

妇产科诊疗常规

主编 孙梅玲 杨仕英 单 宁 孙丽梅



科学出版社

妇产科诊疗常规

主 编 孙梅玲 杨仕英 单 宁 孙丽梅

科 学 出 版 社

北 京

· 版权所有 侵权必究 ·

举报电话:010-64030229;010-64034315;13501151303(打假办)

内 容 简 介

本书分为妇科和产科,上、下两篇,共十五章。上篇:妇科,第1~7章;包含:生殖系统炎症、生殖器官发育异常、女性盆腔功能障碍及损伤性疾病、妊娠滋养细胞疾病、月经失调、子宫内膜异位症及子宫腺肌症、妇科肿瘤。下篇:产科,第8~15章;包含:正常妊娠、正常分娩、正常产褥、病理妊娠、妊娠期并发症、异常分娩、分娩期并发症、产褥期及产褥期疾病等内容。本书旨在向妇产科医生提供一本理论密切联系实际、符合日常诊治工作需要的理论和技术参考书。

本书为各级医护人员在诊疗工作中提供应参照的基本程序方法,可供各级医疗机构医务人员在日常诊疗工作中参照使用。

图书在版编目(CIP)数据

妇产科诊疗常规 / 孙梅玲等主编. —北京:科学出版社,2018.9

ISBN 978-7-03-058836-4

I. ①妇… II. ①孙… III. ①妇产科病-诊疗-教材 IV. ①R71

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第212303号

责任编辑:朱 华 张天佐 / 责任校对:郭瑞芝

责任印制:张欣秀 / 封面设计:王 融

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

北京厚诚则铭印刷科技有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2018年9月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2018年9月第一次印刷 印张:16 1/2

字数:400 000

定价:139.00元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

前 言

妇产科是一门有关妇女医疗保健和女性生殖系统疾病的临床学科,包括妇科和产科两大学科,理论和技术的发展十分迅速。

妇产科又是一个具有高危风险的临床科室,所接收的患者群体主要为患有妇科疾病的女性或者是将要进行分娩的待产妇或是准备做流产的女性,与其他科室相比,该类患者的身体状况与疾病情况都较一般情况更加复杂。这无疑对妇产科医务工作人员的临床专业诊断技术与临床经验提出了更高要求。也正因此,妇产科成为医院里最重要的科室之一,备受社会各界的关注。

本书分为妇科和产科,上、下两篇,共十五章。上篇:妇科,第1~7章;包含:生殖系统炎症、生殖器官发育异常、女性盆腔功能障碍及损伤性疾病、妊娠滋养细胞疾病、月经失调、子宫内膜异位症及子宫腺肌症、妇科肿瘤。下篇:产科,第8~15章;包含:正常妊娠、正常分娩、正常产褥、病理妊娠、妊娠期并发症、异常分娩、分娩期并发症、产褥期及产褥期疾病等内容。

本书在编写中注重立足于临床,集中了作者多年的临床实践经验。通过基础理论与临床应用的密切结合,抓住疾病的重点、关键和难点,旨在向妇产科医生提供一本理论密切联系实际、符合日常诊治工作需要的理论和技术参考书,使读者能从中得以裨益,拓展思考。

本书内容涉及的学术性、专业性很强,因此它只能反映目前比较成熟、比较适用的方法和技术,今后需要根据医学科学技术的发展不断进行修订。

本书为各级医护人员在诊疗工作中提供应参照的基本程序方法,并促进医学进展的学术探讨和技术改造,可供各级医疗机构医务人员在日常诊疗工作中参照使用。

尽管作者希望本书能融最实用、最前沿的妇产科诊疗知识和技术于其中,但在医学知识日新月异的今天,编撰中仍然会存在一些不足之处,望同道们不吝赐教,以便再版时修正和补充。

编 者

2018年3月

目 录

上篇 妇 科

第一章 生殖系统炎症..... (1)	第六节 压力性尿失禁 (61)
第一节 外阴炎..... (1)	第四章 妊娠滋养细胞疾病 (63)
第二节 阴道炎..... (4)	第一节 葡萄胎 (63)
第三节 宫颈炎..... (9)	第二节 侵蚀性葡萄胎和绒毛膜癌 (73)
第四节 子宫内膜炎 (14)	第三节 胎盘部位滋养细胞肿瘤 ... (75)
第五节 盆腔炎 (17)	第五章 月经失调 (79)
第二章 生殖器官发育异常 (39)	第一节 功能失调性子宫出血 (79)
第一节 两性畸形 (39)	第二节 闭经 (82)
第二节 处女膜闭锁 (41)	第三节 痛经 (90)
第三节 处女膜坚韧 (42)	第六章 子宫内膜异位症及子宫腺肌症 (94)
第四节 阴道发育异常 (42)	第一节 子宫内膜异位症 (94)
第五节 子宫发育异常 (45)	第二节 子宫腺肌症 (95)
第六节 输卵管发育异常 (48)	第七章 妇科肿瘤 (97)
第七节 卵巢发育异常 (50)	第一节 子宫肌瘤 (97)
第三章 女性盆腔功能障碍及损伤性 疾病 (51)	第二节 阴道癌..... (100)
第一节 外生殖器损伤 (51)	第三节 宫颈癌..... (104)
第二节 子宫损伤 (52)	第四节 子宫内膜癌..... (113)
第三节 阴道脱垂 (55)	第五节 原发性输卵管癌..... (117)
第四节 子宫脱垂 (56)	第六节 卵巢肿瘤..... (119)
第五节 生殖道瘘 (58)	

