

# 目 录

## 前言

## 青春期妇科问题

一、女性青春期生理 .....	1
二、生殖器官发育异常 .....	4
三、青春期功能性子宫出血 .....	9
四、痛经 .....	14
五、子宫内膜异位症 .....	18
六、青春期生殖器官肿瘤 .....	22

## 生育期妇科问题

一、妇科急腹症 .....	28
二、卵巢肿瘤合并妊娠 .....	33
三、滋养细胞肿瘤 .....	38
四、妇科炎症 .....	43
五、子宫内膜异位症的诊治方案 .....	48
六、不孕症 .....	54

## 更年期妇科问题

一、更年期综合征 .....	61
二、更年期及绝经后出血 .....	67
三、子宫颈癌的早期诊治方案 .....	72
四、子宫内膜癌的诊治要点 .....	79
五、卵巢癌的诊治 .....	85
六、卵巢癌的处理 .....	91

附 1、子宫脱垂与膀胱、直肠膨出的鉴别 .....	98
---------------------------	----

附 2、妇科手术后阴道出血的观察和处理 .....	102
---------------------------	-----

附 3、子宫肌瘤剔除术 .....	106
-------------------	-----

# 青春期妇科问题

## 一、女性青春期生理

### 问 题

请你对每个问题给一个正确答案。

1. 女性乳房和阴毛, 哪个先发育?  
a. 乳房先发育; b. 阴毛先发育; c. 同时发育;  
d. 基本同时但乳房发育早些。
2. 初潮年龄为:  
a. 20岁左右; b. 12~14岁; c. 8岁; d. 18岁。
3. 乳房已发育成熟而无阴毛生长。  
a. 不可能; b. 常见; c. 少见, 提示性腺发育异常。
4. 性早熟是指:  
a. 月经过早来潮; b. 乳房过早发育; c. 过早、过多的雌激素或肾上腺素分泌引起的征象; d. 阴毛过早生长。

### 解 说

掌握青春期生理的正确概念是诊断和处理该期妇科问题的基础。女性性腺卵巢的发育、成熟和排卵在全身生理变化中起着重要作用, 习惯以月经初潮标志青春期的开始, 从月经初潮到性器官成熟之间的时期为青春期, 一般在12~18岁之间。在此期间乳房的发育, 阴毛的生长则是最显著的性征。

在儿童时期, 生殖器官属幼稚型, 卵泡不发育, 体内雌

激素水平低。到青春发动时，下丘脑产生释放因子，刺激垂体释放促卵泡激素（FSH）和少量的黄体生成素（LH）。随之，卵巢对垂体的激素有所反应，并开始分泌雌激素，雌激素能引起乳腺的发育，并促成子宫、阴道和外生殖器官日趋成熟化。伴随着肾上腺皮质激素的增加，促使阴毛和腋毛出现。其他类固醇激素的产生也跟着发生相应变化。因此，青春期是一个“突变”的时期。

1969年英国马歇尔（Marshall）和坦纳（Tanner）调查记录了192名女学生的青春发育情况，以青春期乳房和阴毛的发育进度作为标志，并分别记录了各期的平均年龄。

乳房发育分期：

第一期：青春期前，仅有乳头隆起。

第二期：乳房开始发育，像小丘一样隆起，乳晕增大，9～13岁。

第三期：乳房和乳晕进一步增大，但乳房仍在胸部的轮廓线上，10～14岁。

第四期：乳房和乳头已明显地突出，高耸于胸部，11～15岁。

第五期：成熟阶段。乳头增大和乳晕稍退缩，12～19岁。

阴毛生长分期：

第一期：无。

第二期：长而直，稀疏地生长，仅在阴唇上有少量弯曲的阴毛，9～14岁。

第三期：浓重而较多弯曲的阴毛分布在阴阜上，10～14½岁。

第四期：阴毛已具成人型，散布耻骨部位，但未及大腿内侧，10½～15岁。

第五期：阴毛已及大腿内侧处，12½～16½岁。

如果8岁以前乳腺即有发育，说明有性早熟；如到14岁

尚未发育，则表明发育迟缓。乳房的发育比阴毛的发育来得早，但阴毛生长的速度却比前者快。乳房第二期到第五期，也就是从乳房开始发育到成人型需4.2年，而从阴毛生长第二期到第五期，即阴毛的成人型分布完成，只要2.7年。因此，乳房已发育成熟，阴毛却无发育，这种情况是极为罕见的。反之，阴毛发育完善而乳房无发育迹象，则说明肾上腺素作用亢进，可能由于雌激素的缺乏，也可能是肾上腺皮质功能亢进引起的多毛症。

青春发育最快是在乳房发育第三期和阴毛生长第二期这个阶段，一般为12~13岁。

初潮和种族、地域、社会文化、经济状况等有关，也和个体发育有关。据北京市的调查，初潮年龄以12~13岁为最高峰；英国坦纳的调查结果，初潮年龄是 $13.46 \pm 0.46$ 岁；美国的一个报告是 $12.65 \pm 1.2$ 岁。月经来潮反映下丘脑-垂体-卵巢轴心系统的调节体系的建立，它和乳房、阴毛的发育是相契合的。

据统计，从乳房发育到月经来潮的间隔是 $2.3 \pm 0.1$ 年。初潮和少女体重亦有关，一般在体重47公斤时来潮。初潮以后，卵巢功能并未完善，因此，出现规律的月经周期还需要一年左右的时间。青春刚开始来月经时，有时出现阴道出血，但周期不规律并且无痛经，这是由于单纯雌激素波动引起的撤退性出血，为无排卵月经。痛经多发生在初潮后二年左右。

如果过多，过早的雌激素或肾上腺素分泌则可引起性早熟。性早熟分为同性性早熟（过早地乳腺发育、月经来潮等）；异性性早熟，表现多毛、声音粗哑、阴蒂肥大、肌肉发达等，女性特征可有可无。

引起同性性早熟主要原因： 1. 脑病：脑瘤、脑炎、脑积水等。 2. 卵巢瘤：多数(60%)是颗粒细胞瘤，其余为男性母细胞瘤、类脂细胞瘤、泡膜细胞瘤等。 3. 医原性疾病(罕见)：雌激素药物的应用。

引起异性性早熟主要原因： 1. 先天性肾上腺皮质增生； 2. 肾上腺瘤； 3. 卵巢瘤，如男性母细胞瘤、支持细胞瘤。

对于性早熟，应注意寻找原因，可进行以下检查：

头颅X线摄片、阴道涂片检查(估计雌激素水平)、脑电图、血清FSH和LH测定、24小时尿17羟皮质类固醇、17酮类固醇测定等。未婚妇女只能靠肛诊进行妇科盆腔检查，青春期的卵巢肿瘤并不罕见，必要时还得在麻醉下进行阴道检查以明确诊断。

## 结 语

1. 青春期为身体的突变时期； 2. 丘脑-垂体-卵巢轴心起决定作用； 3. 初潮、乳房、阴毛三大标志； 4. 性早熟要探索病因。

## 答 案

1. d； 2. b； 3. c； 4. c。

## 二、生殖器官发育异常

### 问 题

请你对每个问题给一个正确答案。

1. 性腺的分化从何时开始？

a. 胚胎4周； b. 胚胎7周； c. 妊娠4个月； d.

出生时。

2. 先天性肾上腺皮质增生所致异常是:

a. 真两性畸形; b. 真男假女; c. 真女假男; d.

柯兴氏综合病征。

3. 输卵管、子宫、阴道上段是由什么发育形成的?

a. 副中肾管; b. 泌尿生殖窦; c. 生殖嵴; d. 中肾管。

4. 怎样处理两性畸形的性别?

a. 依据染色体; b. 社会性别与个人意愿及改造的可能性; c. 看有无阴茎; d. 看有无阴道。

### 解 说

人体每个正常细胞有23对(或46个)染色体,其中22对为常染色体,第二十三对为性染色体,女性为XX,男性为XY。

卵子和精子结合后发育成新的个体,性别决定于受精的一刹那,如果卵子(X)与X精子结合,成为女性(XX);如果卵子(X)与Y精子结合,成为男性(XY)。这便是基因的性别。基因的性别决定了性腺性别(睾丸或卵巢),性腺性别又决定了生殖系统的性别。但是内外环境的变化和影响,亦将对性别的形成和发育起一定作用。

在妊娠的第七周以前,胎儿的性腺尚未分化,有向两种性别发展的可能性。以后的分化是:睾丸的发育必需要一个Y染色体,卵巢的发育必需要两个X染色体(注意:是两个)。如果染色体是XO,也就是既缺少一个Y,又缺少一个X,则睾丸和卵巢均不能发育,这就是性腺发育不全(幼稚性腺)或缺如,称为坦纳氏综合征。

男性内、外生殖器官发育依赖于睾丸,而女性的生殖器官

发育在于没有睾丸的作用。胎儿睾丸产生两种物质：（1）副中肾管抑制物，其作用是阻止输卵管、子宫、上部阴道的发育；（2）睾丸酮，促成男性外生殖器官和中肾管系统的发育。

在胚胎第四周生殖细胞形成生殖嵴（原始性腺），侧旁的两条平行管道即副中肾管和中肾管则随性腺不同而变化，形成不同的内生殖器官。外生殖器官则是由生殖结节、生殖褶和生殖隆突衍化而来（图1）。

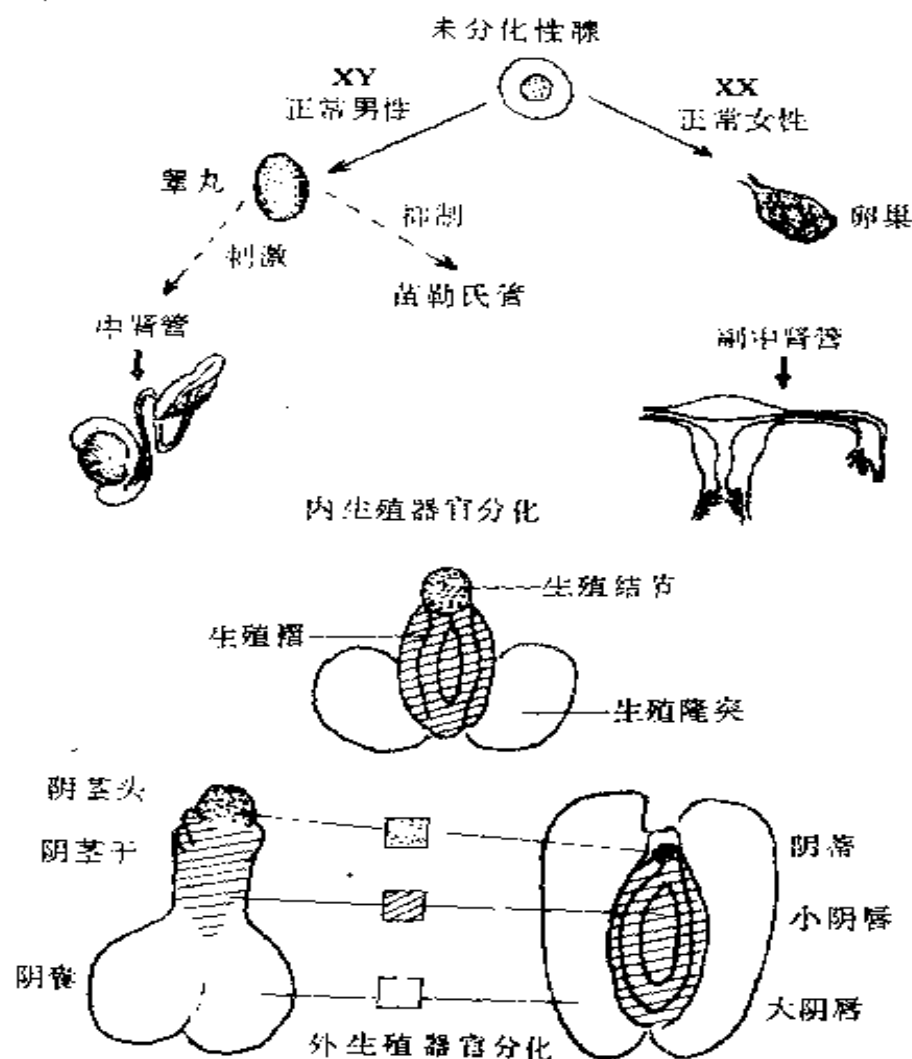


图1 正常内外生殖器官的发育

生殖器官发育异常中，最重要的是两性畸形。比较常见的有：

坦纳氏综合征：此类患者的染色体共45个，性染色体为XO。因为没有睾丸酮刺激，又没有卵巢，所以发育为不成熟的女性，身材矮小、乳房不发育、内外生殖器官幼稚型、月经稀发、过少或闭经、无阴毛、无腋毛。常有蹼状颈、肘外翻、高上腭及先天性心脏病等特征。

男性假阴阳人：多数为46XY或镶嵌型45X/46XY，有性腺睾丸，但由于睾丸的形成不完善或缺乏正常功能，于是女性的特征反而明显。外阴发育不良，阴茎短，尿道下裂，阴囊不发育，睾丸未下降或在阴唇内，乳房并不发育（因无雌激素刺激）。常被误为女性，实则真男假女。

睾丸女性化：通常为46XY，偶尔47XXY。有性腺睾丸，但发育异常或产生的睾丸酮作用不强，或产生相当的雌激素。故有明显的女性体态，良好的乳腺发育，缺乏或有很少的阴毛、腋毛，短小盲端的阴道，无子宫及输卵管。隐睾（在腹腔或腹股沟内），有明显的家族倾向。据认为这种睾丸有三分之一可发展为恶性肿瘤，应予切除。

先天性肾上腺皮质增生：染色体XX，又称女性阴阳人，是异性性早熟最常见的原因。属于肾上腺皮质代谢异常，有遗传特点。过多的雄激素（由肾上腺皮质网状带分泌）刺激引起男性化，依着雄激素分泌出现的早晚和多少，造成的畸形程度不一。若在胚胎期即有过多的雄激素，胎儿即可有生殖器异常、阴蒂大、阴唇融合。如生后发病，则表现多毛、阴蒂大、闭经等男性体征，其实为真女假男。

除性发育异常外，胚胎在发育过程中亦可形成各种器官异常，但基因性别、性腺性别和激素分泌均可正常。在青春



期常见的畸形，一是处女膜闭锁，一是先天性无阴道。处女膜闭锁使经血外流受阻，可形成阴道积血和子宫积血，甚至倒流腹腔。在青春期，月经不来潮，却有周期性下腹疼痛，并逐渐加重，应想到本病，经检查不难确诊，行处女膜切开，使其通畅。先天性无阴道却多数并发先天性无子宫，常无腹痛症状，个别有子宫者可有周期性腹痛。患者就诊的主要原因是原发性闭经或婚后性生活困难。行人工阴道成形术可以解决性生活问题。

子宫的各种畸形也较常见，多在婚后由于流产、早产、不育、分娩等问题始被发现。

对于生殖器官发育异常，特别是两性畸形的早期发现和处理十分重要。基层医护人员、助产人员对新生儿应认真检查，即可避免孩子的终生之错。如在新生儿及幼儿时期不能将性别鉴别清楚，误男为女或误女为男，就会使日后医疗处理感到棘手，亦使患者形成精神负担。

人的真正性别有时与其社会性别是不一致的，所谓社会性别是一个人在社会上（简言之，户口卡中填注的）以男或以女而存在，其中因有性器官异常而形成的差误。但长大成人的两性畸形者，一般对自己的社会性别有相当的适应性和依赖性。所以在处理时，首先要考虑患者本人的意愿，通常按其社会性别进行“改造”。性腺不符合社会性别的，要切除性腺，补充相应的性激素。外生殖器官异常的，可行整形术。当然，也要兼顾这种“改造”的可能性，要在有条件的医院进行处理。医护人员对病人的尊重、安慰，以及适当的保密都是医疗中不可忽视的。

## 结 语

生殖器官发育异常并非罕见，而且绝大多数在青春期出

现症状和体征。所谓性畸形乃是基因性别、性腺性别和生殖器的异常或者它们之间的不协调一致。除了性腺以外，肾上腺皮质代谢异常、妊娠早期服用大量孕激素亦可造成胎儿生殖器官异常。新生儿的体检、注意青春期前后的性征变化是发现生殖器官异常的主要手段，有条件的可进行染色体、血、尿等有关检查。处理时要尊重患者的意愿审慎决定。

### 答 案

1. b; 2. c; 3. a; 4. b。

## 三、青春期功能性子宫出血

### 问 题

请你对下列问题选择答案。

1. 青春期功能性子宫出血可由下列原因引起：

a. 精神情绪；b. 甲状腺或肾上腺功能不正常；c. 多囊卵巢综合征；d. 肥胖。

2. 怎样确定功能性子宫出血的诊断？

a. 通过病史；b. 血红蛋白；c. 通过除外器质性病变；d. 基础体温。

3. 功能性子宫出血是因为：

a. 雌激素过高；b. 孕激素过高；c. 雌激素过低；d. 孕激素过低。

4. 青春期功能性子宫出血的治疗原则是：

a. 止血；b. 恢复卵巢功能；c. 促进排卵；d. 纠正贫血。



## 解 说

所谓青春期功能性子宫出血实际上应该叫功能障碍性子宫出血。这是因为在青春期卵巢功能不健全，对垂体的促性腺激素反应能力差，下丘脑——垂体——卵巢轴的协调关系尚不完善，又容易受内外环境的影响，故常常发生内分泌紊乱和功能失调。据有的作者调查报告，竟有90%的青春期妇女，患程度不同的功能性子宫出血。最常见的出血表现是，月经频发和月经过多，月经过多包括经期延长与血量增多两个方面。而经间出血则不如成年妇女那样多见。使青春期妇女大量失血以致贫血的是完全没有规律的出血，无论是周期间隔、经期长短、血量多少均无规律，成为紊乱的子宫出血，这是青春期无排卵型子宫出血的特点。

在青春期内分泌障碍引起的子宫出血中，卵巢起着十分重要的作用。观察表明：子宫增殖期内膜会因雌激素突然下降而脱落出血（如切除卵巢）；子宫分泌期内膜可因孕激素的撤退而出血（如手术切除黄体）；雌激素的撤退出血可用孕激素止住；孕激素的撤退出血也可因连续应用雌激素而停止。因此，可以说功能性子宫出血基本上是各种因素引起的卵巢功能失调造成的。或者由于雌激素水平低于足以维持内膜的时候，或者由于连续的雌激素影响而没有孕激素的周期性撤退。所以，并不完全在于雌激素和孕激素的多少，而在于两者的制约关系是否平衡，其中孕激素的“跌落”较为常见。

当卵巢排卵发生障碍的时候，卵巢既不产生孕激素，子宫内膜在雌激素单一刺激下表现为腺体和间质增生。分泌的雌激素量随卵泡的发育程度不同而波动，当雌激素水平下降

时，内膜失去支持，因而坏死脱落出血。下降水平幅度小，出血少；下降水平幅度大，出血多（见图2）。

在诊断青春期功能性子宫出血时，要调查患者的子宫出血数量、期限和频度，注意其一般情况，特别是血液学资料。少女的母亲常会为其陈述病史，而血红蛋白的下降是失血的可靠标志。根据症状和贫血程度，可将功能性子宫出血分成三组：

第一组 轻度：表现经期稍有延长，周期缩短，但规律尚存。血量增多，血红蛋白正常。

第二组 中度：月经量明显增多，周期缩短，经期更加延长，贫血（血红蛋白9克）。

第三组 重度：周期紊乱，大流血，明显贫血（血红蛋白小于9克），并有失血引起的临床征象。

此三组表明症状的轻重，也表明卵巢功能障碍的程度。大致的分析可提供不同的治疗措施。

但仅仅靠病史和贫血，甚至做一两次基础体温分析并不能确定功能性子宫出血的诊断，必须通过全身和妇科检查、血液学检查，除外器质性病变方可下功能性出血的诊断。不要忽视青春期妇女的盆腔检查，未婚妇女行肛查了解子宫大小、形状、位置、活动度和附件情况，看是否有肿瘤和炎症。病情需要做阴道窥镜检查及阴道指诊时，应在家属或患者同意的情况下来进行。实验室检查可除外血液病引起的出血。

在青春期，下列情况都可引起出血，应仔细加以鉴别：

1. 妊娠并发症：流产、宫外孕、胎盘问题；

2. 器质性病变：（1）良性：宫颈息肉、宫颈炎、子宫肌瘤、盆腔炎、子宫内膜息肉、阴道腺病、卵巢肿瘤；（2）恶性：滋养细胞肿瘤、生殖道癌等（比较少见）；（3）阴道及

