

妇产科新技术讲座资料

湖南省妇产科学会

1990年4月

讲座题目和讲授者

女性生殖内分泌与临床 ^{25上}	湖南医科大学附一院张志华教授	(1)
性传播疾病(STD) ^{26上}	湖南医科大学附二院张志胜教授	(9)
卵巢恶性肿瘤的早期诊断和治 疗进展(综述)	湖南医科大学附一院陈涤瑕教授	(25)
恶性滋养细胞肿瘤化疗异发症	湖南医科大学附二院张琼英副教授	(35)
妇产肿瘤的放射治疗 ^{26下}	省肿瘤医院杨珍副主任医师	(39)
子宫内膜异位症 ^{28下}	省人民医院陈湘媛副主任医师	(44)
胎儿监护仪的临床实践 ^{26上}	湖南医科大学附二院成应伟副教授	(49)
头位难产 ^{29上}	湖南医科大学附一院雷慧中副教授	(55)
剖宫产指征的探讨	省妇幼保健院金明华副主任医师	(60)
羊水栓塞	长沙市二医院唐求庄副主任医师	(64)
腹腔镜 ^{28下}	湖南医科大学附一院陈涤瑕教授	(71)
宫腔镜的临床应用 ^{27上}	湖南医科大学附二院刘鸿鹤副教授	(75)
妇科显微技术的临床应用	湖南医科大学附二院林秋华副教授	(77)
遗传咨询与优生	湖南医科大学附一院余浣珍教授	(82)
孕期保健	省妇幼保健院吴冬兰副主任医师	(86)
妊高症的现代治疗 ^{27上}	湖南医科大学附二院郑毓秀教授	(92)
不孕症诊治与进展 ^{27上}	湖南医科大学附一院朱敬璋副教授	(96)
体外受精——胚胎和供胚移植	湖南医科大学附二院徐立礼副教授	(105)
促排卵药物的临床应用 ^{26下}	株洲市一医院郭益逊主任医师	(110)
休克的治疗 ^{27下}	湖南医科大学麻醉系徐启明教授	(114)

女性生殖内分泌与临床

湖南医科大学附一院妇产科 张志华

妇科内分泌学又称女性生殖内分泌学，是一门新兴的而正在发展的科学，无论在发病机理、诊断与治疗上都呈现出欣欣向荣的新气象，使许多过去不易理解，真相不明的问题和疾病逐步得到澄清，使诊断与治疗方法得到较满意解决。本文拟从下四部分讲解。

一、女性生殖内分泌的调节：女性性腺——卵巢是在中枢神经系统——下丘脑——垂体的指示下进行周期性活动的。卵巢、垂体(主要是前叶)和下丘脑之间有着相互调节、相互制约，抑制与兴奋，反馈与负反馈的微妙而又复杂的关系，三者之间维持平衡与正常关系，是使妇女在内分泌上保持在一个相对稳定状况的前提。长期以来，人们认为腺垂体与下丘脑联系不大，目前大量的实验资料与临床资料证明，腺垂体与下丘脑有极密切的联系，例如情绪改变可引起闭经与月经不调，内分泌疾病可产生精神症状，有人认为精神抑郁症与孕酮有关，服避孕药人常可因抑郁症而不能坚持服药，其确切发病机制尚未弄清。1955年Harris发表他的名著“垂体的神经控制”，1960年前后Guillemin与Schally相继从下丘脑提取，纯化，合成TRH和促性腺激素(G_{RH})，使人们对于下丘脑与垂体联系确信无疑，从此神经内分泌学开始建立。下面叙述一下下丘脑——垂体——卵巢联系关系：

(一)中枢与下丘脑的联系：下丘脑基底部有促垂体细胞分布区，主要包括正中隆起、弓状核、腹内侧核、视上核等，其每一类促垂体神经分泌细胞只分泌一类释放因子(或称激素)，每一支门脉血管也只转运这一种释放因子至其特异的垂体细胞。例如GnRH主要运转到分泌促性素的垂体细胞。下丘脑促垂体区这些肽能神经分泌细胞，即所谓的“神经内分泌换能器”，将神经活动转变为激素分泌。这些肽能神经分泌细胞一方面产生和分泌神经激素，通过垂体门脉以控制腺垂体的内分泌功能，另一方面又与其他脑部(主要是中脑、边缘系统和大脑皮质传来的神经纤维构成触突联系，受其他中枢神经系统其他部分的控制，目前已知控制促垂体神经细胞的主要神经介质(递质)是多巴胺(DA)、去甲肾上腺素(NE)，这些神经介质作用是兴奋的，它可使GnRH分泌与产生增加。而5—羟色胺(5-HT)则是抑制的，它可使GnRH分泌与产生减少。

(二)下丘脑——垂体的联系：下丘脑没有神经纤维直接进入腺垂体，主要通过血管联系，联系它们的血管叫垂体门脉，这是由于垂体上A首先发出分支，到下丘脑的正中隆起及漏斗干的上部，分支成毛细血管网，这就是垂体门脉的初级毛细血管丛，此毛细血管汇集若干条小静脉，下行至腺垂体，这就是长垂体门脉。在腺垂体又一次分支，成为次级毛细血管丛，这就组成了垂体长门脉系统。垂体下A要供应神经垂体及垂体柄

部，此处毛细血管可汇集为短垂体门脉血管。短门脉血管，并有供应足够血量至腺垂体。若阻断长门脉血管的血流，可使70~90%腺垂体组织坏死。综上所述：单胺能神经细胞分泌的神经介质，通过神经触突传给肽类神经元，后者产生释放与抑制激素（如GnRH兴奋的，PIH是抑制的）这些神经内分泌细胞的神经纤维，终止于正中隆起及漏斗干，垂体门脉的次级毛细血管接触，构成神经——血管接触。神经激素经门脉运至腺垂体，再由次级毛细管运出，作用于腺垂体细胞，调节腺垂体的合成与分泌，这就是门脉递质学说。

