

妇产科疾病 基础与临床 (上)

王梦娜等◎编著



吉林科学技术出版社

图书在版编目 (C I P) 数据

妇产科疾病基础与临床 / 王梦娜等编著. — 长春 : 吉林科学技术出版社, 2018. 7

ISBN 978-7-5578-5004-3

I. ①妇… II. ①王… III. ①妇产科病—诊疗 IV.

①R71

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第173808号

妇产科疾病基础与临床

编 著 王梦娜等
出 版 人 李 梁
责任编辑 李 征
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
幅面尺寸 185mm×260mm
字 数 1108千字
印 张 34.75
印 数 650册
版 次 2019年3月第2版
印 次 2019年3月第2版第1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 0431-85651759
储运部电话 0431-86059116
编辑部电话 0431-85677817
网 址 www.jlstp.net
印 刷 虎彩印艺股份有限公司

书 号 ISBN 978-7-5578-5004-3
定 价 140.00元 (全二册)

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

前言

随着科技的不断提高、新技术的广泛应用及人们对妇产科疾病认识的深入,妇女健康与妇产科疾病的防治问题引起了社会的广泛重视,如何正确的认识、了解妇产科疾病,如何及时、准确的诊断妇产科疾病,如何科学、合理的治疗妇产科疾病,是我们每一位妇产科医生所必备的素质。对于刚刚步入临床工作的年轻妇产科医生来说,如何有效地将在学校所学的医学基础理论与临床实践相结合,提高分析问题、解决问题的能力,是成为一名好医生的关键。因此,为了培养初级临床医师的临床思维能力,提高临床分析、解决问题的能力,我们编撰了《妇产科疾病基础与临床》一书。

本书由众多在妇产科领域有着丰富理论知识和临床实践经验的专家精心编写而成,具有很强的指导性和实用性。内容共十六章分为妇科和产科两部分。妇科篇涉及妇科临床中的各种常见疾病,对每一种疾病的临床诊疗过程进行了清晰阐述;产科篇详细阐述了妇女妊娠、分娩的一般过程,以及在此过程中出现的病理情况和并发症的处理。本书既注重基础理论和基本技能的阐述,又集中反映了近年来与妇产科诊疗技术相关的新观点、新技术,力求简明、实用、规范,旨在提高临床医师的诊疗水平,可供妇产科住院医师、进修医师及基层医务工作者参考使用。

由于编写经验和学识水平有限,书中难免会有不足之处,在此诚挚地期盼妇产科同道们提出宝贵意见。

《妇产科疾病基础与临床》编委会

2018年5月

目 录

上篇 妇科学

第一章 女性生殖系统炎症.....	(3)
第一节 宫颈炎.....	(3)
第二节 外阴及阴道炎症	(16)
第三节 盆腔炎症	(25)
第四节 生殖器结核	(31)
第二章 女性生殖系统肿瘤	(37)
第一节 子宫肌瘤	(37)
第二节 子宫内膜癌	(47)
第三节 子宫颈癌	(50)
第四节 子宫肉瘤	(58)
第五节 输卵管肿瘤	(60)
第六节 卵巢肿瘤	(63)
第七节 阴道肿瘤	(71)
第八节 外阴肿瘤	(78)
第三章 女性生殖内分泌疾病	(82)
第一节 功能失调性子宫出血	(82)
第二节 经前期综合征	(95)
第三节 绝经综合征.....	(103)
第四节 卵巢早衰.....	(117)
第五节 多囊卵巢综合征.....	(128)
第六节 卵巢过度刺激综合征.....	(140)
第七节 高泌乳素血症.....	(149)
第八节 性早熟.....	(153)

第九节 闭 经	(159)
第十节 痛 经	(170)
第四章 子宫内膜异位症与子宫腺肌病	(173)
第一节 子宫内膜异位症	(173)
第二节 子宫腺肌病	(181)
第五章 妊娠滋养细胞疾病	(186)
第一节 葡萄胎	(186)
第二节 绒毛膜癌	(188)
第三节 侵蚀性葡萄胎	(198)
第四节 胎盘部位滋养细胞肿瘤	(199)
第六章 女性盆底功能障碍性疾病	(202)
第一节 压力性尿失禁	(202)
第二节 排便功能障碍性疾病	(221)
第三节 盆腔器官脱垂	(231)
第四节 生殖道瘘	(238)
第七章 女性生殖器官发育异常	(242)
第一节 子宫发育异常	(242)
第二节 阴道发育异常	(245)
第三节 卵巢发育异常	(248)
第四节 输卵管发育异常	(249)
第八章 女性性传播疾病	(251)
第一节 生殖器疱疹	(251)
第二节 尖锐湿疣	(253)
第三节 淋 病	(255)
第四节 梅 毒	(262)
第五节 衣原体感染	(265)
第六节 获得性免疫缺陷综合征	(268)

下篇 产科学

第九章 正常妊娠	(275)
第一节 妊娠生理	(275)
第二节 妊娠诊断	(286)
第三节 孕期监护	(292)
第四节 孕期保健	(301)