子宫内的创伤和异物；

3. 多囊卵巢综合征；

4. 甲状腺及肾上腺功能障碍；

5. 其他：肥胖、精神因素、药物作用。

对于青春期功能性子宫出血的治疗目的是使患者度过这

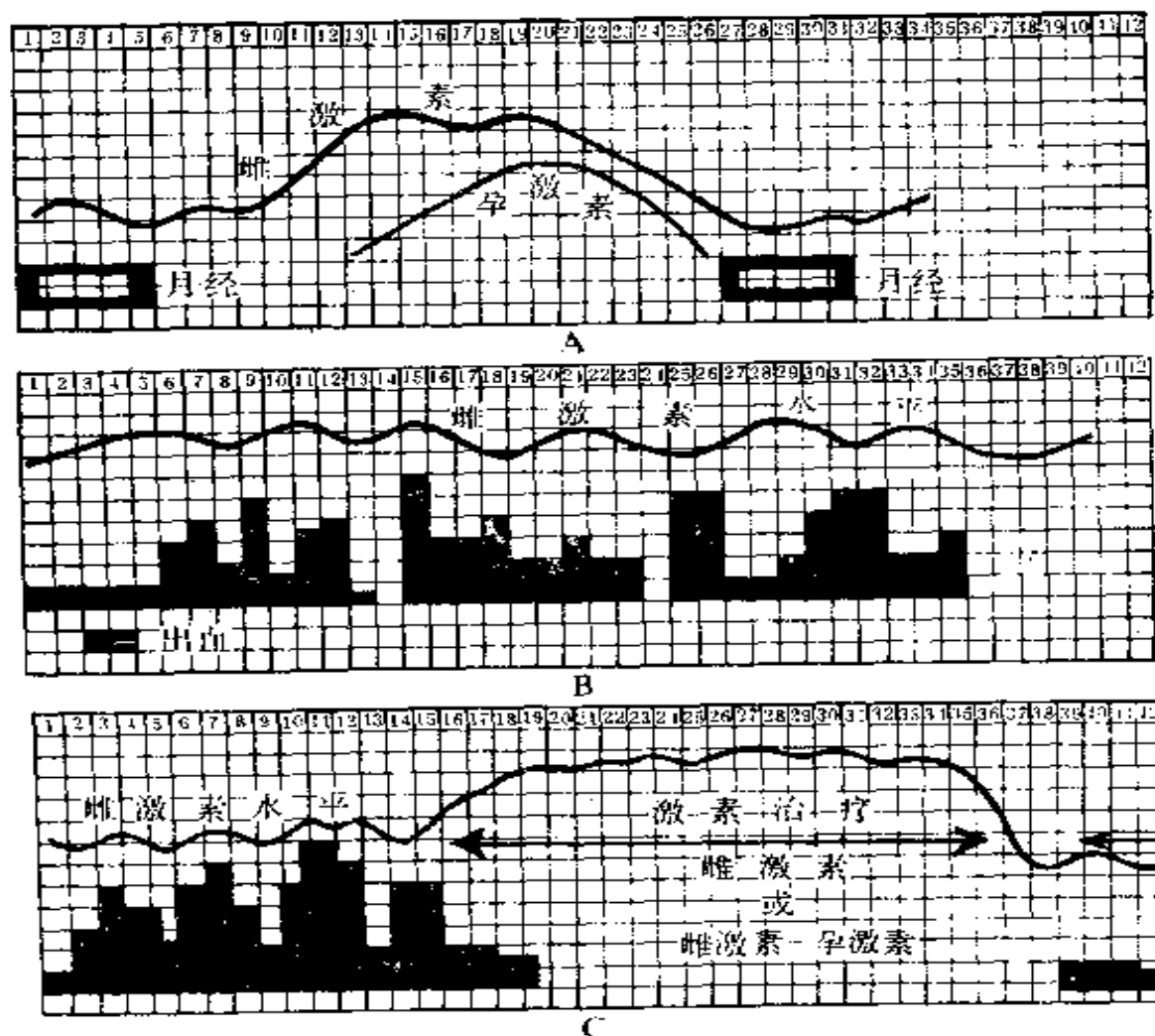


图2 月经的卵巢内分泌调解

A. 正常月经周期的雌激素与孕激素分泌曲线。

B. 雌激素水平波动，无孕激素协调，引起出血。

C. 雌激素与孕激素的治疗形成周期图象。

一不平衡时期，使内分泌趋于稳定和协调完善，月经渐成正常状态。为此要恢复卵巢功能、促进排卵，又要止血和纠正贫血。一般的身体保健、营养、精神情绪卫生也都是应予注意的。在这一原则下，重点是重度出血的处理。止血的方法有两种：一种是使子宫内膜脱落；一种是使子宫内膜生长。在流血多、贫血重者再以孕激素撤退，势必暂时加重贫血，故以雌激素“修复”内膜止血为宜。若每日注射苯甲酸雌二醇2~4毫克，出血常可逐渐减少，最大量可达6毫克/日。血止后2~3天开始减量，逐渐减至每日1毫克作为维持量，自用药起20天，最后5天再用黄体酮撤退（20毫克/日）。出血多时用5%葡萄糖加止血芳酸300毫克、止血定3克、维生素C 3克静脉滴注，常可奏效。

恢复卵巢功能促进排卵，要根据雌激素水平高低而用药，但一般勿用抗雌激素药物，少量的雌激素如乙炔雌酚0.25~0.5毫克，每日一次，周期服用。或行乙炔雌酚和黄体酮人工周期亦可。舒经酚可促进排卵，用法为出血第五天起每晚50毫克或100毫克，共5天，可周期服用。基础体温对观察有无排卵有所帮助。多数患者都会随着治疗和年龄的增长而痊愈。中医中药对调整内分泌功能及止血都有独到之处，可辨证论治。

## 结 语

诊断青春期功能性子宫出血一定要除外全身和生殖系统器质性病变。在某种意义上说，该病是青春期卵巢功能不完善的“一过性”病症，恢复卵巢正常功能和止血都不可偏废。内分泌治疗要多加斟酌。

## 答 案

1. 都可以； 2. c； 3. 都不确切； 4. 都需要。

## 四、痛 经

### 问 题

请你对每个问题选择答案。

1. 目前对原发性痛经机理最流行的解释是：

a. 宫颈口狭窄； b. 前列腺素含量升高； c. 子宫发育不良； d. 精神因素。

2. 原发性痛经发生的时期在：

a. 有排卵的月经； b. 无排卵的月经； c. 初潮后 2 ~ 3 年； d. 初潮时。

3. 原发性痛经主要症状大致的顺序是：

a. 恶心、呕吐、腹泻； b. 头痛； c. 下腹或盆腔痛；  
d. 焦虑、忧郁或易激动。

4. 原发性痛经的处理原则是：

a. 除外器质性病变； b. 精神心理治疗及合理摄生；  
c. 对症治疗； d. 给予前列腺素抑制剂。

### 解 说

痛经不是一个病，而是一组症候群。它是指在月经期，以下腹部或盆腔疼痛为主的，伴有胃肠、精神等系统异常的综合症状。痛经分原发性和继发性两种，原发性痛经是经过详细妇科检查未发现盆腔器官有明显异常者，多发于妇女青春期；继发性痛经则多因生殖器官有明显病变，如盆腔炎、

子宫内膜异位症、女性生殖器官畸形和肿瘤等，多发生于妇女生育年龄。这里主要讲原发性痛经。

疼痛是一种感觉，每个人对疼痛的敏感性和耐受性不同，实验测定“痛阈”也因人而异。所以，痛经的发生率有很大的差别。一般认为，青春期妇女月经期下腹疼痛不适是相当普遍的，需服用止痛药的或影响工作和学习者要占13%左右。有人调查：在校学生痛经患病率达20%；工人中平均每13名30岁以下未产妇女每年因痛经丧失13个劳动日。

临床发现，痛经的出现多在初潮后2~3年，开始的几次月经并无疼痛。Widholm 调查5,458例10~20岁少女，痛经发生在初潮第一年者仅7.2%，发生在初潮5年后者26%，多数(66.8%)在2~4年。研究表明，少女初潮往往无排卵，此时无痛经；2~3年后卵巢渐趋成熟，对垂体促性腺激素敏感，有排卵现象，排卵月经是伴有痛经的。此外，痛经在某种意义上来说是妇女青春期的“一过性”症状，20岁左右最多，25岁后明显减少，结婚生育后则很少有持续原发性痛经的。

痛经的发生机理一直是学者们研究中的一道难题，虽曾提出了种种理论，如宫颈狭窄、机械阻塞经血、子宫发育不良、子宫过强收缩、雌激素和孕激素的不平衡、子宫血管痉挛、精神因素等，但近年来研究课题最多的还是前列腺素和痛经的关系。前列腺素是一种活性很强的神经介质，“它对不同的靶器官，以不同的形式产生不同的作用”。前列腺素有增进子宫收缩的作用，在同一个月经周期中，子宫组织中的前列腺素在分泌期比增殖期含量高，而在痛经者，其经血、静脉血与子宫内膜的前列腺素含量都显著地高于无痛经者。子宫肌的过强收缩、血管痉挛和组织缺血可能是前列腺素引起的结果，并促成痛经的发生。其他各种因素最终都是通过前



列腺素的合成和释放而发挥作用的（图3）。

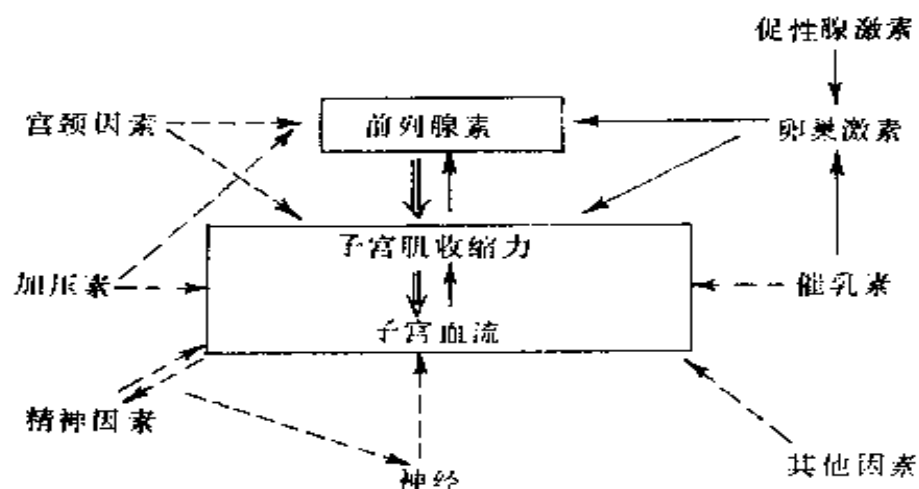


图3 原发性痛经的病理机理（实线表示已经确认的关系，虚线表示可能有作用）

痛经的主要症状是下腹部或盆腔的疼痛不适，可以是剧烈的、绞痛样的，也可以是胀坠感，疼痛可向阴部和大腿放射。其次是精神症状，表现为抑郁、焦虑、烦躁、易激动或懒言少语。其次是胃肠道症状，这也被认为是前列腺素增高的结果，如恶心、呕吐、食欲减退、腹泻等。再者还可以头痛和其他症状。痛经的一系列症候多于月经来潮前24~48小时出现，或与月经来潮同时出现，持续24~36小时。在痛经发作的最初12小时可最严重，出现面色苍白、冷汗、晕厥等。但无论症状轻或重，多可自愈，从这一点上说也是“一过性”。

在询问痛经病史时，一定要注意以下几点：（1）初潮年龄；（2）疼痛的部位、性质；（3）疼痛的持续时间；（4）疼痛的程度，是否需用止痛剂，是否影响生活与工作；（5）疼痛与月经的关系，经血的多少等。检查中应至少作一次外阴视诊和肛门指诊，注意除外畸形和其他器质性病变，方可作

出原发性痛经的诊断。

青春期妇女经期的卫生、营养、起居、休息和睡眠都非常重要。如保持乐观情绪，消除顾虑，避免湿冷和劳累，都会减轻经期不适。适当的活动、观赏文娱节目和体育比赛甚至可以说就是对轻症痛经的一种治疗。疼痛较重者才需服止痛片。

鉴于无排卵月经不痛的道理，对一般止痛剂难以奏效的患者可用雌激素抑制排卵，如口服乙烯雌酚 1 毫克，每日一次，共 20 天，停药后 5 ~ 6 天内可撤退出血，见血后 5 天再服下一疗程。

前列腺素抑制剂值得推荐。既然前列腺素含量增高是痛经的病因，故而抑制其合成、释放及活性、就可达到消除疼痛的目的，这在临床上已得到证实。常用的前列腺素抑制剂有消炎痛和氟灭酸。消炎痛口服后吸收迅速，血中浓度 1 ~ 4 小时达到高峰，排泄快而无蓄积作用，用药后 30 分钟子宫的收缩即可减弱。又因为，消炎痛只有在组织中的前列腺素出现在血液时，它才能发挥作用，所以用消炎痛须在痛经将起时服用，过早服用无多大预防意义。每次 25 毫克，日服 2 ~ 3 次，症状缓解即自行停药。氟灭酸每次 100 毫克，4 ~ 6 小时一次。

如果生殖器官有器质性病变者，应根据病变给予处理，如仅单纯治疗痛经效果必然不佳。

## 结 语

青春期痛经主要是原发性痛经，但必须经过检查确定，不可盲目对症治疗。痛经的机理仍然是复杂的，前列腺素含量增高是现今较为公认的解释，为此，前列腺素抑制剂是治

疗痛经优先选择的药物。

### 答 案

1. b; 2. a、c; 3. c、d、a、b; 4. a、b、c、d。

## 五、子宫内膜异位症

### 问 题

请你对下列问题给予选择性答案。

1. 子宫内膜异位症的发生是由于:

a. 淋巴系统转移; b. 子宫内膜异位种植; c. 体腔上皮化生; d. 子宫内膜直接浸润。

2. 内在性和外在性子宫内膜异位症的区别在于:

a. 内在性局限于子宫, 外在性在子宫以外; b. 内在性多发生在40~45岁妇女, 外在性多发生在20~30岁妇女; c. 内在性多发生在有生育者, 外在性多在未孕和不育者; d. 内在性轻, 外在性重。

3. 外在性子宫内膜异位症可有哪些并发症?

a. 不孕; b. 子宫内膜异位囊肿破裂; c. 肠梗阻; d. 便血、尿血。

4. 外在性子宫内膜异位症主要应与哪些疾病鉴别?

a. 盆腔炎; b. 盆腔结核; c. 卵巢肿瘤; d. 直肠、乙状结肠或膀胱肿瘤。

### 解 说

子宫内膜异位症是指子宫内膜在子宫腔面以外的部位生

长。这种异位的子宫内膜仍然是雌激素和孕激素的“靶子”，可随月经周期而变化，引起相应的组织学改变和临床症状。近年对该病的认识日益明确，发病率也有逐年增加的趋势。因此，应该对本病加以重视。

多年来，对于子宫内膜异位症的发病机理，学说纷纭，都有一定道理，但又都不能囊括全部。主要有月经血倒流、子宫内膜种植学说、体腔上皮化生学说（即卵巢及盆腔子宫内膜异位症均系由腹膜的间皮细胞层化生而来），也有人认为子宫内膜可经淋巴或血流转移播散，或子宫内膜直接浸润。

子宫内膜异位的部位是非常广泛的，大致分为两大类：一种是子宫内膜向肌层浸润生长，但局限于子宫，形成所谓子宫肌腺病。如果集中在一个局限的部位，使子宫不规则增大，颇似子宫肌瘤，但无肌瘤所具有的与周围正常肌纤维分开的包膜，则称子宫肌腺瘤，以上均为内在性子宫内膜异位症。另一种是内膜异位发生于子宫以外的组织和器官，叫做外在性子宫内膜异位症。受累的组织 and 器官，按其发生频度，依次为：卵巢、子宫后壁浆膜层、直肠和乙状结肠、子宫直肠陷窝、宫骶韧带、子宫前壁浆膜、输卵管以及身体其他许多部位。

值得提出的是，外在性子宫内膜异位症的发病高峰在20~30岁（生殖功能活跃时期），且常在未孕妇女（占47.5%），未产妇女（占61.2%），甚至未婚青年。而内在性子宫内膜异位症的发病高峰在40~45岁，常有生育历史。另外，不少患者（10%）是“内在”与“外在”兼而有之的。

由于子宫内膜异位在不同部位，病灶大小、浸润程度及引起粘连等情况不同，临床表现可能有很大差异，且多种多样。典型的盆腔子宫内膜异位症，其主要症状是：继发性痛

经（有进行性加重倾向）、月经多、不孕、腰痛、下腹痛、性交痛等。如果内膜异位位在直肠、膀胱，则可有相应的便血和尿血症状。妇科检查可以发现：子宫直肠窝有不规则的硬结并有无痛；宫骶韧带增厚，有结节感，并有触痛；子宫颈后部亦可有结节感；子宫后屈、粘连、活动受限；子宫较正常略增大，有举痛；附件部位可以扪到囊性、不活动、境界不甚清楚的包块。

由此可以看出，子宫内膜异位症的症状和体征并不是独具特点的，在一般的盆腔炎、盆腔结核，甚至肿瘤也可出现。因此，认真地询问病史、详细体验及综合分析对该病的诊断和鉴别诊断十分重要。子宫内膜异位症的诊断概略如图4所示。

外在性子宫内膜异位症中最常见的是卵巢子宫内膜异位症，由于周期性出血，卵巢增大，进而形成血性囊肿，这种陈旧性血液呈咖啡色粘稠状，俗称“巧克力囊肿”。在附件手术时极易剥破，“巧克力汁”溢出，诊断即可确立。若在平时破裂，则呈急腹症症状前来就诊。盆腔子宫内膜异位症常可引起肠管粘连，并发肠梗阻；引起卵巢粘连，炎性被膜阻碍排卵；引起输卵管粘连及子宫后位等，是该症并发不孕的几个直接原因。

子宫内膜异位症的治疗分药物治疗、保守手术（即保留生育功能的手术）、根治性手术。选择治疗方式取决于：（1）患者年龄；（2）自觉症状；（3）客观检查；（4）生育要求；（5）不育检查结果；（6）心理状态。

对于青春期妇女一般应该采用药物治疗及保守手术。常用的药物主要是孕激素，如口服避孕药Ⅰ号或Ⅱ号，行周期治疗可抑制排卵。或连续不间断地服用妇康片或妇宁片（每

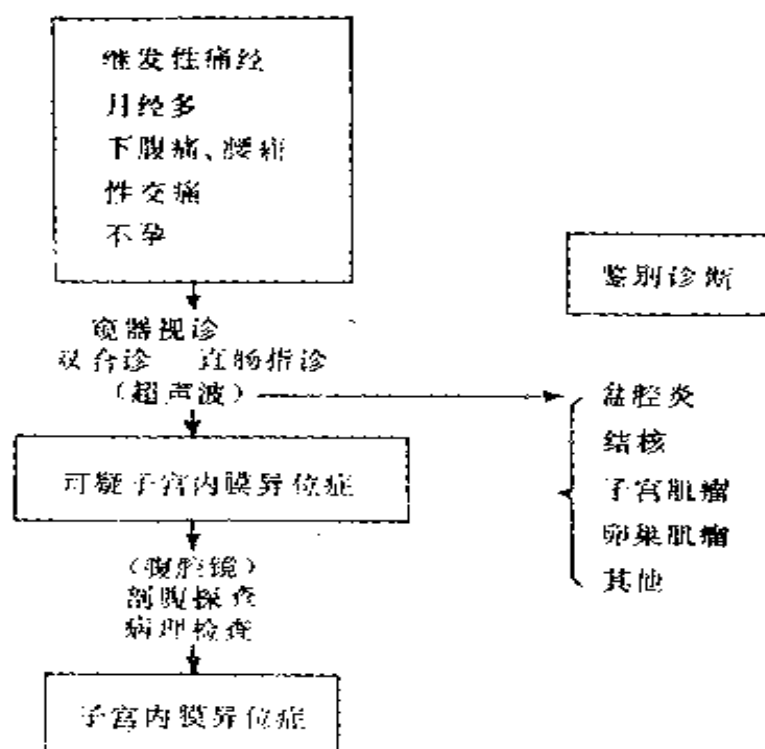


图4 子宫内膜异位症诊断概略

日4毫克) 3~6月,造成“假孕”,使异位的内膜组织产生蜕膜反应,继而坏死、吸收。药物治疗无效,或结节、肿物增大,或希望生育者,则可剖腹手术,这种“保守手术”包括切除病灶(如卵巢“巧克力囊肿”剥除),分离粘连,输卵管整形、造口,子宫位置矫正等。据报道,保守手术术后妊娠率可达42.5%。

对年龄较大者,最好进行根治手术,即部分或全部子宫切除,并尽可能切除其他部位病灶。

对于有明显症状,特别是对包块诊断又不够明确的患者,最好极早进行剖腹检查,以免一旦属于卵巢恶性肿瘤,贻误了手术时机。

## 结 语

子宫内膜异位症是日益增多的妇科疾病,青春期妇女主

要罹患的是外在性子宫内膜异位症，其中又以卵巢“巧克力囊肿”为多见。该症并无十分独特的临床表现，要注意鉴别诊断。子宫内膜异位症的临床分期，治疗方案的选择颇有意义，将另著文详细讨论之。

### 答 案

1. b, c, a, d; 2. a, b, c; 3. a, b, c, d; 4. a, b, c, d。

## 六、青春期生殖器官肿瘤

### 问 题

请你对下列问题选择答案。

1. 青春期女性生殖器官肿瘤较常见于：  
a. 子宫； b. 输卵管； c. 卵巢； d. 阴道。
2. 青春期卵巢肿瘤以哪类多见：  
a. 上皮性肿瘤； b. 实性畸胎瘤； c. 囊性成熟畸胎瘤； d. 性腺间质肿瘤。
3. 初潮前发现附件包块应首先考虑：  
a. 卵巢生理性增大； b. 附件炎； c. 卵巢赘生物； d. 畸形。
4. 为早期发现青春期生殖器官肿瘤，应注意：  
a. 月经情况； b. 第二性征； c. 急性下腹痛， d. 妇科检查。

