

临床妇产科 疾病诊疗学

张绍荣 ◎ 著



LINCHUANG FUCHANKE JIBING ZHENLIAOXUE

天津出版传媒集团



天津科学技术出版社

临床妇产科疾病诊疗学

张绍荣 ◎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

临床妇产科疾病诊疗学 / 张绍荣著. --天津: 天津科学技术出版社, 2018.5
ISBN 978-7-5576-5331-6

I. ①临… 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116591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.tjkjcbbs.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 16.5 字数 380 000

2018年5月第1版第1次印刷

2018年9月第2次印刷

定价: 95.00元

前 言

妇产科是临床医学四大主要学科之一,主要研究女性生殖器官疾病的病因、病理、诊断及防治,妊娠、分娩的生理和病理变化,高危妊娠及难产的预防和诊治,女性生殖内分泌,计划生育及妇女保健等。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的发展,为保障女性身体和生殖健康及防治各种妇产科疾病起着重要的作用。

全书共分为两篇,共十二章,上篇为妇科常见疾病诊疗,主要介绍妇科临床常见疾病的诊断与治疗技术。下篇为产科常见疾病诊疗,重点阐述了产科常见疾病的诊断与治疗。本书内容丰富,语言精炼,编写过程中参考了国内外最新文献资料,具有科学、实用、新颖的特点。

由于当今社会医疗科技发展迅速,加上作者学识水平有限,书中难免存在疏漏甚至谬误,敬请广大专家学者批评指正。

编 者

目 录

上篇 妇科常见疾病诊疗

第一章 妇科炎症性疾病	(2)
第一节 非特异性外阴炎	(4)
第二节 非特异性前庭大腺炎	(5)
第三节 急性宫颈炎	(7)
第四节 急性子宫内膜炎	(9)
第二章 妇科下腹痛相关疾病	(13)
第一节 卵巢黄体破裂	(13)
第二节 子宫内膜异位症与子宫内膜异位囊肿破裂	(16)
第三节 卵巢肿瘤蒂扭转	(18)
第四节 卵巢肿瘤破裂	(21)
第五节 急性盆腔炎	(23)
第六节 宫腔积血	(27)
第三章 妇科出血性疾病	(31)
第一节 功能失调性子宫出血	(31)
第二节 子宫肌瘤	(33)
第三节 子宫颈癌	(36)
第四节 子宫内膜癌	(38)
第五节 子宫全切术后阴道残端出血	(41)
第六节 妇科急性腹腔内出血	(42)
第四章 女性生殖器官损伤	(47)
第一节 外阴裂伤及血肿	(47)
第二节 阴道损伤	(48)
第三节 子宫颈撕裂	(49)
第四节 阴道尿瘘	(50)
第五节 阴道直肠瘘	(52)

第五章 闭经 (54)

第一节 概述 (54)

第二节 原发性闭经 (57)

第三节 继发性闭经 (60)

第四节 卵巢早衰 (69)

第六章 内分泌疾病 (73)

第一节 高雄激素血症 (73)

第二节 泌乳素分泌紊乱 (94)

第三节 甲状腺疾病 (101)

下篇 产科常见疾病诊疗

第七章 正常妊娠及产前保健 (113)

第一节 妊娠生理 (113)

第二节 正常妊娠 (122)

第三节 产前检查 (126)

第四节 孕期卫生 (131)

第五节 孕期监护 (133)

第八章 正常分娩 (137)

第一节 分娩动因 (137)

第二节 决定分娩的因素 (138)

第三节 枕先露正常分娩机制 (142)

第四节 分娩的临床经过及处理 (143)

第五节 分娩镇痛 (148)

第九章 正常产褥 (151)

第一节 产褥期母体的变化 (151)

第二节 产褥期临床表现、处理及保健 (153)

第十章 病理妊娠 (157)

第一节 流产 (157)

第二节 早产 (160)

第三节 过期妊娠 (164)

第四节 双胎妊娠 (166)

第五节 羊水过多 (169)

第六节 羊水过少 (171)

