

主 编 糜若然 瞿全新

妇科典型病例精析

ESSENCE ANALYSIS FOR TYPICAL CASES OF GYNECOLOGY



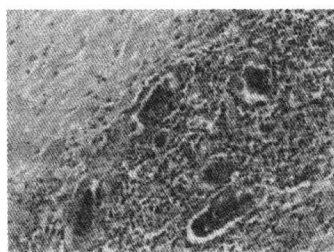
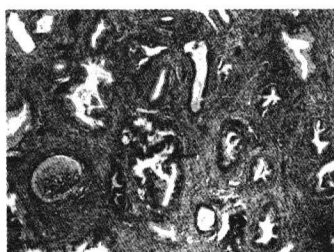
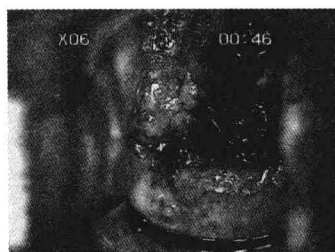
人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

妇科典型病例精析

ESSENCE ANALYSIS FOR TYPICAL CASES OF GYNECOLOGY

主 编 糜若然 瞿全新



人民军医出版社

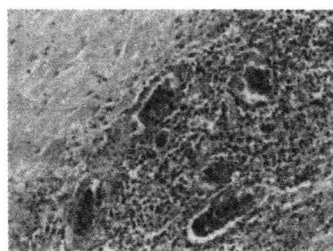
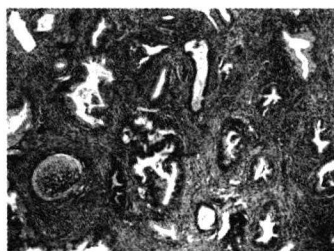
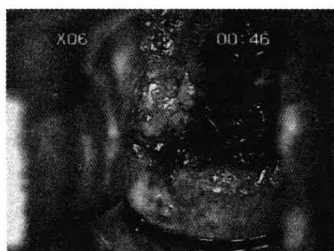
PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北京

妇科典型病例精析

ESSENCE ANALYSIS FOR TYPICAL CASES OF GYNECOLOGY

主 编 糜若然 瞿全新



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北京

图书在版编目(CIP)数据

妇科典型病例精析/糜若然,瞿全新主编. —北京:人民军医出版社,2013.6

ISBN 978-7-5091-6678-9

I. ①妇… II. ①糜…②瞿… III. ①妇科病-病案分析 IV. ①R711

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 105002 号

策划编辑: 焦健姿 文字编辑: 赵晶辉 责任审读: 谢秀英
出版发行: 人民军医出版社 经销: 新华书店
通信地址: 北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编: 100036
质量反馈电话: (010) 51927290; (010) 51927283
邮购电话: (010) 51927252
策划编辑电话: (010) 51927271
网址: www.pmmp.com.cn

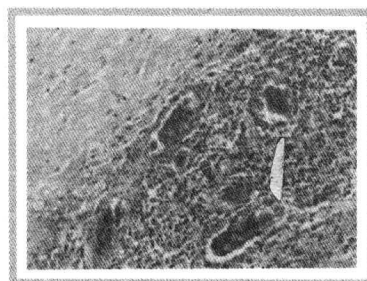
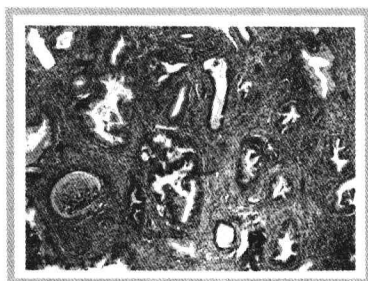
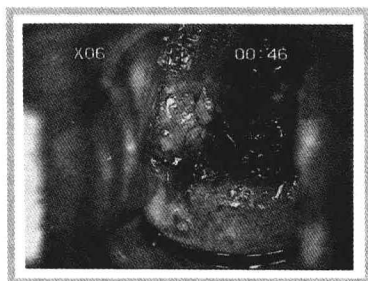
印、装: 三河市春园印刷有限公司
开本: 787mm×1092mm 1/16
印张: 25 字数: 611 千字
版、印次: 2013 年 6 月第 1 版第 1 次印刷
印数: 0001—3000
定价: 68.00 元

版权所有 侵权必究
购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换

内 容 提 要

S U M M A R Y

全书共八篇，作者以典型病例分析为主线，全面介绍妇科炎性疾病、妇科肿瘤、妇科癌前病变与交界性肿瘤、子宫内膜异位症、妇科内分泌疾病、女性生殖器官损伤与发育异常等疾病的病因、病理改变、临床诊断与治疗。本书理论与临床实践紧密结合，突出近年来妇科常见疾病在临床诊治方面的新知识、新进展，适合于广大妇科医师及医学院校学生阅读参考。



简 序

BRIEF PREFACE

医学是一门不断发展的学科，主要体现在新型研究方法不断开展、临床经验不断积累、临床治疗技术不断更新。近年来，妇科疾病在病因、发病机制、诊断与治疗等方面飞速发展，新概念、新理论、新技术不断涌现。因此，我们应该与时俱进，更新观念，跟上当代医学发展的步伐。