### 解 说

生殖器官肿瘤虽然在妇女青春期疾病中并不很常见，但

却占着重要地位。因为常是在偶然中发现，或发现时已发生了并发症。况且在青春生殖器官肿瘤中，恶性肿瘤还占一定的比例。所以，要提高对青春生殖器官肿瘤的认识。

外阴、阴道、子宫和输卵管的肿瘤，在青春期极为少见。偶可见到巴氏腺（前庭大腺）囊肿，乃由于外阴炎症造成腺管阻塞所致，用拇指和食指在处女膜外缘之大阴唇内下方很容易摸到。它可并发感染形成脓肿，因此，手术切除是必要的。阴道囊肿常难发现，除非有压迫症状或偶然在妇科检查中查出。中肾管（午非氏管）遗迹形成的囊肿（葛氏囊肿）和由于母亲在妊娠期服用大量雌激素引起的阴道腺病及透明细胞癌亦有过报告。宫颈和输卵管的肿瘤更是罕见，但子宫肌瘤却偶有发现，为保留其生育功能，应尽可能做肌瘤剔除术。

尽管卵巢肿瘤只占青春期全部肿瘤的 1~2%，而在青春生殖器官肿瘤中却占绝大多数。肿瘤发现和诊断常具有以下特点：（1）母亲偶然发现其女腹部增大，或偶然在内外科就诊时发现。少女盆腔小，难以容纳附件包块，易出现下腹膨隆；（2）因少女缺乏这方面的医学知识又碍于情面不愿检查，故就诊时肿瘤往往都比较大；（3）常以急腹症就诊，这是因为发生了卵巢肿瘤扭转、穿孔、破裂或感染等并发症；（4）一般地说，症状并无特异性，常表现为腹胀、尿频等，有并发症时则有恶心、呕吐、腹痛、发热等；（5）有些卵巢肿瘤可表现有特殊症状，如颗粒细胞瘤使少女初潮提前或有其他性早熟表现，已经来潮的妇女则表现月经不规则。含睾丸细胞瘤患者可有男性化征象。

根据多数作者的报告统计，青春卵巢肿瘤的种类，依其发病率高低为序是：囊性成熟畸胎瘤（皮样囊肿）、上皮性肿瘤（粘液性和浆液性）、实性畸胎瘤、性腺间质肿瘤（如



颗粒细胞瘤、含睾丸细胞瘤)等。皮样囊肿是青春期卵巢肿瘤中最多见者(50%于25岁前被发现),它中等大小、活动、光滑,含毛发、油脂,最易发生扭转。有的可在X线摄片上显示骨片、牙齿等钙化影。

就卵巢肿瘤的良、恶性质分析,青春期卵巢肿瘤70~90%是良性的,10~30%是恶性的。这些恶性的卵巢肿瘤主要是:

(1)未成熟实性畸胎瘤:属于生殖细胞肿瘤,细胞分化不良。如经手术切除和化疗,有趋于成熟,向良性转化的可能。

(2)无性细胞瘤: $\frac{1}{3}$ 是恶性的,实性如橡皮样,10%是双侧的。对放射高度敏感,所以手术加放疗可得80~90%的5年生存率。

(3)内胚窦瘤:高度恶性,过去死亡率达100%,近年治愈情况有改善。血中甲胎蛋白(AFP)测定对其诊断、治疗观察和随访有重要指示意义。该瘤可以是纯内胚窦瘤,亦可与无性细胞瘤、畸胎瘤混合存在。其发病平均年龄仅19岁,很少超过35岁。

青春期生殖器官肿瘤的发现可以说是一种争取尽早治疗的机会,正因为如此,医生要提高警觉性,以免贻误病情。

首先,应该注意月经情况,如初潮是否提前或拖后,月经是否规律,经量多少,有无痛经等。在颗粒细胞瘤(6%发生于青春期前),由于该瘤能分泌过多的雌激素,而引起性早熟(同性性早熟),表现为乳房增大、外阴发育及阴毛生长;而含睾丸细胞瘤则表现男性激素刺激症状,如月经迟发或闭经、多毛、声音变粗、痤疮等,称为异性性早熟。对于已经来月经的少女,如月经不规则,也不要轻易地诊断“功血”,而应详细探究其原因。

其次是腹痛，这常可导致肿瘤的“暴露”，但如缺乏经验亦常误诊。疼痛常在下腹一侧，年龄愈小，则疼痛部位可在脐周或整个下腹。有人分析卵巢肿瘤疼痛就诊情况：急性疼痛（在48小时内手术者）占30%；亚急性疼痛（在两天或几天内施术者）占35%；慢性疼痛（一周后施术者）占30%，未手术者5%。这个数字提示我们，卵巢肿瘤引起的疼痛常被忽视，至少三分之一的患者延迟到一周后始得手术，这必将影响治疗效果。因为疼痛多由于并发症，如扭转、穿孔、破裂和感染等引起的，手术愈晚对患者愈不利。

再者，对青春期妇女进行妇科盆腔检查是发现肿瘤的重要方法。一般对未婚者做肛门指诊，如病情需要，又经患者及家属同意则可行阴道检查。有一组报告中指出，腹部触诊49%的卵巢肿瘤可得发现；而直肠诊为63%；阴道诊76%可得发现。可见盆腔检查对发现卵巢肿瘤的重要意义。

容易与卵巢肿瘤相混淆的情况有：腹水、宫内妊娠、宫外孕、急性阑尾炎、急性盆腔炎、结核性腹膜炎（形成“结核性假囊”者）、肾积水、膀胱积尿或尿潴留、肠系膜肿物、肠套叠等，应结合病史及检查特点仔细加以鉴别。

月经已经来潮的妇女，卵巢可有生理性增大或非赘生性肿块（瘤样病变），如滤泡囊肿、黄体囊肿、多囊卵巢等都可形成盆腔包块。但在初潮前扪到附件包块则首先应该考虑是卵巢赘生性肿瘤，因这时很少有生理性增大和附件炎发生。

如一旦发现卵巢肿瘤应及时手术，以免病情加重或发生并发症。良性肿瘤（如皮样囊肿）可行囊肿剔除术（图5），保留正常卵巢，对侧卵巢应切开探查。恶性者如若是早期，可以单侧附件切除，对侧探查无问题亦可保留，以期有生育机会，但如是晚期癌瘤则需要行全子宫、双附件切除及转移灶

切除，不可姑息。良性肿瘤切除后一般不影响患者日后的生长、生育。

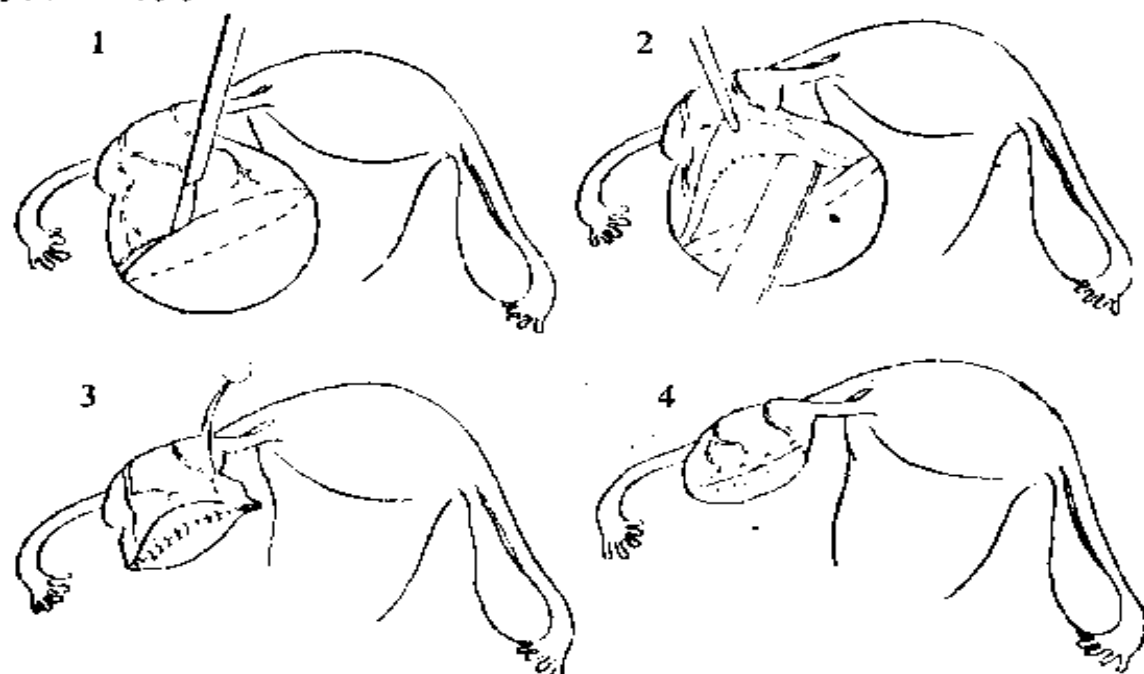


图5 卵巢囊肿剔除术

1. 在囊肿中部切开包膜；2. 钝性剥离剔除囊肿；
3. 缝合卵巢死腔；4. 关闭卵巢切口。

如已发生扭转、破裂和感染者，患者卵巢常有坏死现象，亦应行附件切除，并给予抗菌素预防和控制感染。

## 结 语

青春期的生殖器官肿瘤值得重视。主要是卵巢肿瘤，它常与内外科疾患混淆，又可引起妇科内分泌变化。由于少女很少做妇科检查，肿瘤易被忽视和误诊，多数卵巢肿瘤是因发生并发症才被发现的。青春期卵巢肿瘤多数是良性的，但亦有少部分是恶性的。应注意少女的月经情况、腹痛鉴别及盆腔检查。发现肿瘤要及时手术，手术时要注意对侧卵巢情况。

## 答 案

1. c; 2. c; 3. c; 4. 全部。

# 生育期妇科问题

## 一、妇科急腹症

### 问 题

请你对下列问题选择答案。

1. 异位妊娠多见于：  
a. 有不育史者； b. 附件炎患者； c. 做过输卵管整形手术者； d. 有过异位妊娠历史者。
2. “典型的异位妊娠最不典型”，此言：  
a. 不对； b. 没有道理； c. 有道理； d. 无何意义。
3. 妇科急腹症急在：  
a. 疼痛； b. 出血； c. 感染； d. 妊娠失败。
4. 流产中最容易引起出血性休克的是：  
a. 完全流产； b. 不全流产； c. 先兆流产； d. 难免流产。

### 解 说

妇女生育期是指25~45岁这一阶段。此时，卵巢功能旺盛，内分泌系统相对稳定，生育能力强。而围绕着生育活动又会出现一些新的妇科问题，如异位妊娠、妊娠合并其他疾患、滋养细胞瘤以及避孕和不育等。生育是这一时期的特征，它的异常也是某些疾患的病理基础。

妇科急腹症是比较常见的，异位妊娠、流产严格说来是

产科问题，即妊娠早期的异常情况。此外还有急性附件炎、卵巢滤泡或黄体破裂、卵巢囊肿扭转等。疼痛、出血、感染是妇科急症的要害，流产可以使一次妊娠中绝，但致命的不是流产本身，而是严重的出血和感染。

异位妊娠虽然也可发生在更年期，但有40%集中在20~29岁这一年龄组。75%以上发生在妊娠12周以内。在异位妊娠中，主要是输卵管妊娠（占异位妊娠的90%以上），输卵管间质部妊娠破裂可发生在12周以后，因此，常延误诊断，其病情尤为凶险。

分析异位妊娠患者的既往史是有意义的。她们或者是不育者；或者患过附件炎；或曾经发生异位妊娠；或者做过输卵管整形手术。此外，对于放置宫内节育器，甚至做过输卵管结扎手术的妇女，如有闭经及急性腹痛，应想到异位妊娠，尽管这种情况并不常见，但也应警惕为好。

输卵管妊娠中有40%表现急性破裂，58%为慢性破裂，2%则是未破裂者。急性破裂者的典型症状是：

1. 闭经：闭经常常在妊娠6周左右，或者更早些，但有时询问不出闭经的历史，因为时常把闭经后少量的阴道出血也误认为是一次月经，若继续向前追溯，闭经的历史可在前一、二个月。

2. 腹痛：这常是就诊的主要症状。疼痛是由于输卵管破裂内出血造成的。疼痛剧烈，多从一侧开始，可波及全腹。由于内出血易积滞 in 盆腔最低的位置——子宫直肠窝，所以疼痛的特征常表现为肛门坠痛，如里急后重的感觉。

3. 阴道出血：常常是不规则，或点点滴滴的。如果不是腹痛，单纯出血常不引起患者和医生的注意。

可见，异位妊娠虽然来势很急，但病史材料却往往是模

糊的。所谓“典型的异位妊娠最不典型”，就是提醒医生不仅要认真询问病史，还要结合检查，综合地分析，对生育期妇女闭经后腹痛、阴道出血者尤应时刻想到此症的可能。

阴道后穹窿穿刺在异位妊娠的诊断上几乎是不可少的步骤。方法简便、迅速，准确可靠，阳性率可达80~90%。穿刺针不宜太细，以12号针头为好，接5毫升注射器，操作灵活又不妨碍视线。穿刺方向是沿子宫和直肠间隙，有时刺入腹腔后即见血，有时需一面退针一面抽吸始可得血，盖因血量而定（图6）。如果抽出是暗红色的不凝血，诊断当可确立。有时血中会有小凝血块、凝血丝（开始出血时的凝血作用）。在显微镜下观察，新鲜红细胞为线串状、边缘光滑。而异位妊娠的陈旧血则呈现皱缩的红细胞，边缘不整。

有时腹腔内出血较多，移动性浊音明显，亦可行腹腔穿刺，更为方便而迅速。

异位妊娠，特别是急性输卵管破裂，有明显内出血者仍以手术为宜，而且越快越好。一旦诊断明确，立即输液、配血，并迅速准备护送至手术室。如已休克，也要一面抢救休克，一面准备尽早施行剖腹手术。要迅速而又小心地打开腹腔，根据疼痛和盆腔检查估计的侧别，尽快找到病变输卵管予以止血。手术的迟疑和

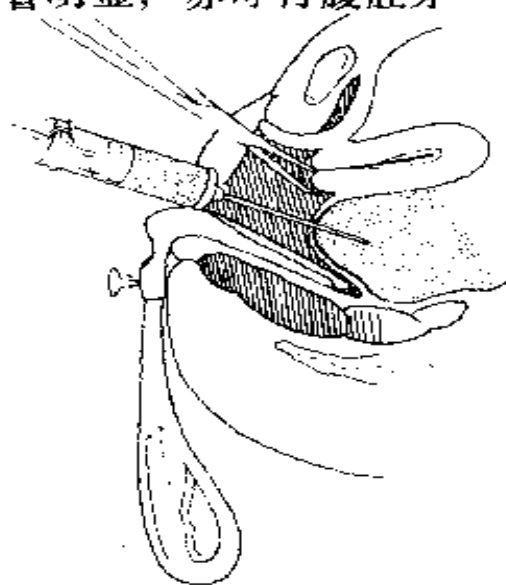


图6 后穹窿穿刺术

盲目性就可使患者多失去几百毫升血。一般多做患侧输卵管切除。修补破口或切除一段后再做吻合术，须有相当经验的医生才能施行。如用中药治疗，应选适当的病例并在严密观察下进

行，亦应有输血及随时剖腹手术的条件。

如果我们把异位妊娠的鉴别诊断列成一表，就可以看出常见妇科急腹症虽然不多，但混淆误诊的病例并不少见。如闭经、阴道流血在宫内孕流产和异位妊娠都可以出现；一侧下腹痛、内出血又是异位妊娠和黄体破裂所共有的。除此之外，外科急腹症的急性阑尾炎、尿路结石等，内科的急性胃肠炎也会因腹痛而与异位妊娠混淆。在急诊室，通常是内科医生易将异位妊娠误诊为内外科疾患，妇科医生却易将黄体破裂等误诊为异位妊娠（表1）。

在流产中，由于各种流产所表现的经过不同，处理原则亦不同，所以必须首先确定是何种类型的流产。在流产的诊治中要注意：出血多少、宫口开张情况、排出物、子宫大小、是否合并感染。当阴道出血少、腹痛轻、子宫口未开、子宫大小与妊娠月份相符合时，为先兆流产。子宫口已开、出血较多或有胎囊在宫口，腹痛重或呈阵缩样，为难免流产。流血、腹痛并排出组织物，尔后出血很快减少，子宫缩小、宫口已闭，为完全流产。虽然流出一些东西，但出血仍然很多，要注意是不全流产。不全流产可造成大出血以致发生休克和死亡。对不全流产者要及时清理宫腔，在输液或注射宫缩剂的准备下，用吸引器或钳刮清除宫腔内容。出血减少或停止是清除干净的重要标志。术后用抗生素预防感染，并纠正贫血。

## 结 语

生育年龄的妇女要特别注意由于妊娠带来的问题。异位妊娠和流产就是早期妊娠的异常情况，表现出急性、严重的特征——急性腹痛、内出血或外出血。异位妊娠的诊断和鉴



表1 常见妇科急腹症的鉴别诊断

	异位妊娠	急性附件炎	卵巢囊肿扭转	卵巢黄体破裂	宫内孕流产
病史	常有不育史、盆腔 炎史	可有不育史或 类似发作史	下腹包块史	无特殊	无特殊、或有 劳累、外伤史、 流产史
闭经	多有闭经史	无闭经，多发生 在经期、产后、流 产后	无闭经，多发 生在体位或腹压 改变后	无闭经。多发 生在月经周期后 半	明显闭经史， 或已诊断妊娠
疼痛	下腹一侧，后可波 及全腹，剧烈	常在下腹两侧	下腹一侧、突 然骤起	下腹一侧，亦 可延及全腹	下腹中央，阵 缩样
阴道流血	常有，少量或点滴 状	偶有	无	无	都有，可很多， 或有妊娠物
肛门部位坠痛	明显	无或偶有	无	常有	无
体温，脉搏	体温不高，脉搏 弱	发热、脉搏快	无 不发热，扭转发 热	体温不高，脉 搏正常或弱	不发热、热、或 因感染而发热、脉 弱
腹部检查	饱满，压痛，反跳 痛，移动性浊音(+) )	下腹压痛，偶 有反跳痛，移动 性浊音(-)	下腹一侧压痛， 无反跳痛，移动 性浊音(-)	可有压痛、反 跳痛、移动性 浊音(++)	下腹正中轻压 痛，无反跳痛， 移动性浊音(-)
盆腔检查	宫颈举痛，子宫正 常大小，一侧有压痛 及轮廓不清的包块	两侧增厚，压 痛，有时可有包 块	附件包块明显	宫颈举痛，子 宫大小正常，摸 不到清楚的包块	子宫增大，两 侧无包块
后穹窿穿刺 妊娠试验	容易抽出不凝血 可阳性	有时可抽出脓液 阴性	(-) 阴性	可抽出不凝血 阴性	(-) 阳性

别是处理妇科急腹症的关键。

### 答 案

1. a、b、c、d；2. c；3. a b、c；4. b。

## 二、卵巢肿瘤合并妊娠

### 问 题

请你对下列问题选择答案。

1. 妊娠期合并的卵巢肿瘤最常见的是：

a. 纤维瘤；b. 卵泡膜细胞瘤；c. 皮样囊肿；d. 卵巢癌。

2. 卵巢肿瘤在妊娠的哪个时期易于检查出来？

a. 早期；b. 中期；c. 晚期；d. 产后。

3. 卵巢肿瘤对妊娠的影响有：

a. 胎儿的成活率下降；b. 早产；c. 产道阻塞；d. 流产。

4. 卵巢肿瘤合并妊娠的处理原则是：

a. 一经确定即可手术；b. 保守治疗；c. 最好在妊娠16~18周手术，但有并发症时，应及时手术；d. 等待产后手术。

### 解 说

卵巢肿瘤合并妊娠是一般教科书较少涉及的问题。但它却常以紧急的情况出现，而且还能影响到这次妊娠的经过和结局。

卵巢肿瘤合并妊娠的发生率报告不一，从 1:81(妊娠例

数) 到 1:2, 200, 一般认为是 1:1, 000。著名妇科病理学家 Novak 在 30 年卵巢肿瘤登记中, 发现 2, 300 例卵巢肿瘤中合并妊娠者 100 例。卵巢癌合并妊娠极为少见, 在 18, 000 次妊娠中仅可见 1 例。在卵巢肿瘤合并妊娠的病例中, 恶性者在 5% 以下。

在卵巢肿瘤合并妊娠的病例中, 最常见的肿瘤是卵巢成熟性囊性畸胎瘤, 即皮样囊肿。综合 Caverley 等 6 家报告的 207 例中, 皮样囊肿 90 例 (占 44%) ; 浆液性囊腺瘤 54 例 (26%) ; 黄体囊肿 18 例 (8%) ; 粘液性囊腺瘤 16 例 (8%) ; 其他 29 例 (14%) 。有人甚至报告, 皮样囊肿可占全部妊娠合并卵巢肿瘤例数之一半。为何皮样囊肿多见? 理由有三: 其一, 皮样囊肿是最常见的卵巢肿瘤之一, 这在我国比西方国家尤为突出。首都医院 30 年统计的 1, 082 例卵巢肿瘤中, 皮样囊肿 390 例, 占 35.3%。而美国和英国该瘤占卵巢肿瘤的 24% 和 18.7%。其二, 卵巢皮样囊肿多发生在生育年龄, 且一般不影响生育, 故易见于合并妊娠; 其三, 皮样囊肿多中等大小, 光滑活动, 质重, 加之妊娠时易于扭转而较易被发现。

