

实用妇科医学

SHI YONG FU KE YI XUE

邱育红 编著

河北出版传媒集团
河北科学技术出版社

前 言

妇科疾病长期困扰广大妇女。随着医学科学的进步，医疗新技术、新方法不断涌现，妇科学取得了飞速的发展，这在帮助我们提高诊疗水平的同时，也对妇科医务人员知识结构和医疗水平提出了更高的要求。为满足广大妇科医务人员实际工作的需要，我们编写了这本《实用妇科医学》。

全书共十章，系统地介绍了妇科炎症、妇科肿瘤、妇科内分泌疾病、妇科急症等常见病的病因、临床表现、诊断及治疗，对妇科介入和妇科微创等新技术和新理论也做了简要的说明。本书内容丰富翔实，具有科学性、先进性、操作性强的鲜明特点。本书可作为妇科临床工作者日常的参考书，可供各级妇科医师、临床研究生、进修生及其他相关专业医师参考。由于妇科疾病的诊断技术和治疗发展很快，一些新的治疗手段不断出现，加之我们知识水平有限，书中难免有疏漏之处，敬请同行谅解并斧正。

编 者

2013 年 8 月

目 录

第一章 妇科病史采集与常见症状	1
第一节 妇科病史采集	1
第二节 妇科常见症状与体征	5
第二章 女性生殖器官炎症	11
第一节 阴道炎症	11
第二节 子宫颈炎	15
第三节 盆腔炎症	18
第三章 女性生殖器官鳞状上皮内瘤变	26
第一节 外阴上皮内瘤变	26
第二节 阴道上皮内瘤变	29
第三节 宫颈上皮内瘤变	33
第四章 女性生殖器官肿瘤	41
第一节 子宫肌瘤	41
第二节 子宫颈癌	46
第三节 子宫内膜癌	52
第四节 输卵管癌	57
第五节 卵巢肿瘤	60
第六节 滋养细胞肿瘤	72
第五章 子宫内膜异位症与子宫腺肌病	81
第一节 子宫内膜异位症	81
第二节 子宫腺肌病	92
第六章 妇科内分泌疾病	96
第一节 功能失调性子宫出血	96
第二节 闭经	108
第三节 原发性痛经	117

第四节	多囊卵巢综合征	120
第五节	围绝经期及绝经期相关疾病	133
第七章	妇科急腹症	143
第一节	异位妊娠	143
第二节	卵巢黄体破裂	152
第三节	卵巢子宫内膜异位囊肿破裂	153
第四节	卵巢肿瘤蒂扭转	155
第八章	妇科特殊物理治疗	158
第一节	激光疗法	158
第二节	冷冻治疗	159
第三节	高热疗法	165
第四节	光治疗	170
第五节	高频电疗法	171
第九章	妇科介入治疗	174
第一节	血管性介入治疗简介	174
第二节	子宫肌瘤的动脉栓塞治疗	176
第三节	妇科恶性肿瘤的动脉灌注化疗	179
第四节	妇科出血性疾病的动脉栓塞治疗	183
第十章	妇科微创手术治疗	186
第一节	宫外孕的腹腔镜手术治疗	186
第二节	输卵管疾病的腹腔镜手术治疗	191
第三节	卵巢囊肿的腹腔镜手术治疗	197
第四节	子宫内膜异位症的腹腔镜手术治疗	199
第五节	子宫肌瘤的腹腔镜手术治疗	203
第六节	子宫恶性肿瘤的腹腔镜手术治疗	209
第七节	宫腔镜治疗	216
第八节	经阴子宫切除术	219
参考文献		226

第一章 妇科病史采集与常见症状

第一节 妇科病史采集

女性患者特有的疾病及其相应的临床症状和体征使妇科病史具有不同于其他各科的特点；盆腔检查更是妇科特有的检查手法。因此书写妇科病历时应掌握相关妇科疾病的基本知识，了解妇科病史的书写格式和采集方法。

一、采集病史时的注意事项

尊重患者及其隐私权，态度和蔼、耐心细致地询问病情。偶有患者隐瞒与性生活有关的关键情节时既不可盲目信任，也不宜立即当众强行求证。对危急患者在初步了解病情后，应及时抢救，以免贻误治疗。对未婚患者一般不做双合诊及阴道窥器检查。男医师对未婚者进行检查时，需有其他医护人员在场，以减轻患者紧张心理和避免发生不必要的误会。