第十章 病理妊娠	(309)
第一节 胎儿成长受限	(309)
第二节 胎儿窘迫	(312)
第三节 巨大胎儿	(315)
第四节 胎儿畸形	(318)
第五节 胎膜病变	(323)
第六节 脐带异常	(329)
第七节 前置胎盘	(331)
第八节 胎盘早剥	(333)
第九节 妊娠剧吐	(335)
第十节 羊水量异常	(337)
第十一节 母子血型不合	(342)
第十二节 多胎妊娠	(344)
第十三节 过期妊娠	(346)
第十四节 异位妊娠	(348)
第十五节 流 产	(352)
第十六节 早 产	(354)
第十一章 妊娠合并症	(358)
第一节 妊娠合并缺铁性贫血	(358)
第二节 妊娠合并再生障碍性贫血	(360)
第三节 妊娠合并溶血性贫血	(363)
第四节 妊娠合并白血病	(370)
第五节 妊娠合并先天性心脏病	(373)
第六节 妊娠合并风湿性心脏病	(378)
第七节 妊娠合并心律失常	(382)
第八节 妊娠合并心肌病	(387)
第九节 妊娠与肺动脉高压	(392)
第十节 妊娠合并高血压	(397)
第十一节 妊娠合并糖尿病	(405)
第十二节 妊娠合并病毒性肝炎	(408)
第十三节 妊娠期肝内胆汁淤积症	(411)
第十四节 妊娠合并甲状腺功能亢进症	(413)
第十五节 妊娠期急性呼吸窘迫综合征	(416)
第十六节 妊娠期急性重症肺炎	(421)
第十七节 妊娠合并支气管哮喘	(425)
第十八节 妊娠合并肺栓塞	(429)
第十九节 妊娠合并急性阑尾炎	(433)

第二十节 妊娠合并急性肠梗阻	(437)
第二十一节 妊娠合并急性胰腺炎	(439)
第二十二节 妊娠合并急性胆囊炎	(442)
第二十三节 妊娠合并宫内感染	(444)
第二十四节 妊娠期生殖道感染性疾病	(450)
第十二章 正常分娩与产程处理	(462)
第一节 分娩动因	(462)
第二节 决定分娩的因素	(464)
第三节 枕先露的分娩机制	(474)
第四节 先兆临产及临产的诊断	(476)
第五节 正常产程和分娩的处理	(477)
第十三章 异常分娩	(489)
第一节 产道异常	(489)
第二节 产力异常	(494)
第三节 胎位异常	(498)
第十四章 分娩并发症	(508)
第一节 羊水栓塞	(508)
第二节 子宫破裂	(511)
第三节 子宫翻出	(513)
第四节 产后出血	(515)
第十五章 正常产褥	(527)
第一节 产褥期母体的生理变化	(527)
第二节 产褥期的处理及保健	(529)
第三节 泌乳生理	(532)
第四节 母乳喂养	(534)
第五节 哺乳期的用药问题	(537)
第十六章 产褥期疾病	(539)
第一节 产褥感染	(539)
第二节 产褥期抑郁症	(542)
第三节 产褥期中暑	(543)
第四节 晚期产后出血	(545)
参考文献	(547)

女性生殖系统炎症

第一章 育龄女性

上篇 妇科学

第一章

女性生殖系统炎症

第一节 宫颈炎

宫颈炎是指宫颈阴道部和宫颈管黏膜部位的炎症,是妇科常见疾病之一。临床上以宫颈管黏膜炎症多见,这是因为宫颈管黏膜上皮为单层柱状上皮,抗感染能力相对较差,并且宫颈管黏膜皱襞较多,病原体易在此藏匿,不易被清除掉,久而导致慢性炎症。宫颈阴道部的鳞状上皮是与阴道鳞状上皮相延续的,各种阴道炎症均可染及宫颈阴道部。

宫颈炎的分类按发生时间可分为急性宫颈炎和慢性宫颈炎。也可按病原体不同来分类。本节内容以急性和慢性宫颈炎分类为基础,对不同病原菌所引起的宫颈炎再分别给予描述。

一、急性宫颈炎

(一)病因和病原体

急性宫颈炎较慢性子宫颈炎少见,多在下列情形发生:①不洁性交后;②子宫颈损伤(如分娩、流产、宫颈手术或宫颈扩张等导致宫颈损伤)后继发感染;③化学物质刺激,如不恰当的使用高浓度酸、碱性药液冲洗阴道;④阴道异物,如由于医务人员不慎遗留的纱布或棉球,或小儿将小玩具放入阴道内等。

急性宫颈炎的病原体包括:①淋球菌和沙眼衣原体;两者是最常见的病原体,主要通过性方式传播,引起黏液脓性宫颈炎,淋球菌感染时多半合并沙眼衣原体感染。淋球菌和沙眼衣原体沿阴道黏膜上升或直接侵犯子宫颈的柱状上皮,沿黏膜面扩散引起浅层感染,而引起急性炎症。衣原体感染宫颈后可持续存在而无明显症状。近年来随着性病发病率的增长,淋球菌和沙眼衣原体引起的急性宫颈炎呈上升趋势。②一般化脓菌:如链球菌、葡萄球菌、肠球菌、大肠杆菌等。这类病菌侵入宫颈间质组织深层,并可沿着宫颈两侧的淋巴管向上蔓延,导致盆腔结缔组织炎症。③原虫:包括滴虫和阿米巴原虫。滴虫性阴道炎发生后,炎症可沿阴道黏膜蔓延,累积宫颈而引起急性炎症。自身肠道阿米巴感染或经性交带来的阿米巴包囊或滋养体感染阴道和宫颈后,可在宫颈表面形成溃疡、坏死,继发化脓性感染。