本书作者多年来一直从事妇产科临床医疗、教学及科研工作，积累了许多宝贵的临床经验，同时也收获了很多诊疗过程中的教训。在本书中作者结合多年来临床诊治的病例，对包括妇科感染性疾病、妇科肿瘤、子宫内膜异位症、妇科内分泌疾病等在内的多种妇科疾病进行全面而系统的阐述，以期对临床一线工作的同行有所裨益。

鉴于作者水平有限，编写过程中的疏漏之处，敬请同行指正。

廉若然

二〇一二年夏

目 录

CONTENTS

第一篇 妇科炎症性疾病

第 1 章 盆腔炎	1
第 2 章 宫腔积脓	13
第 3 章 盆腔结核	16

第二篇 妇科肿瘤

第 4 章 外阴良性肿瘤	25
第 5 章 外阴恶性肿瘤	30
第 6 章 阴道良性肿瘤	46
第 7 章 阴道恶性肿瘤	50
第 8 章 宫颈癌	62
第 9 章 子宫肌瘤	86
第 10 章 子宫内膜癌	106
第 11 章 子宫肉瘤	122
第 12 章 原发性输卵管恶性肿瘤	136
第 13 章 卵巢良性肿瘤	147
第 14 章 卵巢恶性肿瘤	154
第 15 章 卵巢转移性肿瘤	193



第 16 章	原发性腹膜癌	198
第 17 章	妊娠滋养细胞疾病	203

第三篇 妇科癌前病变与交界性肿瘤

第 18 章	子宫颈上皮内瘤样病变	230
第 19 章	子宫内膜非典型增生	237
第 20 章	卵巢交界性肿瘤	242
第 21 章	子宫交界性平滑肌瘤	248

第四篇 子宫内膜异位症

第 22 章	盆腔子宫内膜异位症	252
第 23 章	子宫腺肌病	268

第五篇 妇科内分泌疾病

第 24 章	多囊卵巢综合征	272
第 25 章	功能失调性子宫出血	281
第 26 章	闭经	291
第 27 章	更年期综合征	300
第 28 章	性早熟	304

第六篇 女性生殖器损伤性疾病

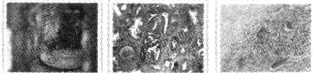
第 29 章	阴道壁膨出	311
第 30 章	子宫脱垂	319
第 31 章	压力性尿失禁	327
第 32 章	陈旧性会阴Ⅲ度裂伤	333
第 33 章	尿瘘	336
第 34 章	直肠阴道瘘	343

第七篇 女性生殖器发育异常

第 35 章	外阴与阴道发育异常	347
第 36 章	子宫发育异常	352
第 37 章	性分化与发育异常	359

第八篇 其他妇科疾病

第 38 章	异位妊娠	365
第 39 章	子宫瘢痕妊娠	377
第 40 章	外阴白色病变	384



畅，阴道内较多黄白色分泌物，无异味。宫颈肥大，中度糜烂，触之易出血，宫颈摆痛（+）。子宫体大小正常，压痛明显，双侧宫旁增厚，压痛明显。

【辅助检查】1. B超检查 子宫体 $4.8\text{cm} \times 4.2\text{cm} \times 3.8\text{cm}$ ，子宫左侧囊实性肿物，大小为 $4.2\text{cm} \times 3.6\text{cm} \times 2.5\text{cm}$ ，子宫右后方囊实性肿物，大小为 $5.6\text{cm} \times 4.5\text{cm} \times 4.3\text{cm}$ 。小的盆腔液性暗区。肝脏、胆囊、脾脏、胰腺、双侧肾脏均未见异常。

2. 阴道分泌物培养 需氧菌培养可见大肠埃希菌。厌氧菌培养未见菌落。支原体（-），衣原体（-）。

3. 血常规检查 血红蛋白 112g/L ，白细胞 $15.6 \times 10^9/\text{L}$ ，中性粒细胞占 87% ，血小板 $126 \times 10^9/\text{L}$ 。

4. 胸部 X 线检查 心、肺、膈未见异常。

【入院诊断】急性盆腔炎。

【诊断依据】患者主要表现为持续性下腹痛、发热；妇科检查发现阴道分泌物增多且呈黄白色，宫颈摆痛，子宫体压痛，双侧宫旁增厚，压痛明显；盆腔 B 超发现双侧附件区囊实性肿物；血常规白细胞增高；中性粒细胞比例增高，阴道分泌物培养发现大肠埃希菌。

【治疗经过】1. 抗感染治疗 给予头孢哌酮（先锋必）和替硝唑联合治疗，治疗后第 3 天，患者体温恢复正常，下腹痛逐渐缓解。治疗后第 7 天患者下腹痛完全缓解，全腹软，无压痛、反跳痛，妇科检查提示阴道分泌物明显减少，宫颈摆痛消失，子宫体无压痛，双侧附件区仍有增厚及轻压痛，子宫右后方可及边界不清的囊实性肿物，大小约 $6\text{cm} \times 5\text{cm} \times 4\text{cm}$ ，与子宫关系密切，不活动，压痛（+）。复查 B 超，提示子宫右后方囊实性肿物， $5.3\text{cm} \times 4.8\text{cm} \times 3.6\text{cm}$ ，子宫左旁囊实性肿物， $4.6\text{cm} \times 3.7\text{cm} \times 3.9\text{cm}$ 。