下篇 产 科

第八章 正常妊娠..... (131)	第四节 分娩的临床经过及处理 (151)
第一节 妊娠生理..... (131)	第十章 正常产褥..... (157)
第二节 妊娠诊断..... (140)	第十一章 病理妊娠..... (159)
第三节 孕期监护..... (142)	第一节 流产..... (159)
第九章 正常分娩..... (146)	第二节 早产..... (162)
第一节 分娩动因..... (146)	第三节 过期妊娠..... (165)
第二节 影响分娩的因素..... (147)	第四节 异位妊娠..... (168)
第三节 枕先露的分娩机制..... (150)	

第五节 妊娠剧吐..... (173)	第四节 胎位异常..... (219)
第六节 妊娠期高血压疾病..... (176)	第五节 胎儿因素..... (223)
第七节 前置胎盘..... (185)	第十四章 分娩期并发症..... (225)
第十二章 妊娠期并发症..... (190)	第一节 产后出血..... (225)
第一节 妊娠期合并糖尿病..... (190)	第二节 子宫破裂..... (229)
第二节 妊娠期合并心脏病..... (194)	第三节 羊水栓塞..... (232)
第三节 妊娠期合并急性阑尾炎..... (198)	第四节 子宫翻出..... (247)
第四节 妊娠期合并贫血..... (200)	第十五章 产褥期及产褥期疾病..... (251)
第五节 妊娠期合并肝脏疾病..... (204)	第一节 产褥感染..... (251)
第十三章 异常分娩..... (212)	第二节 晚期产后出血..... (252)
第一节 产力异常..... (212)	第三节 产褥期抑郁症..... (254)
第二节 骨产道异常..... (214)	第四节 产褥中暑..... (255)
第三节 软产道异常..... (218)	第五节 乳腺炎..... (257)
参考文献..... (258)	

上篇 妇 科

第一章 生殖系统炎症

第一节 外 阴 炎

一、非特异性外阴炎

(一) 病因

外阴与阴道、尿道、肛门邻近,经常受到经血、阴道分泌物、尿液、粪便的刺激,如不注意外阴卫生便可产生不同程度的外阴炎。其次,糖尿病患者糖尿的刺激、尿痿患者尿液的长期浸渍、粪痿患者粪便的刺激,以及一些物理化学因素的刺激等,加上外阴不洁,穿化纤内裤局部通透性差,局部经常潮湿及经期使用卫生巾的刺激,均可引起非特异性外阴炎。多为混合性感染,致病菌常为葡萄球菌、链球菌、大肠杆菌及变形杆菌等。

(二) 临床表现

外阴皮肤灼热、瘙痒或疼痛,于活动、性交、排尿及排便时尤甚。检查时可见外阴肿胀、充血、糜烂,常有抓痕,严重者形成溃疡或成片的湿疹,腹股沟淋巴结肿大,压痛,体温可稍升高,白细胞增多。慢性炎症可使外阴皮肤增厚、粗糙、皲裂,甚至苔藓样变。糖尿病性外阴炎由于尿糖有利于真菌生长繁殖,故常并发白念珠菌感染。

(三) 治疗

1. 病因治疗 积极寻找病因,进行病因治疗,如治疗糖尿病、肠道蛲虫、治疗宫颈炎及各种阴道炎,以及进行痿管修补。急性期应减少活动,较重者应卧床休息,避免性生活。必要时,针对致病菌口服或肌内注射抗生素。

2. 局部治疗 1:5000 高锰酸钾液坐浴每日 2~3 次,擦干后涂抗生素软膏,如 1% 新霉素软膏或金霉素软膏等。也可予以局部物理治疗,如红外线疗法、超短波治疗、微波治疗等。

二、前庭大腺炎

(一) 病因

前庭大腺位于两侧大阴唇后 1/3 深部,腺管开口于处女膜与小阴唇之间,在性交、分娩或其他情况污染外阴部时,病原体易于侵入而引起炎症,称前庭大腺炎。病原体多为葡萄球菌、大肠杆菌、链球菌及肠球菌,常为混合感染;近年来淋球菌及沙眼衣原体也已成为常见的病原体。急性发作时病原体首先侵犯腺管,腺管口往往因肿胀或渗出物凝集发生阻塞,脓液不能外流形成脓肿,称前庭大腺脓肿。

（二）临床表现

本病炎症多发生于一侧。初起时局部有红、肿、热、痛,甚至发生排尿痛,行走困难。有时可出现体温升高、白细胞增高等全身症状。检查时患侧前庭大腺部位有红、肿、压痛的肿块,当脓肿形成时可触及波动感。当脓腔内压力增大时,表面皮肤变薄,可自行破溃。如破口大,引流通畅,炎症可较快消退而痊愈。如破口小,引流不畅,则炎症持续不消退,并可反复急性发作。常伴有腹股沟淋巴结肿大。

（三）治疗

本病急性期需卧床休息。可取前庭大腺开口处分泌物做细菌培养,确定病原体。根据病原体选用抗生素。此外,可选用清热解毒的中药,如蒲公英、紫花地丁、连翘及金银花等,局部热敷、坐浴,或用热疗法。脓肿形成后,可切开引流并做造口术。

三、前庭大腺囊肿

（一）病因

前庭大腺囊肿是因前庭大腺管开口部阻塞,分泌物积聚而成。在急性炎症消退后,脓液逐渐转为清亮液体而形成囊肿,有时腺腔内的脓液浓稠,先天性腺管狭窄排液不畅,或在分娩时阴道及会阴外侧损伤后瘢痕阻塞腺管口,或会阴侧切术损伤腺管,也可形成囊肿。若有继发感染则形成脓肿反复发作。

（二）临床表现

本病多为单侧性,大小不等,多由小逐渐增大。如囊肿小且无感染,患者可无自觉症状,往往于妇科检查时方被发现。如囊肿大,患者可感到外阴有坠胀感或有性交不适。检查时患侧外阴肿大,可触及囊性肿物,多呈椭圆形。