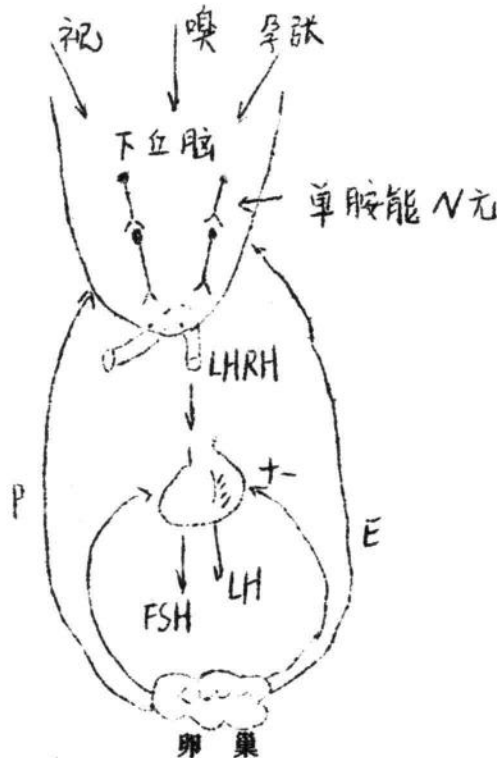


图1 女性神经体液调节

(三)垂体与卵巢联系：激素主要通过血液联系。腺垂体分泌的雌激素(E)、孕激素(P)、雄激素(A)再通过血液到达靶器官、靶组织。这就是下丘脑——垂体——卵巢轴联系。

二、下丘脑垂体、卵巢的有关激素。

(一)下丘脑激素。

1、GnRH：注射GnRH100ug后，可引起血LH、FSH浓度上升，尤以LH升高明显，2ugGnRH可使兔血LH上升20倍。动物及人临床应用证明小剂量GnRH可成功的诱发排卵。大剂量GnRH应用对垂体GnRH和卵巢体激素分泌有抑制作用，有抑制排卵与溶黄体作用。GnRH的分泌除受神经介质影响外，也受反馈机制的调节，如月经周期中，E高峰时，可兴奋下

脑前部，视交叉上区神经细胞，突然分泌大量GnRH而引起LH高峰，这高峰是排卵所必须的。同时GnRH也受负反馈调节，如当卵巢激素增多时，反过来抑制下丘脑，垂体的分泌，从而使GnRH与LH、FSH分泌减少。GnRH可通过放射免疫法(RIA)测定，但目前国内无此试剂。

2、PIH(泌乳素抑制激素):是肽类激素，由下丘脑正中隆起处产生的。其作用是抑制垂体分泌PRL(催乳素)，从而调节PRL水平。刺激PIH分泌的最基本物质是多巴胺，如注入人体使降低多巴胺的物质如利血平、氟丙嗪等或使用多巴胺受体阻断剂，均可抑制PIH的分泌而使PRL上升，从而临床上出现溢乳症。

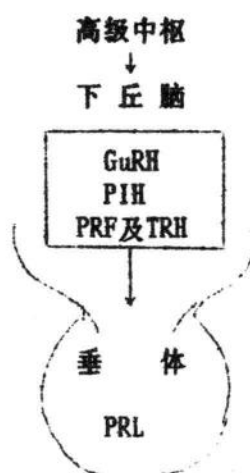


图2

PRL的调节

(二)腺垂体激素:

1、促性腺素(GnH):主要是FSH、LH，它们均是蛋白类激素。FSH主要是促进细胞的生长发育，而排卵与黄体激素的合成主要靠FSH与LH的协同作用，月经周期中E、P周期波动取决于LH、FSH及GnRH以及E、P之间相互调节及FSH、LH自身的节律变化(见表I)

表I、正常月经周期中及绝经后妇女血中FSH、LH的浓度(血浆)

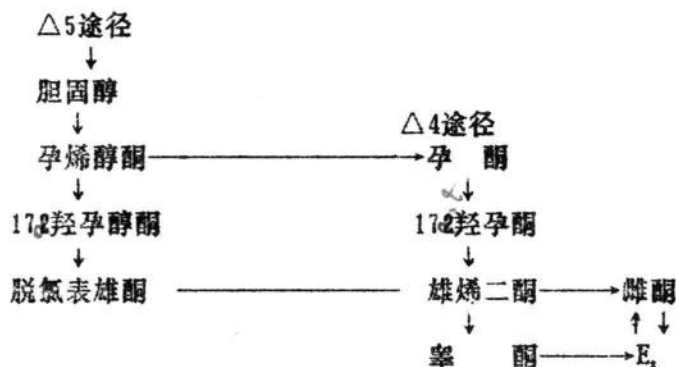
龄 分 组	F S H	L H
卵 泡 期	1~9mIU/ml	1~12mIU/ml
排 卵 期	6~30mIU/ml	20~110mIU/ml
黄 体 期	1~10mIU/ml	1~15mIU/ml
绝 经 后	172.0±24.0	99.2±23.2

2、催乳素(PRL):是垂体前叶分泌的一种蛋白质激素, 其生理作用是促进乳腺泡增生与发育, 促进泌乳及射乳, 并有促进蛋白质, 脂肪的代谢作用。PRL有抗GnRH作用, 主要抑制FSH、LH分泌, 从而抑制排卵, 促进黄体萎缩及溶黄体作用。正常血内水平为1~25ng/ml。

(三) 卵巢甾体激素(E、P、T)