二、妇科病史专项内容

妇科入院病历包括一般项目，主诉，现病史，月经史，婚姻史，生育史，既往史，个人史，家族史，体格检查（含妇科检查），实验室检查，病史摘要，分析讨论，诊疗计划，入院诊断，记录医师的完整签名。以下将着重对月经史、婚姻史、生育史及盆腔检查进行介绍。

（一）月经史

包括初潮年龄，月经周期，经期持续时间及末次月经日期（LMP）。如 $13 \frac{3 \sim 4}{28 \sim 30} 1999.3 \sim 6$ 表示患者初潮年龄为 13 岁，月经周期为 28 ~ 30d，每次行经 3 ~ 4d，末次月经于 1999 年 3 月 6 日来潮。常规询问，经量多少（可问每日更换卫生巾的多少、有无血块），经前有无不适（如乳房胀痛、水肿、精神抑

郁或易激动等), 有无痛经及疼痛部位、性质、程度以及痛经起始和消失时间。对月经异常的患者还应询问前次月经日期 (PMP)。绝经后患者应询问绝经年龄, 绝经后有无阴道出血。

(二) 婚姻史

婚姻史含婚姻次数、每次结婚年龄、是否近亲结婚 (直系血亲及三代旁系血亲)、男方健康状况, 双方性生活等情况。

(三) 生育史

包括怀孕次数, 足月产、早产, 流产次数以及现存子女数。如足月产 3 次, 无早产, 流产 1 次, 现存子女 2 人, 可简写为 3-0-1-2, 或表示为 G_4P_3 (孕 4 产 3); 尚应询问分娩方式, 新生儿出生情况, 产后有无大量出血或感染史; 自然流产或人工流产情况, 末次分娩或流产日期, 采用何种避孕措施及其效果。

在了解患者的过去史、个人史、家族史时特别注意有无妇科疾病、传染病 (如结核、腮腺炎、肝炎), 心血管疾病以及腹部手术史, 家族成员中有无遗传性疾病 (如血友病、白化病等) 及可能与遗传有关的疾病 (如糖尿病、高血压、肿瘤等)。此外, 还应询问有无过敏史。

采集病史后的体格检查, 除急诊外应按照全身检查、腹部检查和盆腔检查的顺序进行。常规测量体温、脉搏、呼吸、血压, 其他项目包括患者神志、精神状态、面容、体态、身高、体重、全身发育及毛发分布情况、皮肤、淋巴结 (特别是左锁骨上和腹股沟淋巴结)、头部器官、颈、乳房 (注意其发育以及有无包块或分泌物)、心、肺、脊柱及四肢。腹部检查为妇科体格检查的重要组成部分, 应在盆腔检查前进行。对女性患者而言腹部是否隆起, 腹壁有无瘢痕、静脉曲张、妊娠纹, 腹部是否有压痛、反跳痛或肌紧张, 腹部鼓音和浊音分布范围, 有无移动性浊音等均应注意观察, 若合并妊娠, 应检查宫底高度、胎位、胎心及胎动等。

(四) 盆腔检查

简称为妇科检查。

1. 基本要求

(1) 患者检查前应解净小便, 必要时导尿排空膀胱。大便充盈者应在排便或灌肠后检查 (尿失禁患者除外)。

(2) 医师每检查一人, 应更换置于患者臀部下面的垫单或纸单, 以防交叉感染。

(3) 患者体位一般为膀胱截石位, 臀部置于检查台缘, 头部略抬高, 两手平放于身旁, 以使腹肌松弛。危重患者不宜搬动时可在病床上检查, 尿痿患者

有时需取膝胸位接受检查。

(4) 妇女月经期间应避免不必要的盆腔检查。病情需要在有阴道流血情况下检查时，应先消毒外阴，使用无菌手套及器械，以防发生感染。

(5) 对未婚妇女进行盆腔检查的手法多采用直肠—腹部扪诊，不做阴道—腹部双合诊及窥器检查。

2. 检查步骤

(1) 外阴部检查。观察外阴发育及阴毛的生长和分布情况，注意皮肤和黏膜色泽及质地变化，有无充血、水肿、皮炎、色素减退、溃疡、赘生物或肿块，有无增厚、皲裂、变薄或萎缩。对临床上疑有阴虱者，应仔细检查阴毛根部有无阴虱贴附。用拇指和食指分开小阴唇，暴露阴道前庭及尿道口和阴道口。注意观察有无溃疡、赘生物或囊肿等，并注意分泌物的性状及量。无性生活史的妇女处女膜多完整无损，阴道口勉强可容食指；有性生活女性的阴道口多可容两指通过；经产妇的处女膜缘可见会阴侧切瘢痕或残存处女膜痕。检查时还应让患者用力向下屏气，观察有无尿失禁、阴道前后壁膨出、子宫脱垂等异常。