第七节	胎膜早破	(173)
第八节	前置胎盘	(174)
第九节	胎盘早剥	(176)
第十节	妊娠期肝内胆汁淤积症	(179)
第十一节	母儿血型不合	(183)
第十二节	脐带异常	(185)
第十三节	异常妊娠	(185)
第十四节	胎儿窘迫	(187)
第十五节	胎儿生长受限	(188)
第十六节	死胎	(190)
第十一章	妊娠合并症	(191)
第一节	心脏病	(191)
第二节	急性病毒性肝炎	(196)
第三节	贫血	(204)
第四节	糖尿病	(208)
第五节	肺结核	(217)
第六节	急性肾盂肾炎	(219)
第七节	慢性肾炎	(221)
第八节	甲状腺功能亢进危象	(224)
第九节	库欣综合征	(226)
第十节	肾上腺危象	(229)
第十一节	嗜铬细胞瘤危象	(231)
第十二节	急性阑尾炎	(232)
第十三节	急性胆囊炎和胆石症	(233)
第十四节	肺炎	(235)
第十五节	癫痫	(239)
第十六节	脊髓疾病	(243)
第十二章	高危妊娠	(247)
第一节	高危妊娠概述	(247)
第二节	高危妊娠的重点监护	(249)
第三节	高危妊娠的处理	(252)
参考文献		(254)

上篇 妇科常见疾病诊疗

第一章 妇科炎症性疾病

生殖道感染(reproductive tract infection, RTI)是女性生殖系统的常见病和多发病,几乎每个妇女一生中都要经历生殖系统感染,近年来 RTI 的发病率逐年攀升。女性生殖系统有其特殊的解剖和生理特点,较男性更容易发生感染性疾病,如诊断和治疗不及时,或治疗不规范,容易使感染复发、迁延以致成为难治性疾病,并可通过性行为继续传播给性伴侣;孕期感染后可造成胎儿生长发育受限及畸形等;RTI 还可损害生育功能,增加不孕、异位妊娠、流产及盆腔炎的风险,并可增加宫颈癌和艾滋病的风险,这些都会严重危害女性的身心健康和家庭和睦,也会给社会增加负担。

在正常生理情况下,女性生殖道有其比较完整的自然防御系统,能够抵抗许多病原体的入侵,包括以下情况。

(1)女性外阴的大、小阴唇两侧自然合拢,成为遮盖阴道口及尿道口的天然屏障。

(2)女性骨盆存在许多盆底肌肉,使阴道前后壁紧贴、阴道口闭合,能防止病原体的入侵。对于阴道壁较松弛的经产妇而言,这种防御机制会有所下降。卵巢分泌的雌激素能够促进阴道上皮细胞增生变厚,增加对病原体的抵抗能力。乳酸杆菌是女性阴道的正常寄生菌,可以分解阴道上皮细胞内的糖原,产生乳酸,使阴道内环境呈酸性,从而抑制那些适于在碱性环境中生存的病原体的生长。另外,阴道分泌物可维持巨噬细胞的活性,抵抗病原体的入侵。

(3)在性激素的作用下,子宫颈黏膜能分泌出碱性的黏液,形成胶冻状的黏液栓,堵塞宫颈口,形成天然的机械屏障,减少病原体的入侵。宫颈黏液栓中含有乳铁蛋白、溶菌酶等,可抑制细菌生长,防止病原体上行进入宫腔。子宫颈内口平时处于闭合状态,子宫颈的单层高柱状上皮会形成皱褶,从而增加了宫颈黏膜的面积,使黏液分泌量增加,这些均有利于抵抗病原体的入侵。

(4)受性激素周期性变化的影响,育龄期妇女的子宫内膜会发生周期性剥脱,随着子宫内膜的剥脱和月经血的排出,少量进入子宫腔的病原体被清除;子宫内膜的分泌液中也含有乳铁蛋白、溶菌酶,可清除进入子宫腔的少量病原体。

(5)部分输卵管黏膜的上皮细胞可分化为纤毛细胞,这些纤毛可以向宫腔方向摆动,加之输卵管的蠕动作用,均会对侵入输卵管的致病菌起到清除作用。输卵管分泌液同子宫内膜分泌液一样,也含有乳铁蛋白、溶菌酶,可以清除进入子宫腔的少量病原体。

(6)生殖系统中还存在着许多免疫屏障,如生殖道黏膜中存在着不同数量的淋巴组织及散的淋巴细胞、补体以及细胞因子,这些免疫细胞均可以发挥抗感染免疫的作用。

在异常情况下,当这些屏障遭到破坏、机体免疫功能下降、外源性病原体入侵或机体内分泌改变时,均可导致感染性疾病的发生。

正常阴道内以乳酸杆菌占优势,乳酸杆菌可分解糖原,使阴道处于酸性环境;并产生过氧化氢及抗微生物因子,可抑制或杀死其他细菌,包括厌氧菌,在维持阴道正常菌群中起关键作

用。阴道与这些菌群之间形成的生态平衡会受到很多因素的影响,其中主要因素为阴道 pH 值,体内雌激素水平、频繁性交、阴道灌洗等均可以改变阴道 pH 值,使阴道 pH 值上升,不利于乳酸杆菌生长;反之,阴道菌群的变化也可影响到阴道生态平衡,如长期应用抗生素抑制乳酸杆菌生长,从而使其他致病菌成为优势菌,其他因素(如阴道异物)也可改变阴道生态平衡,引起炎症。