卵巢的卵泡膜内膜细胞, 颗粒细胞是甾体激素产生的主要来源。

图3 雌激素合成途径

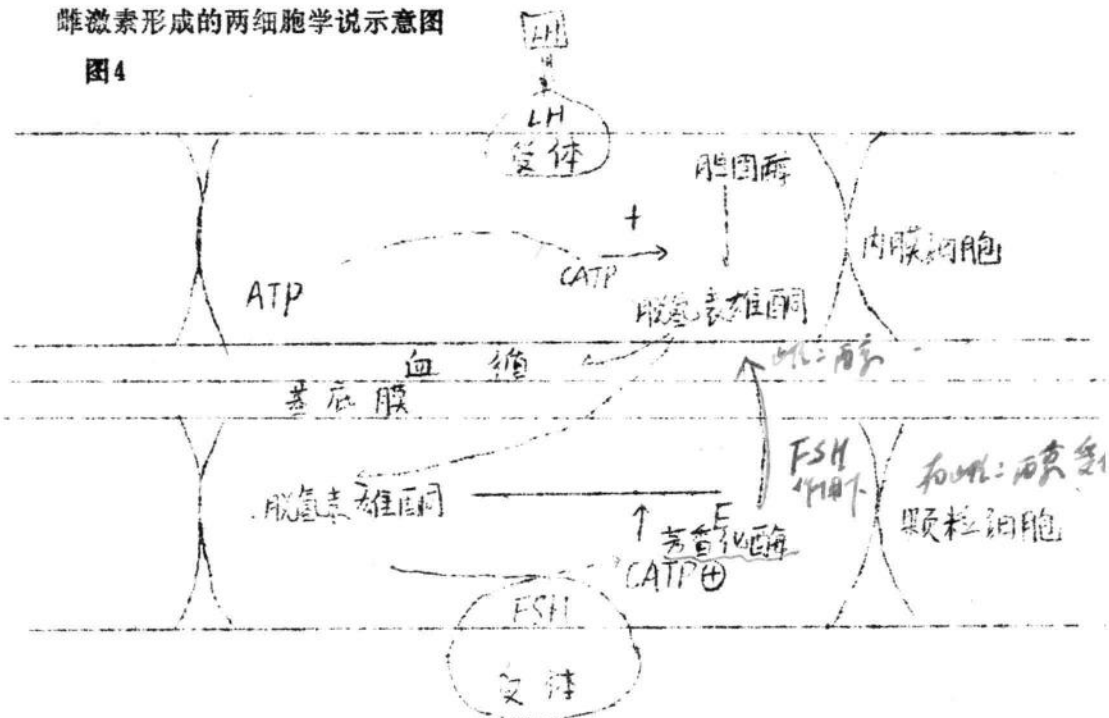


卵泡发育过程中FSH、LH、E₂受体的形成:

- (1) FSH → 刺激颗粒细胞产生FSH受体
- (2) FSH → E₂受体
- (3) FSH → LH受体(卵泡膜, 间质细胞黄体颗粒细胞)

雌激素形成的两细胞学说示意图

图4



三、激素的测定方法: 主要介绍RIA法:

RIA原理是使定量的同位素标记激素与未标记的待测激素竞争定量的激素专一抗体, 使它们置同一试管中在温培条件下完成竞争过程, 然后根据需要采用沉淀、吸附、双抗体法把结合的抗体和未结合(游离)的标记激素分开, 用同位素计数器分别测定放射性, 得出结合标记激素(B)与游离标记激素(F)的比值, B/F , 并计算其 $B/B+F$, 以表示在竞争抗体过程中, 未标记激素(标准激素或标本)实际上起着抑制标记激素与抗体结合的作用。未标记激素量越大, 标记激素结合抗体越少, 结合率小, 反之, 结合率大。如以一系列不同浓度的激素纯品与标记激素竞争可得出抑制结合的标准曲线(不同浓度激素为横座标, 以结合率为纵座标), 根据待测样本的结合率可从标准曲线查标本激素的浓度值。RIA的最大优点是灵敏度高与专一性强, 已成为国内外广泛应用的测定激素的不可缺少的方法。RIA原理图示如下:

图6 游离标记抗原

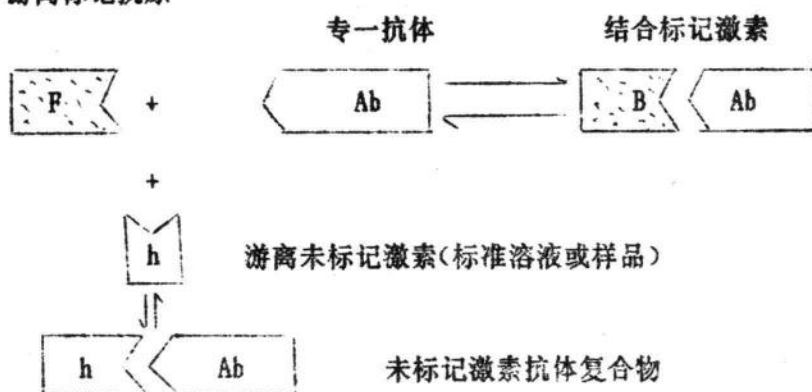
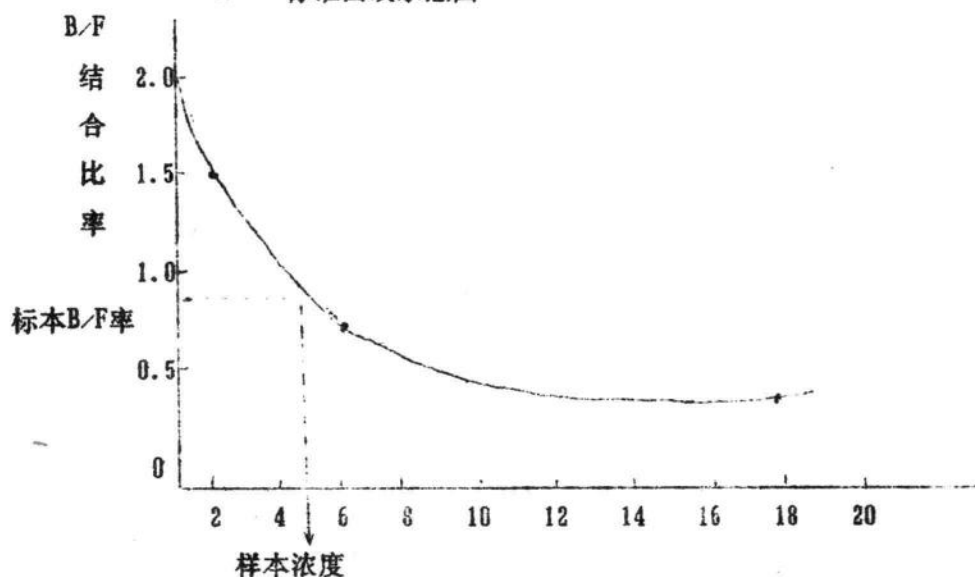