(2) 阴道窥器检查。根据患者阴道壁松弛情况选用适当大小的阴道窥器。将阴道窥器两叶合拢，放松侧部螺丝，旋紧中部螺丝，以免小阴唇和阴道壁黏膜被夹入两叶缘间引起疼痛或不适。选用液状石蜡、肥皂液或生理盐水润滑两叶前端，以减轻插入阴道口时的不适感。拟作宫颈刮片或阴道细胞学检查时，为避免影响检查结果，宜用生理盐水润滑阴道口。放置窥器前先用一手食指和拇指分开两侧小阴唇，暴露阴道口，另一手持阴道窥器，沿阴道侧后壁缓慢插入阴道内，窥器应尽量避让敏感的尿道周围区，在向上向后推进窥器过程中逐渐将两叶转平，小心张开两叶暴露宫颈，避免窥器顶端碰伤宫颈外口。部分患者阴道壁松弛，宫颈暴露困难时，可调松窥器中部螺丝，使两叶能张开到最大限度，或改用大号窥器进行检查。窥器深入阴道的同时注意旋转窥器，观察阴道前、后、侧壁黏膜颜色、皱襞情况，有无发育异常如阴道隔、双阴道等先天畸形，有无溃疡、赘生物或囊肿等。注意阴道内的分泌物量、性质、色泽，有无臭味。有异常者应作涂片或培养检出病原体，常见的如滴虫、念珠菌等。充分暴露宫颈后，可旋紧窥器侧部螺丝，使其固定在阴道内，便于检查宫颈阴道部情况及宫颈刮片和宫颈管分泌物涂片和培养的操作。应注意记录有无宫颈肥大、出血、糜烂、撕裂、外翻、腺囊肿、息肉、肿块，颈管内有无出血或分泌物。取出窥器前，先旋松侧部螺丝，合拢两叶再取出。

(3) 双合诊。检查者一手的两指或一指置阴道内，另一手置下腹部上方，两手相相对合触摸，配合了解盆腔内生殖器官及其相邻器官、组织情况的检查手法称为双合诊。双合诊是盆腔检查中的重要项目，掌握双合诊手法是妇产科

医师的必修课和基本功。

正常子宫位置一般是前倾略前屈。“倾”指宫体纵轴与身体纵轴的关系。若宫体朝向耻骨称前倾（anteversion），朝向骶骨称后倾（retroversion）。“屈”指宫体与宫颈间的关系。若两者间的纵轴形成的角度朝向前方为前屈（anteflexion），形成的角度朝后方为后屈（retroflexion）。

检查方法：按个人习惯，用右手（或左手）戴好消毒手套，食、中两指涂润滑剂后，根据患者阴道口张力大小放入两指或一指，沿后壁深入阴道，若患者感疼痛不适，可退出中指，用食指替代双指进行检查。首先应检查阴道通畅度和深度，有无先天畸形、瘢痕、结节或肿块；再扪诊宫颈大小、形状、硬度表面光滑程度情况，拨动宫颈了解有无宫颈举痛，上顶或左右摇动宫颈有牵引、刺激腹膜的作用。当患者因腹腔内出血或盆腔炎盆腔腹膜受到激惹时，运动宫颈将加重对腹膜的刺激，引起剧烈疼痛，因此宫颈举痛是检测是否存在腹膜刺激征象的常用检查手法。随后将阴道内两指放在阴道穹隆部，另一手掌掌心向下手指平放在患者下腹部，当阴道内手指向上向前方抬举宫颈时，腹部手指往下往下后轻压腹壁，内、外手指同时协调地抬举和按压，两手检查移动的范围需包括整个下腹部的两侧和中部，逐一了解子宫的位置、大小、形状、软硬度、活动度以及有无压痛，宫颈外口方向朝后时宫体多为前倾；朝前时宫体多为后倾；阴道内手指伸达后穹顶部可触及宫体时，子宫多为后屈。阴道内手指伸达前穹顶部可触及宫体时，子宫多为前屈；进一步应检查左右侧子宫附件有无肿块、增厚或压痛，若扪及肿块，应查清其位置、大小、形状、软硬度、活动度、与子宫的关系以及有无压痛等；正常输卵管直径约为7mm，卵巢的最大径线多为3cm，因此一般不易触及卵巢和输卵管。在消瘦的妇女有时可扪及卵巢，此时被检者有轻微酸胀感，也偶可触及正常的输卵管。