继续原方案抗炎治疗至 14 天，患者下

腹痛消失，再次妇科检查，宫颈摆痛（-），子宫体无压痛，子宫右后方可及边界不清的囊实性肿物，大小约 $6\text{cm} \times 5\text{cm} \times 4\text{cm}$ ，与子宫关系密切，不活动，轻触痛。子宫左旁明显增厚，轻压痛，未及肿物。复查 B 超，提示子宫右后方囊实性肿物， $6.5\text{cm} \times 5.7\text{cm} \times 4.1\text{cm}$ ，子宫左旁囊实性肿物， $4.1\text{cm} \times 3.3\text{cm} \times 2.6\text{cm}$ 。

考虑患者积极抗炎治疗 14 天，取得较好疗效。但子宫两侧囊实性肿物始终存在，无缩小。征求患者同意，决定行开腹探查术。

2. 手术治疗 术中见：无腹水。大网膜与前腹壁及侧盆壁粘连，分离粘连后探查。子宫大小正常。右卵巢囊实性肿物，与右阔韧带后叶、右侧盆壁及子宫后壁致密粘连，大小约 $6\text{cm} \times 5\text{cm} \times 4\text{cm}$ ，右输卵管缺如；左卵巢肿物与左侧阔韧带后叶致密粘连，大小约 $5\text{cm} \times 4\text{cm} \times 4\text{cm}$ 。左输卵管增粗迂曲，最大直径 2cm ，左输卵管伞端闭锁，连同左卵巢粘连于左侧阔韧带后叶，确定为左输卵管积水。因此行右卵巢肿物切除、左卵巢剖视活检及左输卵管切除术。

术后病理回报：右卵巢单纯性囊肿伴感染；左卵巢急慢性炎伴高度水肿；左输卵管积水伴慢性炎。见图 1-1 及图 1-2。

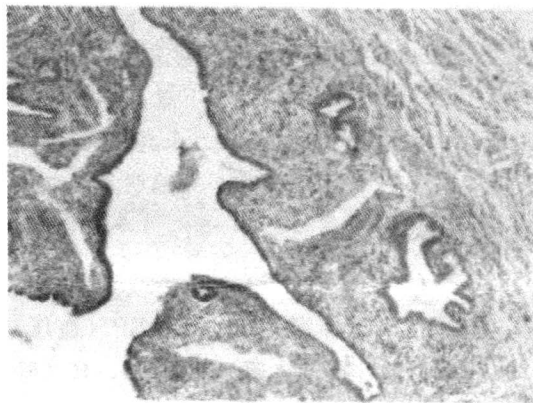


图 1-1 左卵巢急慢性炎症

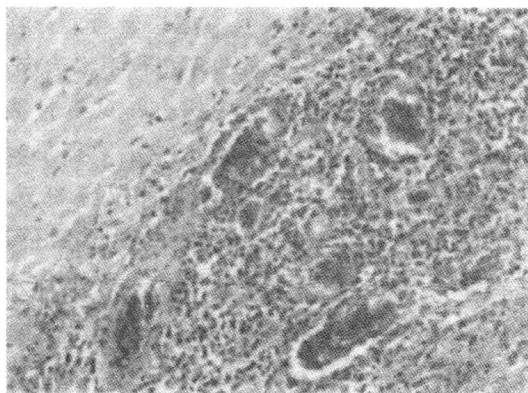


图 1-2 左输卵管慢性炎症

术后继续抗炎、支持治疗 7 天，患者痊愈出院。

- 【出院诊断】** 1. 急性盆腔炎。
2. 右卵巢单纯性囊肿伴感染。
3. 左输卵管积水。

【随访】 随访 1 年，无复发。

【病例分析】 患者为急性盆腔炎，经过规范的抗感染治疗后，患者临床症状缓解，

盆腔炎症局限，但双侧附件区肿物始终存在。根据临床表现及 B 超检查结果，首先考虑为双侧附件炎性包块。由于双侧附件包块最大径线超过 6cm，且经常规抗感染治疗后未见缩小，故符合手术指征。

经手术探查，右卵巢为囊肿伴感染。由于感染导致囊肿表面被覆上皮破坏，显微镜下未能确定囊肿上皮性质，因此诊断为右卵巢单纯性囊肿。术中探查证实左卵巢均匀增大，外表光泽、水肿，切开左卵巢表面有水肿液外溢，考虑与局部炎症有关，术后病理证实为左卵巢急慢性炎伴高度水肿。

术后患者恢复顺利，提示急性盆腔炎患者经过常规的抗感染治疗后，如果形成附件炎性包块且不消退，可考虑行开腹探查术。手术治疗不仅可明确附件肿物的性质，而且可以切除感染病灶，减少临床应用抗生素的总量，缩短病程。

病例 2：患者 42 岁。

【主诉】 间断性右下腹痛 4 年，加重 3 天，伴恶心、发热。

【现病史】 间断性右下腹痛 4 年，每次发作时给予静脉抗炎治疗后好转。3 天前无明显诱因出现右下腹部疼痛，进行性加重，伴恶心，未吐，有发热，最高体温达 38.5℃。曾于外院静脉给予克林霉素抗感染治疗，无明显疗效，转入我院。妇科检查发现子宫体压痛，左侧子宫旁有增厚及压痛，右侧可及囊实性肿物的下缘，约 5cm×3cm×3cm，张力较大，压痛明显。考虑为急性盆腔炎、可疑右卵巢肿物蒂扭转而收入院。