(二)病理

急性宫颈炎发生后可见宫颈增大,充血呈红色,这是由于宫颈间质水肿和血供增加所致。颈管黏膜水肿并有外翻。组织学表现:宫颈黏膜及间质见大量中性粒细胞浸润、血管充血以及组织水肿,腺腔扩张,充满脓性分泌物。重症者可有脓肿和灶性溃疡形成。

(三)对母儿的影响

妊娠期淋球菌感染的发病率为0.5%,以淋菌性宫颈内膜炎多见,但播散性淋病较非孕期增多。妊娠期淋球菌感染对母儿均有不利影响,可引起胎儿宫内发育迟缓、绒毛膜羊膜炎,致胎膜早破、早产。约1/3新生儿通过未治疗孕妇产道时可感染,出现淋球菌结膜炎,治疗不及时感染可穿透角膜,导致失明。而产妇由于产道损伤,抵抗力差,易发生产褥期感染,甚至播散性淋病,引起全身感染。

(四) 临床表现

阴道分泌物增多是急性宫颈炎最常见的症状,有时甚至是唯一症状。白带呈黏液脓性或脓血性,其刺激可引起外阴瘙痒及灼热感,患者多伴有不同程度的下腹坠痛、腰背疼痛、性交疼痛和尿路刺激症状,可有轻度发热等。当感染沿着宫颈淋巴管向周围扩散时,可引起宫颈上皮脱落,在宫颈局部形成溃疡。如果病变进一步蔓延导致盆腔结缔组织炎,可出现不同程度发热。由于急性宫颈炎常和阴道炎、急性子宫内膜炎同时发生,使得宫颈炎的症状被掩盖。亦有部分患者没有症状。

妇科检查见宫颈充血、红肿,宫颈管黏膜水肿、外翻,大量脓性分泌物从颈管内流出。当病原菌是淋球菌时,尿道、尿道旁腺、前庭大腺亦可同时感染而有脓液排出。部分病情严重的患者有盆腔炎表现。

有关沙眼衣原体所致子宫颈炎在后文有专门介绍。

(五) 诊断

根据病史、症状及妇科检查,不难做出急性宫颈炎的诊断,关键是确定病原体,以便针对处理。各种病原体所致感染可表现出不同性状的分泌物,有时仅通过目检即可鉴别,但准确诊断仍需采用一定的相应检测方法。

目前较常用的淋病实验室检查方法是分泌物的涂片染色检查(敏感性 50%~70%,特异性 95%以上),需同时做淋球菌的分离培养(敏感性 80%~90%)以确诊。对培养可疑的菌落,可采用单克隆抗体免疫荧光法检测。宫颈分泌物取材方法:注意使用盐水湿润窥器(不宜使用液体石蜡等润滑油)。先拭去宫颈外口表面分泌物,将棉拭子插入宫颈口内 1cm 处,稍转动并停留 10~30 秒,让棉拭子充分吸附分泌物,轻轻涂布于载玻片上,待自然干燥后加热固定、染色、镜检。若光镜下平均每个高倍视野有 30 个以上中性粒细胞,即可诊断急性宫颈炎。在此基础上再进行明确病原体的相关检测。

(六) 治疗

急性宫颈炎的治疗需采用全身治疗,不用局部药物治疗,更不宜做电灼等物理治疗,以免使炎症扩散。治疗要力求彻底,以免形成慢性宫颈炎。当合并急性子宫内膜炎和盆腔炎时,需要给予相应治疗。抗生素选择、给药途径、剂量和疗程要根据病原体和病情严重程度决定。

治疗主要针对病原体,主张大剂量单次给药。目前,由于耐青霉素淋菌日益增多,青霉素已不作为首选。淋菌性宫颈炎推荐的首选药物为第三代头孢菌素,如头孢曲松钠,250mg,肌肉注射,共 1 次。其他一线药物尚有(选择其中之一):①环丙沙星 500mg,口服,共 1 次。②氧氟沙星 400mg,口服,共 1 次。备用药物(用于不能应用头孢菌素的患者,选择以下方案之一):①大观霉素 4g,肌肉注射,共 1 次。②诺氟沙星 800mg,口服,共 1 次。以上治疗时需同时给予抗沙眼衣原体治疗如四环素类的多西环素 100mg,口服,每日 2 次,连用 7 天。或红霉素类中阿奇霉素 1g,顿服;或红霉素 500mg,每日 4 次,连服 7 日。或喹诺酮类如氧氟沙星 300mg,每日 2 次,连服 7 日,左氧氟沙星 500mg,每日 1 次,连服 7 日。一般化脓菌感染最好根据药物敏感试验进行治疗。念珠菌和滴虫性宫颈炎参见阴道炎的治疗方法。