图7

RIA 标准曲线示意图



RIA的质量控制

- 1、设制高、中、低不同浓度的质控血清(来源收集剩余血清或 买质控血清)
- 2、每批实验在前、中、后部位测定高、中、低一组质控血清, 可设3~6组。
- 3、计算质控指标

(1) 双管之间的误差(SD) = $\frac{\text{双管差}}{\sqrt{2}}$, 要求 < 10%

- (2) 计算批内与批间变异系数(CV)

$$CV = \frac{SD}{\bar{X}} \times 100\%$$

多管 $SD = \sqrt{\frac{\sum (\bar{X} - X)^2}{n-1}}$

批内CV要求 < 10%, 批间要求 < 15%

(3) 反应误差关系(RER) = $\frac{\text{双管误差之和}}{\text{双管均值之和}} \times 100\%$

RER要求 < 4%

四、女性生殖内分泌的临床应用。

(一) 在闭经及月经不调患者中 FSH、LH、E₂ 含量关系

1、黄体酮试验(一)

垂体衰竭

卵巢衰竭

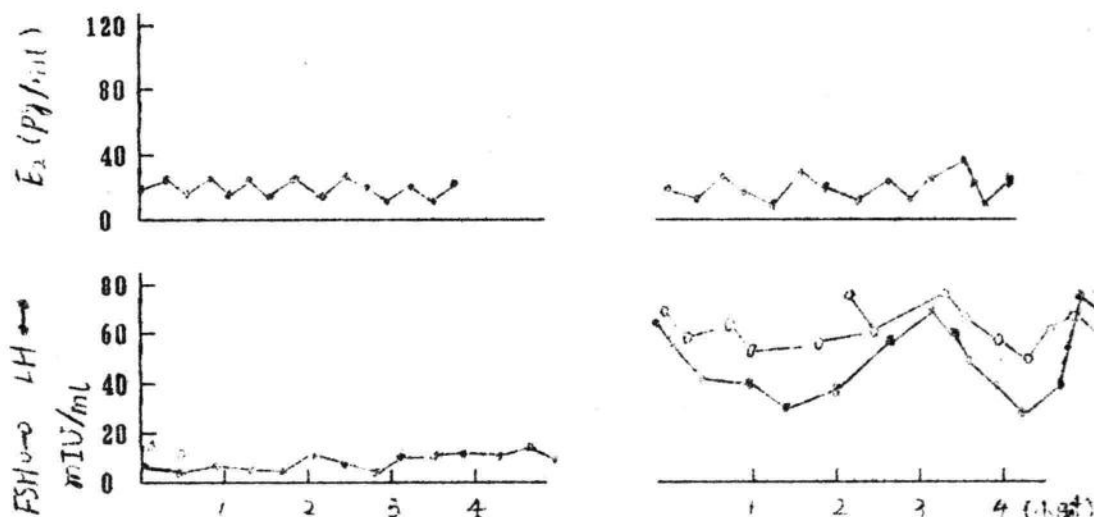


图 8

2、黄体酮试验(十)