月经周期规律，无痛经。末次月经在发病前 14 天。

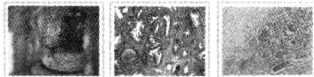
孕₅产₁。上环 7 年，后因盆腔感染于 4 年前行取环术。

【查体】 T 37.9℃，BP 110/70mmHg，P 92/min，R 20/min。全身表浅淋巴结未及肿大。心肺检查未见异常，腹软，下腹部压痛、反跳痛，以右下腹明显。腹部未及肿物，肝脾未及，移动性浊音（-），肠鸣音活跃。

【妇科检查】 外阴已婚经产型，阴道通

畅，宫颈肥大，重度糜烂，有摇摆痛。子宫体大小正常，活动差，压痛，左侧宫旁可触及增厚及压痛，右侧可触及囊实性肿物的下缘，约 5cm×3cm×3cm，张力较大，不活动，压痛明显。

【辅助检查】 1. 盆腔 B 超检查 子宫



5.8cm×4.3cm×3.8cm，左卵巢 2.4cm×2.1cm，右附件区肿物 6.5cm×4.1cm×3.3cm，内为液性暗区，周围血流不丰富。子宫直肠陷凹处可见少量液性暗区。提示右附件囊性肿物，盆腔少量积液。

2. 血尿常规检查 血红蛋白 103g/L，白细胞 $15.4 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞占 88%，血小板 $214 \times 10^9/L$ 。尿常规正常。

3. 血清肿瘤标记物检查 糖蛋白抗原₁₂₅ (CA₁₂₅ 65U/ml，癌胚抗原 (CEA)、甲胎蛋白 (AFP) 等检查均在正常范围。

- 【入院诊断】1. 急性盆腔炎。
2. 右附件肿物蒂扭转？
3. 轻度贫血。

【诊断依据】患者曾有反复发作右下腹痛及抗炎治疗后好转的病史，此次发病为月经中期，伴发热。腹部检查下腹部压痛、反跳痛，以右下腹明显，盆腔检查有子宫体及双侧附件区压痛。白细胞及中性粒细胞增高，支持急性盆腔炎诊断。此外，盆腔检查在右附件区可触及囊实性肿物，张力较大，压痛明显。盆腔 B 超也提示右附件囊性肿物。因此考虑可能存在右附件肿物蒂扭转。但患者盆腔炎性疾病病史 4 年，反复发作，局部组织粘连，附件肿物蒂扭转的概率不大。因此，首先考虑为急性盆腔炎。

【治疗经过】1. 抗感染治疗 请外科会诊除外急性阑尾炎后，继续抗感染治疗，方案为头孢西丁 2g，1/6h，静脉滴注；替硝唑 0.8g，1/d，静脉滴注。治疗 1 天后，患者腹痛症状有所减轻，但体温增高至 39.2℃。考虑入院前及入院后抗感染治疗已达 72 小时，

仍不能有效控制症状，且考虑患者可能存在右侧附件肿物蒂扭转，故决定急行手术治疗。

2. 手术治疗 手术中探查，见少量淡黄色腹水。子宫大小、质地正常，右卵巢大小正常，右输卵管积水并顺时针扭转 360°，大小为 7cm×4cm×4cm，表面呈暗紫色，张力较大。左卵巢大小正常，左输卵管正常。故行右输卵管切除术。

术后病理提示为右输卵管积水，慢性炎症。患者术后继续给予抗感染治疗，7 天后腹部伤口拆线，痊愈出院。

【出院诊断】右输卵管积水伴扭转。

【随访】出院后继续口服中药治疗 2 个月，并定期门诊检查。连续随访 2 年，未再复发。

【病例分析】患者有急性盆腔炎病史，曾反复右下腹痛发作，但每次均在静脉抗感染治疗缓解后即停止治疗，未再做进一步检查及巩固治疗，以致患者盆腔炎反复急性发作。因此，对急性盆腔炎患者，应给予及时、彻底的治疗，以免迁延不愈，甚至反复急性发作。

此次住院检查，由于发现右侧附件区肿物，曾诊断为右附件肿物蒂扭转，但因考虑患者有慢性盆腔炎病史，局部组织粘连，肿物蒂扭转的概率不大，故未首选手术治疗。此例为急性盆腔炎伴右附件肿物的患者，在积极抗感染治疗的基础上仍不见好转，就应考虑有蒂扭转的可能性。应当机立断，及时进行手术治疗，以确定肿物的性质，并达到治疗目的。

此例患者提示我们，即使在慢性盆腔炎的基础上，附件肿物仍有可能发生扭转。一旦考虑有附件肿物扭转的可能性，应积极手术，以免延误患者的治疗。



二、讨论

Discussion

【病原学】1. 女性生殖道的正常菌群 正常情况下，健康女性由于宫颈内口紧闭，

宫颈黏膜分泌黏液，形成黏液栓堵塞宫颈管，使宫腔以上的内生殖器基本无菌，但阴

道和宫颈存在数十种细菌，这些细菌构成了阴道内的正常菌群，包括需氧菌，如阴道杆菌、棒杆菌、非溶血性链球菌、肠球菌、表皮葡萄球菌、大肠埃希菌和加德纳菌等，以及厌氧菌，如消化球菌、消化链球菌、类杆菌、核杆菌和 Mobiluncus 菌等，此外还有支原体和念珠菌。当任何原因破坏了正常菌群的动态平衡后，这些病原体就可以侵入非正常寄居部位，成为条件致病菌，引起内源性感染。除此之外，外界细菌亦可侵入引起外源性感染。