（三）治疗

较小的囊肿不必做手术,可暂时观察,定期随诊。较大的囊肿或反复发作疼痛,可以手术。以往多行囊肿切除手术,现在多行囊肿造口术,因造口术方法简单安全、并发症少,且可保持腺体功能。

四、婴幼儿外阴炎

（一）病因

新生儿及幼女外阴发育较差,新生儿生后2周内阴道分泌物呈酸性,此后由母体进入的雌激素排泄殆尽,阴道内pH上升,分泌物呈中性或碱性。由于抵抗力差,抗感染的能力较差,加上护理不当即可发生炎症。致病菌多为化脓菌,如大肠杆菌、链球菌、葡萄球菌、淋球菌,以及滴虫、白念珠菌等。不良卫生习惯是发生本病的主要原因。常通过母亲或其他护理人员的手、衣物、浴盆、浴巾等传播,或由于卫生不良、外阴不洁,或因蛲虫引起瘙痒而抓伤等,细菌侵入而发生炎症。

（二）临床表现

患儿常因外阴疼痛或瘙痒而哭闹不安,有的出现尿痛、尿频、烧灼感。检查时发现外阴、阴蒂、尿道口及阴道口黏膜充血、水肿,并有脓性分泌物,有时可发现抓痕、出血等。如

急性期未做处理,两侧小阴唇粘连,尿道口、阴道口被遮盖,在上方或下方留一小孔,尿液自此处排出,常被误认为生殖器官畸形。仔细检查可发现小阴唇粘连的地方较薄、透亮。

(三) 治疗

(1)应首先排除特殊感染,先将分泌物送检有无滴虫、白念珠菌。必要时可做培养,明确致病菌,给予恰当的抗生素。

(2)保持外阴清洁、干燥,减少摩擦。用1:5000高锰酸钾溶液坐浴,每日2~3次。外阴涂40%紫草油或抗生素可的松软膏等。

(3)小阴唇已形成粘连者,可于消毒后用手指向下、向外分离,一般都能分开。粘连较牢固者可用弯蚊式血管钳从小孔处伸入,随即垂直向后,将透亮区分开。创面每日涂40%紫草油或消毒凡士林软膏,以防再粘连,直至上皮正常时为止。比较顽固的病例,可在紫草油中或上列软膏中加己烯雌酚局部涂抹。

五、护 理

外阴部炎症包括外阴炎和前庭大腺炎。外阴炎是外阴皮肤及黏膜的炎症,主要因外阴不洁及阴道炎性分泌物、粪便和尿液浸渍、刺激,以及会阴垫、化纤类内裤的刺激而引起。前庭大腺炎是病原菌侵入小阴唇内侧的前庭大腺管口引起的腺管炎症。如炎性渗出物阻塞腺管口,脓液不能引流则形成前庭大腺脓肿;急性炎症消退后,如腺管堵塞,分泌物不能排出,则形成前庭大腺囊肿。

(一) 流行病学特点和主要危险因素

本病常见于个人卫生习惯和外阴卫生差者,糖尿病患者和外阴局部营养不良者。在性交、分娩、月经期等情况下,更易污染外阴。本病主要的病原体有葡萄球菌、大肠杆菌、肠球菌、链球菌等。

(二) 主要健康问题评估

1. 外阴炎 外阴皮肤瘙痒、疼痛或烧灼感,每于活动、性交、排尿、排便时加重。检查见外阴红肿,有抓痕,严重者形成溃疡或湿疹。慢性期外阴皮肤增厚、粗糙或皲裂。

2. 前庭大腺炎 急性期患者感觉患侧大阴唇下1/3处肿胀、疼痛、灼热感,行走不便,有时可致大小便困难;检查见局部皮肤红肿、发热、压痛明显。当脓肿形成时,可触及波动感,疼痛加重,并伴有发热等全身症状和腹股沟淋巴结肿大。脓肿可自行破溃,流出脓液。前庭大腺囊肿形成后,局部有坠胀感。

(三) 护理干预和健康教育

1. 护理诊断及合作性问题

(1)组织完整性受损:与炎症刺激、局部搔抓或用药不当有关。

(2)不舒适:外阴瘙痒:与阴道分泌物增多、刺激外阴皮肤有关。

(3)疼痛:外阴肿痛:与急性前庭大腺炎及局部形成脓肿、囊肿有关。

2. 护理干预

(1)嘱患者急性期卧床休息,取侧卧位,以减少摩擦。摄取富含营养的易消化饮食,忌辛辣刺激性食物。

(2)每日清洁外阴,更换内裤,保持外阴清洁干燥,局部应避免搔抓和勿用刺激性药物

或肥皂擦洗。

(3)协助和指导患者用高锰酸钾溶液或其他外阴消毒洗液(如洁尔阴)坐浴,坐浴时会阴部应浸没于溶液中。配制的溶液浓度不能太浓,以免烧灼皮肤、黏膜。同时指导患者进行局部热敷。

(4)指导患者遵医嘱使用抗生素和止痒、止痛、抗过敏的药物。

(5)脓肿或囊肿切开引流后,社区护士应为术后患者换药,外阴用 1 : 5000 氯己定(洗必泰)棉球擦洗,每日 2 次,直至伤口愈合后改用 1 : 5000 高锰酸钾溶液坐浴,每次坐浴 20 min,每日 2 次。

3. 健康教育 向社区妇女介绍防治外阴炎的基本知识,强调预防的重要性;指出夫妻双方都应保持会阴部的清洁卫生;教育妇女注意摄取营养,加强身体锻炼,注意个人卫生,每日更换内裤,不穿紧身化纤内裤,保持外阴清洁干燥,避免不洁的性生活;注意月经期、妊娠期、产褥期及流产后的卫生,尤其应注意防止感染。