二、慢性宫颈炎

(一) 病因及病原体

慢性子宫颈炎是最育龄妇女最常见的妇科疾病,可在下列情形发生:①急性宫颈炎未治疗或治疗不彻底转变而来,这是由于宫颈黏膜皱褶较多,病原体侵入宫颈腺体深处后很难根除,导致病程迁延不愈所致。但绝大部分慢性宫颈炎无典型急性宫颈炎的过程。②宫颈损伤后继发感染。阴道分娩或宫颈手术等都可发生宫颈损伤,病原体侵入伤口可致感染。③阴道异物(如子宫托)、不洁性生活等。④雌激素水平低下,局部抗感染能力差,也易引起慢性宫颈炎。部分患者无明确原因。

慢性宫颈炎的病原体一般为葡萄球菌、链球菌、沙眼衣原体、支原体、淋球菌等,另外,真菌也是慢性宫颈炎的病原菌之一。过去认为细菌是慢性宫颈炎常见的病原体,但目前随着诊断技术的提高,发现支原体、衣原体感染者很多,这些病原体的感染大部分呈慢性过程。有统计显示,慢性宫颈炎患者宫颈管黏膜

细胞内的沙眼衣原体阳性率高达 70.8%，宫颈糜烂时真菌检出率达 92%。许多性病的病原体，如人乳头瘤病毒、单纯疱疹病毒等也是慢性宫颈炎病原体，并且与宫颈癌有着密切关系。

(二)病理

慢性宫颈炎可伴发多种病变。

1.宫颈糜烂

宫颈糜烂是慢性宫颈炎最常见的病理改变。此时临床所见为宫颈外口周围表面呈细颗粒状的红色区，肉眼观似糜烂面。实质上其表面为完整的宫颈管单层柱状上皮所覆盖，因柱状上皮菲薄，其下间质透出呈红色，并非病理学上所指上皮脱落、溃疡的真性糜烂。这一区域在阴道镜下表现为原始鳞柱交界部的外移。另外，在正常宫颈间质内存在着作为免疫反应的淋巴细胞，宫颈间质内淋巴细胞的浸润，并非一定意味着慢性炎症。基于上述认识，目前西方国家的妇产科教科书已废弃宫颈糜烂这一术语，而改称宫颈柱状上皮异位，并认为这种情况不是病理改变，而是宫颈的生理性变化之一。

我国教科书多年来将宫颈糜烂分为病理炎性糜烂和假性糜烂。在一些生理情况如青春期、妊娠期或口服避孕药妇女，由于雌激素水平增高，宫颈管柱状上皮增生，原始鳞柱交界外移，可见宫颈外口呈红色、细颗粒状，形似糜烂，此为假性糜烂（也称生理性宫颈糜烂）。当雌激素水平下降，柱状上皮可退回宫颈管。由于宫颈柱状上皮抵抗力低，病原体容易侵入发生炎症，形成宫颈炎性糜烂，但是发生机制仍不明确。由于宫颈糜烂这一术语在我国当前仍使用广泛，故本书仍继续沿用。

宫颈糜烂根据糜烂深浅程度分为三型。①单纯性糜烂：在炎症初期，糜烂面仅为单层柱状上皮所覆盖，表面平坦。②颗粒型糜烂：在单纯性糜烂基础上腺上皮过度增生并伴有间质增生，糜烂面凹凸不平呈颗粒状。③乳突型糜烂：当间质增生显著，表面不平现象更加明显呈乳突状。根据糜烂面积大小将宫颈糜烂分为三度。①轻度糜烂：指糜烂面积小于整个宫颈面积的 $1/3$ ；②中度糜烂：指糜烂面积占整个宫颈面积的 $1/3 \sim 2/3$ ；③重度糜烂：指糜烂面积占整个宫颈面积的 $2/3$ 以上。诊断宫颈糜烂时应同时表示出糜烂的面积和深浅，如诊断为中度糜烂、乳突型。

宫颈表面的鳞状上皮因炎症或损伤而坏死脱落后，则形成真性糜烂。但这种真性糜烂很快被向外生长的颈管内膜所覆盖，当炎症病变稍减弱的情况下，邻近的鳞状上皮开始向覆盖在糜烂面的柱状上皮下生长，逐渐将腺上皮推移，最后完全由鳞状上皮覆盖，糜烂痊愈。但是实际上更多见的是间接替代，即在柱状上皮下方常存在一行较小的圆形细胞，称基底细胞或储备细胞，在糜烂的愈合过程中这些细胞增生，最后分化成鳞状上皮。糜烂的愈合常呈片块状分布，并因这种新生的鳞状上皮生长于炎性组织的基础上，故表层细胞极易脱落而变薄，稍受刺激即又恢复糜烂。因此，愈合进程和炎症的扩展交替进行，治疗不易彻底，较难痊愈。

上述愈合过程不仅发生在糜烂表面，腺凹的腺体及增生的腺样间隙所被覆的柱状上皮同样可被复层上皮所替代。这种腺上皮的复层化与表皮化，通常称为鳞状上皮化生。化生程度有很大差异，有时腺上皮全部被替代，有时仅腺体的一边或腺体开口处被替代，有的整个腺样结构形成实质性细胞团块位于子宫颈间质之中。由于慢性子宫颈炎的发病率极高，因此在子宫颈活检中，鳞状上皮化生的发现率可高达 $70\% \sim 80\%$ 。需要强调的是，鳞状上皮化生是糜烂愈合过程的一种变化，没有形成癌的倾向，不应与作为癌前病变的非典型增生混淆。