卵巢肿瘤合并妊娠, 多数 (70%) 在妊娠早期始被发现, 随着妊娠月份的增长, 越来越难于检查和诊断。据有的作者报告, 在 24 例中, 小于妊娠 3 个月发现者 15 例; 3 ~ 6 个月有 6 例; 6 ~ 9 个月 1 例; 分娩期 1 例; 产后 1 例。值得注意的是, 卵巢肿瘤的发现仅有一部分是通过常规妇科检查确定的, 病人当时多无症状或有轻微的下腹疼痛、尿潴留、便秘等。另有相当多的病例则因发生并发症而就医, 如肿瘤扭转、出血、破裂, 以及流产、早产及产道阻塞等情况。这就为诊断和处理造成了困难, 而且, 妊娠月份越大越困难。从这一

点而论,现今流行的妊娠四个月始做产前诊断也是不合理的。孕妇应该在妊娠早期至少做 1 ~ 2 次妇科检查,不但从产科角度可确定妊娠是否正常,除外异位妊娠、葡萄胎等异常情况;而且从妇科角度,还可发现子宫畸形、生殖器官肿瘤(主要是子宫肌瘤、卵巢肿瘤)、宫颈息肉等,便于日后诊查时作为对照并及时处理;从计划生育和优生的角度,可及早知道如何避免致畸因素、监测胎儿发育、决定妊娠取舍等;从全身情况来说,又可及早发现心、肝、肾等疾病,以便决定妊娠是否可以继续,并进行相应的治疗。

从误诊的病例分析中,可以看出妊娠晚期诊断的困难。White 在 38 例中有 4 例误诊(在妊娠 12 周以前无误诊者), 2 例分别误诊为阑尾炎和双角子宫,发生在 12 ~ 20 周;另 2 例在 20 周以后,误诊为头盆不称和尿路结石。

一般说,在妊娠早期诊断并不困难,但亦应与异位妊娠、黄体出血、急性阑尾炎、尿路结石、子宫畸形、子宫肌瘤等相鉴别。

卵巢肿瘤合并妊娠时,由于各韧带充血松弛、腹腔器官位置变化、妊娠子宫的推移,易使卵巢肿瘤发生扭转、破裂。妊娠期间母体免疫能力降低,肿瘤恶性变的机会也多于平时。更由于卵巢肿瘤的上述并发症及应急处理,又会影响妊娠,使流产和早产率上升,可达 33%。因之,在卵巢肿瘤合并妊娠者,其胎儿成活率下降。卵巢肿瘤是否会影响分娩,主要看肿瘤的位置,若肿瘤在骨盆缘以上,通常并不影响产道,分娩过程亦如一般;若肿瘤在骨盆缘以下,特别是嵌顿在直肠窝或耻骨后,不仅影响胎位,还可阻塞产道造成难产。值得提出的是,分娩后腹腔间骤然“富余”,压力变化,也使卵巢囊肿易于扭转。所以,如卵巢肿瘤在妊娠期未能处理,产

后突然下腹一侧疼痛，应当首先考虑卵巢肿瘤扭转。

卵巢肿瘤合并妊娠的恰当处理是颇有意义的。原则上都应进行外科手术治疗。具体应该注意以下几点：

1. 鉴于妊娠早期容易发生流产，所以若无特殊情况，可待妊娠16~18周施行手术最宜。这是因为：（1）妊娠早期可有卵巢生理性肿大，如黄体囊肿亦可达5~6厘米直径，这正是所谓生理性和病理性肿物难以确定的大小。但若是生理性的，在妊娠16~18周后可变小或消失。如妊娠早期贸然手术则为不当。然如有扭转、破裂等急腹症发生又另当别论；（2）此时儿胚胎内分泌产生，高水平的孕激素可代替妊娠卵巢黄体的功能，流产发生的机会也减少了；（3）此时手术较为容易，越近妊娠后期，手术的难度也越增加。

2. 在妊娠16~18周，即使卵巢肿瘤没有发生并发症也不可心存侥幸而不做手术或延迟手术。因为，在妊娠后期仍可发生卵巢肿瘤并发症及产科的并发症。

3. 如果妊娠中期未予处理，或肿瘤在妊娠28周后才被发现，又无任何症状，亦可暂不手术。因此时腹腔为增大的子宫占据，手术时暴露卵巢肿物较为困难，又易引起早产。但若有并发症或肿瘤位置低，估计可能影响产道，则应权衡利弊，仍以手术为宜。

4. 在妊娠的任何时期，如有并发症发生都应立即手术，不应拖延。因为，如卵巢肿瘤发生扭转可致卵巢坏死、腹膜炎、休克。

5. 怀疑恶性卵巢肿瘤，如当肿瘤生长迅速，全身消耗，出现血性腹水、肿瘤实性、结节状等，更应及早手术，并考虑终止妊娠。作者近年曾遇一卵巢内胚窦瘤合并妊娠，入院时妊娠5个月，于妊娠4个月开始感觉腹胀、腹部膨隆如妊

娠足月，外院曾诊断为羊水过多、肝硬化等。检查发现右季肋下有儿头大实性肿物，抽出血性腹水，开腹证实为卵巢恶性肿瘤，且已Ⅲ期，乃行根治手术。病人至今健在。

6. 一般做患侧卵巢切除。若无扭转坏死，肿瘤良性（如皮样囊肿），亦可单纯行囊肿剔除术。

7. 术后应积极保胎，延长镇静止痛剂的应用时间（如杜冷丁100毫克，每6小时一次肌注，至术后24~36小时）。妊娠早期可加用黄体酮，中后期可用可不用。无论常规手术抑或急症手术，术前均应避免服泻药或洗肠。

8. 若因卵巢肿瘤阻塞产道或其他原因施行剖腹产手术，可在缝合腹膜前切除肿瘤。卵巢肿瘤如无并发症或阻塞产道，不是剖腹产的指征。

9. 妊娠期末予处理的卵巢肿瘤，于产后体力恢复后择机手术，有并发症则应随时手术（表2）。

表2 卵巢肿瘤合并妊娠之处理

妊娠~15周	16~18周	19~27周	28~分娩	产后
暂不手术	最佳手术时机	可行手术	暂不手术	择机手术

← 有并发症及时手术 →

## 结 语

卵巢肿瘤合并妊娠在临床上很不少见，处理涉及妊娠的结局。多数病例以急症始被发现，即卵巢囊肿扭转。因为有肿瘤存在，处理的原则应该是积极的、外科性的，又要兼顾保护妊娠，手术的最佳时机是妊娠的16~18周。无论何种情

况下，都要注意肿瘤的性质。

### 答 案

1. c; 2. a; 3. d, b, a, c; 4. c。

## 三、滋养细胞肿瘤

### 问 题

请你对下列问题选择答案。

1. 滋养细胞肿瘤的特点是：

a. 高度恶性；b. 是一种“移植物”；c. 能产生“肿瘤标记物质”；d. 化学治疗可得较好结果。

2. 尿蟾蜍试验在葡萄胎排出超过两个月仍持续阳性，应考虑：

a. 感染；b. 残存葡萄胎；c. 葡萄胎恶性变；d. 卵巢黄素囊肿。

3. 绒癌最主要的来源是：

a. 足月产；b. 稽留流产；c. 异位妊娠；d. 葡萄胎。

4. 恶性滋养细胞肿瘤转移最常发生的部位是：

a. 肝；b. 肺；c. 骨骼；d. 胃肠。

### 解 说

滋养细胞肿瘤是由胚胎的滋养细胞变化而来的肿瘤，故该瘤只在有妊娠始得发生。但也有所谓原发性绒癌者，极为罕见，属于胚胎癌，甚至见于男性。滋养细胞肿瘤包括三种，即葡萄胎、恶性葡萄胎和绒毛膜上皮癌（绒癌）。其中良性

葡萄胎属良性滋养细胞肿瘤，恶性葡萄胎和绒癌属恶性滋养细胞肿瘤。

因为滋养细胞肿瘤始于胚胎，故从组织遗传学而论，它有一半来自父系基因，滋养细胞肿瘤恰似一个外来“移植物”，这是有别于其他肿瘤的。此外，滋养细胞能产生和分泌绒毛膜促性腺激素（HCG），这就提供了一个可以测得的、表示肿瘤存在与消长的客观指标，成为肿瘤的标记。因此，测定尿或血中HCG的含量是诊断、治疗和随诊的重要指标。恶性滋养细胞肿瘤虽是高度恶性肿瘤，但首都医院以宋鸿钊教授为首的研究小组经过数十年的临床实验室研究，找到了该瘤发生、发展规律，创立了大剂量化学治疗方法，使恶性葡萄胎的治愈率接近100%，绒癌的治愈率也达80%。

三种滋养细胞肿瘤之间及其发生的关系，可以图7表示之：

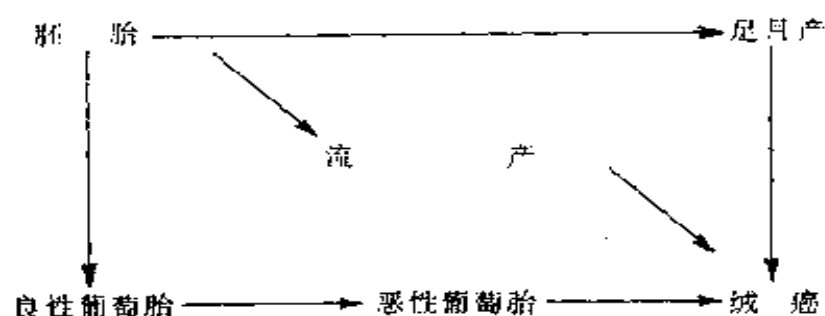


图7 妊娠与滋养细胞肿瘤

可以看出，恶性葡萄胎是由良性葡萄胎发展为绒癌的一个过渡阶段。但绒癌亦可来自足月产和流产。

下面一些统计数字能帮助我们考虑问题：

葡萄胎的发生率在欧美较低，为1/1,500~2,000次妊娠；而在亚洲，特别是东南亚达1/82~700。在我国亦不少见。

14.5%的良性葡萄胎可变成恶性葡萄胎。



绒癌中，约有40~50%继发于早产、人工流产和异位妊娠等；20~30%继发于早产、足月产。

在良性葡萄胎恶性变中，若葡萄胎排出后五个月者多属恶性葡萄胎；凡葡萄胎排出在六个月至一年之间者，恶性葡萄胎与绒癌之可能性占一半。

一般在流产后5~7天，足月产后7~11天，尿的蟾蜍试验，应转阴性。若此期后仍为阳性，在除外流产不全、胎盘残留后，要警惕癌，特别是超过一个月仍阳性者应当考虑绒癌之诊断。

总之，可以看出良性葡萄胎的处理，随诊十分重要。

葡萄胎在年轻妇女第一胎妊娠者并不少见，但以40岁以后妊娠者尤易发生（高于一般的4~7倍）。葡萄胎在临床上三个特点：（1）妊娠中有明显的剧烈反应，如严重的恶心、呕吐，并可有较早较重的妊娠中毒症，如水肿、蛋白尿。（2）子宫增大迅速，子宫大小常常大于妊娠月份。（3）停经后两个月左右即开始阴道不规则出血，子宫很软，有时可流出“葡萄”（水泡状流产物）。如有条件做尿HCG测定，其含量高于正常，可超过1:512之稀释度，并维持至12周亦不下降（正常者应下降）。超声波检查听不到胎心，并有特殊的波型。

葡萄胎一经确诊后，应当尽早停止妊娠，因为拖的时间愈久愈容易恶变。在葡萄胎的人工流产清理宫腔时尤其要注意：大出血、子宫穿孔以及“葡萄”扩散（局部浸润或进入血液循环）的可能。为此，在施术时，应做到以下几点：（1）要在医院里进行，做好输血准备，术前即开始静脉输液；（2）以吸宫代替刮宫，可用8~9号吸管；（3）手术开始后，静脉中再加入宫缩剂（5%葡萄糖500毫升加催产素5~10单位），不要在宫口扩大吸宫前给宫缩剂，以防将“葡萄”挤跑。

(4)子宫大而软,助手可用手扶于宫底做指示。基本吸净后再用大刮匙轻柔地搔刮2~3周,要避免穿孔;(5)术前后给予抗生素,预防感染;(6)第一次清宫后一周,行第二次刮宫。据统计,第二次刮宫有近 $\frac{1}{4}$ 的病例可刮出“葡萄”,可见第二次刮宫是必要的。一般不必做第三次,除非怀疑有“葡萄”残留。

葡萄胎经认真清宫处理后,80%以上可自然而愈。但诚如上述,有14.5%(一般报告10~20%)的恶变率,即大约每6~7例葡萄胎者可有一人发展为恶性“葡萄”胎和绒癌。所以,在处理上,要减少“葡萄”扩散;还需估价其恶变倾向的大小,以决定是否要进行预防性化学治疗。下面的“判分”标准,可资参考,即年龄大于35岁者,恶性率高,判2分;子宫大于妊娠月份者,恶性率高,判2分;尿HCG大于1:4096者,恶性率高,判2分;清宫时检查,以小葡萄(即约0.3~0.5厘米直径)为主者,恶性率高,判2分;子宫低达脐以上,判1分;病理检查为中度或高度增生,判1分。若将所判的分相加,其大于或等于4者,可考虑预防性化疗;同时,要对“葡萄”胎者严密随诊,早期发现恶变,早期治疗。随诊检查主要包括盆腔检查,胸部透视或摄片以及尿HCG测定。若上述三项均正常后每二周复查一次;至一年后,每半年查一次。为避免再次妊娠造成诊断的困难,术后避孕两年。

如在葡萄胎排出后超过两个月,尿蟾蜍试验仍阳性,一般有三种可能性:(1)葡萄胎未排净,所谓残留葡萄胎。为此再进行刮宫,需要更加认真细致,有时甚至是一粒“葡萄”在“作怪”。(2)黄素化囊肿持续存在,仔细进行盆腔检查可发现。(3)有恶性变化。当除外了(1)及(2)以后,应即考

虑恶性葡萄胎。

恶性葡萄胎和绒癌之所以恶性程度极高，在于它们极易转移，主要是血行转移。最常见的转移部位是肺，其次是阴道。而脑转移后果最劣，脑转移者占死亡总数之一半。有84%的绒癌和60%的恶性葡萄胎可发现明显的肺转移。所以，胸部透视和摄片对滋养细胞肿瘤病例是不可缺少的，胸部X线表现是多种多样的，如片云状、结节样、球样，甚至团块样阴影，在肺之下部发生的机会多，右侧尤多于左侧，有时可出现肺不张、血胸等。结合病史、血及尿HCG测定，诊断当不困难。

常可遇到滋养细胞肿瘤阴道转移结节破溃引起大出血的险峻情况，应急办法是纱布条填塞压迫。但在填塞时不要惊慌，要先用手摸清部位（不要先用窥具检查），压住塞紧，再用另一只手执卵圆钳将纱条送入，准确填压塞紧，尔后纱条引向外至阴道口。纱条上可喷撒止血粉，24~36小时更换，至不出血为止。对阴道转移者要严密观察身体其他部位有无转移的病灶。

滋养细胞肿瘤已经成为化学药物治疗为主，适时配合手术治疗（如子宫切除术、肺叶切除术）及放射治疗的妇科肿瘤。现在常用的化学药物有5-氟脲嘧啶（5-FU）、更生霉素（KSM）、溶癌呤（AT1438）、消瘤芥（AT1258）、氮甲喋呤（MTX）等。用药物途径有静脉点滴、局部注射、口服、鞘内注射等。用药量均较大，疗程中应严密观察，因可有造血系统、胃肠道、肝功能损害、皮肤等方面之副反应，甚至出现细菌性败血症、伪膜性肠炎等严重并发症，故应在有条件的医院里进行系统治疗。

## 结 语

滋养细胞肿瘤是生育年龄妇女并不少见的肿瘤，虽恶性葡萄胎和绒癌高度恶性，但用化学治疗已得到较好疗效。葡萄胎的及时诊断，认真清除，严密随诊十分重要。为早期发现恶性滋养细胞肿瘤，对任何一个近年患过葡萄胎、足月产、早产和流产的病人，如有不规则阴道流血、咯血、便血等症状，至少应做一次尿HCG测定和胸部X线检查。

## 答 案

1. a, b, c, d; 2. b, c, d; 3. d; 4. b。

## 四、妇 科 炎 症

### 问 题

请你对下列问题选择答案。

1. 盆腔炎症根据感染原因可以分以下几类：

a. 产后； b. 盆腔手术后； c. 与子宫内异物有关；  
d. 继发于其他感染。

2. 人工流产后感染的主要途径是：

a. 尿道； b. 阴道； c. 子宫内膜； d. 宫颈损伤。

3. 慢性盆腔炎症可以形成：

a. 血肿； b. 发热； c. 脓肿； d. 对诊断有怀疑，  
抗炎效果不佳。

### 解 说

虽然现今抗炎治疗有了很大进展，但妇科炎症仍是女性

生殖系统最常见的疾病之一，对生育期妇女健康的影响尤甚。从外阴、阴道、宫颈、宫腔(子宫内膜)、输卵管、卵巢、宫旁组织、盆腔直到腹腔都可以发生炎症。女性性器官距离直肠、肛门近；通过生殖道、盆腔和外界相通。二是损伤的增多和防卫的破坏，如由于分娩和流产，造成宫颈的损伤和内膜的创面等，都为细菌侵入之条件。外阴炎、阴道炎、宫颈炎虽然常见且使病人痛苦，但危害较大的还是盆腔感染，故本文重点讲述盆腔炎症的有关问题。

盆腔感染有各式各样的表现，从单纯的输卵管炎到由于盆腔脓肿破裂而发生的中毒性休克，临床皆可见到。下面是根据其感染来源及发生频度而做的一个分类，可便于思考及查找病因：

1. 流产。
2. 盆腔手术后。
3. 分娩后。
4. 与放置宫内节育器有关。
5. 继发于其他部位的感染。

(1) 腹腔脏器炎症：阑尾炎及其他。(2) 菌血症、结核及其他。

当遇到一个盆腔感染的病人，要从以下几个方面加以考虑，在脑子里形成一个诊断的轮廓(感染的范围和轻重程度)。

1. 对于附件炎，要估计到：

(1) 病原体：大致可分为革兰氏阳性球菌，(金黄色葡萄球菌，链球菌等) 抑或革兰氏阴性杆菌(大肠杆菌，变形杆菌等)。

(2) 类型：急性、亚急性、慢性。

(3) 严重性：轻型、中型、重型。

2. 对于输卵管卵巢脓肿, 要弄清是:

(1) 未破裂的。(2) 已破裂的。

3. 对于盆腔脓肿, 要弄清楚:

(1) 大小、浸润范围。(2) 可否通过后穹窿或腹部引流。

4. 对于上述过程的发展和并发症, 要分析有无:

(1) 盆腔蜂窝组织炎。(2) 菌血症。

(3) 肺栓塞。(4) 休克。

一般的盆腔感染是“上行性”的, 通过宫颈的损伤(如扩张宫颈、分娩造成的宫颈撕裂), 内膜创面(月经期内膜剥脱、流产、刮宫、分娩后胎盘剥离面)以及各种带入细菌的机会(月经期性交、宫内操作、避孕器等)都可造成感染, 其扩散途径如图8。

感染伊始, 可局限于宫颈或内膜, 为急性宫颈炎或急性子宫内膜炎。此时只是感觉不适, 阴道分泌物增多, 检查时子宫可有压痛亦可没有压痛。感染向输卵管、卵巢扩延是很常见的, 呈现典型的急性输卵管炎, 如输卵管增大、水肿、充血。它的表现是: (1) 剧烈的两侧性的下腹部疼痛, 压痛; (2) 腹肌紧张; (3) 发热(通常超过 $38^{\circ}\text{C}$ )常伴寒战; (4) 白细胞计数升高(常超过 $20,000/\text{毫升}$ )。检查时, 下腹压痛常是双侧性的, 盆腔检查时, 移动宫颈可引起下腹两侧疼痛(有时一侧为重), 诊断常不困难。

感染如向宫旁、阔韧带扩散, 侵及淋巴结、腹膜, 引起较广泛的盆腔炎症。这个过程一般在始发感染7~10天后出现(可见预防感染、积极治疗和控制扩散的必要和可能)。

一个医生的明智在于对某种疾病的警觉, 这在妇科盆腔炎症也是如此。其次, 做宫颈管或阴道后穹窿的分泌物涂片, 革兰氏染色镜检, 既简便又对选择抗菌素有很大帮助。有条