第二节 阴 道 炎

正常健康妇女,阴道由于解剖及生理特点可形成自然的防御功能,如阴道口闭合,阴道前后壁紧贴,阴道自净作用(即阴道上皮在卵巢分泌的雌激素影响下增生变厚,同时上皮细胞中含有丰富糖原,在乳杆菌作用下分解为乳酸,维持阴道正常的酸性环境, $\text{pH} \leq 4.5$, pH 多在 3.8~4.4,使适应于弱碱性环境中繁殖的病原体受到抑制)等。当阴道的自然防御功能受到破坏时,病原体易于侵入,导致阴道炎症。幼女及绝经后妇女阴道上皮菲薄易受感染。

正常情况下,阴道环境与阴道内菌群形成一种平衡的生态。寄居于阴道内的正常菌群有:①需氧菌,包括棒状杆菌、非溶血性链球菌、肠球菌、表皮葡萄球菌;②兼性厌氧菌,如乳杆菌、加德纳尔菌和大肠杆菌;③厌氧菌,包括消化球菌、消化链球菌、类杆菌、梭杆菌和动弯杆菌等;④支原体及白念珠菌。正常阴道中乳杆菌占优势,它可分解糖原使阴道处于酸性环境,还可产生过氧化氢及其他抗微生物因子,可以抑制或杀灭其他细菌,在维持阴道正常菌群中起关键作用。虽然阴道内菌群为正常菌群,但当大量应用抗生素、体内激素发生变化或各种原因致机体免疫能力下降,阴道与菌群之间的生态平衡被打破,也可形成条件致病菌。

阴道炎症的共同特点是阴道分泌物增加及外阴瘙痒,由于炎症的病因不同,分泌物的特点、性质及瘙痒的轻重也不相同。在做妇科检查时,应注意阴道分泌物的颜色、气味及 pH ,取阴道上、中 1/3 侧壁分泌物行 pH 测定及病原体检查。

一、滴虫性阴道炎

(一) 病因

滴虫性阴道炎是常见的阴道炎,由阴道毛滴虫引起。滴虫的生活史简单,只有滋养体而无包裹期,滋养体生命力较强,适宜滴虫生长的温度为 25~40℃、 pH 为 5.2~6.6 的潮湿环境,在 pH 为 5.0 以下或 7.5 以上的环境中则不生长。滴虫性阴道炎患者的阴道 pH 一般在 5.0~6.6,多数>6.0。月经前后、妊娠期或产后阴道 pH 发生变化,故隐藏在阴道皱襞中

的滴虫常得以繁殖,引起炎症的发作。滴虫能消耗或吞噬阴道上皮细胞内的糖原,阻碍乳酸生成。滴虫不仅寄生于阴道,还常侵入尿道或尿道旁腺,甚至膀胱、肾盂,以及男方的包皮皱褶、尿道或前列腺中。

(二) 传染方式

①通过性交直接传播,但男性患者通常无症状而成为带虫者;②通过公共浴池、浴具、游泳池、坐式便器、衣物等间接传播;③通过污染的、未彻底消毒的医疗器械及敷料等造成医源性传播。

(三) 临床表现

本病潜伏期为4~28日。症状轻重取决于局部免疫因素、滴虫数量多少及毒力强弱。其主要症状是阴道分泌物增多及外阴瘙痒,分泌物特点为稀薄脓性、黄绿色、泡沫状、有臭味。瘙痒部位主要为阴道口及外阴间或有灼热、疼痛、性交痛等。若尿道口有感染,可有尿频、尿痛甚至血尿。因滴虫能吞噬精子,并能阻碍乳酸生成,影响精子在阴道内存活,故可导致不孕。检查时见阴道黏膜充血,严重者有散在出血斑点,甚至宫颈出现出血点而呈“草莓样”,阴道后穹有多量白带,呈灰黄色、黄白色稀薄液体或黄绿色脓性分泌物,常呈泡沫状。带虫者阴道黏膜常无异常改变。

(四) 诊断

根据典型症状及体征不难诊断,若在阴道分泌物中查到滴虫即可确诊。取阴道分泌物用悬滴法检查,在镜下可找到呈波状运动的滴虫及增多的白细胞,在有症状的患者中,其阳性率达80%~90%。在染色涂片中亦可见到。对可疑患者,若多次悬滴法未能发现滴虫时,可送培养,准确性达98%左右。取分泌物前24~48 h避免性交、阴道灌洗或局部用药,取分泌物时窥器不涂润滑剂,分泌物取出后应及时送检并注意保暖,以免滴虫活动力减弱,造成辨认困难。目前,聚合酶链反应(PCR)也可用于滴虫的诊断,敏感性为90%,特异性为99.8%。

(五) 治疗

因滴虫性阴道炎可同时有尿道、尿道旁腺、前庭大腺及膀胱感染,故需全身用药。

1. 全身用药 甲硝唑 400 mg,每日2~3次,7日为1个疗程;初次治疗可用甲硝唑2 g单次口服。服药后偶见胃肠道反应,如食欲减退、恶心、呕吐。此外,偶见头痛、皮疹、白细胞减少等,一旦发现应停药。治疗期间及停药24 h内禁饮酒,因其与乙醇结合可出现皮肤潮红、呕吐、腹痛、腹泻等戒酒硫样反应。甲硝唑能通过乳汁排泄,若在哺乳期用药,用药期间及用药后24 h内不宜哺乳。

2. 局部用药 不能耐受口服药物或不适宜全身用药者,可选用阴道局部用药。甲硝唑阴道泡腾片 200 mg,每晚1次,连用7~10日;或0.75%甲硝唑凝胶,每次5 g,每日2次,共用7日,用药前阴道局部可用1%乳酸溶液或0.5%醋酸溶液冲洗,可减少阴道恶臭分泌物并减轻瘙痒症状。