宫颈生理性糜烂还包括下面两种情形：①先天性糜烂：在胚胎发育后期，阴道与子宫颈的阴道部分均为移行上皮所覆盖，至第 6 个月时，这种上皮向颈管内伸展，至足月时，宫颈管黏膜的柱状上皮向外生长，超越子宫颈外口，约有 $1/3$ 新生女婴保持这种状态，其外观与成人的炎性宫颈糜烂相似，故有“先天性宫颈糜烂”之称。这种现象一般仅持续存在数天，随着来自母体的雌激素水平降落而自然消退。②第二种情形是由于宫颈内膜柱状上皮增生，超越宫颈外口所致，外观同炎性宫颈糜烂，该情形只发生于卵巢功能旺盛的生育期年龄，而不发生于青春期或绝经期后，尤其好发于妊娠期，并有产后自行消退的倾向。患者虽感白带增多，但为清洁黏液，病理检查在柱状上皮没有炎性细胞浸润或仅见少数淋巴细胞，并以乳头状与腺样糜烂的组织像为特征。所有上述现象均说明这类糜烂的形成可能是性激素的平衡失调所致，而与炎

症无关,只是在糜烂的基础上又可能继发炎症,但这仅仅是后果而不是发生糜烂的原因。糜烂可能是雌激素作用的缘故。但有些动物实验发现,注射睾酮后可获得类似人的腺性糜烂样变化。因此认为,雄激素能使子宫颈上皮改变成黏液性并趋向于形成腺体,孕激素的作用在这方面类似雄激素,而雌激素的作用是使上皮增生成为高度角化的复层扁平上皮。

综上所述,宫颈糜烂的病因绝大多数为炎症,此外还可能由内分泌紊乱因素所引起。在鉴别上应注意发生时期及有无与炎症相关的诱因与体征,病理学检查亦可供参考。

2. 宫颈息肉

宫颈息肉指宫颈内膜长出的赘生物,又称宫颈内膜息肉,是慢性宫颈炎所伴发的一种病变。慢性炎症的长期刺激使宫颈管局部黏膜不断增生,增生组织向宫颈外口突出而形成息肉。息肉数量及大小不等,多半为单发,色红,呈舌形,表面光滑,有时略带分叶,质软而脆,极易出血,蒂多细长,因此活动度大,偶尔也有基底部宽广者。息肉的根部多附着于宫颈外口,少数在宫颈管壁。光镜下见息肉实质部分由腺体、纤维间质、血管和淋巴细胞、浆细胞组成,表面覆盖与宫颈管上皮相同的单层高柱状上皮,蒂部为纤维组织及伸入息肉的血管。宫颈息肉极少恶变,文献报道在1%以下。由于炎症长期存在,除去息肉后仍易复发。

宫颈息肉因结构的不同在组织形态上表现为以下几种类型:①腺瘤样型;②腺囊肿型(腺体潴留性囊肿型);③肉芽型;④血管瘤样型;⑤鳞状化生型;⑥纤维型;⑦息肉样蜕膜反应;⑧高位宫颈息肉。

3. 宫颈黏膜炎

宫颈黏膜炎病变局限于宫颈管黏膜及黏膜下组织,宫颈阴道部外观光滑,宫颈外口可见有脓性分泌物。有时宫颈管黏膜增生向外突出,可见宫颈口充血。由于宫颈管黏膜及黏膜下组织充血、水肿、炎性细胞浸润和结缔组织增生,可导致宫颈肥大。

4. 宫颈腺体囊肿

宫颈腺体囊肿又称纳博特囊肿。在宫颈糜烂愈合过程中,新生的鳞状上皮覆盖宫颈腺管口或伸入腺管后阻塞腺管开口,腺管周围的结缔组织增生或瘢痕形成压迫腺管,使腺管变窄甚至阻塞,腺体分泌物引流受阻、潴留形成大小不等的囊形肿物。部分宫颈腺体囊肿可发生于生理性宫颈糜烂愈合时,而并非炎症表现。检查时见宫颈表面突出多个分散的青白色小囊泡,直径2~3mm,偶可达1cm,半透明状,内含无色黏液。若囊肿感染,则外观呈白色或淡黄色小囊泡,囊内液呈混浊脓性。在表面光滑的宫颈也常见到此类囊肿。

5. 宫颈肥大

慢性炎症的长期刺激,宫颈组织充血、水肿和间质增生,或者在腺体深部可能有黏液潴留形成囊肿,以上因素均可使宫颈呈不同程度的肥大,可以2~3倍于正常大小,但表面多光滑,呈淡红色或乳白色,不易出血,有时可见到潴留囊肿突起。最后由于纤维结缔组织增生,使宫颈硬度增加。有时组织增生不均匀,呈小结节状突起。在子宫脱垂的患者,宫颈特别肥大。镜下见宫颈鳞状上皮增生增厚,表面角化,但细胞排列整齐,形态正常。