女性生殖道防御系统的功能随着女性一生不同阶段的生理特点而发生变化,例如在儿童期,女童生殖器官处于幼稚状态,阴道狭窄、上皮薄、无皱褶、细胞内缺乏糖原、酸度低、抗感染力弱,容易发生炎症;青春期的女性,其全身及生殖器官迅速发育,在性激素的刺激下,内外生殖器发育增快,阴道的长度及宽度增加,阴道黏膜变厚,出现皱褶,上皮细胞内有糖原,阴道靠局部的自净作用防止外来病原体的入侵;当女性进入性成熟期后,此时卵巢生殖功能与内分泌功能达到顶峰,身体各部分发育成熟,出现周期性的排卵及月经,并具有生育能力,具有完整的生殖道局部防御功能,但此期也是性活动最活跃的时期,接触各种有害病原体的机会增多,因此也是生殖系统感染性疾病最高发的阶段;在绝经过渡期及绝经后期,卵巢功能由活跃转入衰退状态,并最终衰竭,子宫及宫颈萎缩,阴道逐渐缩小,阴道穹隆变窄,黏膜变薄,无弹性,阴唇皮下脂肪减少,阴道上皮萎缩,糖原消失,分泌物减少,呈碱性,生殖道局部防御功能减退,极易发生老年性阴道炎。

女性生殖系统还存在许多免疫保护机制,病原体一旦突破自然的防御屏障,一方面引起感染过程;另一方面刺激机体产生免疫应答,建立起对病原体的免疫防御机制。包括:①宫颈和阴道上皮存在免疫细胞,可针对局部的病原体产生抗体。②子宫内也含有多种免疫细胞,其免疫机制具有双向性,一方面可以抵御外来病原体的入侵,保护机体;另一方面必须具有接受同种异体抗原,即胚胎种植和发育的功能,免疫耐受或保护性免疫抑制功能。③妊娠期妇女的特异性免疫功能受到抑制,主要是细胞免疫降低,致使某些病毒性感染增加。

由于女性腹腔通过输卵管和阴道与外界相通,阴道内的正常菌群及月经、性生活、分娩等生理过程的影响,更易造成生殖道感染,诱发因素包括:机体抵抗力下降、自然防御机制受破坏、不良性行为、手术或创伤、避孕措施采用不当、全身或邻近器官感染的蔓延。

女性生殖道感染的病原体可分为内源性和外源性两种,前者是指生殖道内的常见菌群和自身其他部位的病原体;后者是指从外界进入生殖道的病原体,包括细菌、病毒、原虫、支原体和衣原体。传播途径可分为上行蔓延、直接蔓延、经淋巴系统蔓延及血传播四种方式。炎症的转归也主要取决于机体的免疫状态及病原体的毒力,在多数情况下,机体的防御功能占优势或得到有效治疗时,炎症反应轻微、局限,并能迅速痊愈;当机体的局部或整体防御功能下降或受到破坏,或病原体侵入量大,或其毒力过强,且未得到及时、有效的治疗时,炎症可以快速向周围或全身扩散,引起急性腹膜炎、败血症,甚至导致死亡;急性炎症治疗不彻底可转为慢性,少数病例无急性炎症过程而直接表现为慢性炎症,慢性炎症经治疗可好转或痊愈,当机体抵抗力下降时,也可反复急性发作。

女性生殖道感染的临床表现多种多样,主要表现为白带异常、下腹痛、外阴局部疼痛、外阴瘙痒、局部炎症改变、全身症状、下腹部包块、外阴肿块等。

第一节 非特异性外阴炎

非特异性外阴炎症(non-specific-vulvitis)主要指外阴皮肤与黏膜的炎症。

一、病因

外阴暴露于外,又与尿道、肛门、阴道相邻,与外界接触较多,是性交、分娩及各种宫腔操作的必经之处,经常受到经血、阴道分泌物、恶露、尿液、粪便刺激,若不注意皮肤清洁可引起外阴炎;其次,糖尿病患者的糖尿刺激、粪瘘患者的粪便刺激以及尿瘘患者尿液的长期浸渍等,也可引起外阴炎。此外,穿紧身化纤内裤、经期使用卫生巾导致局部通透性差、局部潮湿等,均可引起非特异性外阴炎。有些患者因外阴瘙痒而抓挠,伤及大、小阴唇时,细菌易经抓挠的伤口入侵而致感染发炎。