3. 性伴侣的治疗 性伴侣应检查是否有生殖器滴虫病,前列腺液有无滴虫,若为阳性,应同时进行治疗,治疗期间禁止性交。

4. 妊娠期滴虫性阴道炎的治疗 美国疾病控制中心(CDC)推荐甲硝唑2 g,单次口服。过去动物试验曾认为甲硝唑可能有致畸作用,妊娠期禁用。最近国外研究显示,人类妊娠期应用甲硝唑并未增加胎儿畸形率,妊娠期可以应用。

5. 顽固病例的治疗 对极少数顽固复发病例,应进行培养及甲硝唑药物敏感试验。可用大剂量甲硝唑分次全身及局部联合用药。可给予甲硝唑 1 g,每日 2 次,加上甲硝唑阴道内放置 500 mg,每日 2 次,连用 7~10 日。

6. 治愈标准 滴虫阴道炎常于月经后复发,故治疗后检查滴虫阴性时,仍应每次月经后复查白带,若经 3 次检查均阴性,方可称为治愈。

7. 治疗中注意事项 治疗后检查滴虫阴性时,仍应于下次月经后继续治疗 1 个疗程,以巩固疗效。此外,内裤及洗涤用毛巾应煮沸 5~10 min,以消灭病原体,避免重复感染。

二、外阴阴道白念珠菌病

(一) 病因

外阴阴道白念珠菌病是一种常见的外阴、阴道炎,80%~90%的外阴阴道白念珠菌病是由白念珠菌引起的,10%~20%为光滑白念珠菌及近平滑白念珠菌、热带白念珠菌等引起。白念珠菌是一种真菌,为卵圆形的单壁细胞,芽生,有厚壁孢子及细胞发芽伸长形成的假菌丝,对热的抵抗力不强,加热至 60℃ 1 h 即可死亡,但对于干燥、日光、紫外线及化学制剂的抵抗力较强。酸性环境适宜白念珠菌的生长,有白念珠菌感染的阴道 pH 在 4.0~4.7,通常 <4.5。约 10%的非孕妇女及 30%的孕妇阴道中有此菌寄生,并不引起症状。一旦抵抗力降低或阴道局部环境改变时,可使白念珠菌大量繁殖而引起感染,故白念珠菌是一种条件致病菌。本病常见发病诱因有妊娠、糖尿病、大量应用免疫抑制剂及广谱抗生素等。妊娠时或糖尿病患者的机体免疫力下降,阴道糖原增加、酸度升高;大量应用免疫抑制剂如皮质类固醇激素或患有免疫缺陷性疾病可使机体抵抗力降低;长期应用广谱抗生素,改变了阴道内微生物之间的相互制约关系,可导致机体内菌群失调;另外,穿紧身化纤内裤,肥胖可使会阴局部温度及湿度增加。这些因素都易使白念珠菌得以繁殖而引起感染。

(二) 传染方式

本病传染方式主要为内源性传染。白念珠菌还可寄生于人的口腔、肠道,可发生相互自身传染,通过肠道自身传染是白念珠菌性阴道炎反复感染的主要来源。少部分患者可通过性交直接传染或通过接触感染的衣物间接传染。

(三) 临床表现

本病主要表现为外阴瘙痒、灼痛,严重时坐卧不宁,异常痛苦,还可伴有尿频、尿痛及性交痛。急性期白带增多,为白色稠厚呈凝乳或豆渣样。检查可见外阴地图样红斑及抓痕,小阴唇内侧及阴道黏膜附有白色膜状物,擦除后露出红肿黏膜面,或有糜烂面及表浅溃疡。

(四) 诊断

典型病例不难诊断,直接做阴道分泌物涂片检查可诊断。可直接取阴道分泌物置玻片上,加 1 滴生理盐水或 10% 氢氧化钾溶液,显微镜下检查,可找到芽孢和假菌丝,阳性率可达 60%。也可用革兰染色检查,阳性率可达 80%。最可靠的方法是培养法,如有症状但多次涂片检查为阴性,或为顽固病例未确诊,可取分泌物接种于培养基上,如培养出白念珠菌即可确诊。此外,对于年老肥胖或顽固病例应做尿糖及血糖检查,并详细询问有无应用大剂量雌激素或长期应用抗生素史,以查找病因。

(五) 治疗

1. 消除诱因 如有糖尿病应积极治疗;及时停用广谱抗生素、雌激素、皮质类固醇激

素。勤换内裤,用过的内裤、盆及毛巾均应用开水烫洗。

2. 局部用药 可选用下列药物置于阴道内。①咪康唑栓剂:每晚1粒(200 mg),连用7~10日;或每晚1粒(400 mg),连用3日。②克霉唑栓剂:每晚1粒(150 mg),塞入阴道深处,连用7日;或每日早、晚各1粒(150 mg),连用3日;或1粒(500 mg),单次用药。③制霉菌素栓剂,每晚1粒(10万U),连用10~14日。④0.5%~1%龙胆紫溶液涂擦阴道,每周3~4次,连续2周,该药物价廉,效果亦较好,但须注意药物浓度勿过高或用药过频,以免引起化学性外阴炎和表皮破溃,且其有污染内裤之弊,现临床上已较少使用。

3. 全身用药 经局部治疗未愈者、不能耐受局部用药者、未婚妇女及不愿采用局部用药者可选用口服药物。首选药物:氟康唑 150 mg,顿服。也可选用伊曲康唑每次 200 mg,每日1次,连用3~5日;或200 mg,每日2次,只用1日。酮康唑 200 mg,每日1次或2次,连用5日。因上述药物损害肝脏,有肝炎病史者禁用,孕妇禁用。