2. 引起盆腔感染常见的病原微生物

PID 的致病微生物主要有性传播感染 (sexually transmitted infection, STI) 致病微生物与非 STI 致病微生物，后者主要包括需氧菌与厌氧菌。近年来，STI 致病微生物与 PID 的关系已经引起高度重视。

(1) STI 致病微生物

①淋病奈瑟菌：淋病奈瑟菌为革兰染色阴性菌，涂片中常呈现典型的卵圆或豆状双排列特征。淋病奈瑟菌适于生活在潮湿温暖的环境下，易侵犯人体柱状上皮和移行上皮，导致女性生殖道及泌尿道感染。

②衣原体：主要是沙眼衣原体，是人类泌尿生殖系感染的重要病原体。由于多数感染者无明显症状，从而使感染长期存在并传播蔓延。常引起子宫内膜炎、输卵管炎和盆腔炎，并造成不孕。

③支原体：支原体是女性生殖道正常菌群的组成部分，在机体免疫力下降或生殖道黏膜损伤等情况下，定植在生殖道中的支原体可转变成为致病菌。目前，临床常见支原体为人型支原体和解脲支原体，常引起急性或亚急性输卵管炎和盆腔炎。

(2) 非 STI 致病微生物

①需氧菌：PID 中常见需氧菌为链球菌、葡萄球菌及大肠埃希菌等。

链球菌：为革兰染色阳性球菌，根据在

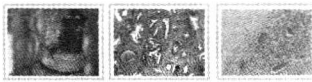
含绵羊红细胞培养基上的溶血情况分为甲、乙、丙三型，按照细胞壁抗原不同又分为 A~H 和 K~V 血清群。引起妇科感染的链球菌主要是化脓性链球菌 (A 群、乙型溶血) 和无乳链球菌 (B 群，甲、乙、丙型溶血)，其中以化脓性链球菌的致病力最强，能产生溶血素和多种酶，使感染易扩散，并可引起链球菌性休克综合征 (STSS)，后者常出现在流产或剖宫产后，临床表现为发热、咽痛、猩红热样皮疹或无皮疹、急性化脓性子宫内膜炎、休克和多脏器功能衰竭等。

葡萄球菌：是常见的病原菌，革兰染色阳性。按是否产生凝固酶可分为金黄色葡萄球菌和凝固酶阴性葡萄球菌，后者以表皮葡萄球菌为代表。葡萄球菌可以产生多种毒素和酶，其中以金黄色葡萄球菌致病力最强，多见于产后、剖宫产后、流产后或妇科手术后的感染。

大肠埃希菌：是肠道革兰阴性杆菌群的主要成员。当机体抵抗力降低、寄居部位改变或因外伤等情况侵入肠道外组织或器官时可引起感染，并常与其他致病菌发生混合感染。

②厌氧菌：是盆腔感染的重要致病菌，主要来源于结肠、直肠、阴道和口腔黏膜。由于临床上厌氧菌培养技术较为复杂，所以常因厌氧菌培养不普及而造成漏诊。在下述情况存在时应考虑厌氧菌感染的可能，即有组织坏死、坏疽和气体生成；其脓性分泌物呈腐败性臭味；存在盆腔血栓性静脉炎；出现黄疸；对抗需氧菌治疗效果不佳；分泌物涂片染色发现细菌存在，但反复需氧培养阴性。常见的厌氧菌有以下几种。

消化链球菌：革兰染色阳性，易滋生于产后子宫内膜坏死的蜕膜碎片或残留的胎盘中，常引起感染性流产和化脓性盆腔静脉栓塞，还可引起子宫内膜炎、子宫腔积脓和盆



腔脓肿等。

脆弱类杆菌：革兰染色阴性，引起的感染伴有恶臭，恢复期较长。

产气荚膜梭状芽胞杆菌：革兰染色阴性，多见于创伤组织感染和非法堕胎等的感染分泌物，是引起子宫气性坏疽的常见致病菌，易产生中毒性休克，此外还可引起输卵管、卵巢和盆腔脓肿。

需要注意的是，盆腔感染往往是一种以上病原微生物的混合感染，而且常是有厌氧菌的混合感染，治疗时须全面兼顾。

3. 盆腔感染途径 病原微生物可经多种途径导致盆腔局部或多个部位感染。病原微生物多沿生殖器黏膜由宫颈或子宫内膜侵入，形成子宫内膜炎和子宫肌炎，随后可播散至输卵管，形成急性输卵管炎或急性输卵管卵巢炎。当输卵管伞端粘连闭塞，管腔积液，可以形成输卵管积脓。如果输卵管积脓与卵巢穿通，则形成输卵管卵巢脓肿。当感染沿淋巴播散时，则形成急性盆腔结缔组织炎，可以形成盆腔脓肿。当盆腔脏器发生严重感染时，往往蔓延至盆腔腹膜，引发盆腔腹膜炎，形成盆腔脏器粘连和盆腔脓肿。病原微生物也可经血液传播，当机体抵抗力差或病原毒性强、数量多时，常可发生败血症、脓毒血症。如果不及时治疗，可很快出现感染性休克，甚至死亡。