（4）三合诊。即腹部、阴道、直肠联合检查的手法。手法上与双合诊不同的是将双合诊时放入阴道的两手指中撤出中指并缓缓插入肛门，其余检查步骤与双合诊时相同，常于双合诊检查对盆腔后部情况了解不够满意时选用。在将中指插入肛门时，可嘱患者像解大便一样向下屏气，以使肛门括约肌自动放松，减轻患者疼痛和不适感。通过三合诊较易扪清后倾或后屈子宫的大小，发现子宫后壁、直肠子宫陷凹、宫骶韧带及双侧盆腔后部的病变，估计盆腔内病变范围，特别是癌肿与盆壁间的关系，以及初诊阴道直肠隔、骶骨前方或直肠内有无病变。

（5）直肠、腹部诊。一手的食指伸入直肠，另一手在腹部配合检查，称直肠—腹部诊。多适用于未婚、阴道闭锁或因其他原因不宜行双合诊的患者。

3. 检查记录格式 检查结果应按解剖部位先后顺序记录，以下格式可供

参考。

(1) 外阴。阴毛的生长分布、发育有无畸形及婚产式，有异常发现详细描述。

(2) 阴道。通畅度，黏膜情况，分泌物的量、色、性状以及气味。

(3) 宫颈。大小、硬度，有无糜烂、撕裂、息肉、腺囊肿，有无接触性出血、举痛及摇摆痛等。

(4) 子宫体。子宫的位置、大小、硬度、活动度，有无压痛等。

(5) 附件。左右两侧情况分别记录。有无包块及其位置、大小、硬度，表面光滑与否，活动度，有无压痛以及与子宫及盆壁关系。有无增厚或压痛。

第二节 妇科常见症状与体征

一、阴道出血

除正常月经外的女性生殖道出血多统称为阴道出血，为妇科最常见的临床表现。诊断思路和要点如下。

(一) 辨明出血的部位

首先应辨明“阴道出血”的部位，是来自阴道、处女膜、阴道前庭还是外阴，来自阴道的出血是来自宫体、宫颈还是阴道本身，甚至要注意排除尿道或直肠出血的可能性。大多数出血来自子宫。

(二) 出血发生年龄

阴道出血与年龄的相关性，新生女婴出生后因缺乏母体的高水平雌激素影响，子宫内膜脱落引起阴道出血；幼女阴道出血应考虑性早熟或生殖道恶性肿瘤的可能；生育年龄妇女的阴道出血，多与妊娠有关；青春期少女和围绝经期妇女出血常见为无排卵性功能失调性子宫出血，后者应首先排除生殖道恶性肿瘤。

(三) 出血常见原因

(1) 生殖内分泌功能失调，如功能失调性子宫出血、子宫内膜异位症、性激素使用不当。

(2) 与妊娠有关的子宫出血，如流产、异位妊娠、葡萄胎等。

(3) 生殖器炎症，如外阴溃疡、阴道炎、宫颈炎和子宫内膜炎等。

(4) 生殖器肿瘤，常见的如子宫肌瘤、宫颈癌、子宫内膜癌、绒毛膜

癌等。

(5) 损伤和异物, 如外阴阴道骑跨伤、性交所致处女膜或阴道损伤、宫内节育器出血。

(6) 与全身疾病有关的阴道出血, 如血小板减少性紫癜、再生障碍性贫血、白血病、肝功能损害等。

(四) 临床类型

1. **经量增多、经期延长** 周期基本正常者常见于子宫肌瘤、子宫腺肌病、有排卵性功能失调性子宫出血、放置宫内节育器的患者; 周期不规则者多为无排卵性功能失调性子宫出血, 但应注意排除早期子宫内膜癌。

2. **持续性阴道出血, 月经周期消失** 一般多为生殖道恶性肿瘤所致, 常见为宫颈癌或子宫内膜癌等。

3. **停经后阴道出血** 发生于育龄妇女者, 应首先考虑与妊娠有关的疾病如流产、异位妊娠、葡萄胎等; 发生于围绝经期妇女者多为无排卵性功能失调性子宫出血, 但应首先除外生殖道恶性肿瘤。

