腸檢查以探察子宮後壁與後穹窿情況，同時檢查有无瘻管隱藏等。

粘液排出过多

在正常情况下，自阴道排出的粘液为子宫内腺体与子宫颈腺体的分泌物，以及阴道壁的渗出物与外阴部各腺体的分泌物所组成。外阴部腺体——尿道旁腺与前庭大腺分泌的粘液呈碱性，色透明。阴道壁本身不含腺体，故仅能由毛细管与淋巴管渗出粘液，色白，呈酸性，并含有脱落的上皮细胞。子宫颈腺体的分泌物则质粘，色透明如蛋白，呈碱性。子宫内膜仅分泌少量水样的粘液，亦呈碱性。这几种物质中，以阴道渗出物占主要成分，所以自阴道排出的粘液惯常呈酸性反应。但是子宫颈的分泌在正常时亦有多寡，有时分泌过多，可使妇女疑有感染。

月经周期准确的妇女，每于周期第14~15天間，有大量透明粘液自子宫颈分泌。有人认为这透明粘液的出现可以认为是排卵的时期。若在透明粘液出现后的10~12天，子宫颈呈干燥状态，则可假定有活动的黄体存在。若是透明粘液继续分泌，直到下次月经来潮时，则可假定雌性素的作用过盛，或助孕素的作用不足。在经闭病例中，若发现子宫颈有透明粘液分泌，则可假定这经闭不是由于雌性素缺乏所致，惯常单独给予助孕素，即可使月经来潮。

对于截除两侧卵巢的妇女，若注射2毫克的苯甲酸雌素二醇，即可于24小时内，使其子宫颈分泌透明粘液。对于正常妇女，在排卵前期，此剂量亦有同样作用，在排卵后期则须注射5毫克，甚至10毫克，方能发生上述作用。

子宫颈粘液的酸碱值(pH)約在7.1~7.4之間，若有感染，则可达7.5~8.0。

所以阴道排出粘液过多，可能由于性刺激、雌性素分泌增加、盆腔充血等因素所造成。多数妇女在排卵期左右与行经期前两天有粘液增多现象。妊娠、盆腔肿瘤、子宫后倾，均能增加盆腔充血程度，因而导致粘液过多，少女在发身期亦每有粘液过多情况。全身性慢性病之能影响全身血液循环，包括盆腔血液循环者，如心力

衰竭、肺結核、貧血等，亦能引起粘液過多。此類病人常有月經失調等症候群併發。

粘液過多除針對原發疾病作對症治療外，一般不須作局部治療；偶然因粘液過多，使婦女感到不適時，則可用1%的乳酸溶液作陰道沖洗。對於沒有感染的孕婦，患粘液過多時，不必給予治療。

淋菌感染

白帶常為下生殖器官淋菌感染的唯一症狀，但感染的範圍可能包括子宮頸、尿道、尿道旁腺、前庭大腺；如在幼女并可侵及陰道。白帶常為黃綠色，量多少不定。若患者在感染前已有白帶，則可能一時不發現淋菌侵襲，刺痛與頻尿可能輕微，而不引起注意。

尿道口與子宮頸常紅腫，壓迫尿道可能擠出膿液。在嚴重病例，外阴亦呈現浮腫、疼痛及發炎。尿道旁腺的管壁則增厚，並含有膿液。前庭大腺亦可發生膿腫，後者或脹大後自行穿破，或暫時吸收變成囊腫。

診斷淋菌感染須自尿道、尿道旁腺或子宮頸口取出膿液，做塗片檢查或做培養。婦科門診病人常於就診前先行小便，這樣可以減少發現淋菌的機會，須加注意。若要培養，則陰道擴張器上不可用潤滑劑，以免損害淋菌。Koch 主張在慢性病例，最好於月經周期的雌性素期，採取培養標本，因這時子宮頸粘液的分泌較多，鹼性較高。