(1) 经淋巴系统蔓延：细菌经外阴、阴道、宫颈和子宫体创伤处的淋巴管侵入盆腔结缔组织和内生殖器其他部位，是产褥感染、流产后和放置宫内节育器后感染扩散的主要途径。

(2) 经血液循环传播：病原微生物先侵入人体的其他系统，再经血液循环感染生殖器，为结核杆菌感染的主要途径。

(3) 沿生殖器黏膜上行蔓延：病原微生物侵入外阴、阴道后，沿黏膜经宫颈、子宫、输卵管至卵巢和盆腔。葡萄球菌、淋球

菌、衣原体沿此途径扩散。

(4) 直接蔓延：腹腔中其他脏器感染后，直接蔓延到内生殖器。临床常见阑尾炎可直接蔓延至右侧输卵管，引起输卵管炎。

【临床表现】1. 急性子宫内膜炎与急性子宫肌炎 急性子宫内膜炎与妊娠的关系最为密切，常见于产褥感染，多发生于分娩后、剖宫产后、流产后，如分娩时胎膜早破、产后胎盘或胎膜残留、不完全流产，致使原来存在于阴道和子宫颈内的病原菌或外来的病原菌侵入引起上行感染。细菌多由产后胎盘的剥离面、剖宫产和流产后的创口及创面侵入。

各种子宫腔内操作，如放置宫内节育器、刮宫术、输卵管造影、宫腔镜手术，由于手术消毒不严格或手术适应证选择不当，造成子宫内膜感染。

月经期子宫内膜剥脱面有扩张的血窦和血凝块，是细菌的良好滋生地，如果不注意经期卫生或经期性交，会把病原体带入宫腔，引起感染。

此外，子宫内膜息肉或黏膜下肌瘤坏死也易引起子宫内膜的感染。

子宫内膜炎多系需氧菌和厌氧菌混合感染，病原菌多来自阴道和宫颈菌群。常见的需氧菌有链球菌、葡萄球菌、大肠埃希菌及相关的革兰阴性杆菌如变形杆菌等，常见的厌氧菌包括厌氧性链球菌、厌氧性类杆菌属和梭形芽胞杆菌等，衣原体和支原体造成的感染也很常见。此外，单纯疱疹病毒(HSV)也能造成产后子宫内膜炎。

患急性子宫内膜炎时，子宫变软、充血，略增大，子宫内膜充血和水肿，有炎性渗出物，渗出物为血性或脓性，严重者造成内膜坏死、脱落，局部形成溃疡。子宫内膜呈灰绿色。分泌物有异味，有时有臭味。显微镜下可见子宫内膜间质有灶性的或弥漫性的中性粒细胞浸润，细胞间隙充满液体，毛

细血管扩张,腺腔内也有中性粒细胞浸润,有的可充满整个腺腔。腺体的形态受到影响,往往不易分辨周期改变。严重者在细胞间隙可见大量细菌。子宫肌层也可受到影响,引起子宫肌炎,称之为子宫内膜子宫肌炎或子宫炎。

急性子宫内膜炎患者常有白带增多和下腹痛,可有发热、全身无力等全身症状。白带可呈黄色水样或脓性,也可混有血,如果为厌氧菌引起的感染,则分泌物带有恶臭。下腹痛的程度根据病情而异。发生在产后、剖宫产后或流产后可表现为恶露不净或阴道出血不止,有臭味,同时有子宫复旧不良,子宫区有压痛。如果未得到控制,炎症可扩散至子宫肌层、输卵管、卵巢及盆腔结缔组织。由链球菌或金黄色葡萄菌所致者起病急,全身反应重,如高热、寒战、白细胞增高明显,而局部反应较轻;由大肠埃希菌和厌氧性球菌引起者局部反应明显,而全身毒血症状较轻。

急性子宫内膜炎伴急性子宫肌炎患者查体时可见下腹中部有压痛,但反跳痛和肌紧张不明显,有时有发热和脉搏增快。妇科检查可见子宫颈口有脓性或浑浊血性分泌物,子宫颈有举痛,子宫可增大,有压痛。血常规检查可见白细胞总数和中性粒细胞数升高。取宫腔分泌物或宫颈口分泌物做病原微生物培养,包括需氧菌、厌氧菌、淋病双球菌、支原体和衣原体,可明确病原学诊断和药敏结果。

2. 急性输卵管炎、输卵管积脓及输卵管卵巢脓肿 妇科炎症中以输卵管炎最常见,由于相互邻近的关系,往往输卵管炎、卵巢炎及盆腔腹膜炎同时存在,临床上将输卵管炎和卵巢炎称为附件炎。

产后、剖宫产后和流产后,细菌可经胎盘剥离面、创面等至输卵管,引发炎症。月经期性交或使用不洁卫生垫,可使细菌侵入

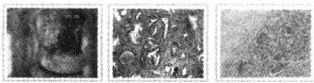
发生炎症。各种妇科手术操作后,如放置宫内节育器、输卵管通液、诊断性刮宫或人工流产术,由于消毒不严或适应证掌握不严造成感染。邻近器官炎症,如急性阑尾炎、腹膜炎,治疗不及时者可直接蔓延至输卵管。此外,全身性疾病,如败血症或菌血症时,细菌也可到达输卵管、卵巢,发生急性炎。