二、发病机制

非特异性外阴炎多为混合感染,常见病原菌有葡萄球菌、乙型溶血性链球菌、大肠埃希菌及变形杆菌等。

三、临床表现

炎症多发生于小阴唇或大阴唇,严重时波及整个外阴部。外阴皮肤黏膜瘙痒、疼痛、烧灼感,于活动、性交、排尿及排便时加重。检查见外阴充血、肿胀、糜烂,常有抓痕。如毛囊感染可形成毛囊炎、疖肿、汗腺炎、外阴皮肤脓疱病等,严重者可形成溃疡或湿疹,甚至形成外阴部蜂窝织炎、外阴脓肿、腹股沟淋巴结肿大等,致使行走不便。慢性炎症可使皮肤增厚、粗糙、皲裂,甚至苔藓样变,部分患者可有发热、白细胞升高等全身症状。

四、诊断

根据病史及临床所见,诊断不难,应同时检查阴道分泌物,了解是否由滴虫、念珠菌、淋病奈瑟菌、衣原体、支原体、细菌感染等引起。中老年患者应检查血糖及尿糖情况,了解有无糖尿病。年轻患者及幼儿检查肛周是否有蛲虫卵,以排除蛲虫引起的外阴部不适。在做妇科检查时,应注意阴道分泌物的颜色、气味及pH值,一般取阴道上、中1/3侧壁分泌物做pH值测定及病原体检查,将分泌物分别放在盛有生理盐水和10%氢氧化钾的两张玻片上,或将分泌物涂片染色做病原体检查。

五、治疗

治疗原则为重视治疗原发病,保持局部清洁、干燥,局部应用抗生素。

1. 病因治疗

积极寻找病因,针对不同感染选用相应的敏感药物;若发现糖尿病应及时治疗;若有膀胱阴道瘘、直肠阴道瘘,应及时行修补术,修补前应先治疗外阴部炎症,以利于手术的顺利进行;由阴道炎、宫颈炎引起者则应对其治疗。

2. 局部治疗

急性期应卧床休息,避免性生活,停用引起外阴部激惹的药物及化妆品。可用0.1%聚维酮碘或1:5 000高锰酸钾坐浴,2次/天,每次15~30分钟。坐浴后擦干,涂抗生素软膏或紫

草油,如1%新霉素软膏或金霉素、红霉素软膏,或敏感试验药软膏及可的松软膏(适当短期使用,不宜常规及长期使用)。也可选用中药水煎熏外阴部,1~2次/天,如苦参、蛇床子、白藓皮、土茯苓、黄蘗各15g,川椒6g。

3. 物理治疗

(1)急性期:①紫外线疗法,局部紫外线照射,第一次用超红斑量(10~20个生物剂量),如炎症控制不满意,每日再增加4~8个生物剂量,急性期控制后可1次/2天,直至痊愈;②超短波治疗,可用单极法,距离4~6cm,无热量,每次5~6分钟,1次/天,炎症控制后可改用微热量,每次5~8分钟,1次/天;③微波治疗,用圆形电极,距离10cm,电流30~60W,每次5~6分钟,1次/天或1次/2天。

(2)亚急性期:①超短波治疗,用单极、微热量每次10~15分钟,1次/2天,10~15次为一疗程;②微波治疗,圆形电极,距离10cm,电流90~100W,每次15分钟,1次/2天;③红外线疗法,距离40cm,每次20~30分钟,1次/天,8~12次为一疗程;④坐浴,用1:5000高锰酸钾,水温40℃左右,每次10~15分钟,5~10次为一疗程。

六、预防

外阴部特殊的解剖结构,是各种病原体繁殖的良好温床,因此保持外阴部的清洁十分重要,女性应注意个人卫生,每日都要清洗外阴,要从前向后用流水清洗,先洗外阴再洗肛门,以免造成肛门处的水反流至阴部,造成人为的污染。经常更换内裤,内裤以纯棉质量为好,并要松紧合适,保持局部的透气性和干燥。不要过分擦洗外阴,以免引起人为损伤导致感染。月经期应使用灭菌效果可靠的卫生巾,并经常更换,尤其是炎热的夏天。糖尿病患者应将血糖控制在理想的水平,避免尿糖的长期刺激。肥胖者及长时间坐位工作者更应注意预防本病。性生活的频度及力度要适度,同时性伴侣有尿道炎及女性月经期时尽量避免性生活,避免阴道损伤导致感染。