4. **血性白带** 指阴道出血伴白带增多, 是晚期宫颈癌、子宫内膜癌或子宫黏膜下肌瘤伴感染的信号。

5. **接触性出血** 常发生于性交后或检查时, 应考虑早期宫颈癌、宫颈息肉或子宫黏膜下肌瘤的可能。

6. **月经间期出血** 指发生在两次月经之间任何时间的阴道出血。经前或经后血染系月经来潮前数日或来潮后数日持续少量阴道出血, 多系放置宫内节育器的副反应, 子宫内膜异位症、内膜息肉也常出现类似情况。尚应注意除外内膜癌和宫颈癌。排卵期出血指月经间期中间出现的少量短期阴道流血。

7. **绝经后阴道出血** 可系绝经后子宫内膜脱落引起的出血或老年性阴道炎; 流血较多、持续不净或反复阴道出血, 应考虑子宫内膜癌、宫颈癌的可能性, 绝经时间愈久, 出现的阴道流血、肿瘤的可能性愈大。

8. **阵发性阴道血水** 间歇性阴道排出血水, 应警惕原发性输卵管癌的可能。

二、白带

白带 (leucorrhea) 即阴道分泌物, 主要由阴道黏膜渗出物、宫颈管及子宫内膜腺体分泌物混合而成, 也含有大小阴唇分泌的皮脂及前庭大腺分泌物等。有生理性与病理性之分: 生理性白带多呈白色稀糊状, 黏稠, 无腥臭味, 量少, pH 4~5; 受雌激素水平影响排卵期白带量增多, 呈蛋清样; 性兴奋时前庭大腺分泌明显增加。病理性白带即白带异常是妇科患者的常见症状, 白带在量、性

状、颜色上均有改变，主要由生殖道炎症和肿瘤引起，临床上常见的病理性白带有以下几种。

1. **黏液样白带** 性状与排卵期宫颈腺体分泌的黏液相似，但量较增多，持续时间长，多由慢性宫颈炎、卵巢功能失调雌激素水平较高者、阴道腺病或宫颈高分化腺癌等疾病引起。

2. **泡沫样白带** 白色或灰黄色，稀薄，是滴虫性阴道炎的白带特征，可伴有外阴瘙痒。

3. **豆渣样白带** 为念珠菌阴道炎的特征，常伴有严重外阴瘙痒或灼痛。

4. **凝乳样白带** 白带呈均质，灰白色或白色，鱼腥味。常见于细菌性阴道病。

5. **脓样白带** 色黄或黄绿，黏稠，多有臭味，常见于滴虫或淋菌性阴道炎，宫颈炎、宫颈管炎等。宫腔积脓、宫颈癌、阴道癌或阴道内异物残留亦可致脓样白带。

6. **血性白带** 应考虑宫颈癌、子宫内膜癌、宫颈息肉、重度宫颈糜烂或子宫黏膜下肌瘤等。放置宫内节育器亦可引起血性白带。

7. **水样白带** 呈持续性、淘米水样、有奇臭者一般为晚期宫颈癌、阴道癌或黏膜下肌瘤伴感染；间断性、黄红色水样白带应考虑输卵管癌的可能。

三、下腹痛

下腹痛常见于妇科急症，如异位妊娠、急性盆腔炎、流产、卵巢囊肿蒂扭转、黄体破裂等。诊断和鉴别诊断应根据下腹痛的性质、特点，结合其他妇科情况综合分析得出。

（一）起病情况

内生殖器炎症或恶性肿瘤所引起下腹痛多起病缓，逐渐加剧；卵巢囊肿蒂扭转或囊肿破裂一般发病急骤；反复疼痛后突然出现撕裂样剧痛者，应想到输卵管妊娠破裂或流产的可能。

（二）腹痛部位

疼痛位于下腹正中多为子宫病变引起的疼痛，如子宫内膜炎、流产；一侧下腹痛应考虑为该侧子宫附件病变，如卵巢囊肿蒂扭转、输卵管卵巢炎症，右侧下腹痛常需与急性阑尾炎鉴别；子宫附件炎性病变常致双侧下腹疼痛；卵巢囊肿破裂、输卵管妊娠破裂或盆腔腹膜炎时，可引起整个下腹痛甚至全腹疼痛。