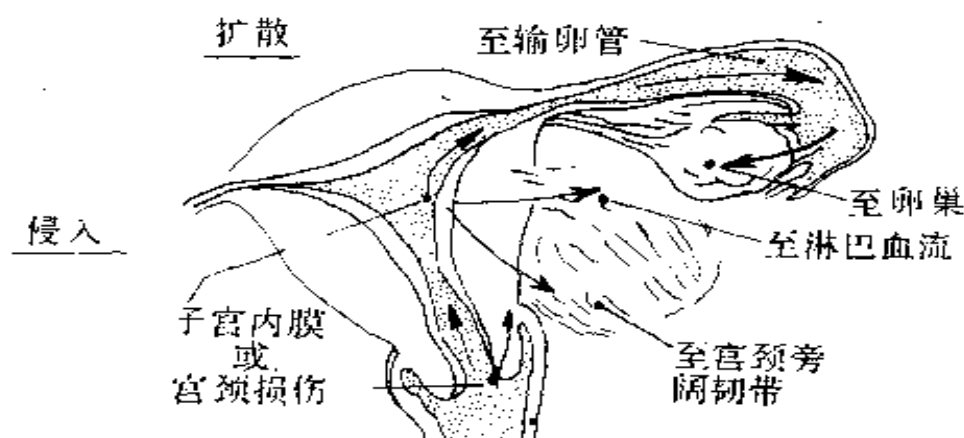


图 8 女性生殖器官的感染及扩散

件时，必须做细菌培养。

在盆腔感染的诊断难以确定时，阴道后穹窿穿刺可能有所帮助，其他一些容易混淆的病症也可通过这一简单检查得以除外。当子宫直肠窝有肿物、子宫严重后倾且固定时，不宜做此操作，抽取的腹腔内容，可资鉴别诊断（表 3）。

表 3 后穹窿穿刺内容的诊断估计

内 容	诊 断 估 计
血	异位妊娠破裂 黄体囊肿破裂出血 内脏（肝、脾）破裂 胃肠穿孔出血 子宫穿孔
脓	输卵管卵巢脓肿破裂 阑尾脓肿破裂
混浊物	盆腔腹膜炎、附件炎 其他原因引起的腹膜炎

在输卵管卵巢炎或宫旁组织炎的急性期，若治疗延误或不彻底，迁延日久则形成慢性盆腔炎。

慢性盆腔炎由于病变浸润较为广泛，可以引起多种形态的盆腔组织器官的改变。主要有：输卵管积水及输卵管卵巢囊肿，输卵管积脓及输卵管卵巢脓肿，附件包块等。

输卵管积水系输卵管内膜炎引起伞端闭锁，管腔中渗液积聚而成，形似腊肠。而卵巢周围炎使卵泡破裂受到障碍，卵泡液积聚形成卵泡囊肿，或卵泡破裂时细菌侵入致成炎性渗出，尔后又与输卵管积水贯通而成输卵管卵巢囊肿。积液和囊肿若有化脓性细菌或大肠杆菌渗入，则可成输卵管积脓、输卵管卵巢脓肿，常因反复发作，日渐增大，或可破裂。脓肿破裂可伴有严重腹部症状，或细菌侵入血流，引起菌血症、败血症及休克。脓汁积存于身体最低部位，形成子宫直肠窝脓肿。炎症亦可呈纤维化增生，形成炎性团块，其内有子宫、附件、网膜、肠管、腹膜。时间久者，粘连甚紧；急性炎症期间局部充血水肿，组织甚娇嫩。手术时应格外小心，以免损伤肠管。

慢性盆腔炎除腹痛外，几乎均伴有月经不调、痛经、不孕等症状，病人可出现全身不适、乏力及胃肠功能紊乱，明显影响劳动力。

盆腔炎症的急性期和亚急性期，以抗菌素积极治疗为主，休息、避免性交、保持大便通畅、补充充分的液体，这些都是不可忽视的。慢性盆腔炎则应用理疗、组织疗法、中医辨证施治等多种疗法。如已形成慢性团块，欲使炎症彻底消散或包块完全消失则颇为困难。遇有下列情况，应考虑手术治疗：

1. 对抗炎治疗无反应。
2. 囊肿扭转或脓肿破裂。
3. 盆腔脓肿形成。



4. 合并肠梗阻。

5. 有炎性包块,且诊断不够明显,如怀疑附件肿瘤等。

炎症通常累及双侧附件,所以手术不宜太姑息,有时保留一侧输卵管,非但不能生育,反而遗留后患。病情重者应行全子宫切除及双输卵管切除或双附件切除术,可尽量保留一侧卵巢或部分卵巢。但术前后的抗炎治疗应予保证。有盆腔积液者,手术完成后应做盆腔引流(通过腹部或通过阴道残端或后穹窿)。

### 结 语

妇科盆腔炎症非常多见,诊断亦不困难。重要的是在急性期进行积极的抗炎治疗,以免迁延成慢性。已经形成附件团块的慢性炎症,如是盆腔脓肿、合并肠梗阻或久治不愈者,应考虑手术治疗,施术要谨慎且不可过于姑息,术后要充分引流。

### 答 案

1. a, b, c, d; 2. c, d; 3. c, d; 4. c, d。

## 五、子宫内膜异位症的诊治方案

### 问 题

请你对下列问答选择答案。

1. 子宫内膜异位症的特点是:

a. 以30~40岁为多见; b. 与卵巢功能有关; c. 是良性病变; d. 引起不孕不取决于病变范围。

2. 子宫内膜异位症临床分期的依据主要是:

a. 盆腔腹膜的种植； b. 卵巢受累； c. 粘连情况；  
d. 子宫直肠窝病灶。

3. 子宫内膜异位症手术的适应症是：

a. 预防恶性变； b. 解决不孕问题； c. 解除症状；  
d. 明确诊断。

4. 药物治疗子宫内膜异位症的基本目的是：

a. 抑制卵巢排卵； b. 减少出血； c. 抑制异位内膜  
生长； d. 增加受孕机会。

### 解 说

子宫内膜异位症是常见的妇科疾病之一，近年有逐渐增多的趋势，故有的作者将其称做“现代疾病”。

在《青春期妇科问题》的第五讲中，记述了子宫内膜异位症的概念、发现病及诊断程序。

子宫内膜异位症候始现于20岁，而于绝经后即可消失，说明本病的发病年龄（无论是内在性的还是外在性的）。不过，在这一时期之前，常见外在性子宫内膜异位症（如卵巢“巧克力囊肿”）；在这之后，则以内在性子宫内膜异位症（如子宫肌腺症）为常见。本病的症状变化多端，这和子宫内膜异位的部位之泛有关，胃肠，泌尿系统等的内膜异位症可引起血尿、便血及疼痛，使与内外科疾病相混淆；就是盆腔的其他妇科疾病，有时也常难与本病相鉴别，如盆腔结核、炎症及附件肿瘤等。

子宫内膜异位症与病变的大小有时并不成比例，细小的腹膜种植就可以引起疼痛（根据为与前列腺素升高有关）。而较大的卵巢子宫内膜异位囊肿也无症状，却于破裂时以急腹症剖腹始得发现。子宫骶骨韧带，子宫直肠窝的病灶可引起

严重难耐的下坠感，骶骨尾部疼痛和性交痛。卵巢“巧克力囊肿”（由于周期性出血、使卵巢增大，进而形成血性囊肿）的疼痛常发生在月经期前后，其原因是：（1）异位的内膜囊肿增大，囊壁菲薄破裂，内容外溢刺激腹膜。“巧克力囊肿”多有粘连，很少发生扭转。破裂后未及时处理，尔后可合并感染。

· 子宫内膜异位症常可引起不孕，占22~66%。原因是多方面的：如性交疼痛使夫妇性交次数明显减少，腹痛引起输卵管平滑肌的紧张和痉挛，失去正常的活动能力；子宫直肠窝及宫骶韧带粘连所致子宫后倾；盆腔粘连引起输卵管的阻塞；“巧克力囊肿”引起输卵管形态和活动的异常等等，都使受孕机会减少。过去，常认为子宫内膜异位症使输卵管阻塞的比例并不高，做输卵管通气、通液或造影，常常显示输卵管是通畅的。Derereux 1963年报告84例子宫内膜异位症合并不孕者，竟有82例输卵管形态正常，“道路”通畅，仅两例有炎性粘连。

很显然，子宫内膜异位症是良性病变，转成恶性的情况极为罕见。卵巢子宫内膜异位囊肿实际上只能算瘤样病变。但是，将恶性肿瘤，甚至转移性癌瘤误诊为子宫内膜异位症的例子却不少。两者的鉴别很重要，也很困难，这是对子宫内膜异位症更倾向于剖腹探查手术的理由之一。例如附件包块，子宫直肠窝有硬结，这在卵巢癌和子宫内膜异位症均可出现，有时需经腹腔镜和剖腹探查才能分辨。

盆腔子宫内膜异位症的分期，不仅有助于诊断和治疗的选择，而且可以作为估价手术和药物治疗结果的指标。国内尚无通用的分期标准。现应用较广的是 Acosta 等提出的分期（1973），即：

### 轻度

1. 在子宫直肠窝前后或盆腔腹膜有散在的、新鲜的病变，这些种植尚未引起腹膜结疤和皱缩。

2. 很少有卵巢表面种植，无卵巢子宫内膜异位囊肿，无结疤及皱缩，无卵巢周围粘连。

3. 无输卵管周围之粘连。

### 中度：

1. 子宫内膜异位症侵及一侧或两侧卵巢，伴有明显的卵巢表面病变，有结疤和皱缩或小的子宫内膜囊肿。

2. 轻的卵巢周围粘连。

3. 轻的输卵管周围粘连。

4. 子宫直肠窝前后有表面种植，并伴有结疤和皱缩。但乙状结肠无侵犯病变。

### 重度

1. 子宫内膜异位症侵及一侧，通常是两侧卵巢。卵巢子宫内膜异位囊肿大于  $2 \times 2$  厘米。

2. 一侧或两侧卵巢因子宫内膜异位症粘连而固定。或有（或无）卵巢与输卵管之粘连。

3. 一侧或两侧输卵管粘连，活动受限，并有病变。

4. 子宫直肠窝因子宫内膜异位症粘连而消失。

5. 子宫骶骨韧带因子宫内膜异位症病变而增厚。

6. 明显的肠管、泌尿系受累。

由上述可以看出，分期的主要依据是卵巢、子宫直肠窝的受累情况，以及该病引起的后果（卵巢子宫内膜异位囊肿、盆腔粘连等）。

子宫内膜异位症的治疗，有时是颇费踌躇的。治疗方法有药物治疗和手术治疗，后者又可分保守性（主要指保存生

育功能的) 手术和根治性手术。选择的基本因素: ①是否需要保留生育功能; ②年龄; ③子宫内膜异位症的轻重程度。

1. 药物治疗的适应症: ①要求保留生育功能; ②轻度; ③未婚者; ④保守性手术的前后; ⑤手术治疗复发者; ⑥难以手术的病例。

2. 保守性手术治疗的适应症: ①要求保留生育功能; ②明显的盆腔局部病变; 如“巧克力囊肿”, 子宫直肠窝, 输卵管粘连, 子宫后倾者; ③药物治疗效果不佳。

3. 根治性手术的适应症: ①没有保留生育功能必要者; ②40岁以上的妇女; ③症状重, 分期为重度者; ④药物治疗, 或曾行保守性手术效果不佳者。

这一治疗方针, 参见图9。

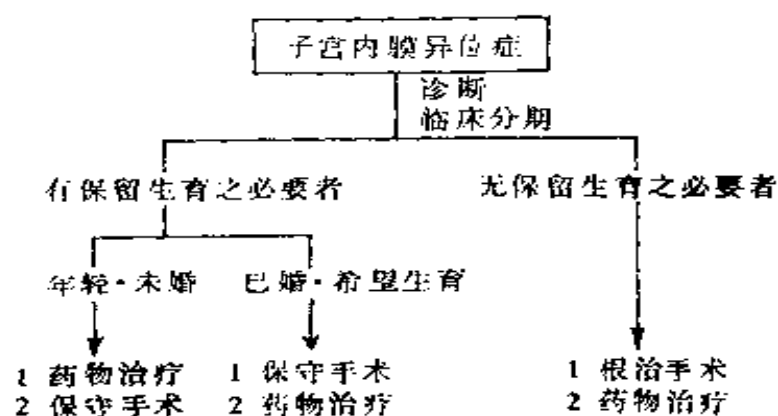


图9 子宫内膜异位症的治疗方针

所谓保守性手术旨在保留生育(或者创造一个有利于生育)的机会。如患侧卵巢“巧克力囊肿”的切除或剥除, 手术时, 由于壁薄和粘连, 囊肿通常会破裂; 小心而干净地吸净“巧克力汁”, 然后将囊肿包膜从卵上完整剥下, 很象撕揭鸡嗉囊内层一般、不难做到。再将卵巢修剪缝合, 对侧一定要保留或部分保留, 否则会失去了保守治疗的意义。因此,

还要进行分离粘连，矫正子宫位置、去除可见病灶，行必要的输卵管整形等，使盆腔尽量恢复正常（图10）。



图10 子宫内膜异位症（有“巧克力囊肿”和盆腔明显粘连）的保守性手术前后

根治性手术包括全子宫切除，双附件切除以及所见病灶切除。但在年龄较轻者（如35岁左右）也可行全子宫或部分子宫切除、单侧附件切除，尽量保留一侧卵巢。

药物治疗主要目的是抑制异位的子宫内膜生长，从而减轻和消除病变。为此，常用的药物是孕激素类药物，如18甲基炔诺酮、妇康片、妇宁片等。用法可周期服用，如妇康片，每日4格（纸片剂型），从月经周期第六天开始至第二十五天。应用3～4周期，症状及盆腔检查均见好时，可停药，以期有受孕之机会。另一种是连续服用3个月或更长，所谓“假孕治疗”，中间不停药，如出现出血可稍增加剂量。此间，注意一般反应及肝功能变化。

国外报告丹那唑（Danazol）效果颇佳，但价格昂贵。国内已开始用棉酚（原用于男性避孕药）治疗本病，报告效果亦好。

## 结 语

子宫内膜异位症的轻重取决于病变范围及引起的后果，主要是子宫直肠窝、盆腔腹膜和卵巢受累程度及卵巢“巧克力囊肿”、粘连和不育的发生。处理取决于对保留生育的态度、年龄和病变轻重等。药物治疗虽适合于任何病侧，但效果差者，年龄较大而无生育要求者，以根治手术为宜。保守手术是指既能保留生育而又能在一定程度上解除病患的方法。

## 答 案

1. a, b, c, d; 2. a, b, c, d; 3. b, c, d; 4. c。

## 六、不 孕 症

### 问 题

请你对下列问题选择答案。

1. 不育症可以按哪些方面进行分类：
  - a. 年龄；b. 时间；c. 性别；d. 恢复生育的可能性。
2. 引起排卵障碍的原因有：
  - a. 先天性卵巢发育不全；b. 下丘脑—垂体—卵巢功能失调；c. 多囊卵巢；d. 身体内外环境因素。
3. 输卵管功能为：
  - a. 输送精子；b. “捕捉”卵子；c. 受精场所；d. 提供受精卵的营养。
4. 输卵管造口术的适应症：
  - a. 输卵管结核；b. 畸形；c. 输卵管峡部粘连；

d. 输卵管积水。

## 解 说

不育是妇科门诊常见的主诉之一。妇科医生的责任：既能指导人们控制生育，又能使不育者生育。

凡是在生育年龄的夫妇，经过正常性生活，未采取避孕措施，而两年不能受孕者，一般诊为不孕。这里有个时间问题。据统计，婚后一年内能够受孕者占80%；两年受孕者占90%；三年内者占95%。现今，由于普遍晚婚，故倾向于诊断不孕症的时期限度定为两年。这样既可避免对不孕症过早下结论，又不致于因盲目等待而拖延时间。

根据不孕症的发生情况和原因，可将不孕症做如下分类：按其发生情况，可分原发性不育——妇女婚后从未受孕；继发性不育——曾有过生产或流产而后未再受孕。按其生育的可能性可分绝对不育——没有治疗希望，如先天性无子宫；相对不育——有一定治疗可能者，如排卵障碍。按持续时间，可分永久性不孕和一时性不孕。按性别分男性不孕（原因在男方）和女性不孕（原因在女方）。按病因，又可分器质性不孕，机能性不育及特发性、免疫性或原因不明性不孕等。了解上述各种分类，能提示医生从多方面来考虑。一般认为，不孕症的发生率为10.9%。其中原发不孕占6.78%，继发不孕占4.12%。生育是夫妇双方合作的产物，不孕的原因从双方来诊寻找，由男方的原因引起不孕者占25.6%；女方占45.1%；双方共同因素占22.3%；原因不清者占7%。

一次受孕的成功必须具备以下条件：（1）卵巢排出正常成熟的卵子；（2）睾丸产生正常数量、形态与活动能力的精子；（3）输送卵子、精子及受精卵的“道路”通畅，这包括



男子的输精管、尿道等，女子的阴道、宫颈、宫腔、输卵管等；（4）卵子能在排出后被输卵管“捕捉”，并在输卵管与精子结合，然后进入宫腔；（5）子宫内膜适宜受精卵着床。上述任何一个环节发生障碍，都可以影响生育。这当然包括男女双方，在男方如精子的生成障碍（无精子、精子数量与质量差），精子的输送障碍等。这里重点讨论女性不孕。

在女性不孕的原因中，主要是：

**排卵障碍** 包括下丘脑、垂体、肾上腺、甲状腺等内分泌失调，以及营养不良、精神忧郁、过度紧张、劳累、慢性疾病。这些全身因素都可引起排卵障碍；卵巢局部因素指先天性卵巢发育不全（坦纳氏症）、多囊卵巢、卵巢肿瘤、手术及放射引起的卵巢缺失或卵巢功能的破坏等。

**卵子、精子的结合和输送障碍** 包括无阴道、阴道闭锁、痉挛；宫颈狭窄、严重裂伤、肿瘤、宫颈粘液异常；子宫畸形、严重后倾、肿瘤、内膜炎症、宫腔粘连；输卵管炎症、结核、输卵管阻塞；子宫内膜异位症及其他盆腔器官疾病等。

**受精卵着床障碍** 既可以是卵巢内分泌问题（如黄体功能不足，子宫内膜分泌准备不良），也可以是器质性病变（如子宫发育异常、子宫肿瘤等）。

因此，对于不孕者要进行系统检查，不可贸然给予治疗。任何人用之皆灵的生育方法是没有的。

现将不孕的检查程序做一图示之（图11）。

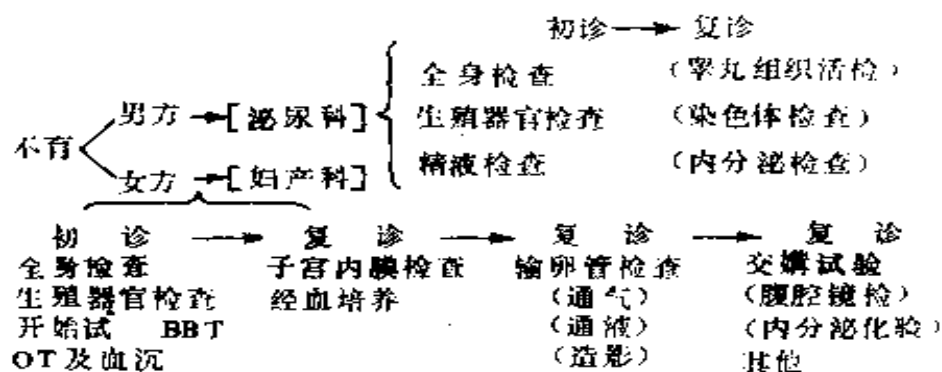
在完成上述方案中应注意一些问题。如子宫的大小，除盆腔检查估计外，还可以宫体与宫颈的比例判别，如成人型为2/1，而少女型为1/2。但若测子宫系数尤为准确。

$$\text{子宫系数} = \frac{U - C}{C} \times \frac{1}{2}$$

(U = 子宫口到宫底长。

C = 子宫口到宫颈内口长)

正常系数等于 1。Meaker 认为, 0.75 以上为正常; 0.6 以下为发育不良; 0.25 为幼稚型。



BBT——基础体温 OT——结核菌素试验

图11 不孕症的检查方案

基础体温 (BBT) 至少观察 2 ~ 3 周期, 才能看出问题, 它不仅可以反映卵巢有无排卵, 也可反映黄体功能, 还可为选择比较确切的排卵期提供参考。子宫内膜活体组织检查至少可以了解两方面的情况, 一是子宫内膜有无分泌期及分泌的程度, 以此了解卵巢有无排卵及黄体功能; 二是子宫内膜有无病变, 如结核性子宫内膜炎等。取内膜应在月经之后半周期, 但有时不易掌握, 现多在月经来潮后 12 小时内采取。如高度怀疑结核者 (有其他部位结核史、低热、血沉快等), 至少应于采取前三天即给抗痨药物直至病理报告否定

为止，如一旦确诊当然应坚持系统治疗。经血培养抗酸杆菌阳性率却很低。

输卵管检查是女性不孕检查的重要内容。在女性不孕中，输卵管因素要占三分之一。输卵管能运送精子，并使精子“获能”，得以钻入卵内；输卵管靠伞部的摆动及形成的“吸力”捕获卵子，使之进入输卵管内；精子和卵子在输卵管结合，并得到营养，输卵管的蠕动将受精卵排入宫腔。所以输卵管不仅有形态学问题，也有功能问题，这就是以后要讲到的，经过输卵管整形术，输卵管虽然可以通畅，但并不一定都能妊娠，因为功能不一定恢复。目前所能检查的主要是了解输卵管是否通畅，有输卵管通气、通液及造影等检查方法。通气和通液只能了解“通”与“不通”，造影则能看出子宫和输卵管的形态，病变情况及部位。通液比通气更为简便，液体中加抗生素和消散粘连的药物（如糜蛋白酶、可的松等），还有一定治疗作用。输卵管的检查一般在月经干净后3～7天进行，但不应在内膜的同一周期。