4. 复发病例的治疗 外阴阴道白念珠菌病容易在月经前复发,故治疗后应在月经前复查白带。5%~10%的外阴阴道白念珠菌病治疗后可复发。对复发病例应检查原因,消除诱因,并应检查是否合并其他感染性疾病,如艾滋病、滴虫性阴道炎、细菌性阴道病等。抗真菌治疗分为初始治疗及维持治疗,初始治疗者为局部治疗,延长治疗时间7~14日;若口服氟康唑 150 mg,则72 h后加服1次。常用的维持治疗:氟康唑 150 mg,每周1次,共6个月;克霉唑栓剂 500 mg,每周1次,共6个月;伊曲康唑 400 mg,每月1次或100 mg,每月1次,共6个月。治疗期间定期复查疗效及注意药物不良反应,一旦发现不良反应,立即停药。

5. 性伴侣治疗 约15%男性与女性患者接触后患有龟头炎,对有症状男性应进行白念珠菌检查及治疗。对于男性带菌者也必须进行常规治疗,预防女性重复感染。

6. 妊娠合并白念珠菌阴道炎的治疗 局部治疗为主,禁用口服唑类药物。可选用克霉唑栓剂、硝酸咪康唑栓剂、制霉菌素栓剂,以7日疗法效果好。

三、细菌性阴道病

细菌性阴道病为阴道内正常菌群失调所致的混合性感染,曾被命名为嗜血杆菌阴道炎、加德纳尔菌阴道炎、非特异性阴道炎。由于阴道内有大量不同的细菌,但临床及病理无炎症改变,并非阴道炎,现称细菌性阴道病。

(一) 病因

生理情况下,阴道内以产生过氧化氢的乳杆菌占优势;细菌性阴道病时则阴道内乳杆菌减少而其他细菌大量繁殖,主要有加德纳尔菌、动弯杆菌及其他厌氧菌,部分患者可合并支原体感染。厌氧菌的浓度可达正常妇女的100~1000倍,其繁殖的同时可产生胺类物质,碱化阴道,使阴道分泌物增多并有臭味。促使阴道菌群发生变化的原因仍不清楚,推测可能与频繁混乱的性生活及阴道灌洗使阴道碱化有关。

(二) 临床表现

10%~40%的患者可无临床症状。典型临床症状为阴道异常分泌物明显增多,呈稀薄均质状或稀糊状,为灰白色或灰黄色,带有特殊的鱼腥臭味,易于从阴道壁上拭去。可伴有轻度的外阴瘙痒或烧灼感。阴道黏膜无明显充血的炎症表现。本病常可合并其他阴道性传播疾病,故其临床表现可受到合并症的影响而有所不同。

(三) 诊断

下列四条中有三条阳性即可临床诊断为细菌性阴道病。

(1) 匀质、稀薄的阴道分泌物。

(2) 阴道 pH>4.5 (pH 多为 5.0~5.5)。

(3) 胺臭味试验阳性:取阴道分泌物少许放在玻片上,加入 10% 氢氧化钾溶液 1~2 滴,产生一种烂鱼肉样腥臭气味即为阳性。

(4) 线索细胞:即阴道脱落的表层细胞,于细胞边缘贴附大量颗粒状物即加德纳尔菌,细胞边缘不清。取少许分泌物放在玻片上,加 1 滴生理盐水混合,置于高倍光镜下见到>50% 的线索细胞。

分泌物取材时注意应取自阴道侧壁,不应取自宫颈管或后穹。

另外,可参考革兰染色的诊断标准:每个高倍光镜下形态典型的乳杆菌 ≤ 5 ,两种或两种以上的其他形态细菌(小的革兰阴性杆菌、弧形杆菌或阳性球菌) ≥ 6 。

(四) 鉴别诊断

1. 滴虫性阴道炎 分泌物增多,为稀薄、脓性、泡沫状,无鱼腥臭味,外阴瘙痒,阴道壁可见散在出血点;胺试验阴性;镜检见白细胞增多,并可见活动滴虫。

2. 白念珠菌性阴道炎 外阴明显瘙痒,阴道分泌物为较稠的白色或黄白色凝乳状或豆腐渣样;阴道壁往往充血,镜检见白细胞增多,并可查到白念珠菌孢子及假菌丝。

3. 淋菌性宫颈炎 淋菌性宫颈炎发生时,宫颈充血明显,宫颈口及阴道可见多量黄色黏稠脓性分泌物,患者常伴尿路刺激征,镜检见上皮细胞内有革兰染色阴性的双球菌存在。

(五) 治疗

选用抗厌氧菌药物,主要有甲硝唑、克林霉素。甲硝唑抑制厌氧菌生长,而不影响乳杆菌生长,是较理想的药物,但对支原体效果差。

1. 全身用药 甲硝唑 400 mg,每日 2~3 次,口服共 7 日;或甲硝唑 2 g,单次口服,必要时 24~48 h 重复给药 1 次;或克林霉素 300 mg,每日 2 次,连服 7 日。

2. 阴道用药 甲硝唑 400 mg,每日 1 次,共 7 日;或 0.75% 甲硝唑软膏,每次 5 g,每日 1 次,共 7 日;或 2% 克林霉素软膏阴道涂布,每次 5 g,每晚 1 次,连用 7 日。局部用药与口服药物疗效相似。此外,可用 1%~3% 的过氧化氢溶液冲洗阴道,每日 1 次,共 7 日;或用 1% 乳酸溶液或 0.5% 醋酸溶液冲洗阴道,改善阴道内环境以提高疗效。

3. 妊娠期细菌性阴道病的治疗 因妊娠期可导致绒毛膜羊膜炎、胎膜早破、早产等,故应在妊娠中期进行细菌性阴道病的筛查,任何有症状的细菌性阴道病孕妇及无症状的高危孕妇(有胎膜早破、早产史),均需治疗。多选用口服用药:甲硝唑 200 mg,每日 3~4 次,共服 7 日;或甲硝唑 2 g,单次口服;或克林霉素 300 mg,每日 2 次,连服 7 日。