6. 宫颈外翻

由于分娩、人工流产或其他原因发生宫颈口撕裂,未能及时修补,之后宫颈内膜增生并暴露于外形成宫颈外翻,很像糜烂。检查见宫颈口增宽,横裂或呈不规则撕裂,可见颈管下端的红色黏膜皱褶,宫颈前、后唇肥大,但距离较远。与糜烂不同的是外翻内膜呈纵行皱襞。在治疗上两者效果不同,宫颈糜烂可根据其发生原因经治疗而恢复正常,而外翻组织则治疗无效。

7. 慢性宫颈炎伴急性变化

在慢性宫颈炎变化的基础上可见到血管扩张,间质中有中性白细胞浸润。这种宫颈炎的病程和组织病变都属于慢性,但同时有急性炎症变化,应予以治疗。

(三) 临床表现

慢性宫颈炎主要表现为白带增多,有时是唯一症状。由于病原体种类、炎症的范围、程度和病程不同,白带的量、颜色、性状、气味也不同,可为乳白色黏液状至黄色脓性。伴有息肉等时,白带中可带有血丝或

少量血液,或宫颈接触性出血。由于白带的刺激,常有外阴不适或瘙痒。若白带增多,似干酪样,应考虑是否合并念珠菌阴道炎;若白带呈稀薄泡沫状,有臭味,则应考虑合并滴虫性阴道炎。白带恶臭多为厌氧菌引起的感染。

其他症状包括:①疼痛:感染严重时可有腰骶部疼痛、下腹坠胀。有时疼痛可出现在上腹部等处,于月经期、性生活时加重。当炎症向周围蔓延形成慢性子宫旁结缔组织炎后,宫旁韧带增粗,疼痛更加明显。②尿路刺激征:慢性宫颈炎可直接向前蔓延或通过淋巴管扩散,当波及膀胱三角区及膀胱周围结缔组织时,可出现尿频或排尿困难等尿路刺激症状。重者发生继发性尿路感染。③较多的黏稠脓性白带有碍精子上行,可导致不孕。④其他症状:如月经不调、痛经、盆腔沉重感及肠道症状等。

妇科检查可见宫颈有不同程度的糜烂、肥大、宫颈裂伤,有时可见宫颈息肉、宫颈腺体囊肿、宫颈外翻等,宫颈口多有分泌物,亦可有宫颈触痛或宫颈接触性出血。

(四)诊断

慢性宫颈炎的诊断多不困难,因其症状常被其他妇科疾病所掩盖,故多在例行妇科检查时才发现。窥器视诊检查所见如上述。仅有宫颈黏液增多而呈清澈黏液样者,可能是宫颈内膜增生或卵巢功能亢进所致,并非宫颈炎。

宫颈糜烂必须与宫颈上皮内瘤样病变、早期宫颈癌、宫颈结核和宫颈尖锐湿疣鉴别。宫颈癌前病变及早期宫颈癌等在临床上仅凭肉眼不借助其他诊断方法,不可能与宫颈糜烂鉴别,因此应常规进行宫颈细胞学检查(TCT或宫颈刮片),必要时可做宫颈活检以明确诊断。阴道镜辅助下的宫颈活检对提高诊断准确率会有很大帮助。

(五)治疗

局部治疗为主,方法有物理治疗、药物治疗和手术治疗,其中又以生物物理治疗最常用。生物物理的基本原理是破坏炎变的子宫颈上皮,促进新生健康的鳞状上皮的生长,修复创面,具有疗法简单易行、安全可靠和疗效高的特点,可在门诊施行,便于普及推广。

在未治疗的宫颈糜烂中,宫颈癌的发生率为0.2%,所以积极治疗慢性宫颈炎具有防癌意义。治疗前需排除全身及内生殖器疾患,常规做白带检查,排除真菌、滴虫感染,以免影响术后的愈合。治疗前做宫颈刮片或其他检查,排除宫颈上皮内瘤变及早期宫颈癌后,再根据不同病原分别治疗。特殊病原菌的治疗参见相关章节。

1.宫颈糜烂

1)药物治疗:局部药物治疗适用于单纯性糜烂或糜烂面积小和炎症浸润浅的病例。常用药物有10%~20%的硝酸银和5%的重铬酸钾溶液,其他尚有聚甲酚磺醛栓和重组干扰素栓等。

(1)硝酸银和重铬酸钾液:二者为强腐蚀剂,用药量少,方法简单而实用,适宜于基层医院。当前已少用。

硝酸银的具体用法:常规消毒阴道,窥器暴露宫颈,清除阴道分泌物。75%酒精消毒宫颈后,用无菌棉球拭干局部,将无菌纱布填于阴道后穹窿处以保护正常组织。用棉签蘸5%~10%的硝酸银涂擦在子宫颈糜烂面及子宫颈口,涂擦后立即换用生理盐水棉签涂擦,使多余的硝酸银成为无腐蚀性氯化银,以防灼伤阴道黏膜,再用鱼肝油棉球紧贴于宫颈,次日取出,每周治疗一次,一般3~4次为一疗程。