急性输卵管炎常见病原菌为链球菌、大肠埃希菌、葡萄球菌和厌氧菌。厌氧菌包括消化链球菌和脆弱类杆菌。淋球菌、衣原体和支原体也是常见的病原微生物。

如果细菌沿宫颈管黏膜上行,经宫颈的淋巴播散至宫旁结缔组织,又经淋巴或直接扩散到输卵管浆膜层,则形成输卵管周围炎,进一步累及肌层,输卵管水肿,充血变粗,输卵管黏膜层可不受累或受累极轻。病变以输卵管间质炎为主,管腔可保持通畅,重者因纤维素性脓性渗出物多,造成输卵管周围粘连。如果细菌沿宫腔黏膜上行蔓延,引起输卵管黏膜肿胀,间质水肿、充血,白细胞浸润,黏膜上皮退行性变或成片脱落,使管腔粘连闭锁。如果粘连造成输卵管口封闭,可引起输卵管积水或积脓。卵巢很少单独发炎,白膜是很好的防御屏障,多与输卵管伞端粘连,发生卵巢周围炎,也可形成卵巢脓肿,如脓肿壁与输卵管粘连穿通,则可形成输卵管卵巢脓肿。

急性输卵管炎的主要症状为下腹痛和发热。发热前可有寒战,体温可高达 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 。腹痛多为双侧下腹剧痛。少数患者有肠道和膀胱刺激症状,如腹泻、腹胀、尿频和尿急等。如炎症在月经期发作,可有月经量增多,经期延长;如在非月经期发作,可有不规则阴道出血、白带增多等症状。

患者呈急性病容,体温高,心率快。下腹部有压痛及反跳痛。妇科检查见阴道充血,宫颈充血,分泌物多,有时有恶臭。阴道穹窿有触痛,子宫正常或稍大,活动受



限，有触痛。双侧附件区有增厚，或可触及包块，压痛明显。如果形成输卵管卵巢脓肿，在子宫旁可触及张力大、稍呈囊性、有明显触痛的包块。如果脓肿位于子宫直肠陷窝，则后穹隆饱满，有波动感和明显触痛。

根据病史和临床检查所见，急性输卵管炎的诊断并不困难。宫颈分泌物的培养可获得病原学诊断。急性输卵管炎应与急性阑尾炎、卵巢囊肿蒂扭转和异位妊娠等疾病鉴别。

3. 急性盆腔结缔组织炎 盆腔结缔组织是盆腔腹膜外的组织，位于盆腔腹膜的后方、子宫两侧和膀胱前间隙处，其后方与后腹膜的结缔组织相连，这些部位的结缔组织之间并无界限。急性盆腔结缔组织炎多初发于子宫旁，然后扩散至其他部位。子宫旁结缔组织是子宫颈和子宫的血管和淋巴管出入必经的区域，细菌易由此处侵入和蔓延。

急性盆腔结缔组织炎常见病原体有链球菌、葡萄球菌、大肠埃希菌、消化链球菌、脆弱类杆菌以及淋球菌、支原体和衣原体等。

急性盆腔结缔组织炎主要表现为局部组织出现水肿、充血，并有较多白细胞和浆细胞浸润。炎症初期多发生在生殖器官受到损伤的部位，后逐渐蔓延。盆腔前部的炎症病灶易形成大小不等的脓肿，如果未得到及时控制，炎症可通过淋巴向输卵管、卵巢或髂窝扩散。由于盆腔结缔组织与盆腔内血管接近，可引起盆腔血栓性静脉炎。阔韧带形成的脓肿可向阴道、膀胱和直肠破溃，如果排脓不畅，可形成窦道，高位脓肿可向腹腔破溃引起全腹腹膜炎。

急性盆腔结缔组织炎患者临床表现为寒战、发热、下腹痛，体温可达到 $39\sim 40\text{ }^{\circ}\text{C}$ 。当炎症扩散至盆腔腹膜时，腹痛加重，并伴有腰背酸痛，可放射至臀部和双下肢。形成脓肿后，可出现恶心、呕吐、尿频、尿痛等

症状。

查体可见腹部弥漫性触痛，下腹部有肌紧张。妇科检查可见宫颈举摆痛，子宫稍大，活动差，有触痛，子宫一侧或双侧有明显的增厚伴有压痛。如形成脓肿，可触及质软的包块，触痛明显。

急性盆腔结缔组织炎须与急性阑尾炎、卵巢囊肿蒂扭转、输卵管妊娠破裂等疾病相鉴别。

4. 急性盆腔腹膜炎 在急性输卵管炎时，管腔中的脓液可通过伞端溢出至盆腔，或输卵管周围炎直接蔓延，引起急性盆腔腹膜炎，也可继发于盆腔结缔组织炎。其他外科疾病，如阑尾炎、憩室炎穿孔，均可引起盆腔腹膜炎。