單靠1次塗片檢查的結果作診斷，常可發生錯誤。King 發現僅作1次塗片可以漏掉59%的感染病例，僅作1次培養可以漏掉38%。若連續作3次塗片與3次培養，則僅有0.3%的感染病例漏掉。若利用塗片與培養來診斷淋菌感染是否已被根治時，則在沒有併發症的病例中，亦須在2個月內連續獲得3次陰性的塗片與3次陰性的培養檢查。

治療淋菌感染時，首先要作到下列三點：

1. 避免感染向上传播，以致侵及子宮內膜與輸卵管。如感染散布到輸卵管，可致婦女終身不孕。

2. 設法減輕病人的不適,以及預防被排出液染污的衣物傳播感染。

3. 作到早期根治。

自从抗菌素被发现后,对于淋病的治疗已有革命性的转变,抗菌素中最有效者当推青霉素。每天肌肉注射 30~40 万单位的普魯卡因青霉素 G,連續 3 天,可以治愈 97% 的急性淋菌感染。对于青霉素有过敏性反应的患者,則可应用鏈霉素,每天肌肉注射 1 克,連續數天,可达到 90% 的疗效。口服士霉素也能有 93% 的疗效。对于抗菌素有抗力的感染病例可用磺胺嘧啶每日 4 次,每次 1 克,連服 5 日,以后每日 3 克,連續 3 日,再每日 2 克連續 2 日。在急性发作期間,除外阴保持清洁外,不应給予任何局部治疗。休息、避免性交、禁酒等,甚为重要。患者的衣物与双手必須注意消毒。淋菌性眼炎为双目失明的主要原因之一。幼女极易罹患淋病,必須注意隔离。感染如果轉为慢性,或上升到輸卵管,則根治不易。

便利淋菌感染上升的因素: (1) 月經。在平时子宮頸內口相当紧狭,又有粘液凝結成栓塞堵住,造成天然的防綫,阻止淋菌上升。行經时此粘液栓塞被冲去,經期后的子宮頸变得較軟較松,并含有血液,极适合淋菌的孳生和传播,所以是最危险的时期。临床上常可发现急性輸卵管炎于行經期后发作,尤其当子宮后傾誘致經血倒流时。同样的理由,在分娩后,可爆发輸卵管炎并造成以后不再受孕的原因。(2) 冲洗。冲洗并不能治愈淋病,仅能給病人以暫时的舒适。在急性感染时冲洗,反而能将感染自子宮頸輸送入子宮腔內。(3) 創伤。在急性时期性交、多次阴道检查、子宮頸內探索,均能造成感染上升。在子宮后傾病例,电灼感染性的子宮頸更为危险。

前庭大腺脓肿的治疗 一般性的治疗方法为:注射抗菌素,給予鎮痛剂,局部热敷。若脓肿已形成,則可采取下法治疗:清洁外阴后,用一 18 号針头自粘膜面刺入脓肿,将脓液吸尽后,注入溶于生理食盐水中的青霉素 20 万单位,拔出針头,将消毒紗布按着針

孔几分钟以防药水流。惯常在24小时内疼痛与红肿即可减退。若脓肿继续长大则可考虑切开,排出脓液后用纱布填塞,但复发的病例很多,切开前在阴道内可用磺胺类油膏涂布,以免感染上升。在慢性感染病例,则每形成前庭大腺囊肿。摘除囊肿时,不可用局部麻醉,因囊肿前上方系附着于勃起组织上,局部麻醉后可发生严重的流血反应。切口最好在大阴唇的外面(图1-1),不然在阴道口