四、老年性阴道炎

(一) 病因

老年性阴道炎的主要原因是因卵巢功能衰退,体内雌激素水平降低,阴道壁萎缩,黏膜变薄,上皮细胞内糖原减少,阴道内 pH 增高,局部抵抗力降低,致病菌容易入侵繁殖引起炎

症。常见于绝经后老年妇女;此外,双侧卵巢切除后、卵巢功能早衰、盆腔放疗后、长期闭经或哺乳期妇女等均可引起本病发生。

(二) 临床表现

本病主要症状为阴道分泌物增多,呈黄水样,严重者呈血样脓性白带。由于分泌物的刺激可有外阴瘙痒、灼热感。如累及尿道,常出现尿频、尿痛等泌尿系统的症状。检查见阴道黏膜萎缩、菲薄、皱襞消失,有充血、水肿,也可见散在的出血点,以阴道后穹及宫颈最明显,严重者可形成溃疡,若不及时治疗,溃疡面可有瘢痕收缩或与对侧粘连,致使阴道狭窄甚至闭锁,炎性分泌物引流不畅可形成阴道积脓,甚至宫腔积脓。

(三) 诊断

根据发病年龄、病史,结合局部检查,一般不难诊断。但应排除其他疾病才能诊断。应取阴道分泌物检查除外滴虫、真菌等病原体;对有血性白带者,应与子宫恶性肿瘤相鉴别,须常规做宫颈细胞学涂片,必要时行分段诊刮术或宫腔镜检查;对阴道壁肉芽组织及溃疡须与阴道癌相鉴别,可行局部组织活检。

(四) 治疗

本病治疗原则为增强阴道抵抗力和抑制细菌生长。

1. 增强阴道抵抗力 针对病因给予雌激素制剂。局部用药可予以己烯雌酚 0.125~0.25 mg,每晚放入阴道深部,7 天为 1 个疗程;或 0.5% 己烯雌酚软膏;或妊马雌酮软膏局部涂抹,每日 2 次。全身用药可口服尼尔雌醇,首次 4 mg,以后每 2~4 周 1 次,每次 2 mg,维持 2~3 个月。对同时需要性激素替代治疗的患者,可每日给予妊马雌酮 0.625 mg 和甲羟孕酮 2 mg。乳腺癌或子宫内膜癌患者禁用雌激素制剂。

2. 抑制细菌生长 用 1% 乳酸或 0.5% 醋酸液冲洗阴道,每日 1 次,增加阴道酸度,抑制细菌生长繁殖。阴道冲洗后,应用抗生素如甲硝唑 200 mg 或诺氟沙星 100 mg 放于阴道深部,每日 1 次,7~10 日为 1 个疗程。

第三节 宫 颈 炎

宫颈炎为妇科常见的疾病,占妇科门诊总数的 40%~50%。宫颈炎多发生于生育年龄的妇女。老年人也有随阴道炎而发病的,临床上一一般将宫颈炎分为急性和慢性两种类型。

一、急性宫颈炎

急性宫颈炎(acute cervicitis)多见于不洁性交后,产后、剖宫产后引起的宫颈损伤,人工流产术时,一些宫颈手术时扩张宫颈的损伤或穿孔,以及诊断性刮宫时宫颈或宫体的损伤等,病原体进入损伤部位而发生的感染,如产褥感染、感染性流产等。此外,医务人员不慎在产道内遗留纱布,以及不适当的使用高浓度的酸性或碱性药液冲洗阴道等均可引起急性子宫颈炎。

(一) 病原体

本病最常见的病原体为淋球菌及沙眼衣原体,淋球菌感染时 45%~60% 常合并沙眼衣原体感染,其次为一般化脓菌,如葡萄球菌、链球菌、大肠杆菌,以及滴虫、念珠菌、阿米巴原

虫等。淋球菌及沙眼衣原体可累及子宫颈黏膜的腺体,沿黏膜表面扩散的浅层感染。其他病原体与淋球菌不同,侵入宫颈较深,可通过淋巴管引起急性盆腔结缔组织炎,致病情严重。

(二) 病理

急性宫颈炎病理变化可见宫颈红肿,颈管黏膜水肿,组织学表现可见血管充血,子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,这种分泌物可由子宫口流出。

(三) 临床表现

淋菌性宫颈炎和沙眼衣原体性宫颈炎主要侵犯宫颈管内黏膜腺体的柱状上皮,如直接向上蔓延则可导致上生殖道黏膜感染。一般化脓菌则侵入宫颈组织较深,并可沿两侧宫颈淋巴管向上蔓延导致盆腔结缔组织炎。淋菌性或一般化脓菌性宫颈炎表现为脓性或脓血性白带增多,下腹坠痛、腰背痛、性交疼痛和尿路刺激症状,体温可轻微升高。如感染沿宫颈淋巴管向周围扩散,则可引起宫颈上皮脱落,甚至形成溃疡。本病常与阴道炎症同时发生,也可同时发生急性子宫内膜炎。

妇科检查见宫颈充血、红肿,颈管黏膜水肿,宫颈黏膜外翻,宫颈触痛,脓性分泌物从宫颈管内流出,特别是淋菌性宫颈炎时,尿道、尿道旁腺、前庭大腺亦可同时感染而有脓液排出。沙眼衣原体性宫颈炎则症状不典型或无症状,有症状者表现为宫颈分泌物增多,点滴状出血或尿路刺激症状,妇科检查宫颈口可见黏液脓性分泌物。

(四) 诊断

根据病史、症状及妇科检查,诊断急性宫颈炎并不困难,关键是确定病原体。疑为淋球菌感染时,应取宫颈管内分泌物做涂片检查(敏感性为 50%~70%)或细菌培养(敏感性为 80%~90%)。对培养可疑的菌落,可采用单克隆抗体免疫荧光法检测。检测沙眼衣原体感染时,可取宫颈管分泌物涂片染色找细胞质内包涵体,但敏感性不高,培养法技术要求高,费时长,难以推广,目前推荐的方法是直接免疫荧光法(DFA)或酶免疫法(EIA),敏感性在 89%~98%。注意诊断时要考虑是否合并急性子宫内膜炎和盆腔炎。