通液设备简单，有宫颈导管、注射器与液体即可。将导管插入宫颈管，连接装有30毫升液体的注射器，向宫腔缓缓注入。正常大小的宫腔一般可容纳4～6毫升，若能顺利注入30毫升而无返流，则说明液体已通过输卵管进入腹腔。若有阻力、有返流，或病人感觉下腹疼痛，则说明输卵管阻塞。为解除输卵管痉挛，可于术前皮下注射阿托品0.5毫克。

子宫输卵管造影常用40%碘油，操作方法与通液大致相同。注入碘油量可按下列公式估算：

$$V = 7 + [(s - 7) \times 2]$$

（V = 注入量，s = 子宫腔深度）

输卵管“僵直”、“串珠”，管壁“侵蚀”及造影剂逸入血

管，通常见于输卵管结核，表明结核病变对输卵管粘膜之破坏。造影还可显示子宫畸形、子宫肿物。卵巢肿瘤亦可使输卵管变形。造影要在X线直视下进行，遇有碘油进入血管之征象，应立即停止推注。

对于女性不孕，应根据病因给予相应处理，如促进排卵，矫正畸形、切除肿瘤、疏通输卵管等。由于妇科显微外科的

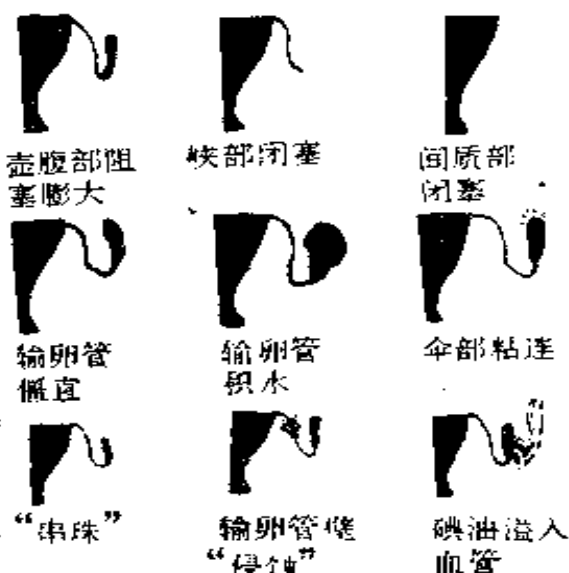


图12 常见的输卵管阻塞像

兴起，输卵管整形手术近年有了很大的进展。基层医院亦可开展输卵管手术，但要掌握好适应证，包括：（1）精子正常；（2）有排卵；（3）无结核病变；（4）无生殖器官畸形（或虽有而经过了矫正）；（5）手术时无盆腔或腹腔炎症；（6）经过造影已确定了输卵管形态和阻塞部位。根据病变部位的不同，手术有多种方式，如输卵管伞部粘连，行粘连分离术；输卵管积水行造口术；输卵管腔内粘连行部分切除后端端吻合术；输卵管根部阻塞行输卵管移植术等。术后护理要注意三件事：抗感染、抗粘连、多次通液。妊娠机会多在术后6~12月，超过两年仍不孕者，妊娠机会大大减少。

## 结 语

不孕是常见的妇科问题，首先必须进行系统的检查，找出不孕的原因再加以解决。在女性不孕中，以排卵障碍和输卵管阻塞最为常见。输卵管通液和造影是常用的检查方法。在不孕的检查和治疗中医生与不孕夫妇要密切合作。

## 答 案

1. b, c, d; 2. a, b, c, d; 3. a, b, c, d; 4. d。

# 更年期妇科问题

## 一、更年期综合征

### 问 题

请你对下列问题选择答案。

1. 绝经以后内分泌的变化有：  
a. 雌激素增加； b. 促性腺激素增加； c. 孕激素增加； d. 肾上腺皮质激素增加。
2. 更年期的哪些表现是由于代谢障碍引起的？  
a. 骨质疏松症； b. 动脉粥样硬化； c. 潮热； d. 易于激动。
3. 雌激素治疗对更年期综合征有何意义？  
a. 控制心血管反应； b. 减轻精神症状； c. 预防和控制动脉硬化； d. 预防和控制骨质疏松。
4. 雌激素治疗可能出现的危险性？  
a. 癌； b. 血栓性疾病； c. 子宫出血； d. 子宫肌瘤。

### 解 说

妇女更年期是指由卵巢功能逐渐衰退直至停止的机体自我调节时期。更年期与绝经，更年期与老年的概念是不同的。更年期是个年龄范畴，要历经数年之久，绝经不过是这一时期最突出的一个表现。而老年一般指更年期后，卵巢功能完全消失，机体功能普遍衰落的阶段，目前多指60岁以后而言。

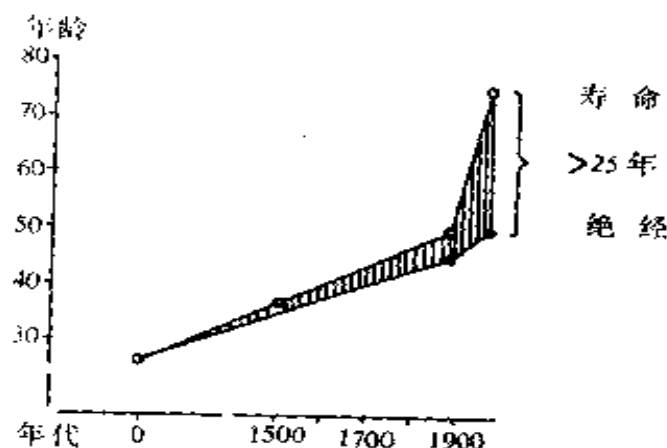


图13 寿命与绝经的变化

绝经一般发生在45~50岁，平均48岁，近年有逐渐推迟之趋势。现今妇女的寿命在一些国家可达76~80岁，绝经年龄也相应推迟了5年，这就是说绝经后还能活20~25年，这段时期几乎占整个生命的三分之一（图13）。

从卵巢的形态学看，22~25岁是卵巢之“黄金时代”，两侧卵巢共重10克；45岁为6.5克；55岁为5克，恰是年轻时卵巢重量的二分之一。从组织学看，到更年期，卵巢皮质菲薄，髓质肥厚，黄体闭锁，卵泡减少，血管硬化。从内分泌学看，由于卵母细胞逐渐减少，最后仅有少数未分化的卵泡残留，原来建立起来良好的下丘脑-垂体-卵巢关系，开始紊乱了。

如果将更年期分为三个阶段，进一步分析其内分泌变化及其后果，对于诊治是颇为有益的。

#### 第一期（绝经前期）

最明显的和根本的变化是卵巢排卵功能的停止，其结果是黄体功能衰退、子宫内膜无分泌期变化。由于卵巢尚能分泌相当数量的雌激素，刺激子宫内膜增生。故这时，极易发生无排卵型月经紊乱。

由于雌激素水平开始下降，血管舒缩障碍所产生的症状开始出现。

### 第二期（绝经期）

月经的完全停止是这一期的标志。最后一次月经的日期称为绝经期。

雌激素水平进一步下降。如在生育年龄，血中雌二醇含量在黄体期可达100~150毫微克/毫升，而于绝经期为40~50毫微克/毫升，绝经后期则为10~20毫微克/毫升。其后果是引起明显的内分泌平衡失调，血管舒缩不稳定是最常见的表现。

由于卵巢激素的产物减少，引起对垂体的负反馈，使卵泡刺激素(FSH)、黄体生成素(LH)分泌增加，且FSH高于LH。

### 第三期（绝经后期）

垂体分泌大量的促性腺激素，主要是卵泡刺激素(FSH)，故可称此期为促性腺素增多期。同时垂体促甲状腺激素、促生长激素、促肾上腺皮质激素分泌量亦增多，而引起甲状腺及肾上腺功能亢进，造成内分泌失调、代谢障碍等。

绝经后期有时需要数年的自我调节过程，才能建立一个新的稳定的机体在平衡环境。在从不平衡、不适应到平衡和适应的过程中，出现的各种各样变化和症状，就是更年期综合征。

更年期综合征或轻或重、持续时间或长或短，取决于每个人适应和调节能力的强弱，所以更年期综合征的临床表现差异很大。但幸免于这些症候的人不多于15~20%。有50%以上者由于症状较重需要药物治疗。

更年期综合症的主要表现可归纳为四个方面，如表4所



示。

无排卵型功能性子宫出血是绝经前期最突出的表现。而由于雌激素低落引起的生殖器官萎缩，阴道粘膜菲薄，易出血，易患老年性阴道炎等则是绝经以后数年才发生的。

潮红是更年期非常典型的症状，病人会突然感到一阵热潮涌上头部，心慌，胸部紧迫感，头晕，眼前发黑，持续几秒钟，或10多分钟，颜面、项背、胸前可发红，继而出汗潞潞，又变得畏寒，时热时冷，心烦难耐。又常于夜间发作，致使难以成眠，愈发焦躁。

精神神经症状的原因稍复杂，不但取决于个人内分泌反应的类型和激素下降的水平，又受到个人的精神状态及外界环境的影响。Jeffcoate认为紧张者容易发生该方面症状。有时症状较重。

新陈代谢的变化在绝经以后逐渐出现，有三分之一的妇女在更年期体重增加。雌激素为同化激素之一，促进蛋白合成，参与能量转变。因此，当雌激素缺乏后，可出现肌肉营养不良，疲乏无力。骨中基质部分属蛋白质，雌激素缺乏可影响骨基质合成，且由于降低了骨对甲状旁腺素的敏感性，临床上可出现骨质疏松，容易发生骨折。故常认为，下部腰背的疼痛可能是骨质疏松的最初症状，这种情况在老年妇女常占25%左右。

绝经后，由于体内转化的雌激素减少，血中胆固醇升高，冠状动脉病变亦增多，女性心肌梗塞绝大部分发生在绝经后。

更年期综合征的治疗分一般治疗（非激素治疗）和激素治疗。

在一般治疗中，首先是精神治疗，要使病人消除顾虑，增强信心。不少人以为更年期是“丧失能力的时期”——“丧

表 4 更年期综合征的临床表现

主要症状分类	常 见 症 状
1. 内分泌症状	不规则出血 泌尿生殖道的局部退行性变
2. 心血管症状	皮肤潮红 血管痉挛性头痛 高血压 眩晕、耳鸣、眼花
3. 精神神经症状	失眠 神经质 易激动、情绪波动 抑 郁 头 痛 记忆力减退
4. 新陈代谢障碍	血管硬化 关节、肌肉疼痛 骨质疏松 脂肪及糖代谢变化 发 胖

失女性，丧失精力”，多有消极情绪。耐心的解释就是一种很好的治疗。有些用镇静剂、维生素即可有较好的效果，如维生素 B<sub>6</sub>、C 及 E 等对机体代谢有促进作用。溴剂、巴比妥类、健脑合剂等可增强神经调节，谷维素也有镇静及调节神经之功。

如果症状多、病情重，用上述治疗无效者，用激素治疗是有效和必要的，包括雌激素替代治疗、雌激素与雄激素联合治疗，其中雌激素的补充是根本。雌激素能控制血管舒缩反应，能减少精神症状，能预防和控制骨质疏松，能预防和

控制动脉硬化等。但雌激素的应用，除了选择更年期症状较重者外，亦应考虑其他身体状况，如有无子宫内膜增生或出血，有无乳腺肿块。一般认为，应用雌激素要注意：（1）子宫出血；（2）癌（子宫内膜癌、乳腺癌）；（3）血栓性疾病；（4）恶心、呕吐等反应。已有积30余年经验，长期应用适当剂量雌激素之报告，并无严重副作用，也未增加癌和静脉栓塞的发生率。

所谓适当剂量是：能减轻和消除症状的最小剂量。如乙炔雌酚0.1~0.2毫克，可周期性间歇服用，即服药25天，停药7天；亦可连续服用。症状好转后，还可再减量维持之（有的病人仅从药片上刮少许粉末服之即感有效）。若有出血，停药使内膜脱落后一般自止。若出血不止，可用黄体酮撤退。若撤退而出血仍不止，则应考虑刮宫除外病变。

雌激素与雄激素合并应用，对机体代谢有协同作用，雄激素（如甲基睾丸素2.5~5毫克）宜于清晨服，可使精神饱满；雌激素晚上服，偏于镇静抑制。血压高或胆固醇高者，不宜应用雄激素。

## 结 语

更年期是一个内分泌紊乱的时期，在这时期主要是卵巢功能衰退和雌激素缺乏，因而产生一系列变化和临床症状。经过若干年的调整 and 适应，达到新的环境平衡。雌激素的治疗是最有效的，但要掌握适应症和禁忌症，选择好剂量并注意用药期间的观察。

## 答 案

1. b, d; 2. b; 3. a, b, c, d; 4. a, b, c.

## 二、更年期及绝经后出血

### 问 题

请你对下列问题选择答案。

1. 更年期功能性子宫出血属于：  
a. 有排卵型； b. 经前出血； c. 经间出血； d. 无排卵型。
2. 子宫出血距离绝经时间越长，结果如何？  
a. 良性病变的可能性越大； b. 恶性病变的可能性越大； c. 出血越多； d. 出血越少。
3. 绝经后出血最常见的恶性情况是哪两种？  
a. 输卵管癌； b. 阴道癌； c. 子宫内膜癌； d. 子宫颈癌。
4. 对于绝经后出血者应做哪些检查？  
a. 宫颈细胞涂片； b. 阴道细胞涂片（雌激素水平测定）； c. 诊断性刮宫； d. 直接视诊及盆腔检查。

### 解 说

妇女在更年期，常由于卵巢功能衰退，排卵发生障碍，而使子宫内膜不规则的增生和剥脱，引起子宫出血。它多属于无排卵型功能性出血，其特点是完全没有规律。可以是少量的点滴出血，也可以是大量的出血；出血的时间可以是2~3天，抑或持续数十天，淋漓不止。出血多的病人，多有贫血症状，同时伴有失眠、心悸、潮热等表现。

从卵巢停止排卵到卵泡停止生长，常要经历这一无排卵阶段，即发生功能性子宫出血到月经停止——绝经。这一阶

段可持续数月到数年。但也有的妇女，月经一直是有规则，而突然不复再来；亦有血量渐渐减少，间隔渐长，终而绝经。

患有高血压及其他心血管系统疾患的妇女，更易发生子宫出血。

患无排卵型子宫出血的妇女，盆腔检查正常，基础体温（BBT）为单相，出血第一天子宫内膜为增殖、增生或囊性增生，结合出血特点，诊断当不困难。但在诊断之前，首先要除外器质性疾患，如子宫肌瘤（特别是粘膜下肌瘤）、宫颈或内膜息肉、盆腔炎症、子宫内膜异位症、子宫颈癌、子宫内膜癌等。另外，也需除外全身疾患，如血液病等。

一般地说，对无排卵型功能性子宫出血的治疗包括两方面：一是止血，二是恢复卵巢排卵。但在更年期，后者则不必要，也不太可能，故主要是止血，使其症状减轻，出血减少，较快地渡过子宫出血期。止血的方法：一是刮宫（据报告，有50%可获止血效果，并能除外子宫内膜病变）；二是药物治疗，如甲基睾丸素、丙酸睾丸酮、黄体酮、炔诺酮等均可选用，一般止血药、补血药亦应合并应用。

绝经后阴道出血是个值得重视的症状。对绝经后阴道出血的定义尚有争议，但多数作者认为绝经后一年或一年以上的阴道出血，不论其量多少，均为不正常。Procope分析了1,085例绝经后出血，最小年龄45岁，最大年龄87岁，平均年龄58.0岁。出血距绝经的时间，为1~40年，平均间隔8.5年。绝经后出血主要是来自子宫（但不是全部），其重要性在于它可能由于恶性病变引起，故有人称为“绝经后出血是危险信号”，至少，它预示着某种病变。

经分析绝经后出血的良性和恶性病变的比例是有意义的，恶性病变所占的比例，各家报告相差甚殊，从5.4%到76.0%。

其原因是：对绝经后出血的术语的概念认识不一（时间长短），以及是否及时地做过有关检查。著名病理学家Novak. E. R. 分析，1933～1944年514例中，53%属恶性病变；而1946～1952年574例中，则有16%属恶性。恶性病变患者的减少可能是

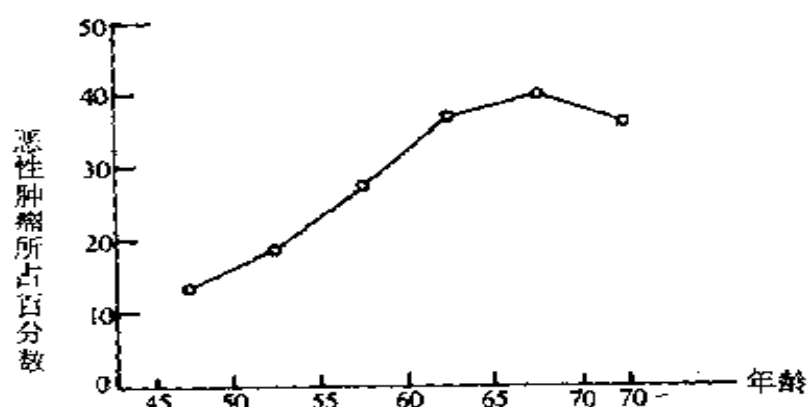


图14 绝经后出血病人中年龄与恶性肿瘤的关系

由于细胞学的广泛应用，在常规普查中，及早发现了恶性病变并积极进行治疗。有一点是应引起注意的，即绝经后时间愈久的出血，恶性可能性愈大，亦即恶性者的年龄高于良性者。

引起绝经后出血的具体原因很多，多达一、二十种病变，在诊查时应一一想到，找出出血来源。在恶性病变中，最常见的是子宫颈癌和子宫内膜癌，二者之和是可占28%，二者之比为1:1，一般随着年龄的增长，子宫内膜癌的比例上升。阴道癌和外阴癌则较少见。

还有许多生殖器官的良性病变可以引起阴道出血（图15）。其中较常见的是萎缩性子宫内膜炎，内膜萎缩致血管裸露破裂出血，可占20.5%。另外，有的病人往往也可以有雌激素累积反应，表现子宫内膜增生，甚至偶尔有分泌期者。这类病人多较年轻些，据 Pro-cope 统计，其平均年龄48.5岁，

绝经年限平均仅 1.6 年。其次，较常见的是宫颈病变，即宫颈息肉和宫颈糜烂。亦应想到老年性阴道炎，又称萎缩性阴道炎，绝经后雌激素低落，阴道上皮萎缩，“自净”作用减弱，对细菌的抵抗力降低，局部粘膜菲薄，容易出血。这种阴道炎的特点是粘膜发红，并有散在点状或片状出血斑，颇似杨梅，用棉签擦涂粘膜有鲜红血染。严重者可有粘膜溃疡，呈脓血性分泌物。某些卵巢肿瘤，如颗粒细胞瘤、泡沫细胞瘤也能引起绝经后出血，这些肿瘤能分泌雌激素，使子宫内膜增生并剥脱出血。我院 1981 年报告 12 例绝经后的颗粒细胞瘤患者均有绝经后出血。近临床病理发现，一些不属上述“功能性肿瘤”的卵巢上皮性肿瘤，亦可有绝经后出血现象。

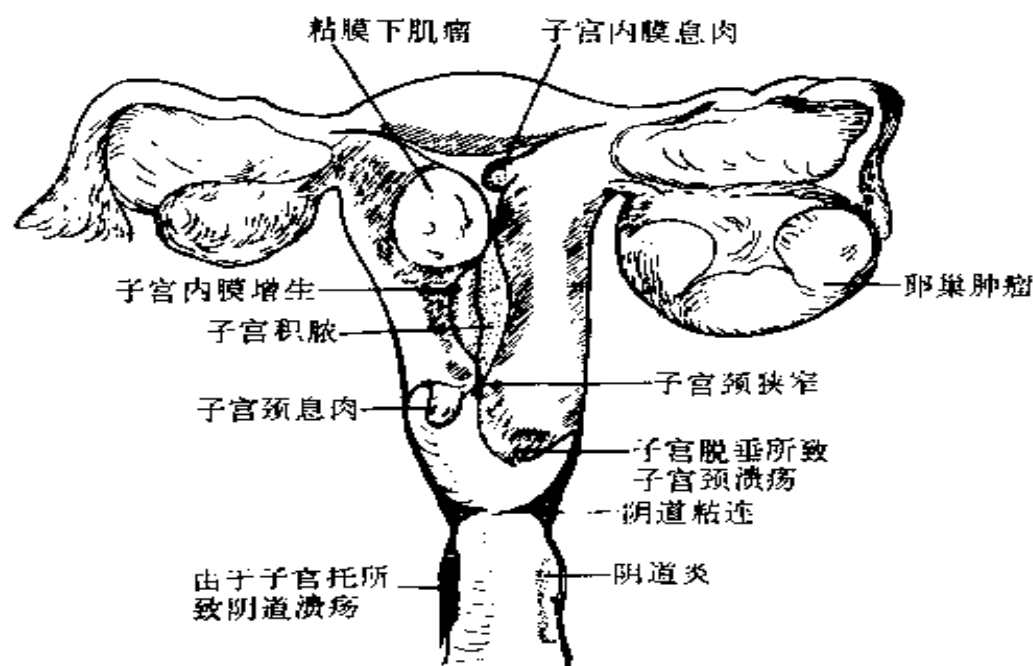


图 15 引起绝经后出血的良性病变

另一类引起绝经后出血的原因可以说是医源性的，临床用雌激素所致。更年期和绝经后应用雌激素的妇女日益增多，

它有一定的治疗意义，但也有某些弊端，如其中有撤退出血的发生，常需医生及时分辨原因和作出处理，这在前一问题已经涉及。这里旨在强调，遇有绝经后出血病人，不可忽略，要询问患者有无使用雌激素药物(注射、口服或栓剂)的历史。