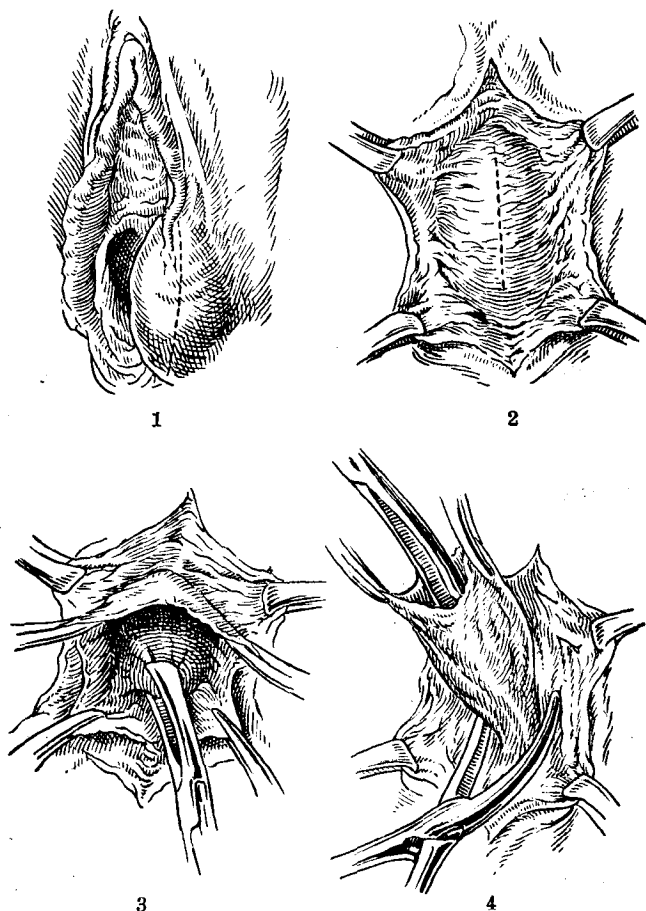


图1 Curtis截除前庭大腺囊肿的方法

能形成一个使性感不快的疤痕。一般摘除囊肿时,多主张将囊肿整个剥出,但此法出血甚多,Curtis 认为不如将囊肿切开(图 1-2),用双爪钳夹着底部(图 1-3),再将囊肿剥出较为方便,出血亦少。用此法时须在囊肿基部即囊肿的最后附着点用止血钳夹着然后割去囊壁(图 1-4),止血钳内血管则用 1 号铬线作缝合结扎。

Jacobson 认为前庭大腺囊肿的形成常由于腺管远端闭锁,致腺管发生局限性肿胀,如仅手术切除腺体而不切除腺管均有再发的可能,故建议作造袋术;将囊壁作十字切开约 2 厘米大小,囊腔用生理盐水洗净,将囊与粘膜用 20 号肠线分 6 处缝合。其优点为手术简便,在局部麻醉下即可进行,出血少,远期随诊能形成一新排泄管口,约为 0.5 厘米大小,1.5 厘米深,以避免外阴干燥。

幼女淋病 幼女极易罹患淋病,在儿童病房中,此病能迅速传播。感染症状多为外阴炎与阴道炎,并有大量脓液排出。外阴每呈红肿,有时大阴唇互相粘着,伴有表皮剥落。确实诊断不可仅依靠涂片,须借培养作出决定。采取标本时须采取阴道内脓液,不可只触到外阴而止。幼女淋病不如成人的特别容易播及尿道、尿道腺与前庭大腺。幼女淋病虽则也很少侵犯子宫颈以上的器官,但子宫颈本身常有病变,而构成再发的病灶。对幼女淋病,青霉素为最有效的治疗方法。幼女患淋病者,在达到发身期时,大多能自趋全愈。因此 Lewis 介绍用雌性素治疗,使阴道上皮角化,以控制淋病感染,当时曾获得良好效果,但自青霉素发明后,上法已成为不需要的了。

慢性子宫颈炎

子宫颈炎是造成白带的最常见原因之一。这名词用以指示子宫颈外部与内口的炎性变化。子宫颈炎的排出物为厚而胶状的脓样粘液,其量则多少不定。这种白带不常引起外阴刺激或瘙痒,与滴虫性或念珠菌阴道炎的白带不同,若干肥胖妇女或在热天亦可能感到有刺激症状。