多囊卵巢综合征

垂体功能不足

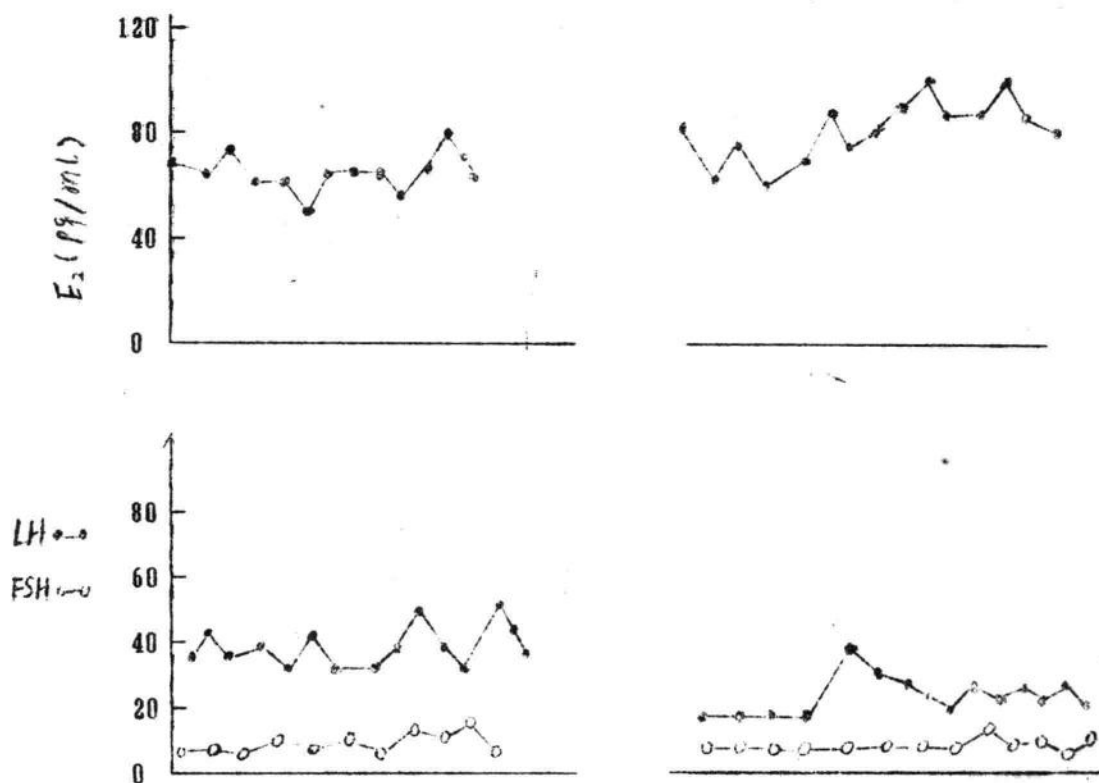


图 9

正常妇女血清LH为5~25mIU/ml, 低于5mIU/ml为异常低, 高于25mIU/ml为异常高。排卵期LH约为基值的3倍。正常血清FSH为5—40mIU/ml, 低于5mIU/ml为异常低, 高于40mIU/ml为异常高, LH/FSH比值>2可能为多囊卵巢综合征。临床上LH值<5mIU/ml比较可靠地反映垂体促性腺素不足, 而FSH>40mIU/ml比较可靠地指示卵巢功能衰竭。如果FSH在5~30mIU/ml之间, 指示卵巢有卵泡存在, 如FSH>40mIU/ml则指示卵巢卵泡耗尽, 此种情况对促排卵药物一般不起作用, 因此不必作任何探测, 如腹腔镜检, 卵巢活检等。如FSH与LH同时增高, 则卵巢衰竭已基本肯定。

性传播疾病(STD)

湖南医科大学附二院妇产科 张志胜

70年代以前性病是指通过性交而发生的疾病,包括梅毒、淋病、软下疳、性病淋巴肉芽肿及腹股沟淋巴肉芽肿,这些病主要由妓女及嫖客传播。60年代以后西方提出性解放的观念,不少青年过早地发生性关系且有较多的性侣,同性恋者日益增多,性行为发生了变态,性病种类增加,传播途径亦不相同。1973年世界卫生组织(WHO)决定以性传播疾病代替性病一词,除上述5种疾病以外还包括非淋菌性尿道炎、生殖器疱疹、尖锐湿疣、传染性软疣、滴虫性阴道炎、白色念珠菌感染、阴虱、疥疮、乙型肝炎及艾滋病。艾滋病的突起使西方世界惊恐万状。性传播疾病已在全球造成严重问题,不仅带给患者痛苦折磨甚至死亡,还把传染的威胁强加于人类,遗害子孙后代。

目前国外研究的中心问题是艾滋病至1988年10月底全世界艾滋病患者已达124114例,其中10月份新发4000余例。88年11月我国卫生部发言人透露我国已发现18名获得性免疫缺陷病毒(HIV)感染者,其中11名感染者及3名患者都不是中国大陆公民,4名浙江省的HIV感染者是因应用进口血液制品第8因子所致。广州市卫生局报道1984~1988年9月底广州共发现性病患者10098例,其中淋病7302例,尖锐湿疣2192例,非淋菌性尿道炎936例,梅毒50例。北京皮肤病防治中心统计,1987年北京发现性病427例,1988年529例,其中98%为淋病。1984~1988年6月北京协和医院共诊治梅毒90例,其中的20例男性有同性恋史,有人向医生公开坦白性侣中有外国人。今年6月及7月我科在门诊作淋病普查,1885例就诊者淋球菌涂片阳性157人,涂片阳性作培养122人,培养阳性43人。据全国性病防治中心估计,我国目前统计的性病发病人数大约为实际发病人数的1/5。主要原因有暗娼增多,不洁性交及婚外性侣蔓延,人们对性病愚昧无知及患者的麻木不仁;另一方面许多医生不认识性病,不懂得对病人的监测及随访,更不报病,以至让相当多的患者从许多医生的眼皮下溜过去了。

一、淋病

淋球菌的发现已达一个世纪,虽然不断有新药问世,在许多地区仍然流行。美国近年每年报告100万例,实发病数约为300万以上。在性传播疾病中,淋病居国内首位,其次是尖锐湿疣及梅毒。淋病之所以难以控制固然与社会制度有关,从生物学及医学上来说有他的特殊性,淋球菌能对抗生素产生耐药性;临床上有大量的无症状患者,与这些患者有性接触时约50—90%将会感染;淋病的潜伏期短,未治前很快又可传染他人,这些因素都给治疗与预防带来困难。

(一)病因及病理

淋病由革兰氏阴性淋球菌引起。淋球菌与脑膜炎球菌同属奈瑟氏菌属，他们寄生于人体粘膜上，主要在胞浆内，慢性患者细菌可在细胞外。淋球菌呈肾形，常凹面对内、成对排列、故又称淋病双球菌，因系寄生只适于37℃的温度，高于50℃ 2分钟或温度过低均可致细菌死亡。