5%重铬酸钾溶液有一定毒性,虽有渗透性,但用来腐蚀糜烂面仅能到一定程度,不致影响深部健康组织。据国内研究用于宫颈糜烂的治愈率达98%。具体用法:局部消毒后,消毒纱布填于阴道后穹窿处,用一棉签蘸5%重铬酸钾溶液后插入宫颈管内约0.5cm处,保留一分钟。以另一棉签涂重铬酸钾溶液于子宫颈糜烂处并超过边缘。根据糜烂面性状,涂擦数次,直至糜烂面呈褐色状。换用0.1%新洁尔灭棉球擦净,取出纱布,将带有抗生素的棉球紧贴在宫颈上,24小时后取出。一般上药后2~3周可再上一次,1~4次创面可愈合。上药后阴道有水样分泌物、灰白色痂皮排出。上药期间应须保持外阴清洁,禁止坐浴。

(2)重组人干扰素 α -2b栓(商品名:奥平):奥平栓具有抗病毒、抗肿瘤及免疫调节活性。常用于宫颈糜烂,特别是对轻、中度宫颈糜烂效果较好。隔日一次,塞于阴道。10~12天为一个疗程,或者每晚一次,6天为一个疗程。通常使用2~3个疗程。

(3)聚甲酚磺醛栓(商品名:爱宝疗):隔日一次,放入阴道,12天为一个疗程,一般需1~2个疗程。使用前注意充分冲洗阴道,洗掉前次残留药膜,减少对新塞入药栓疗效的影响。

(4)中药洗剂:如洁尔阴,其主要成分是蛇床子、黄柏、苦参、苍术。一般用10%的溶液行阴道冲洗或坐浴,每日一次,2周为一个疗程。

2)物理治疗:是目前治疗宫颈糜烂最常用的方法之一,具有疗程短、疗效好的优点。适用于中度、重度糜烂,糜烂面积较大、炎症浸润较深的患者。治疗原理在于使糜烂面坏死、脱落,原有柱状上皮为新生鳞状上皮覆盖。一般只需治疗一次即可治愈。当前临床使用的几种方式,各有优缺点,选择应用时要根据单位医疗设备和仪器情况而定。

(1)电熨:将电熨斗与糜烂面接触后加压,由内向外来回移动,直到略超过糜烂面(约3mm),组织呈乳白色或微黄色为止。局部涂用1%甲紫。一般近宫口处烧灼稍深,并深入颈管内0.5~1cm,越近边缘越浅。术后2~3天内阴道分泌物较多,有时可呈脓样,适当冲洗阴道有利于创面的愈合。2周内阴道可能有少量出血,2~3周后创面脱痂,鳞状上皮开始修复。治愈率约80%。

(2)激光治疗:激光使糜烂组织炭化结痂,术后3周左右痂皮脱落,创面生长出新的鳞状上皮而修复。照射范围应超过糜烂面2mm,烧灼深度轻症为2~3mm,重症为4~5mm,治愈率为80%~90%。治愈时间为1~3个月,术后有脱痂、流水、出血等反应。

禁忌证:孕妇、月经过多或过频的患者以及全身性疾病(如血液病、肝病、严重的心脏病等)患者。

术后处理:如有继发感染时,采用抗菌药物和止血药物辅助治疗。每月复查一次,观察创面愈合情况。注意观察宫颈管有无狭窄。由于激光治疗对月经周期有一定影响,因此术后1~2次月经常出现提前、量增多和经期延长。

(3)冷冻治疗:以液氮为制冷源,运用快速降温装置达到超低温(-196℃)使糜烂面冻结、变性、坏死而脱落,新生的鳞状上皮重新覆盖宫颈阴道部而达到治疗目的。冷冻治疗不形成瘢痕,因此一般不会发生宫颈狭窄,所以对有生育要求的妇女较为合适。病变以宫颈直径不超过4cm,糜烂范围不超过宫颈2/3为宜,这样能保证探头大小能盖住糜烂区。

冷冻治疗的原则是:快速冷冻,缓慢复温。在治疗过程中,探头与宫颈糜烂组织的时间越长,结冰的范围越广、越深,降温的速度越快,越容易形成冰晶。升温还原的时间越慢,越容易对细胞产生机械性的破坏,达到彻底破坏整层糜烂组织(即柱状上皮细胞及间质)的效果。另外,冷冻的刺激作用能激起柱状上皮下的储备细胞增生和鳞化,从而进行修复和愈合。

技术操作:治疗在月经后7~10天之内进行,无须麻醉。用窥器暴露宫颈,拭干其表面分泌物。选择一个与宫颈糜烂范围大小相符合的探头,将探头直接与糜烂面相接触,然后放冷气制冷。探头温度下降到-10~0℃左右,在探头四周开始出现一圈白霜。这时探头已吸住糜烂组织,即开始计算时间,冷冻时间是1分钟,时间一到立即停止冷气,使探头离开宫颈。这时宫颈糜烂组织仍呈冰冻状态。等待3~5分钟,糜烂组织的结冰完全溶化,组织的颜色还原后再冷冻第二遍,时间还是1分钟。冷冻后,用甲紫涂冷冻面,然后用咪喃西林粉喷宫颈及阴道。