第二节 非特异性前庭大腺炎

前庭大腺炎(bartholinitis)是病原体侵入前庭大腺引起的炎症。

一、病因

前庭大腺位于两侧大阴唇后1/3深部,直径为0.5~1.0cm,管长1.5~2.0cm,腺管开口于处女膜与小阴唇之间,在性交的刺激下分泌出黏液,起润滑作用。前庭大腺因其解剖部位的特点,在性交、流产、分娩或外阴不洁时易发生炎症;急性炎症发作时,病原体首先侵犯腺管,导致前庭大腺导管炎,腺管开口往往因肿胀或渗出物凝聚而阻塞,脓液不能外流、积存而形成脓肿,称为前庭大腺脓肿。此病育龄妇女多见,幼女及绝经后妇女少见。

二、发病机制

其主要病原体为葡萄球菌、大肠埃希菌、链球菌、肠球菌。随着性传播疾病发病率的增加,淋病奈瑟菌及沙眼衣原体已成为常见病原体。此外还有厌氧菌,其中又以类杆菌最多见,类杆

菌属正常阴道寄生菌,如阴道内菌群失调即有可能变为致病菌。本病常为混合感染。

三、临床表现

前庭大腺炎多发生于一侧。初起时外阴局部肿胀、疼痛、灼热感,行走不便,有时会致大小便困难。检查见大、小阴唇下部皮肤发红、肿胀、发热、压痛明显,患侧前庭大腺开口处有时可见白色小点。如治疗不及时,局部肿块逐渐增大,直径可达 3~6 cm,初始质地较硬,疼痛加剧,数日后变软,触及波动感,形成脓肿。当脓肿内压力增大时,表面皮肤变薄,脓肿可自行破溃。若破孔大,可自行引流,患者自觉轻松,炎症较快消退而痊愈;若破孔小,引流不畅,则炎症持续不消退,并可反复急性发作。部分前庭大腺炎患者常伴有腹股沟淋巴结肿大、发热及白细胞升高等全身症状。

四、诊断

根据病史及临床所见诊断不难,外阴一侧肿大、疼痛、触之有包块,大小不一,可与外阴皮肤粘连或不粘连;当脓肿形成时,触之有波动感;如已有破口,挤压局部可见有分泌物或脓液流出;若为淋病奈瑟菌感染,脓液稀薄,呈淡黄色,患者可出现全身症状。

五、预后

因广谱抗生素的应用,本病预后良好。前庭大腺脓肿单纯切开引流只能暂时缓解症状,切口闭合后,仍有可能形成囊肿或反复感染。前庭大腺囊肿(bartholin cyst)系因前庭大腺管开口部阻塞,分泌物积聚于腺腔而形成囊肿,阻塞的原因:①前庭大腺脓肿消退后,腺管阻塞,脓液吸收后,被黏液分泌物所取代;②腺腔内的黏液浓稠或先天性腺管狭窄,分泌物排出不畅;③非特异性炎症阻塞、分娩时会阴与阴道裂伤后瘢痕阻塞腺管口,或会阴侧切术损伤腺管。前庭大腺囊肿可继发感染形成脓肿反复发作。

六、治疗

当急性炎症发作时,需卧床休息,局部保持清洁。可取前庭大腺开口处分泌物行细菌培养及药物敏感试验,确定病原体及其对抗生素的敏感性,选用适合的抗生素。之前的经验性治疗常多选用广谱抗生素或联合用药。当有全身症状,发热、白细胞升高则多选用静滴抗生素为宜。常用的药物有头孢菌素类抗生素,第一代头孢菌素对革兰阳性球菌抗菌作用较强,第二代头孢菌素抗菌谱广,对革兰阴性菌的作用强于第一代头孢菌素但弱于第三代头孢菌素,第三代头孢菌素抗菌性能对革兰阴性菌的作用优于第二代,且某些药物对厌氧菌尤其是类杆菌有效。同时应用清热、解毒中药局部热敷或坐浴,如蒲公英、紫花地丁、金银花、连翘等。

如急性炎症尚未化脓,则用抗生素促其症状逐渐好转、吸收;一旦脓肿形成后,需行切开引流术,放置引流条,每日换药。如反复发作的前庭大腺脓肿或前庭大腺囊肿影响性交、行走,可行前庭大腺囊肿造口术或前庭大腺囊肿剥除术。现多行前者术式,方法简单、损伤小、术后可保留腺体功能。近年也有采用激光做囊肿造口术,效果良好,术中无出血,无需缝合,术后不用抗生素,局部无瘢痕形成并可保留腺体功能。也有介绍对一些小囊肿或反复复发的囊肿行局部穿刺抽液,再向囊腔中注入无水乙醇,停留约 15 分钟后抽出,也有部分见效。