由此可见，绝经后出血病因复杂，良恶难辨，而找出确切来源，特别是分辨良恶，极为重要，所以检查要认真全面，有步骤地进行。

首先，要仔细地询问病史。注意出血距绝经的时间，出血的数量和性状，有无用药、损伤等，有无全身出血的情况。

其次是全身检查和妇科检查。尤其是尿道、肛门的病变所致出血，病人易误为阴道出血，不可不注意。外阴炎、子宫脱垂，甚至子宫托亦有引起出血者。总之，从外阴、阴道、宫颈到盆腔均应检查清楚。为观察出血是否从子宫颈外口流出，有时要叮嘱患者在出血时务必来诊，以便弄清来源。

如果患者主诉出血，而一般视诊或盆腔检查未能发现异常，则下列三项检查是不可少的。

1. 宫颈细胞涂片：主要除外宫颈癌。
2. 阴道细胞涂片：观察雌激素水平。
3. 诊断性刮宫：除外子宫内膜及宫颈管病变。

经过上述检查，多数病例可以确定病因。治疗当依其病源而施治。但也有少数出血，找不出病灶，要严密随诊。对于反复出血，虽经各种检查尚难解释其症状者，最好施行剖腹探查甚至子宫切除手术，因为隐匿的病变和小的病灶不去除，终成大患。

## 结 语

更年期功能性子宫出血，多属无排卵型。在诊断时，必



须首先除外器质性病变。绝经后出血应予注意，那怕只是一次！尤其应警惕子宫内膜癌和子宫颈癌。为此，宫颈细胞涂片、阴道细胞涂片、诊断性刮宫是不可少的。病因不清而又反复出血者，应予手术。

### 答 案

1. d; 2. b; 3. c、d; 4. d、a、b、c。

## 三、子宫颈癌的早期诊治方案

### 问 题

请你对下列问题选择答案。

1. 子宫颈癌的发病与哪些因素有关？  
a. 早婚多产； b. 包皮垢； c. 宫颈糜烂； d. 多配偶史。
2. 发现早期子宫颈癌最简便有效的方法是：  
a. 阴道镜； b. 碘试验； c. 活体组织检查； d. 宫颈细胞刮片检查。
3. 对宫颈重度非典型增生的处理多主张：  
a. 全子宫切除； b. 治疗性锥切； c. 冷冻； d. 根治手术。
4. 为老年患者行宫颈锥切除术时应注意：  
a. 多切宫颈管； b. 多切宫颈的阴道部分； c. 避免伤膀胱； d. 避免伤直肠。

### 解 说

子宫颈癌是严重威胁妇女健康和生命的疾病之一，最多

见于40~49岁。由于子宫颈容易暴露并可以直接进行细胞学及活体组织检查，因此子宫颈癌不但能够得到早期诊断，还可及时发现癌前病变。近来随着大面积普查普治工作的开展，患病率和死亡率都明显的下降。北京市1972~1976年与1959年两次普查比较，后者患病率下降至前者的1/7，其中原位癌比率（与浸润癌相比）也明显增加。这一方面说明人民卫生健康状况的改善；另一方面也说明医疗保健及防癌普查水平的提高。

现已普遍认为，多配偶史、包皮垢和宫颈糜烂为宫颈癌的主要发病因素。其中任何两个因素结合的相对危险性明显增加；三个因素协同作用的相对危险性则更加显著，相当于正常人发病的10倍左右。近年来又发现宫颈癌与疱疹病毒II型（HSV-2）可能有关。从目前掌握的材料来看宫颈癌的发生可能为几个因素共同作用的结果。此外，早婚、早育、多产等也是促进发病的因素。提倡晚婚、少生，男女都要保持生殖道的清洁，对预防宫颈癌均具有一定的意义。

宫颈癌的临床分期越来越细，但“粗线条”的分期标准（图16）是：

0期 原位癌，或称浸润前期癌。

I期 癌局限于宫颈。

II期（IIa） 癌扩展超过宫颈，但未达盆壁。

（IIb） 癌侵犯阴道，但未达下1/3。

III期 癌扩展到盆壁。直肠指诊肿物与盆壁间无空隙。癌侵犯阴道已达下1/3。

IV期 癌扩展超出真骨盆或侵犯膀胱或直肠粘膜。

子宫颈恶性病变是指异常细胞（或有癌样细胞）代替了正常的上皮细胞，这种病变包括宫颈异常结构和宫颈原位癌。

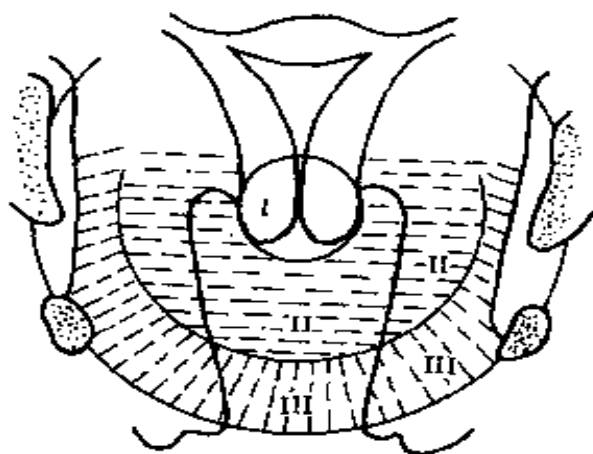


图16 子宫颈癌的 I ~ IV 期

有时区别它们的明显分界是困难的。宫颈癌大多数病变起源于宫颈鳞状上皮和柱状上皮交界区。早期的病变常由表面上皮非典型增生开始，即所谓宫颈异常结构（指子宫颈异常增生的鳞状上皮）。这时尚不足以诊断原位癌，称结构不良（Dysplasia）或间变等，现多称不典型增生。根据其程度，分为三级：

轻度典型增生（结构不良 1 级）——细胞异常增殖，限于上皮下 1/3，细胞异型性轻。

中度非典型增生（结构不良 2 级）——细胞异常增殖，限于上皮下 2/3，细胞异型性轻但较明显，少数异型细胞可达表层。

高度非典型增生（结构不良 3 级）——细胞异常增殖可达全层，异型性显著。

非典型增生有一定程度的潜在恶性（癌变率为 10~40%），故称癌前病变，是预防和治疗的重点。癌前病变往往在一个相当长的时间内是可逆的，如果在这时发现并给以相应治疗，

则治愈的机会非常高。

原位癌则表明上皮全层均为癌细胞所代替，上皮分层结构消失，细胞极向消失，但无间质浸润。如癌变已突破基底膜，就是浸润癌了。

可以认为：宫颈非典型增生——宫颈原位癌——宫颈浸润癌，是宫颈癌发展的三阶段。一般地说，癌前病变转化为浸润癌大致经历10~15年。但是非典型增生有自行消退者，原位癌亦有少数消退者，使得这一进程中断。

癌前病变和原位癌大多无何症状，或仅有宫颈炎表现，就是Ⅰ期宫颈癌也有40%无症状。而且，症状出现的时间长短与病期亦并不完全一致，症状出现晚的，已有可能达到晚期，但一旦出现明显症状，说明病变已相当严重了。在早期，部分病人有白带增多、不规则出血或接触性出血。已婚妇女白带增多几占99%以上，若有粉带、水性白带尤应警惕。故对任何不规则出血，包括月经先期、月经延长、经间出血、绝经后出血的患者，均应先诊视检查，除外宫颈病变再进行内分泌治疗，不可盲目调经。性交后，妇科检查后，甚至排便后阴道出血，也要重视，寻究其原因。在宫颈癌早期，宫颈的外观可以完全正常，多数病人有宫颈糜烂和撕裂，而这些表现在已婚中老年妇女又如此普遍，因此必须借助其他检查方法，提高宫颈癌的检出率才能做到早期诊断。目前采用的方法很多，比较实用而简便的，有：

阴道细胞学方法：即宫颈细胞刮片检查，最为简便而有效。大量防癌普查的资料说明，90~95%的早期癌都能经一次宫颈细胞刮片检查得以发现。原位癌起源于鳞柱交界，多向颈管及颈管口脱屑细胞；而浸润癌则在阴道穹窿大量脱屑。所以对早期癌以宫颈刮片和颈管取片的诊断率最高。但宫颈

刮片有一定局限性(假阴性率1.8~28%,假阳性率0.9~5.0%),主要是:①无论分辨是否浸润;②病变在最表层细胞可查到,若在深部则不易发现;③癌细胞分化好者,易误诊为核异质;而炎症干扰又可使诊断模糊,并出现假阳性。

宫颈刮片结果的分级和处理提要如下:

I级 未见癌细胞(正常)。

II级 炎症或核异质。细胞核普遍增大,染色质稍多,胞浆可有变性。(临床可先按炎症治疗,3个月后复查一次,两次出现核异质,应取活体组织检查)。

III级 可疑恶性细胞,如少许可疑癌细胞、癌前细胞、可疑退变、裸核等。(应取活检,若为阴性,定期复查)。

IV级 癌可疑,有不典型或少数癌细胞(应活检证实)。

V级 癌,找到典型多量癌细胞。

活体组织检查方法:或称活检,诊断准确。即用活组织钳夹取可疑部位送病理检查,如局部改变不明显者,可用碘试验协助,选不着色区域采取4~6点组织。现又多主张多点活检(10~12点),以提高检出率,甚至可代替宫颈锥切。从组织学论,90%为鳞癌,10%为腺癌。

若细胞学阳性,宫颈口活检阴性,则有必要行宫颈管搔刮组织送病理检查。

碘试验方法:用碘液(碘化钾2克,碘1克,加水300毫升)涂宫颈,正常宫颈上皮含糖原,均染棕色。在糜烂、白斑、癌瘤或其他病变时不着色,如发现异常部位,与活体组织检查结合,可提高早期病变的检出率。

宫颈锥切法:用刀围绕颈管做锥形切除进行组织病理检查,在下列情况下可进行诊断性锥切:①组织学屡次阳性,但活检、诊刮却阴性;②病变范围超过宫颈1/2;③怀疑或不

能除外浸润癌；④老年妇女各种检查不满意。老年妇女鳞柱交界向颈管伸延，故锥切应多包含颈管，角度小些，呈尖锥状；而一般年龄者锥底宽些，矮锥状或蘑菇状，即多切子宫颈阴道部分（图17）。锥切后应立即用纱条填塞压迫止血12

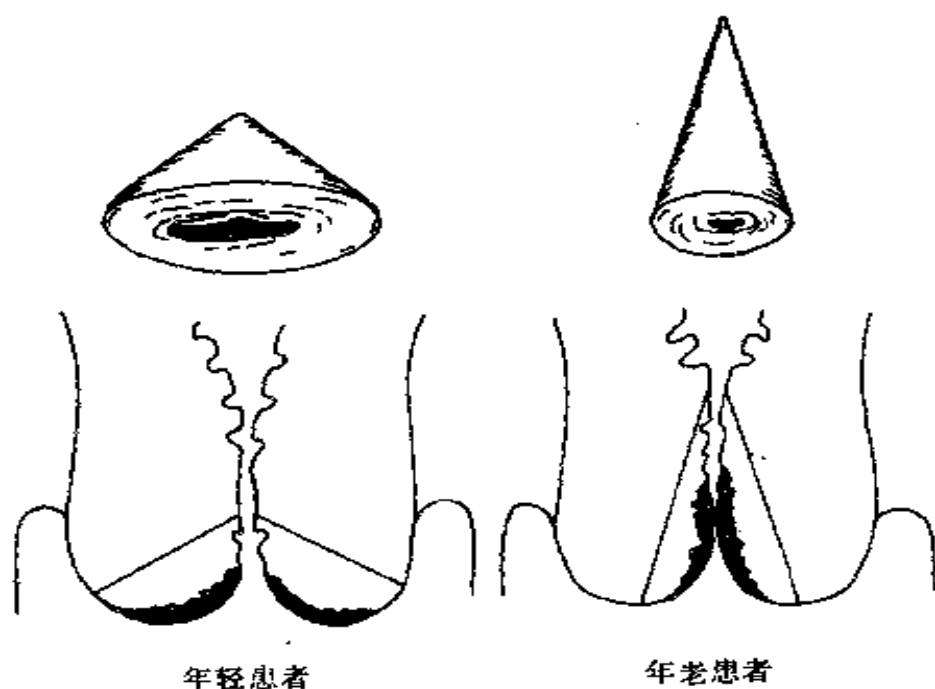


图17 子宫颈锥切

小时，并注意观察有无出血。禁止冲洗和性交。血性白带要持续大约15天，通常在3~6周完全愈合。锥切的并发症有术后出血、宫颈狭窄、子宫穿孔、术后感染等。

其他检查方法有阴道镜、荧光素检查法等，有条件者可采用。

癌前病变和原位癌的治疗非常重要，特别是不能忽视宫颈非典型增生的治疗。对轻度、中度非典型增生，常用的方法有电烙、冷冻、激光等；重度者处理与原位癌相同，即采用锥切和全子宫切除（图18）。

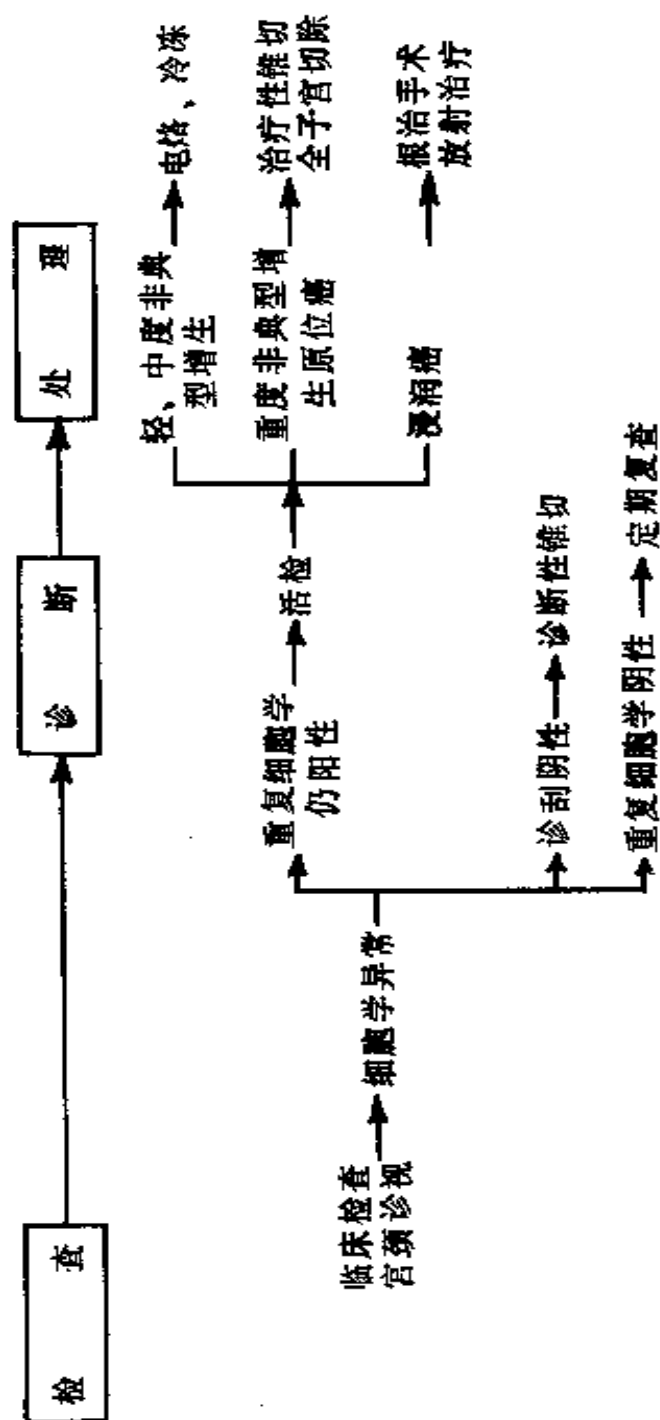


图18 宫颈癌的诊断方案

对宫颈原位癌是做锥切抑或全子宫切除尚有争论，两者各有利弊。所谓锥切者复发率可能高，但亦有否认者。可根据具体情况掌握：如年轻妇女迫切要求保留生育功能，或全身情况差不能耐受较大手术，加之病变不大，细胞分化较好，可做锥切，但要于术后详细检查是否切净，并定期做细胞学随诊。一般情况，仍以全子宫切除较为稳妥。经腹部或经阴道均可。主张多切一点阴道（至少切除阴道 0.5 厘米，但过大的阴道“袖口”切除并无必要），或先服用几天雌激素，再涂碘液，手术时（经阴道）将宫颈旁不着色之阴道切除，以减少术后复发。一般阴道残端复发率少于 3%，即便实行根治术亦未明显改善这个数字。诚然，后者大大增加了并发症，因而也就没有必要在宫颈原位癌采用这种大手术。江西省妇女保健院应用中药对宫颈原位癌和早期浸润癌施行“药物锥切”，取得良好的效果。

### 结 语

宫颈癌的早期诊断、早期治疗是征服这一恶性肿瘤的关键。晚婚、计划生育、注意卫生、治疗宫颈炎均有防癌意义。普查普治应坚持进行，并要不断提高细胞学的诊断技术。癌前病变和原位癌治疗后的五年生存率可达 100%，要手术得当，定期随诊。

### 答 案

1. a, b, c, d; 2. d; 3. a, b; 4. a。

## 四、子宫内膜癌的诊治要点

### 问 题

请你对下列问题选择答案。



1. 什么是子宫内膜癌病人的“三联征”？

a. 月经不调——痛经——子宫肌瘤； b. 肥胖——高血压——糖尿病； c. 女性——肥胖——白皮肤； d. 老年——腹部不适——月经障碍史。

2. 诊断子宫内膜最可靠的方法是：

a. 刮宫； b. 宫颈刮片； c. 宫腔细胞学检查； d. 诊断性或分段诊断性刮宫。

3. 分段诊断性刮宫的顺序：

①探宫腔；②扩张宫颈；③刮宫腔；④刮宫颈。

a. ①②③④； b. ①②④③； c. ④①②③； d. ①④②③。

4. 子宫内膜癌的治疗原则：

a. 抗癌药为主； b. 放射治疗为主； c. 手术为主，放射或其他治疗为辅； d. 手术切除子宫。

## 解 说

子宫内膜癌原称子宫体癌。这是一种常见的女性生殖器官恶性肿瘤。其发病率位于子宫颈癌之后，居第二位。近年来子宫颈癌与子宫内膜癌发病比率已经发生了明显的变化，由10:1，进而达3:1，或呈2:1、1:1。其原因有三：（1）妇女寿命延长，内膜癌做为老年病而相应增加；（2）慢性宫颈炎的治疗，有效的宫颈癌普查，使宫颈癌发病率下降；（3）应用雌激素日益广泛，有可能使内膜癌发病增加。

子宫内膜癌的诊断要点是：

1. 本病多发生在老年妇女。首都医院报告108例子官内膜癌平均年龄53.3岁；而宫颈癌（651例分析）平均45岁。与一般报告相仿，内膜癌比宫颈癌发病推迟8~10年。

2. 病史中有子宫内膜不典型增生（特别是一度好转或

治愈后又出血的)或合并多囊卵巢、颗粒泡膜细胞瘤者——均为持续雌激素水平高涨, 应予警惕。

子宫内膜癌多有合并肥胖——高血压——糖尿病“三联征”(图19)。其身材多矮小, 上下肢短而躯体、大腿脂肪甚丰满。

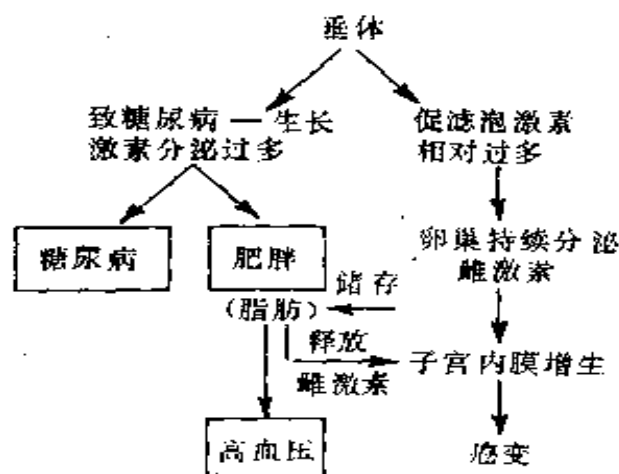


图19 子宫内膜癌的“三联征”