（三）腹痛性质

持续性钝痛多为炎症或腹腔内积液所致；顽固性剧痛应考虑晚期恶性肿瘤

的可能；子宫或输卵管收缩表现为阵发性胀痛或绞痛；输卵管或卵巢肿瘤破裂可引起撕裂样疼痛；宫腔内积血或积脓常导致下腹坠痛。

（四）腹痛与月经周期的关系

月经周期中间出现一例下腹隐痛，排卵性疼痛的可能性大；每逢经期下腹痛者，原发性痛经或子宫内膜异位症均应考虑；周期性下腹痛但无月经来潮多为经血滞留所致，见于先天性生殖道畸形或 Asherman's 综合征等。经前突然出现的下腹痛应想到黄体破裂的可能性。停经后下腹痛多与流产、异位妊娠等有关。

（五）腹痛的伴随症状

下腹痛伴停经多为妊娠合并症；伴恶心、呕吐等胃肠道症状应考虑到卵巢囊肿蒂扭转的可能；盆腔炎症引起的下腹痛多伴有发热；出现与阴道流血量不符的休克症状者应考虑有腹腔内出血；子宫直肠陷凹积液的患者常有肛门坠胀感；伴有恶病质为晚期癌肿的表现。下腹痛有肩部放射痛时应考虑为腹腔内出血；宫颈、子宫病变疼痛往往放射至腰骶部；附件病变引起的疼痛可放射至腹股沟及大腿内侧。

四、下腹部肿块

下腹部肿块除来自生殖道外，尚可来自肠道、泌尿道、腹壁、腹腔。有时是患者本人或家属感觉到，有时是体检做妇科检查时被发现。诊断应根据患者的年龄、一般情况、肿块的质地、大小、部位、性状、生长速度、活动度、其他伴随症状和体征综合分析。

（一）常见病因

肿瘤性（子宫肌瘤、卵巢肿瘤、子宫腺肌病等）；炎性（输卵管卵巢囊肿、子宫积脓、阑尾脓肿等）；妊娠相关性（异位妊娠、妊娠滋养细胞疾病）；生殖道发育异常（双子宫、残角子宫）；子宫内膜异位症；生理性肿块（充盈的膀胱、妊娠子宫、干结的粪块）等。

（二）肿块质地、性状、生长速度

囊性肿块一般为良性病变，如充盈的膀胱，卵巢囊肿、输卵管积水、子宫内膜异位囊肿等；实性肿块除妊娠子宫、子宫肌瘤、卵巢纤维瘤、附件炎块等为良性外，其他的首先要除外恶性肿瘤。良性肿块一般较活动、表面光滑、生长慢；恶性肿瘤发展快、表面多结节状、活动差。

(三) 肿块发生的部位

1. 子宫肿块

(1) 妊娠子宫，育龄妇女停经后在下腹部扪及包块，应首先考虑为妊娠子宫。妊娠早期子宫峡部变软时，宫体似与宫颈分离，此时应警惕将宫颈误认为宫体，而将妊娠子宫误诊为卵巢肿瘤。

(2) 子宫肌瘤，子宫增大，或表面有单个或多个球形隆起，质较硬。多伴月经过多。带蒂的浆膜下肌瘤一般无症状，检查时注意与卵巢实性肿瘤相区别。

(3) 子宫腺肌病，子宫均匀增大、质硬，一般不超过妊娠 12 周子宫大小。患者多伴有明显痛经。

(4) 子宫畸形，双子宫或残角子宫可扪及子宫另一侧有与其对称或不对称的包块，两者相连，硬度亦相同。

(5) 子宫阴道积血或子宫积脓，子宫及阴道积血多系处女膜闭锁或阴道横膈引起的经血外流受阻所致。患者至青春期无月经来潮，但有周期性腹痛渐扪及下腹部肿块。宫腔积脓或积液可见于子宫内膜癌，老年性子官内膜炎或在宫颈癌放射治疗后多年出现。

(6) 子宫恶性肿瘤，围绝经期或绝经后患者子宫增大，伴有不规则阴道出血应考虑子宫内膜癌的可能。子宫增长迅速，伴有腹痛及不规则阴道出血者可能为子宫肉瘤。以往有生育或流产史，特别是有葡萄胎史者，若子宫增大，甚至外形不规则，且伴有子宫出血时，应考虑子宫绒毛膜癌的可能。