(五) 治疗

本病以全身治疗为主,抗生素选择、给药途径、剂量和疗程则根据病原体和病情严重程度决定。目前,淋菌性宫颈炎推荐的首选药物为头孢曲松,备用药物有大观霉素、青霉素、氧氟沙星、左氧氟沙星、依诺沙星等,治疗时需同时加服多西环素(强力霉素)。沙眼衣原体性宫颈炎推荐的首选药物为阿奇霉素或多西环素,备用药物有米诺环素、氧氟沙星等。一般化脓菌感染最好根据药敏试验进行治疗。白念珠菌感染和滴虫性宫颈炎参见阴道炎的治疗方法。急性宫颈炎的治疗应力求彻底,以免形成慢性宫颈炎。

二、慢性宫颈炎

慢性宫颈炎(chronic cervicitis)多由急性宫颈炎转变而来,往往是急性宫颈炎治疗不彻底,病原体隐居于子宫颈黏膜内形成慢性炎症。急性宫颈炎容易转为慢性的原因主要由于宫颈黏膜皱褶较多,腺体呈葡萄状,病原体侵入腺体深处后极难根除,导致病程反复、迁延不愈所致。阴道分娩、流产或手术损伤宫颈后,继发感染亦可表现为慢性过程,此外不洁性

生活、雌激素水平下降、阴道异物(如子宫托)均可引起慢性宫颈炎。其病原体一般为葡萄球菌、链球菌、沙眼衣原体、淋球菌、厌氧菌等。也有患者不表现急性症状,直接发生慢性宫颈炎。

(一) 病理

慢性宫颈炎表现为宫颈糜烂、宫颈息肉、宫颈黏膜炎、宫颈腺囊肿及宫颈肥大等。

1. 宫颈糜烂(cervical erosion) 是慢性宫颈炎的一种形式,宫颈糜烂形成的原因有3种。

(1)先天性糜烂:指女性胎儿在生殖系统发育时受母体性激素影响,导致鳞、柱交界向外迁移,宫颈外口为柱状上皮覆盖。正常时新生儿出生后糜烂仅存在较短时间,当来自母体的雌激素水平下降后即逐渐自然消退,但亦有个别患者糜烂长期持续存在,先天性糜烂的宫颈形状往往是正常或稍大,不甚整齐,宫颈口多为裂开。

(2)后天性糜烂:指宫颈管内膜柱状上皮向阴道方向增生,超越宫颈外口所致的糜烂,仅发生于卵巢功能旺盛的妊娠期,产后可自行消退。患者虽诉白带增多,但为清澈的黏液,病理检查在柱状上皮下没有炎症细胞浸润,仅见少数淋巴细胞,后天性糜烂的宫颈往往偏大,宫颈口正常或横裂或为不整齐的破裂。糜烂面周围的境界与正常宫颈上皮的界线清楚,甚至可看到交界线呈现一道凹陷的线沟,有的糜烂可见到毛细血管浮现在表面上,表现为局部慢性充血。

(3)炎症性糜烂:是慢性宫颈炎最常见的病理改变,宫颈阴道部的鳞状上皮被宫颈管柱状上皮所替代,其外表呈红色,所以不是真正的糜烂,故称假性糜烂,光镜下可见黏膜下有多核白细胞及淋巴细胞浸润,间质则有小圆形细胞和浆细胞浸润,黏膜下结缔组织的浅层为炎性细胞浸润的主要场所,宫颈的纤维组织增生。宫颈管黏膜也有增生,突出于宫颈口外形成息肉状。

根据糜烂表面可分为几种不同类型:①单纯型,糜烂面的表面是一片红色光滑面,糜烂较浅,有一层柱状上皮覆盖;②颗粒型,糜烂面组织增生,形成颗粒状;③乳头型,糜烂组织增生更明显,形成一团成乳头状。

根据糜烂区所占宫颈的比例可分3度:①轻度糜烂,糜烂面积占整个宫颈面积的1/3以内;②中度糜烂,糜烂面积占宫颈的1/3~2/3;③重度糜烂,糜烂面积占宫颈的2/3以上。

此外,在幼女及未婚妇女有时见宫颈红色,细颗粒状,形似糜烂,但无炎症,是颈管柱状上皮外移,不应称为糜烂。

宫颈糜烂在其修复的过程中,柱状上皮下的基底细胞(储备细胞)增生,最后分化为鳞状上皮,邻近的鳞状上皮也可向糜烂面的柱状上皮生长,逐渐将腺上皮推移,最后完全由鳞状上皮覆盖而痊愈。糜烂的愈合呈片状分布,新生的鳞状上皮生长于炎症糜烂组织的基础上,故表层细胞极易脱落而变薄,稍受刺激又可恢复糜烂,因此愈合和炎症的扩展交替发生,不容易彻底治愈。这种过程是受到卵巢内分泌、感染、损伤及酸碱度的影响。两种上皮细胞在争夺中不断地增生、增殖,而起到不同的变化。

(1)基底层细胞增生:是基底层与基底旁层形成一界线清楚的厚层,其中细胞质明显嗜碱,细胞层次清楚,都是成熟的细胞。

(2)储备细胞增生:是在宫颈部表面或腺体内的柱状上皮细胞与基底层之间有1~2层细胞增生,这些细胞为多角形或方形,细胞质有空泡,并稍嗜碱,胞核较大,呈圆形或椭圆形,染色质分布均匀,很少核分裂,这些细胞系储备细胞增生,如储备细胞超过3层,则系储