对于各种白带病例,用阴道扩张器窥视阴道与子宫颈为最重

要的检查方法。若感染限于子宮頸內口时,子宮頸外表可能正常;若子宮頸內外部全被感染时,則子宮頸外部呈紅色及顆粒样,与周围的正常鱗状上皮有明显的分界綫。用棉杆触之,可有輕微的出血。

子宮頸糜烂 现时对一切子宮頸外部的紅色損害,統名之为糜烂,糜烂二字系自 Erosion 轉譯,原意为上皮层脫落后露出的腐蝕面,在显微镜观察下,腐蝕面上有柱状上皮遮盖,实际上糜烂的现象,仅为柱状上皮代替了原来的鱗状上皮(图2,见插页)。

Meyer 曾对糜烂的病理,作了詳細的研究,他认为原始的糜烂可能曾經发生,但由于柱状上皮的迅速生长,以致不能看到,而所看到的均为糜烂的愈合程序。他并将糜烂的愈合分作三个阶段。(1)愈合第1阶段:鱗状上皮被腐蝕后,紧接着柱状上皮就向前生长,以致真正的腐蝕面极少被发现。自单层的柱状上皮层可以透出下面的血管組織,所以这区域呈现紅色。有时柱状上皮生长极快,致呈皺折,就造成顆粒样的外表。有时皺折长得很高,就造成乳头状糜烂。(2)愈合第2阶段:鱗状上皮重新生长,慣常向柱状上皮下面生长,并将柱状上皮推起,使之脫落。鱗状上皮进入腺体中,有时将腺体出口堵塞,致腺腔內粘液胀滿,造成 Naboth 氏子宮頸腺囊肿。(3)愈合第3阶段:在这阶段,腺体全体由鱗状上皮所充塞。临床上,愈合的程序并不如此单纯,不同的阶段可能同时存在。

鱗状上皮化生 当鱗状上皮侵入柱状上皮下面,并充塞腺体全部时就形成鱗状上皮化生。有人认为鱗状上皮化生,亦可由于在柱状上皮层下,原有未区分的細胞存在,此細胞可因刺激轉变成鱗状上皮細胞。鱗状上皮化生,須与子宮頸癌区别。慣常鱗状上皮細胞虽侵入腺体中,但仍保留腺体本来結構,癌細胞則破坏腺体結構,而且侵入接連組織中。

先天性糜烂 在胎儿3~4月間,子宮頸柱状上皮与阴道鱗状上皮已可区分,在此时期,两种組織的分界綫,不在子宮頸外口而在子宮頸管內。在胎儿6~7月間,柱状細胞的分泌机能增加,分

泌的粘液对鳞状上皮细胞有摧毁作用,而推之向外口,有时超过外口,以致柱状上皮外露,造成所谓先天性糜烂。上述现象亦可在新生儿与幼女发生。

Wollner 认为雌性素可刺激柱状上皮细胞增生,助孕素则刺激鳞状上皮增生。两种激素同时应用时,雌性素可加强助孕素对鳞状上皮的作用,而助孕素则能对抗雌性素对柱状上皮的作用。所以新生儿的子宫颈糜烂,可能由于母亲的雌性素的作用。发身期少女的子宫颈糜烂,惯常找不到感染病原,似亦可用激素变化来解释。在治疗子宫颈糜烂时,似可试用助孕素,而不必立即采取其他剧烈的局部治疗。

子宫颈外翻 子宫颈慢性发炎时,内膜与下面的组织增厚,隆起,向外口翻出。临床上可发现子宫颈肥厚,外翻,呈鲜红色,常被误认作糜烂,但是柱状上皮与鳞状上皮的界限并未改变。曾经撕裂的子宫颈,遭受感染后,更易呈现外翻。但子宫颈外翻也能发生于没有裂伤的子宫颈上,甚至未婚妇女患慢性宫颈炎后,也能呈现子宫颈外翻,以致造成错误的印象,认为患者已有妊娠与分娩,这点须加注意(在法医学上有重要的关系)(图3,见插页)。