2. 子宫附件肿块 由于正常情况下子宫附件包括输卵管和卵巢一般难以扪及，因此一旦发现附件肿块多属病理现象。常见的如下。

(1) 输卵管妊娠，患者多有短期停经后阴道持续少量流血及腹痛史。肿块位于宫旁，大小形状不一，随病程变化较大有明显触痛。

(2) 炎性肿块，多为双侧性，与子宫有粘连，压痛明显。急性炎症时患者有发热、腹痛。慢性盆腔炎患者有不育及下腹部隐痛史，甚至出现反复急性盆腔炎发作。

(3) 卵巢非赘生性囊肿，多为单侧可活动的囊性包块，直径一般不超过 6cm。如妊娠早期的黄体囊肿；葡萄胎患者常并发的一侧或双侧卵巢黄素囊肿。卵巢子宫内膜异位囊肿多有压痛，与子宫粘连、活动受限，可扪及直肠子宫陷凹痛性结节。

(4) 卵巢赘生性囊肿，常见有畸胎瘤、浆液性囊腺瘤/癌、黏液性囊腺瘤/癌、颗粒细胞瘤、卵泡膜细胞瘤不论肿块大小，凡其表面光滑、囊性且可活动者多为良性肿瘤。凡肿块为实性多为纤维瘤、内胚窦瘤及转移性卵巢肿瘤等。

3. 腹壁或腹腔肿块 腹壁血肿或脓肿、腹膜后肿瘤或脓肿、腹水、包裹性

结核性腹膜炎、直肠子宫陷凹脓肿等均应注意与盆腔内肿块鉴别。

4. 与子宫相邻的盆腔脏器肿块 肠道的如阑尾脓肿、肠系膜肿块、结肠癌、粪块；泌尿系如充盈的膀胱、盆腔肾等。应强调的是，妇科检查前患者尽量排空膀胱和直肠以减少误诊。

第二章 女性生殖器官炎症

第一节 阴道炎症

一、外阴、阴道念珠菌病

外阴、阴道念珠菌病（vulvovaginal candidiasis, VVC）又称真菌性阴道炎，80% ~ 90% 系白色念珠菌，余为其他念珠菌和球拟酵母菌属所致。

（一）临床表现

主要症状是白带多，外阴及阴道瘙痒，灼热，排尿痛，外阴地图样红斑。典型的白带呈豆渣样的凝乳块，阴道黏膜红肿，剥下凝乳斑块，可见黏膜糜烂，甚至浅溃疡。妊娠期易发真菌感染，其主要症状是奇痒，多坐卧不宁，痛苦异常。

（二）诊断

根据上述症状、体征，白带中找到真菌菌丝及芽孢，即可诊断。一般涂片即可发现。若在玻片上加一小滴等渗氯化钠溶液或 10% ~ 20% 氢氧化钾溶液，加盖玻片，微加热镜检，红、白细胞及上皮细胞立即溶解，便于查找真菌菌丝及芽孢，或涂片后经革兰染色镜检，可靠性可提高 80%，最可靠的方法当属真菌培养。此外诊断时要注意有无相关发病诱因，如妊娠，使用广谱抗生素及大剂量甾体激素史和糖尿病史等。

（三）治疗

为了治疗的规范将 VVC 分为单纯性 VVC 和复杂性 VVC，单纯性 VVC 是指正常非孕宿主散发的由白色念珠菌所致的轻度 VVC。单纯性 VVC 一般首选阴道用药，可任选一种。

1. 局部用药 先用 2% ~ 4% 碳酸氢钠溶液冲洗外阴和阴道，洗去阴道分泌

物，利于药物发挥作用，碳酸氢钠溶液还能改变阴道酸碱度，使 pH 升高不利于真菌生长。用药期间禁性生活，内裤、浴巾煮沸消毒。阴道上药的种类甚多，目前有效、不良反应小的有制霉菌素、硝酸咪康唑、益康唑、克霉唑及曲古霉素等。

2. 全身用药 主要是口服给药，用于未婚未有过性生活的妇女，以及不愿意接受局部用药和多次局部用药疗效不佳的患者。常用药物有酮康唑、氟康唑及伊曲康唑等，酮康唑因对肝毒性损害大，现已很少采用。

二、滴虫阴道炎

滴虫阴道炎 (*trichomonas vaginitis*) 由阴道毛滴虫感染所致。是阴道炎症最为常见的一种。

(一) 临床表现

主要症状是白带增多，白带呈白色、绿色或黄绿色，带泡沫，有腥味，严重者可有带血，其次是外阴瘙痒，伴外阴、阴道烧灼及性交痛，若伴尿道膀胱感染，可有尿频、尿急及血尿。检查可发现阴道黏膜红肿，点状出血，甚至草莓样突起。