淋球菌对柱状上皮及移行上皮有特殊亲和力，易隐藏并侵犯泌尿生殖系统，有研究指出人的输卵管粘膜因皱折特别多，似为淋菌高度特异的受体。淋菌的毒力与其特异菌株有关，有菌毛的，菌落半透明的及耐青霉素菌株均易致生殖器严重的并发症。

淋菌到泌尿生殖道后，柱状上皮或移行上皮很快将淋菌吞噬到细胞内，在细胞内繁殖使上皮崩解、淋菌外膜释放出淋脂多糖，与体内补体结合，产生一种化学毒素能诱导中性多核白细胞反应，引起典型化脓性炎症。

男性患者淋菌侵犯尿道后引起尿道粘膜严重水肿，分泌脓汁，细菌也可由细胞间隙潜入粘膜下层或于腺窝的开口处滋生，发展成溃疡或脓肿。或者从粘膜表面上行至后尿道、前列腺、精囊、精索和附睾。女性患者除尿道外，最常侵犯前庭大腺，子宫颈及其腺体，输卵管、卵巢及盆腔腹膜。淋菌可播散至眼结合膜、咽喉、直肠、及肝周围。极少数情况下淋球菌可经血流播散至全身。

如上所述急性期病理变化主要为粘膜水肿化脓及坏死，修复时形成结缔组织纤维化及疤痕狭窄。

(二)临床表现

1、男性淋病：约70%患者有典型急性化脓性尿道炎的表现，尿道红肿灼痛，部份包皮过长者有包皮水肿，可出现类似包皮嵌顿及包皮龟头炎的表现。主要为分泌物增多，尿频，尿痛、排尿困难。症状出现于感染后2—8天，分泌物初为粘液样，很快变成黄色脓液，可以有很多脓向外滴出，污染内裤，清晨排尿前有封口现象。尿痛系刺痛及灼痛，尿排尽后疼痛方减轻，有时可见血尿。典型症状持续1周，这时患者必定求医。一周后症状减轻，仅于清晨有一滴脓或少量白色分泌物。急性期可有双侧腹股沟淋巴结肿大压痛，重者破溃流脓。炎症扩散至后尿道时可出现急性尿潴留及坠胀。并发症为附睾炎及前列腺炎，常见附睾(左侧为多)极度疼痛及发热，肛诊前列腺触痛、紧张或增大。

急性期约一个月，未治或治疗不彻底或反复感染可转成慢性淋病，此时除反复发生尿痛，脓性分泌物外，尿中可见浮游的淋丝，前列腺肿大，附睾增大。精索增粗，全程性尿道狭窄，最终导致排尿困难，不孕、阳痿，遗精及神经官能症等后果。

2、女性淋病：女性患者有症状的不足50%，往往感染许久才去治疗，因此并发症较高。无症状的患者成为一个感染源，在流行病学上有重要性。典型的淋病常见尿道口充

血、尿道旁腺有脓性分泌物，由于妇女尿道短，泌尿道症状多半不严重。外阴可有小阴唇红肿，前庭发红，前庭大腺炎或前庭大腺脓肿。宫颈充血，大量脓性或粘液脓性分泌物，女性淋病的主要感染在宫颈，因为性交时淋球菌随精液直接达宫颈，严重的感染在初次发病时细菌就可随精子到达输卵管。阴道及子宫由于解剖学的特点感染较轻。有些妇女平时有滴虫或霉菌性阴道炎白带较多，感染淋菌性宫颈炎而不察觉，或者症状轻微治疗不彻底，细菌会隐藏在腺体隐窝内待机复发。

急性淋病性输卵管炎是最常见的并发症，除少数病例在初次宫颈感染后立即引起输卵管炎以外，腹部症状总是出现在月经末期或刚好月经之后，输卵管粘膜产生大量脓性渗出物，很易使粘膜粘连或堵塞，渗出物流入腹腔引起急性盆腔腹膜炎。临床表现为严重下腹痛，双侧压痛，腹肌强硬，体温及白血球升高。有的患者腹痛停留在一侧很像阑尾炎。直肠受刺激时有多次腹泻。妇科检查子宫举痛，附件增厚。第一次治疗不彻底或重复感染，输卵管经过2~3次感染后将形成脓肿或输卵管卵巢脓肿，脓肿破裂可致休克。

经过急性感染输卵管可部份阻塞或形成积水，有时输卵管并未阻塞但粘膜上皮的功能已毁坏，据统计第一次感染后约11%患者不孕，感染3次以上不孕率超过50%或更高。

3、泌尿生殖系统外的感染

淋菌性咽炎及直肠炎见于同性恋者

淋菌性肝周围炎系盆腔感染上行而致，常误诊为胆囊炎

淋菌性皮炎或败血症系淋球菌血行播散所致，有皮肤丘疹或红斑性脓疱，多发生于月经周期第8天，同时可有游走性小关节炎，少数有心包炎或胸膜炎。

4、孕妇及新生儿的淋菌感染

孕期淋球菌感染易导致胎膜早破，羊膜腔内感染，早产、产后子宫内膜炎及败血症。胎儿易发生宫内感染，宫内生长迟缓。新生儿因早产、低体重，新生儿败血症，病死率增高。

新生儿淋菌性结合膜炎系新生儿经有感染的产道而致，发病在出生后4—20天，结合膜红肿流出脓性分泌物，治疗不当很快发生角膜溃疡，最后形成疤痕而失明。

(三)诊断

诊断的首要条件是心中有这个病的观念。病史很重要，近期有冶游性病或不洁性交史及典型症状可作诊断依据，对方有冶游性病或不洁性交史或有症状者亦应作为依据。发病时间与接触时间构成潜伏期，为前所述约为2—8天，但女性症状可能不明显，拖延一段时间才就诊者也不少。对方或本人过去有病史现在无症状或无症状，或治疗不彻底者均应注意。有条件的地方均应作实验室检查以便确诊。