七、预防

前庭大腺具有分泌功能,腺管开口必须保持通畅才能使分泌的黏液及时排出,如果腺管或

开口堵塞,就会使黏液淤积,形成囊肿,加上局部不卫生,病原体侵犯腺管,形成前庭大腺炎和前庭大腺脓肿。因此,应穿棉质内裤,避免穿紧身化纤内裤,减少卫生护垫使用,经常清洗外阴,保持局部清洁和干燥。

第三节 急性宫颈炎

急性宫颈炎(acute cervicitis)是常见的女性下生殖道炎症。在正常情况下,宫颈具有多种防御功能,包括黏膜免疫、体液免疫及细胞免疫,是阻止下生殖道病原体进入上生殖道的重要防线。

一、病因

宫颈介于子宫体和阴道之间,由于其所处的解剖位置很容易受阴道内病原体的感染,发生阴道炎后,容易逆行感染。急性宫颈炎多见于分娩或剖宫产后的宫颈损伤以及人工流产术、宫颈手术、宫腔操作时扩张宫颈引起的损伤,病原体进入损伤部位而发生的感染。此外,医源性因素,如产道内遗留纱布,不适当地使用高浓度的酸性或碱性药液冲洗阴道等均可引起急性宫颈炎。个别患者对避孕套或避孕膜过敏,也可引起宫颈炎症。

宫颈管单层柱状上皮抗感染能力较差,易发生感染。宫颈炎症包括宫颈阴道部炎症及宫颈管黏膜炎症。因宫颈阴道部鳞状上皮与阴道鳞状上皮相延续,阴道炎症也可引起宫颈阴道部炎症,临床多见的宫颈炎是宫颈管黏膜炎。若宫颈管黏膜炎症得不到及时彻底治疗,可引起上生殖道炎症。

二、发病机制

急性宫颈炎的病原体主要有:①性传播疾病病原体,淋病奈瑟菌及沙眼衣原体,目前这两种病原体引起的急性宫颈炎为黏液脓性宫颈炎(mucopurulent cervicitis, MPC),特点是在子宫颈管见到,或宫颈管棉拭子标本上见到脓性或黏液脓性分泌物,擦拭宫颈管时,容易诱发宫颈管内出血;淋病奈瑟菌还常侵袭尿道移行上皮、尿道旁腺及前庭大腺;②内源性病原体:部分宫颈炎与细菌性阴道病、生殖道支原体感染有关,还有一些病原体可为葡萄球菌、链球菌、大肠埃希菌以及滴虫、真菌等。部分患者的病原体不清楚。有些病原体侵入宫颈较深,可通过淋巴管引起急性盆腔结缔组织炎。

三、病理

当急性宫颈炎时,肉眼可见宫颈红肿,宫颈黏膜水肿,镜下可见血管充血,宫颈黏膜及黏膜下组织、腺体周围见大量中性粒细胞浸润,腺腔内见脓性分泌物,并可由子宫颈口流出。

四、临床表现

大部分患者无症状。有症状者主要表现为阴道分泌物增多,呈黏液脓性,阴道分泌物刺激可引起外阴瘙痒及灼烧感。此外,可出现经间期出血、性交后出血等症状。若合并尿路感染,可出现尿急、尿频、尿痛。妇科检查见宫颈充血、水肿、黏膜外翻,有黏液脓性分泌物附着在宫颈处甚至从宫颈管流出,宫颈管黏膜质脆,容易诱发出血,宫颈触痛。若为淋病奈瑟菌感染,由

于尿道旁腺、前庭大腺受累,亦可见尿道口、阴道口黏膜充血、水肿以及多量脓性分泌物。

五、诊断

1. 具备一个或两个特征性体征

(1)在宫颈管或在宫颈管棉拭子标本上,肉眼见到脓性或黏液脓性分泌物。

(2)用棉拭子擦拭宫颈管时,容易诱发宫颈管内出血。

2. 中性粒细胞检测

可检测宫颈管分泌物或阴道分泌物中的白细胞,后者需排除引起白细胞增高的阴道炎症。

(1)宫颈管分泌物涂片检查:中性粒细胞高于 30//HP(40x)。

(2)阴道分泌物涂片检查:中性粒细胞高于 10//HP(100x)。

3. 病原体检测

应做衣原体、淋病奈瑟菌、细菌性阴道病及滴虫性阴道炎等的检查。

(1)淋病奈瑟菌常用检测方法:①分泌物涂片革兰染色,查找中性粒细胞内有无革兰阴性双球菌,由于宫颈分泌物涂片查淋病奈瑟菌的敏感性、特异性差,不推荐作为女性淋病的诊断方法;②淋病奈瑟菌培养,为诊断淋病的金标准方法,要求送检及时,培养条件要求比其他细菌高;③核酸检测,包括核酸杂交及核酸扩增,尤其核酸扩增方法诊断淋病奈瑟菌感染的敏感性 & 特异性高。