(二) 诊断

依据典型上述表现，白带涂片镜检或培养找到阴道毛滴虫，即可诊断。

(三) 治疗

多种方法都有效，但多易复发，故治疗应彻底。治疗期间应避免性交，每天换内裤并用物理方法消毒，如晒、烫、煮等，性伴需同时治疗。

1. 局部治疗

(1) 先用 0.5% ~ 1% 乳酸或醋酸溶液或 1 : 5000 高锰酸钾溶液冲洗外阴、阴道，减少阴道分泌物，有利于药物作用。改变阴道酸碱度，抑制毛滴虫生长繁殖。

(2) 主要抗滴虫药物为甲硝唑 (甲硝哒唑)、乙酰肿胺 (滴维净)、卡巴肿等，最常用者为甲硝唑栓剂 (含甲硝唑 0.5g)，1 粒阴道置入，每晚 1 次，连用 10d。也可用甲硝唑 200 ~ 400mg 片剂置入阴道，每晚 1 次，连用 10d，卡巴肿 (200mg) 或乙酰肿胺 1 片，阴道置入，每晚 1 次，连用 10d。为防复发，应于第 2, 3 次月经干净后同上方法继续治疗，并复查白带，连续 3 次阴性方为痊愈。

2. 全身治疗

(1) 对反复复发病例，应检查性伴小便及前列腺液，发现滴虫应与患者同

时全身治疗。甲硝唑 200mg 口服, 3 次/d, 连用 7d, 同时阴道上药。也可甲硝唑 0.5~1g 口服 2 次/d, 连用 7d。奥硝唑胶囊 500mg 口服 2 次/d, 连用 5d, 或 1500mg 睡前单次口服。替硝唑 1000mg 口服 2 次/d, 连用 5d。服药期间应注意不能服含乙醇饮料。孕早期甲硝唑对胎儿有致畸可能, 故孕 20 周以前应避免口服治疗。

(2) 若合并真菌感染或阿米巴感染, 可服用曲古霉素 10 万~20 万 U, 2 次/d, 连用 5~7d。

3. 中药治疗

(1) 妇科止带片。每片 0.25g, 口服 5 片, 3 次/d。

(2) 苦参栓。每粒重 1.2g, 含苦参碱为氧化苦参碱汁 100mg, 每晚 1 粒, 塞入阴道深处。

(3) 子宫丸。每粒 1.2g, 每晚 1 粒塞入阴道深处。每周 1 或 2 次, 4 次为 1 个疗程, 未愈者可继续用 2~3 个疗程。

(4) 也可用蛇床子 200g 或百部 50g 加水煎煮, 冲洗外阴部。

三、老年性阴道炎

老年性阴道炎 (senile vaginitis) 或绝经后阴道炎 (postmenopausal vaginitis) 是指绝经后, 由于卵巢功能衰退, 雌激素水平下降, 阴道壁萎缩, 上皮细胞糖原含量减少, 局部 pH 上升, 阴道抵抗力低下, 细菌易于繁殖生长造成炎症所致。其阴道改变也可见于卵巢切除或放疗之后, 或产后哺乳过久的妇女。

(一) 临床表现

主要为白带增多, 白带呈脓性或黄水样, 有臭味, 或混有血液, 阴道黏膜薄, 充血发红, 甚至点状出血。严重者可波及阴道前庭及尿道口, 可出现尿频、尿痛症状。

(二) 诊断

根据上述表现结合年龄, 绝经情况, 不难诊断, 但应注意除外宫颈、宫体及输卵管癌的可能。

(三) 治疗

治疗原则是补充雌激素。即 HRT (雌激素替代疗法), 改变全身及阴道局部因雌激素缺乏所造成的系列症状。其次是改善阴道局部的环境, 保持清洁。

1. 局部治疗 用 1% 乳酸或 1 : 5000 高锰酸钾溶液冲洗外阴、阴道, 然后阴道放置甲硝唑栓或诺氟沙星 (氟哌酸) 栓剂 (0.2g) 每晚 1 次, 连用 7~10d。也可配合使用欧维婷软膏 (雌三醇软膏) 涂外阴, 每日 1~2 局部使用,