1、涂片法：男性尿道涂片革兰氏染色，作细菌检查敏感性为50%，特异性可达98—

99%女性宫颈涂片敏感性仅50%，特异性为95%，以上结果系很有经验的细菌或检验师才能达到。男性可根据典型涂片作诊断，否则应加作培养。女性患者我院作涂片的同时作细菌培养。取材的方法很重要，取材不好影响效果，男性病人应在排尿后1—2小时取材，现在常用的是盐水浸湿然后拧干的棉拭子伸入尿道内2—4cm徐徐转动，女性应先用一棉球将宫颈分泌物擦净，然后将生理盐水浸湿拧干的细棉干伸入宫颈2—3cm，徐徐转动并停留15"—30"。涂片时轻轻转动棉干。首都医院介绍用无菌清水浸湿的藻酸钙拭子代替棉拭子。另一点需注意的是淋菌在不利条件下会自溶，涂片后要及时固定染色。

2、培养：目前国内多用加有多粘菌素B(25u/ml)的血液琼脂或巧克力琼脂。最好作床旁接种，接种后十分钟内放入含有二氧化碳的容器内培养。无条件作床旁接种时应先放入转送培养基内然后转入正式培养皿中。由于耐青霉素菌株越来越多，培养阳性者均应作药物敏感试验以指导治疗。

作淋球菌涂片及培养的同时应作梅毒的血清学检查

(四)治疗

淋菌对许多抗生素敏感，但因耐药菌株增多及常合并沙眼衣原体感染等因素，给治疗带来一定困难，有条件时均应根据药敏的结果选择药物。患者由于种种原因不能坚持治疗，又恐怕疾病扩散，最近10年多选择一次性治疗。对男性患者，特别是初次感染者由于抗生素多数都是自肾脏排出较易见效，女性患者大剂量用药至少3天，还应配合其他药物，每疗程需7—10天。

1、急性期应休息，禁止性交，毛巾内裤等用煮沸法消毒，药物如下：

青霉素G钠	480万u(im)或(iv)QD×3或	} 用药前半小时先服丙磺舒1g
氨 青霉素	3.5g PO QD×3或	
羟 青霉素	3g PO QD×3	

加 用

四环素(孕妇忌用)	0.5 4id×7或	} 巩固疗效且对沙眼衣原体有效
红霉素(孕妇适用)	0.5 4id×7或	
强力霉素	0.1 Bid×7	

由于有40—82.5%的淋菌菌株对青霉素G耐药，青霉素已经不是首选药物。对耐药菌株可应用以下药物

壮观霉素(孕妇忌用) 52g(im) Bid×1
 加2g(im) QD×2
 或2g(im) QD×3

先锋V号	2gm(im) QD×3	} 均应作皮试用药前半小时服丙磺舒1gm
	或1.5gm(im) Bid×3或	
头孢噻肟	2gm(im) QD×3	
	或2gm(im) Bid×3或	
先锋必	2gm(im) Bid×3	

加 用

氟哌酸(孕妇慎用)	0.1 Tid×7或	} 巩固疗效对沙眼 衣原体有效
红霉素	0.5 4id×7	

对急性输卵管炎或急性盆腔炎用药如下:

青霉素G钠	1000-2000万u/日	静滴	QD×10或	} 或分2次 静注
先锋号	5—6克/日	静滴	QD×7-10天或	
头孢噻肟	6—8克/日	静滴	QD×7或	
先锋必	6—8克	静滴	QD×7或	

加 用

庆大霉素	24万u/日	静滴	QD×7或	} 治疗混 合感染
灭滴灵	2gm/日	分二次静滴或静注		

注意事项(1)用药要足量、彻底。(2)如有梅毒除壮观霉素外上述治疗亦有效,但因上述治疗可掩盖梅毒症状,必需先作梅毒血清检查,并仍需追踪。(3)性侣应同时治疗。(4)治疗结束后一周复查涂片及培养,1月后复查淋病及梅毒,培养三次阴性视为治愈。

输卵管卵巢脓肿或盆腔脓肿 手术指征

(1)脓肿破裂应立即手术,去除病灶,只有机体情况极差时才行引流术,因引流术后还会发作,等待控制数月后再行手术切除全部囊壁。(2)保守治疗无效。(3)保守治疗后残留包块。(4)经常反复发作。均应彻底切除病灶,输卵管间质部亦应切除(如对侧完好,不影响妊娠的经过)。

孕妇按以上原则选用药物。临产前最好再治疗一疗程。盆腔包块如已控制可待分娩后处理。新生儿应积极治疗,其药物选择遵照母亲的药敏试验。新生淋菌性结合膜炎除局部应用四环素或红霉素眼膏外,应注射药物全身治疗。

二生殖道尖锐湿疣

生殖道疣又称尖锐湿疣,发现已有许多年,直至1968年Duun与Oegilvic两人在电镜中找到病毒颗粒才确定此病为病毒感染。尖锐湿疣属性传染疾病,在国外列为性病的第五位(其顺序为非淋菌性尿道炎,淋病,单纯疱疹、梅毒,尖锐湿疣),在国内发病率仅次于淋病而居第二位。高发年龄为20—25岁,女性多于男性,一般认为是慢性感染,据我们

观察许多初次感染与淋病同时发生，也有急性期的表现，潜伏期2月(或小于2周)至8个月，平均3个月。尖锐湿疣是一种自限性疾病，感染的时间越长传染性越低，患病一年以上者可不具传染性，病程不定，可持续数年，也可于几个月内消失。尖锐湿疣的发生与机体免疫状态有关，应用细胞毒药物或免疫抑制剂治疗易促使各种疣产生。温暖潮湿的环境，阴道分泌物增多或合并炎症时更能促进其发展。