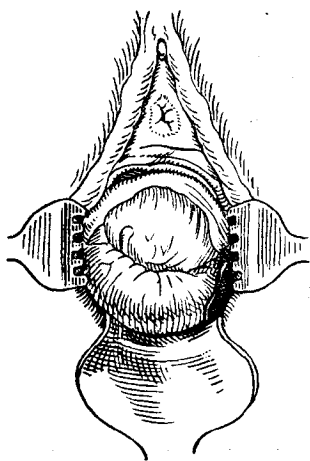


图4 子宫颈外翻,伴有双侧撕裂。

子宫颈裂伤 子宫颈裂伤后,可能无不适症状,但极易招致感染。若有炎症并发,则除了白带增多外,子宫颈并逐渐肥厚外翻,甚至呈球状(图4)而将原来的裂伤隐蔽。子宫颈先天性分裂能发现于新生儿,这种先天性分裂无重要关系,但有时可被误认作裂伤,由于生育年龄的子宫颈裂伤为曾经分娩的重要征象之一,故必须作出鉴别诊断(图5)。

对于子宫颈上红色而发炎的病变,当先排除子宫颈癌的可能性,惯

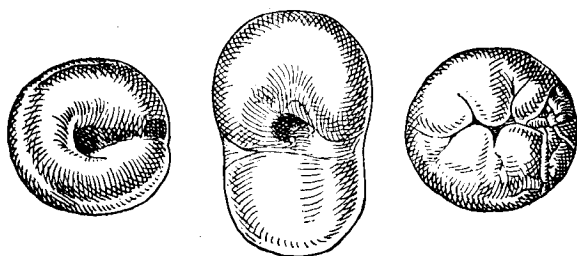


图5 子宮頸裂伤

常肉眼观察与手指触診，不能作出区别，虽恶性病变比較易碎，在受伤时較易出血。但这并不是說，发炎組織在受伤时就不出血，所以用棉杆試探子宮頸病变是否容易出血，并不能帮助与子宮頸癌之区别。事实上早期的子宮頸癌，可能不出血。在可疑的病例中，当作活体切片与子宮頸刮片检查。

子宮頸炎的治疗 治疗子宮頸炎时，当先排除子宮頸癌与淋菌感染。治疗方法有下列数种：(1)局部涂布硝酸銀溶液，对于中度子宮頸炎有效，惯常用5~20%的溶液，每星期1次，并可加用鱼肝油，但不作冲洗。用上法无效或对于严重的子宮頸炎，可将青霉素溶液注射于子宮頸发炎部分，每次用5万单位青霉素，溶于0.5%的普魯卡因1毫升中，将溶液分2处注射，例如子宮頸上面(12点钟处)与子宮頸下面(6点钟处)如此每日2次，每次更換不同部位，約10次为一疗程，成績良好，但对于子宮頸肥大的病例，效果不明显。用青霉素治疗前須先作一皮肤划痕試驗，如有过敏反应，不可应用。(2)对严重的子宮頸炎，作輪軸状电烙，可有良好的效果。电烙当于月經后4~7日施行，手术前先检查有无子宮頸管狭窄或扭斜，电烙器烧紅后，須探入子宮頸管，自內口处向外口烙灼，至糜烂边缘停止，如此可使外翻部分向内收縮。遇有 Naboth 氏囊肿必須加以毁灭。手术前須預先告訴病人，在2~3星期內白帶将增多，且有流血可能。施术时惯常无疼痛。手术后1星期可开始作阴道冲洗。此后每月检查1次，并用探針探測子宮頸管，避免发生狭窄。惯常1次手术即可將子宮頸炎治愈，极少須作