(2)检测沙眼衣原体常用的方法:①衣原体培养,因其方法复杂、培养条件要求高,阳性率低,临床少用;②酶联免疫吸附试验检测沙眼衣原体抗原,临床常用的方法;③核酸检测,包括核酸杂交及核酸扩增,尤以后者为检测衣原体感染敏感、特异的方法;但应做好质量控制,避免污染引起的假阳性。

因为宫颈炎也可以是上生殖道感染的一个征象,所以,对宫颈炎患者应注意除外有无上生殖道感染。

六、治疗

其主要为抗菌药物治疗。有性传播疾病高危因素的患者,尤其是年轻女性,在未获得病原体检测结果前可给予经验治疗,如大环内酯类的阿奇霉素 0.5 g,口服,连服 3~5 天。或四环素类的多西环素 100 mg,2 次/天,连服 10~14 天。获得病原体检测结果后,应针对病原体选择敏感抗菌药物。

(1)单纯急性淋病奈瑟菌性宫颈炎:主张大剂量给药,常用药物有第三代头孢菌素,如头孢曲松钠 1~2 g,静脉注射,2 次/天,连用 3 天,或头孢克肟 200 mg,静脉注射,1 次/天,连用 3 天;氨基糖苷类的大庆霉素 2 g,单次肌注,也有学者主张女性给予 4 g,单次肌注。

(2)沙眼衣原体性宫颈炎的治疗药物主要有四环素类,如多西环素 100~200 mg,2 次/天,连服 10~14 天;大环内酯类,主要有阿奇霉素 0.5 g,口服,1 次/天,连服 3~5 天,或红霉素 250~500 mg,3~4 次/天,连服 7~14 天;喹诺酮类,主要有氧氟沙星 400 mg,2 次/天,连服 7 天;左氧氟沙星 500 mg,1 次/天,连服 7 天。淋病奈瑟菌感染常伴有衣原体感染,因此若为淋菌性宫颈炎,治疗时除选用抗淋病奈瑟菌药物外,应同时应用抗衣原体感染药物。

(3)对于合并细菌性阴道病者应同时治疗,否则将导致宫颈炎持续存在。

(4)随访治疗后症状持续存在者,应告知患者随诊。对持续性宫颈炎,需了解有无再次

感染性传播疾病,性伴侣是否已进行治疗,阴道菌群失调是否持续存在。对无明显病因的持续性宫颈炎,尚无肯定有效的治疗方法。

七、预后

大部分患者经过及时、正规的抗生素治疗后,可得到痊愈,但也有部分患者急性宫颈炎未治疗或治疗不彻底而转变为慢性宫颈炎。急性宫颈炎之所以有转为慢性子宫颈炎的倾向,主要是由于子宫颈黏膜皱襞繁多,腺体呈葡萄状,病原体侵入腺体深处后极难根治,导致病程反复、迁延而成为慢性感染病灶。部分患者可无急性宫颈炎病史,直接表现为慢性宫颈炎。

八、预防

注意个人卫生,避免各种原因引起的宫颈损伤;在机体抵抗力低下时,注意避免病原体侵入宫颈导致感染。此外,避免不适当地使用高浓度的酸性或碱性药液冲洗阴道,对避孕套或避孕膜过敏的患者,可酌情选择其他的避孕方式。积极治疗各种阴道炎症及上生殖道的感染,减少邻近组织炎症蔓延至宫颈。

第四节 急性子宫内膜炎

急性子宫内膜炎(acute endometritis)是盆腔炎症性疾病(pelvic inflammatory disease, PID)中常见的类型,多与子宫体部的炎症并发。

一、病因

急性子宫内膜炎多发生于产后、流产后、剖宫产后以及宫腔手术后。由于产后胎盘剥离面、流产及剖宫产后的创面、创口以及宫腔操作时细菌的侵入而发生感染。妇女在月经期、身体抵抗力低下时性交,或在不当的情况下(如宫腔或其他部位的脏器已有感染)行刮宫术、宫颈糜烂的物理治疗,输卵管通液或造影等,均有可能发生急性子宫内膜炎。病原体最常见者为链球菌、葡萄球菌、大肠埃希菌、淋病奈瑟菌、衣原体及支原体、厌氧菌等,并常伴有盆腔其他器官的炎症及腹膜炎。

二、发病机制

病原体经过外阴、阴道、宫颈或子宫创伤处的淋巴管侵入子宫内膜,也可沿生殖道黏膜逆行蔓延而上。结核性子宫内膜炎多是结核菌先感染其他系统,再经血循环进入子宫内膜,盆腔其他脏器的炎症也可直接蔓延至内生殖器,如阑尾炎等。