急性盆腔腹膜炎主要表现为腹膜充血水肿，伴有含纤维素的渗出液，可形成盆腔脏器的粘连，渗出物聚集在粘连的间隙中，可形成多个小脓肿，也可积聚在子宫直肠窝形成盆腔脓肿。

急性盆腔腹膜炎患者的典型症状为发热和下腹痛，可有寒战、头痛、恶心、呕吐，体温可高达 $39\sim 40\text{ }^{\circ}\text{C}$ ，下腹痛与发热同时发生，疼痛明显。有患者出现膀胱和直肠刺激症状，如尿频、尿痛和腹泻等。

患者呈急性病容，体温升高，心率加快。下腹部有肌紧张，拒按，有压痛及反跳痛。妇科检查发现阴道壁充血，阴道分泌物明显增多，呈黄白色或脓性，有时有臭味，穹隆有触痛，宫颈充血水肿，举痛明显，子宫增大，有压痛，活动受限，双侧附件区增厚或有包块形成，压痛明显，如有脓肿形成而且位置较低时，在后穹隆可触及肿块和波动感。

【诊断标准】由于盆腔感染的临床表现各异，临床诊断通常需要根据患者的临床症状、体征及实验室检查等综合评价后确定。目前，临床通常依据最低诊断标准、附加标

准及特异标准等进行综合评价。

1. PID 最低诊断标准 符合宫颈举摆痛、子宫体压痛、附件区压痛三项最低诊断标准中的一项，而且存在下生殖道感染，则可诊断 PID。

2. PID 附加标准 包括体温超过 38.3℃（口表）、宫颈或阴道异常脓性分泌物、阴道分泌物生理盐水涂片发现白细胞、血细胞沉降率加快、C 反应蛋白（CRP）增高、宫颈分泌病淋病奈瑟菌或衣原体培养阳性等。

3. PID 特异标准 子宫内膜活检证实子宫内膜炎；阴道超声检查或 MRI 检查提示输卵管增粗、输卵管积液；伴有或不伴有盆腔积液、输卵管卵巢肿物。

在感染早期，B 超检查仅见输卵管轻度肿大增粗、卵巢饱满且回声衰减。随着炎症加重，卵巢、输卵管与子宫和盆壁之间界限变得模糊不清。当出现输卵管脓肿时，可见附件区烧瓶状囊肿，内为低回声，含密集光点。如果为输卵管卵巢脓肿，则表现为双侧或单侧附件区囊性肿块，由于粘连而呈不规则外形，壁较厚，其内可见不光滑的分隔，液性区内常含有不等量沉积物。当盆腔炎症进一步发展，合并盆腔腹膜炎时，渗出的脓液可积存在子宫直肠窝内，形成子宫直肠窝积液，B 超检查可见盆腔内液性暗区，行后穹窿穿刺，可抽出脓液而确诊。

近年来，腹腔镜作为一种检查手段应用于临床，可发现输卵管表面充血、输卵管组织水肿、输卵管伞端或浆膜表面有脓性渗出物等表现，提示为 PID。在腹腔镜检查中可同时取感染部位分泌物进行病原学检查，既可明确导致感染的致病微生物，也可为抗感染治疗提供依据。

【治疗】 1. 妇科感染的抗生素应用原则与治疗方案 及早确立病原学诊断是合理并正确进行抗菌药物治疗的先决条件。抗菌药

物的使用应根据分泌物培养和药敏结果，有针对性地选择药物。由于盆腔感染多是混合感染，所以在得到细菌培养和药敏试验结果之前，应根据常见的致病菌选用抗菌药物。症状轻者可口服或肌内注射给药，病情重有全身症状者须静脉给药。

此外，在选择抗菌药物时应详细了解患者既往用药史、药物过敏史以及肝肾功能等，所选择的药物应覆盖厌氧菌。

针对需氧菌，可选择广谱青霉素类（如哌拉西林、阿莫西林、替卡西林等）、头孢菌素类（头孢噻肟、头孢曲松、头孢他啶、头孢哌酮和头孢西丁等）、氨基糖苷类（庆大霉素）、喹诺酮类（环丙沙星、氧氟沙星、左氧氟沙星、莫西沙星等）。针对厌氧菌，可选择硝基咪唑类（如甲硝唑、替硝唑、奥硝唑等）。针对衣原体，可选择阿奇霉素等。

目前，美国疾病控制与预防中心（CDC）2008 年推荐的抗感染治疗方案包括静脉抗菌类药物与口服抗菌类药物治疗，包括 A 方案、B 方案与替代方案

（1）静脉抗菌类药物推荐方案

①A 方案：第二代或第三代头孢菌素，如头孢替坦 2g，静脉滴注，1/12h，或头孢西丁 2g，静脉滴注，1/6h，联合多西环素 100mg，口服，1/12h，或米诺环素 100mg，口服，1/12h，或阿奇霉素 0.5g，口服，1/d。密切观察临床疗效，待临床症状改善后继续静脉治疗至少 24h，然后改用多西环素或米诺环素继续治疗至 14d。

②B 方案：克林霉素联合氨基糖苷类，其中克林霉素 900mg，静脉滴注，1/8h，庆大霉素负荷剂量（2mg/kg），静脉滴注，然后以维持剂量（1.5mg/kg）静脉滴注，1/8h。在患者临床症状改善后，继续静脉治疗至少 24h。然后改为多西环素 100mg，口服，1/12h，或克林霉素 450mg，1/6h，