(一)病因与病理

人类乳头状瘤病毒(HPV)是湿疣的病原，是一种最小的病毒，现在已发现有60个亚型，与生殖道疣有关的亚型有6, 11, 16, 18, 35等亚型。这种病毒不能培养，可以分离及接种但手续十分麻烦。

尖锐湿疣呈外向型生长，有角化不全，棘层增生肥厚，表皮钉突增宽延伸，基底细胞排列整齐，与真皮之间界限清楚，最大的特点为棘细胞表层有明显的胞浆透明的细胞，称凹空细胞。此种细胞比正常细胞大，胞浆淡染，核大而嗜碱性。

一些研究表明生殖道湿疣患者发展成宫颈上皮内瘤(CIN)者有增加的趋势，患宫颈癌的相对危险性是普通人群的15.6倍。外阴上皮内瘤伴HPV感染的患者较不伴HPV感染者年轻，其中50%有多中心病变，30%与CIN共存。一种新的概念，宫颈的HPV感染通常是亚临床的，其阴道镜及组织学特点易于与CIN相混淆。我院自1987—1988年对HPV感染与宫颈癌的关系作了组织学及免疫组织化学的研究。104例不同组织学诊断的患者，HPV抗原染色阳性率中宫颈炎、尖锐湿疣、宫颈HPV亚临床感染，CIN、宫颈浸润癌分别为28.57%、95.23%、100%、39.39%、22.50%。在CIN，宫颈癌及宫颈炎中均有一定百分比的HPV抗原检出率。从形态学观察HPV感染与宫颈癌有一定联系，但这种感染与宫颈癌是并存还是病因关系尚不能确定。目前认为HPV6、11亚型与尖锐湿疣有关，16、18亚型与宫颈癌有关，其真正的关系需用HPV DNA分子杂交技术作进一步研究。

(二)临床表现：

1、女性患者多发生于小阴唇、大阴唇、前庭、尿道口周围，处女膜，阴道及宫颈，也可发生在肛门周围、腋窝及乳腺下方。病损呈疣状或可呈丘疹样，也可呈园形或鸡冠花样，疣状物常成行、成堆或成片，表面发红，透明，或呈白色及灰色。极早期的病变常与淋病感染同时出现，前庭呈现弥漫的红色颗粒，阴道镜下颗粒中心有小血管。稍后可见手指状乳头样突起，每个乳头有一支血管攀。宫颈的亚临床HPV感染只能在阴道镜下诊断，为醋酸白色上皮有较好的光泽、可以是弥漫的表面粗糙的病变、明显的微乳头型或类似大脑皮质的回沟。血管呈细小规则点状或乳头中可见良好的血管攀。不规则醋酸白色上皮可出现在移行区内或完全在移行区外，常为多中心卫星病变。

2、男性患者病损主要发生于龟头冠状沟及包皮内缘，有时呈丝状或带蒂，也可融

合成菜花状，尿道口也可有，阴茎上多为小而散在的疣。

3、Buschke-Lowenstain瘤，又称癌样尖锐湿疣。病变长得很大如菜花样，需与阴茎癌鉴别。病变开始呈疣状，以后形成结节，向深部组织侵犯，但不转移，易发生感染排出脓性分泌物，有臭气，并可导致局部淋巴结肿大。

(三)诊断：

- 1、病史及临床表现可获得正确诊断，男女双方常同时在生殖器出现病损。
- 2、病理切片检查，对宫颈亚临床感染常需组织学证实。
- 3、阴道镜检查：对早期较小的病变及宫颈临床感染有诊断价值。
- 4、细胞学刮片找典型凹空细胞，文献有报道，但阳性率不高。
- 5、为研究工作可作免疫组化或HPV DNA杂交或电镜检查。

(四)治疗

1、局部治疗

(1)10—25%足叶草脂安息香酊是常用的药，用栓外阴或肛门周围不大的病变，上药时周围用纱布保护正常皮肤，用药3—4小时后用水或肥皂洗去，每周1—2次，反复数次直至好转。如面积过大，用药过多可致低血钾、神经炎、白血球减少甚至昏迷等症状。孕妇忌用。

(2)50—100%三氯醋酸是强腐蚀剂，可用于角化明显的病变。

(3)5%的5Fu油膏对小面积病变有效。

(4)1—5%酞丁胺霜由中国医科院药物所合成临床应用4周内可治愈，治愈率可达80%，但目前市面上买不到此药。

(5)冷冻，激光及电刀切削均可用于较局限的病灶，3—4疗程可望治愈。

2、全身治疗：为了增强免疫机制及抑制病毒生长可服用病毒灵，心肝宝，注射Vi+B12，聚肌胞，或干扰素。中药板兰根，田基黄等也可服用。

(五)孕妇及新生儿：妊娠期因免疫机制改变，体内激素增多，生殖道疣可爆炸性发展，可见阴道内成团的葡萄状肿块如鸡蛋大或拳头大，宫颈菜花状易出血，阴道分泌物增多，臭气，有时被疑为癌症，外阴也可长出许多。严重的患者毕竟是少数，一般主张不治疗湿疣，但应治疗合并存在的霉菌、滴虫阴道炎及淋病，保持清洁，必要时全身抗感染。妊娠末期或分娩后湿疣会逐渐消失。巨大的湿疣并不造成产道梗阻，治疗其他合并症后可自行分娩。

婴儿自产道分娩不增加婴儿肛门及生殖器病毒感染的机会，但有报道将来患喉部乳头瘤的病例。作者意见中期妊娠引产者可治疗合并症后阴道分娩。足月妊娠又有大块乳头瘤者剖腹取胎为宜。