三、病理

子宫内膜充血、水肿,有炎性渗出物,可混有血,也可为脓性渗出物(多见于淋菌感染);重症子宫内膜炎时内膜呈灰绿色,坏死,见于放射治疗后。镜下见子宫内膜有大量多核白细胞浸润,细胞间隙内充满液体,毛细血管扩张,严重者细胞间隙内见大量细菌。内膜坏死脱落,形成溃疡。

四、临床表现

(1)当下腹痛急性炎症时,局部组织充血、水肿、炎性渗出物积聚、粘连,盆腔组织张力增

加,加上细菌、毒素及各种炎症化学致痛物质如乙酰胆碱、缓释肽、5-羟色胺、前列腺素及组胺等作用于盆腔脏器神经末梢,引起弥散的、定位不准确的内脏痛。可表现为下腹正中痛、下腹坠胀感等,疼痛可向双侧大腿放射,可持续、间断,活动或性交后加重。衣原体感染主要表现为轻微下腹痛,久治不愈。

(2)发热病原体及其代谢产物或炎性渗出物等外源性致热原,在体内作用于中性粒细胞、单核细胞及巨噬细胞,使其产生并释放内源性致热原而引起发热。由于感染的病原体不同,发热的类型和特点不同。淋病奈瑟菌感染起病急骤,体温可高达 38°C 以上。衣原体感染高热不明显,但可长期持续低热。

(3)阴道分泌物增多:可有白带增多,白带可呈水样、黄白色、脓性,或混有血,如系厌氧菌感染,则分泌物带有恶臭味。

(4)全身感染症状:若病情严重可有寒战、高热、头痛、食欲不振等全身症状。若并发腹膜炎时,可出现恶心、呕吐、腹胀等消化系统症状,或伴发泌尿系统及直肠刺激症状。

(5)其他:发生在产后、剖宫产后或流产后者则恶露长时间不净。如炎症扩散至子宫肌层或输卵管、卵巢、盆腔结缔组织等,症状可加重,体温可高达 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$,下腹痛加剧,白带增多等。体检子宫可增大、压痛,有全身体质衰弱等现象。

(6)妇科检查:可见宫颈内有大量脓性分泌物流出,阴道后穹隆明显触痛;如合并盆腔积液,阴道后穹隆可能饱满。如有宫颈充血、宫颈举痛等体征及阴道后穹隆波动感,提示可能并发盆腔脓肿。双合诊检查子宫体有压痛,活动受限,子宫两侧压痛;合并宫旁结缔组织炎时,可触及一侧或两侧宫旁组织片状增厚,或两侧宫骶韧带高度水肿、增粗、压痛明显。

五、诊断

所有PID的诊断都应结合病史、临床症状体征和实验室检查综合评价,PID的最低诊断标准:①宫颈举痛;②子宫压痛;③附件压痛。若必须三项同时具备,则可能因诊断标准提高而导致诊断敏感性下降;若符合三项中的一项,并有下生殖道感染的征象,则诊断的敏感性明显增加。PID的附加标准:①体温超过 38.3°C ;②宫颈或阴道的黏液性、脓性分泌物增加;③阴道分泌物生理盐水涂片见白细胞;④红细胞沉降率升高;⑤C-反应蛋白升高;⑥实验室证实的宫颈淋病奈瑟菌或衣原体阳性。除上述标准外,如行子宫内膜活检,则能明确诊断,但在急性炎症时活检有造成炎症扩散的风险,因此应严格把握指征,在足够抗感染治疗的基础上进行操作。

诊断中应注意:①大多数患者均有宫颈黏液脓性分泌物或阴道分泌物镜检白细胞增多;②如宫颈分泌物外观正常,且阴道分泌物镜检无白细胞,则急性子宫内膜炎诊断成立的可能性不大,应考虑其他可能引起下腹痛的病因;③如有条件应积极寻找致病微生物。

B超对急性子宫内膜炎的诊断也有一定意义,对于男性性伴的尿道分泌物做直接涂片染色或培养淋病奈瑟菌,如发现阳性,有助于女性盆腔炎的诊断;阴道后穹隆穿刺对于急性子宫内膜炎并不是常规检查,但对于诊断有困难的患者,或合并PID者可用此方法协助诊断,将抽出的液体进行涂片及培养,协助寻找病原体。

六、鉴别诊断

1.急性阑尾炎

急性阑尾炎多表现为转移性右下腹痛伴恶心呕吐、腹泻、发热,多无停经、阴道流血及休克