不良反应:①阴道分泌物增多:冷冻后4~6小时开始有水样分泌物,到第3~4天分泌量达到最高峰,每天200~300mL,待痂皮脱落后才逐渐减少,可持续一个月。疗效差的病例,水样分泌物可变成黏性白带。待宫颈痊愈后,分泌物自然消失。②出血:冷冻可使局部血管收缩止血,因此术后很少大出血,往往在冷冻后分泌物带有少量血液,呈血水样分泌,一般不需处理。痂皮脱落期,有时会遇到小血管破裂,出现活动性出血,则需要电凝或填塞纱布压迫止血。③冷冻能降低神经的敏感性,有麻醉和镇痛作用,治疗时患者一般无痛苦,但部分患者术中有头痛、眩晕、恶心等自主神经紊乱等反应。此外,部分患者会出现术后乏力等症。

冷冻治疗对宫颈糜烂的治愈率为 80%~90%，愈合时间平均 2 个月。主要缺点为阴道排液量多、时间较长，持续约为 2~4 周。

(4)微波治疗：微波电极接触局部病变组织时，瞬间产生高热效应(44~61℃)而达到使组织凝固的目的，并可出现凝固性血栓而止血。治愈率为 90%左右。

(5)波姆光治疗：采用波姆光照射糜烂面，直至变为均匀灰白色，照射深度为 2~3mm，治愈率 80%左右。

物理治疗的注意事项：①治疗时间选择在月经干净后 3~7 天进行。②治疗前必须排除宫颈上皮内瘤样病变、早期宫颈癌、宫颈结核和急性炎症。③术后注意检查宫颈管有无狭窄。如有应予以适当分离或扩张。④术后 2~3 个月禁止性生活。⑤接受治疗的患者日后妊娠和分娩时要交代宫颈治疗史，以防止分娩时发生宫颈裂伤或宫颈性难产。

3)手术治疗：以上方法治疗无效，或宫颈肥大糜烂面深广，且颈管受累者，可考虑宫颈锥切术或全子宫切除术。

(1)宫颈 LEEP 术：适应证于子宫颈糜烂面较深广累及宫颈管者，宫颈肥大者，如经以上治疗无效，或疑有癌前病变者。由于切下的标本外缘已被电刀破坏，影响对疑有子宫颈癌的诊断。

(2)冷刀锥切术：切下的标本可以更好地进行病理检查。锥切后应缝合创面，此法瘢痕小，术后出血机会少。

(3)全子宫切除术：适用于年龄较大，久治不愈的慢性子宫颈炎并有癌前病变者。因慢性宫颈炎而行全子宫切除者现已罕见。

2. 子宫颈息肉摘除术

适用于子宫颈息肉者。首先对症治疗积极控制感染，抗子宫颈炎治疗。出血时，以止血为主，如口服安络血 5mg，每日 3 次。或云南白药 1g，每日 2~3 次。然后行宫颈息肉摘除术，用血管钳钳夹息肉，由蒂部摘除。如出血，用棉球压迫即可止血。息肉小者，用血管钳钳夹紧根部扭下即可。摘除术后并同时行止血，消炎治疗。因本病易复发，应定期复查，每 3 个月复查一次。手术摘除标本应常规行病理检查，若有恶变征象，应及时给予相应治疗。

术后注意事项：行药物治疗、物理治疗或手术治疗后，注意保持外阴清洁，在创面未愈合期间，禁止性生活、盆浴、游泳等。

三、病毒性宫颈炎

流行病学和分子生物学研究表明，病毒以性传播方式感染女性生殖道，宫颈是病毒容易侵犯的部位。人乳头状病毒(HPV)、单纯疱疹病毒(HSV)及巨细胞病毒(HCMV)是感染宫颈的常见病毒，除引起宫颈组织的炎症外，这些病毒在宫颈不典型增生和宫颈癌的发生和发展过程中扮演着极其重要的角色。

(一) 宫颈人乳头状瘤病毒感染(宫颈尖锐湿疣)

尖锐湿疣在性病中发病仅次于淋病占第二位，由人乳头状瘤病毒(human papillo mavirus, HPV)所引起，好发于年轻妇女，60%通过性接触传染。HPV 有高度的宿主和组织特异性，只侵袭人体皮肤和黏膜，好发于男女生殖器部位，尤其是性生活受损的部位，如女性的会阴、阴道、宫颈。由于尖锐湿疣、HPV 与宫颈癌、外阴癌有密切关系，因而受到重视。

现已知 HPV 亚型中，约 20 余种与人类生殖道感染有关，在女性 HPV 感染中宫颈的感染率为 70%，其中 HPV 6、11 型主要引起尖锐湿疣病变。而 16、18、45 和 56 型则与宫颈上皮内瘤变和浸润癌有关。约 1/3 的 HPV 感染女性同时存在其他病原体引起的宫颈炎，但其他病原体宫颈炎的存在，对 HPV 的临床过程无明显影响。

1. 临床表现

HPV 引起的宫颈损害平坦而湿润，与外阴和肛周皮肤上所见到的典型生殖道尖锐湿疣明显不同，肉眼常不易看见，只有使用阴道镜检查(醋酸白色上皮、镶嵌、粗点血管)时才能看到。