妇科病史表现不孕, 或生育能力低; 绝经晚。三分之一患者合并有子宫肌瘤。

3. 主要症状为不正常阴道出血, 占96.3%, 其中绝经后出血占95.5%。绝经后出血, 特别是年龄大, 出血距绝经时间长者, 可首先怀疑本病。此外, 月经不规则, 血性白带、宫腔积脓亦应注意。腹痛多为晚期症状。

4. 子宫增大可占61.2%。一般是子宫稍增大(即大于正常, 但又不超过8周妊娠大小)。老年妇女子宫本应萎缩, 检查即便不大或略大, 亦有一定意义。

5. 子宫内膜的检查可使诊断明确。内膜检查有两种: 一是部分活体组织采取(取子宫内膜); 一是诊断性刮宫。

“取子宫内膜”比较简便, 但不够全面, 易成“假阴性”,

即取内膜呈阴性，而诊断性刮宫却证实为癌。故全面的、分段的诊断性刮宫最为可靠。“诊刮”的目的有二：一是明确诊断；二是了解病变部位，特别是宫颈管是否受累，此点对治疗方案选择至关重要。

分段诊断性刮宫的步骤要求：①先刮宫颈，②探宫腔（深度、位置），③扩张宫颈，④搔刮或吸刮子宫腔。

在“诊刮”时要注意：①刮宫颈管勿过深，老年妇女宫颈不长，很少超过3厘米，刮之过深可误将宫腔组织视为癌累及颈管，使诊断“升级”。②要按上述程序刮宫，与一般刮宫、人工流产不同。因一般宫颈萎缩宫颈过紧，故要扩张宫颈，不然将宫颈组织（如宫颈癌）带入宫腔，可误诊宫颈癌病变侵及宫腔。③刮宫要掌握病变部位，内膜癌多发于底部、宫角部和后壁。④注明“分段”标本，分开送检，防止混淆。⑤如肉眼已大致明确为癌组织（灰色质脆、烂肉状等），不必再行搔刮，提防穿孔、感染、癌灶扩散等。

6. 细胞学检查。阴道细胞学检查（或阴道穹窿细胞涂片）在子宫内膜癌阳性率不高，意义不如在宫颈癌诊断上大。这是因为内膜癌细胞脱落后容易溶解、变形等，所以，阴道细胞学检查阴性不能除外内膜癌。但若屡次发现恶性细胞，而反复进行宫颈病理学检查阴性者应予高度怀疑内膜癌。

现已有一些改进的子宫内膜细胞收集方法，如宫腔吸片、子宫内膜刷、喷射洗涤等，对提高阳性率有一定帮助。

为了抉择子宫内膜癌的治疗手段，应当做出较准确的临床分期。目前应用的有两种分期法。见表5。

可以看出，两种分期方法基本相同。在未统一前可参照应用，如FIGO分期，在术前可根据宫腔深度估计是Ia或Ib。子宫内膜癌就诊时多数尚属I期，这也是子宫内膜

表 5 子宫内膜癌的临床分期

期别	U I C C (1968) 国际抗癌协会	F I G O (1970) 国际妇产科联盟
0	—	原位癌
I	病变局限于子宫体	病变局限于子宫体
	a 病变局限于子宫内膜	宫腔深度 < 8 厘米
	b 病变浅肌层浸润*	宫腔深度 > 8 厘米
	c 病变深肌层浸润**	
II	病变累及宫颈	病变累及宫颈
III	a 病变转移至卵巢或卵管	病变超出子宫但未超出真骨盆
	b 病变浸润达浆膜层	
IV	病变超出真骨盆或侵及膀胱或直肠	同左

\* 不超过宫壁厚度的二分之一

\*\* 超过宫壁厚度的二分之一

癌比卵巢癌预后好的原因之一。

子宫内膜癌的治疗原则是以手术为主,放射及药物为辅。方法的选择取决于临床期别、细胞分化等。

1. 如果盆腔检查子宫小于 8 周妊娠大小,宫颈深度小于 8 厘米,未摸及附件包块,子宫内膜检查细胞分化尚好,宫颈未受累。表明临床 I 期可能性大。剖腹手术时,未见有浸润和转移征象,则行全子宫、双附件切除。有条件者,应尽量多切一些阴道,亦可做次广泛全子宫切除术。

手术切下标本,请台下人员检视,病变是否达深肌层,如有深肌层浸润,可探查腹主动脉及髂血管旁淋巴,并做选择性摘除。术后病理证实有深肌层浸润,可补充外照射。首都医院之 Ia 生存率 93.3%; Ib 生存率 95.0%; 而 Ic 明显下降,为 77.7%。说明要重视深肌层浸润。

Ia、Ib 者术后不必再用放疗和药物治疗。

术前子宫大于 8 周妊娠，细胞分化不良者，最好先行腔内照射。

2. 宫颈受累，临床过程与宫颈癌非常相似，主张先行腔内照射，然后再手术(全子宫切除)。或开始即做广泛性全子宫切除及盆腔淋巴结清除。术后发现淋巴结有转移，也须补充外照射。

如果术前判定 I 期，手术范围较小，病理证实宫颈受累，则应加用阴道腔内照射或体外照射。

3. 如果是临床 II 期，仍争取做手术，行全子宫或广泛子宫切除。II<sub>a</sub> 者术后辅以外照射；II<sub>b</sub> 者术前用腔内照射，以期肿瘤缩小，便于手术切除。

4. 如是 IV 期，病变广泛，手术常有困难，可采用单纯放疗，腔内或外照射。若情况好，照射后肿瘤变小，仍可考虑手术。但 IV 期者预后极差。

抗癌药对子宫内膜癌疗效不显著，临床上主要用孕激素类药物。孕激素可使内膜癌组织分化成熟和萎缩。用法有两个原则：一是剂量要大，每日须达常规避孕剂量的十几倍以至几十倍。如己酸孕酮，每日即用 500 毫克。二是用药时间要长，一般要持续应用，并随访子宫内膜情况。下列情况可选择孕激素治疗：

1. 中度、高度子宫内膜非典型增生，年轻，要求生育者。

2. 年龄过大，一般情况差，不能耐受手术者。

3. 手术前应用，以期使肿物缩小和局限。

4. 有肺、骨等远处转移者。

5. 手术后证实 I<sub>c</sub> 期以上，等待放疗或与放疗合并应用者，或不能放疗者。

## 结 语

子宫内膜癌是老年妇科恶性肿瘤，近年发病率有上升趋势。绝经后出血是其重要征象。确诊的方法是分段性诊断性刮宫，特别注意有无累及宫颈。Ia、Ib预后较好，Ic预后较差，II期的生存率则降至50%。子宫内膜癌的治疗以手术为主，放疗及药物为辅。孕激素在某些情况下可以采用，剂量要大，时间要长。

## 答 案

1. b; 2. d; 3. c; 4. c。

## 五、卵巢癌的诊断

### 问 题

请你对下列问题选择答案。

1. 所谓卵巢癌早期“警号”的三联征，其中有：

a. 腹部肿块； b. 年龄40~60岁； c. 卵巢功能失调的历史； d. 腹部胀满； e. 腹痛。

2. 腹水不是卵巢癌特有的体征，但腹水的出现表示预后不良。此话：

对； b. 不对。

3. 双侧卵巢均有癌瘤，无腹水，包膜已破，未见其他部位转移。属于哪期：

a. Ia; b. IIb; c. Ibi; d. Ic。

4. 卵巢纤维瘤属于哪一类？

a. 生殖细胞肿瘤； b. 上皮性肿瘤； c. 性腺间质肿

瘤；d. 恶性肿瘤。

## 解 说

卵巢癌是死亡率很高的妇科恶性肿瘤，目前的诊治水平可以用两个70%来表达，即：就诊时，70%属于Ⅲ期和Ⅳ期；有70%的死亡率。显然“诊断为时过晚，处理尚不得力”。

关于卵巢癌的发病情况，可概括为以下几方面：

1. 卵巢癌发病率升高。北京市八家医院1979年统计，卵巢肿瘤占生殖道肿瘤的31.5%。又有报告，卵巢癌占生殖道恶性肿瘤的10~15%。每年每10万人中有14人死于卵巢癌；甚至可以说每70名新生女婴，就意味着将有1人在其生命的某个时候可罹患卵巢癌。卵巢癌的发病率有逐年升高的趋势，主要因为，子宫颈癌防治技术进步，子宫内膜癌病程缓慢，唯卵巢癌地位相对突出。

2. 卵巢癌死亡率高。卵巢癌的发病率虽然现今仍低于子宫颈癌，但死亡率却比后者高2~3倍，已居女子性器官癌瘤之首位，且近年尚无明显改善。

3. 卵巢癌难以早期发现。“早期发现仅凭借机会”之说虽嫌悲观，但至少现今的事实确系如此，临床医生应该对此高度警惕。

4. 手术前，卵巢肿瘤之良恶，有时很难确定（甚至术后病理诊断亦有争议）。不少卵巢癌是从良性演化而来的，而在良性阶段又难以预测其日后是否恶变。此外，卵巢也是其他部位癌瘤容易转移“落脚”的场所，即发生继发性卵巢癌。所以，尽早发现卵巢癌或者正确处理卵巢肿瘤（包括良性者）以及在有其他部位癌瘤时注意检查卵巢情况，都有重要意义。

卵巢癌早期可无任何症状，这正是容易被病人和医生忽略的地方。有人提出“三联征”作为早期诊断卵巢癌的“警号”。即：①年龄40~60岁，是卵巢上皮性癌之高发年龄组；②卵巢功能失调历史，如月经多、经前期紧张症、屡次自然流产、不育等；③腹部胀满。腹块的出现已多为晚期。上腹部或后腰部疼痛又常常是转移的表现。剧烈腹部绞痛及恶心、呕吐，表明合并肠道并发症。急性疼痛是肿块扭转或破裂所致。腹水多见于晚期患者，腹水的来源是腹膜种植及大网膜转移等。虽然卵巢纤维瘤也可合并胸腹水（称为麦格氏综合征），但腹水的出现，在卵巢癌是预后不良之兆。Parson 报告，有腹水者5年生存率为8%，而无腹水者为41%。

常规的盆腔检查，在10,000个无症状的妇女中，可检出一个卵巢癌患者。一般卵巢癌超过15厘米直径方可在腹部扪到，因此要提高卵巢癌的早期检出率，必须加强对盆腔或附件包块的认识。表6提示对附件包块良恶性质的初步判别。

表6 卵巢肿瘤性质的初步判定

良 性	恶 性
多为单侧	多为双侧
多为囊性	多为实性
肿瘤表面光滑	肿瘤表面结节不平
肿瘤活动	肿瘤固定
多无腹水	有腹水，特别是血性
肿瘤生长慢	肿瘤生长快
后穹窿光滑	后穹窿有结节

其他的一些实验室诊断技术可根据条件选用。主要有：阴道后穹窿细胞涂片——仅40%可呈阳性。若宫颈涂片



或穹窿涂片为阳性，而颈管及宫腔诊刮均阴性，则应考虑卵巢癌之可能。

腹水细胞学——一般从后穹窿或经腹壁穿刺取得腹水做瘤细胞检查。一种是直接涂片，一种是经过离心、浓缩固定涂片。在无腹水的病例，亦可行腹腔冲洗取得细胞检查，检出率可达59~71.2%。

腹腔镜——为明确诊断，初步分期及化疗效果追随之良好工具。

超声波——B型超声波检查对测定肿瘤部位，大小、质地有帮助，对性质判定亦有参考价值。

“肿瘤标记”——这是近年来肿瘤诊断方面惹人注意的动向。由于免疫学、生物化学、遗传学和内分泌学的发展，我们可以找出一些与肿瘤密切相关的“标记物”，借以早期诊断这些肿瘤。如有些卵巢上皮癌病人血清中癌胚抗原（CEA）升高；甲胎蛋白（AFP）对卵巢内胚瘤有特异性指示意义；绒毛膜促性腺激素（HCG）在某些畸胎瘤及卵巢原发性绒毛膜癌患者血液中浓度升高；颗粒细胞瘤、泡膜细胞瘤可分泌过多的雌激素；睾丸母细胞瘤可使血中睾丸酮含量增高；透明细胞癌可引起高血钙症等。

总之，对可疑卵巢癌的患者要全面询问病史，仔细分析病程及每一个症状，进行系统体格检查，特别注意锁骨上淋巴结、乳房、腹部及盆腔检查。各种化验要尽量全面，如血常规、血液生物化学、胸部透视及摄片、胃肠造影、肝肾功能等。有条件的还可以进行上面提到的特殊检查和“标记物”化验。这不仅对确诊卵巢癌，而且对鉴别是原发性抑或继发性，对认定是哪类卵巢癌都是有帮助的。

根据1965年国际妇产科联盟（FIGO）的建议，现多采用以下的临床分期标准（图20）：

I 期 局限于卵巢。

I<sub>a</sub>. 局限于一侧卵巢。无腹水。

i 表面无肿瘤, 包膜完整。

ii 表面有肿瘤, 包膜破裂。

I<sub>b</sub>. 局限于双侧卵巢。无腹水。

i 表面无肿瘤, 包膜完整。

ii 表面有肿瘤, 包膜破裂。

I<sub>c</sub>. I<sub>a</sub> 或 I<sub>b</sub> 有腹水, 腹水或腹腔冲洗液中瘤细胞阳性。

II 期 癌瘤侵犯盆腔。

II<sub>a</sub>. 扩散和/或转移到子宫和/或输卵管。

II<sub>b</sub>. 扩散到其他盆腔组织。

II<sub>c</sub>. II<sub>a</sub> 或 II<sub>b</sub>, 有腹水, 腹水或腹腔冲洗液中瘤细胞阳性。

III 期 超出盆腔, 腹腔内转移, 和/或腹膜后淋巴结转移, 或肿物虽然限于盆腔, 但组织学证实有小肠或大网膜恶性扩散。

IV 期 远处转移。如有胸水、且瘤细胞阳性; 肝实质转移。

根据世界卫生组织 (WHO) 1973 年的分类, 按卵巢的组织发生, 可将卵巢肿瘤分为 9 类:

1. 上皮性肿瘤
2. 性腺间质肿瘤
3. 脂质 (类脂质) 细胞瘤
4. 生殖细胞瘤
5. 性腺母细胞瘤
6. 非卵巢特异性软组织肿瘤

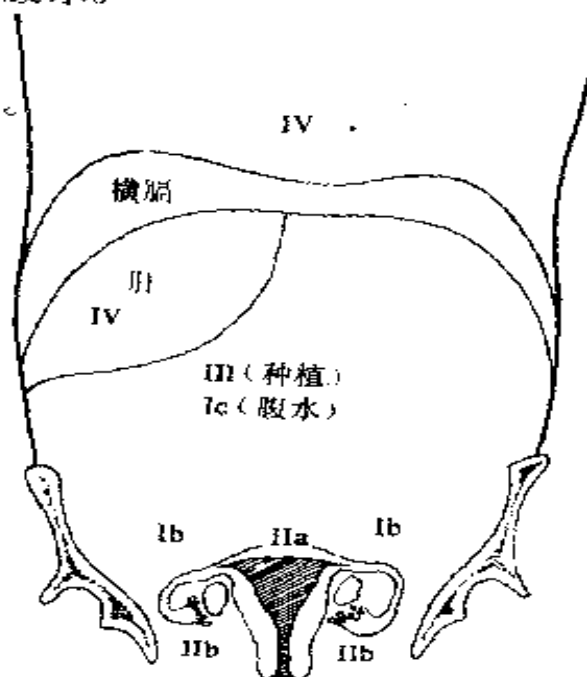


图20 卵巢癌的临床分期

### 7. 未分类肿瘤

### 8. 继发性（转移性）肿瘤

### 9. 瘤样病变

每类里又有良性、交界性、恶性，以及来自各种不同成分的肿瘤，计有60余种之多。可见卵巢肿瘤的复杂性。但常见的为第1、2、4、8、9五类，其中上皮性肿瘤中的粘液性瘤、浆液性瘤；性腺间质肿瘤中的纤维瘤、颗粒细胞及泡膜细胞瘤；生殖细胞瘤中的成熟囊性畸胎瘤（皮样囊肿）、未成熟畸胎瘤、无性细胞瘤等更具有临床意义。约60~70%的卵巢肿瘤属于上皮性瘤，而恶性上皮瘤占卵巢癌的85%。

强调对盆腔附件包块的重视，哪怕是良性的，都有剖腹探查和切除肿物的必要。在某种意义上说，这是对卵巢癌的一种预防措施。当附件包块为下列情况时，应进一步详查并于必要时行剖腹手术：

1. 青春期前附件包块。
2. 卵巢囊性肿物大于6厘米直径，观察3个月不缩小，或有增大。
3. 卵巢实性肿瘤（不论其大小）。
4. 妊娠期卵巢肿瘤，超过16~18周后不见缩小。
5. 绝经后卵巢能摸到（称PMPO）。

## 结 语

卵巢癌的死亡率已跃居女性生殖道肿瘤之首位。早期诊断虽然只是一种机会，但对“三联症”的警觉及详细的检查，有希望改善其极劣的预后，对盆腔包块的重视是一种预防卵巢癌的措施。卵巢癌的临床分期和卵巢肿瘤的组织学类型对治疗的选择和预后的判断，有决定性意义。

## 答 案

1. b, c, d; 2. a; 3. c; 4. c。

## 六、卵巢癌的处理

### 问 题

请你对下列问题选择答案。

1. 卵巢癌的治疗

a. 以化疗为主; b. 以手术为主; c. 以放疗为主;  
d. 以免疫治疗为主。

2. 卵巢癌手术时切除大网膜, 其理由是

a. 大网膜是最容易转移的部位之一; b. 大网膜转移块是产生腹水的主要来源; c. 切除大网膜后有利于日后化疗或放疗; d. 可提高治愈率。

3. 年轻的卵巢癌患者

a. 应该保留生育功能; b. 不应该保留生育功能;  
c. 要谨慎, 是有条件的。

4. 晚期卵巢癌最严重的并发症

a. 腹痛; b. 贫血; c. 腹水; d. 肠梗阻。

### 解 说

卵巢癌的治疗原则: 积极的、根治性的手术; 强有力的、持续性的化疗; 选择合适的放疗以及辅佐以免疫和其他药物治疗等。

这里强调手术治疗为主, 其意义在于:

1. 临床资料表明, 残留的瘤组织越少越好。Dry和Smith报

告 388 例Ⅲ期病人，45 例残余肿瘤直径小于 2 厘米，5 年生存率为 31%；343 例残余肿瘤直径大于 2 厘米，5 年生存率仅为 2.6%。

2. 只有通过剖腹手术，才可以明确诊断、确定临床分期和组织学类型，为日后选择化疗或其他治疗方案以及判断预后提供可靠的依据。

手术时，原则上要求尽可能地切除原发灶和转移灶。有时，这种单纯手术即可使病人治愈（特别是早期）。当然，这要求手术医师对肿瘤的侵犯程度和可能施行的手术范围有一定的判断和经验，以及必要的条件（如麻醉、输血、监护措施），特别强调要有处理出血和尽可能减少出血，以及处理其他脏器损伤的能力，最好同有经验的外科医师合作进行。剖腹手术时，应认真探查，不能做切除时至少要取得病变组织送病理检查，以便为转院提供帮助。如果能切除大部分肿瘤，缩小肿瘤体积，可以缓解症状，增强化疗或放疗效果，为进一步治疗争取时间，打下了基础。不主张草草开腹和关腹。

手术的范围是全子宫、双附件切除，大网膜切除，阑尾切除。根据条件做有种植的腹膜切除，盆腔淋巴结的探查、活检或清除，盆腹腔转移灶的切除。

保守性手术，即只行患侧附件切除，据 Disaia 认为，只限于以下条件：①临床Ⅰ<sub>a</sub>期；②切除标本病理检查报告为高分化或交界性；③年轻，渴望生育；④盆腔其他方面均正常；⑤肿瘤包膜完整，活动，无粘连；⑥没有包膜浸润，无淋巴转移或卵巢系膜浸润；⑦腹水或腹腔冲洗液瘤细胞阴性；⑧对侧卵巢楔形切除活检及大网膜活检正常；⑨有严密的随访条件；⑩在完成生育后，可考虑再切除保留之卵巢和子宫。

可见，对保留功能要审慎，条件颇为严格。

为什么要在卵巢癌的手术中切除大网膜呢？其理由是：

1. 大网膜是癌肿最容易转移的部位之一，甚至被认为是卵巢癌转移的“转运站”。转移率达23~71%。首都医院89例上皮性卵巢癌尸检中，大网膜转移61例，占68.5%。

2. 转移到大网膜的癌肿，形成团块，形成所谓“大网膜饼”，有的可达20磅，引起坠胀、腹痛，切除后可明显减轻上述症状。

3. 大网膜转移是腹水的重要来源，切除后可减轻腹水。

4. 切除后有利于进行化疗和放疗，否则大网膜团块影响腹腔穿刺及药物（或同位素）的弥散。

可见切除大网膜能明显地提高治愈率。Parker报告I<sub>a</sub>期卵巢癌，切除大网膜者，5年生存率为80%；而不切除者为50%。

近年来，多数学者都认为应该把阑尾切除做为上皮性卵巢癌的手术常规。这是因为，阑尾腺癌常与卵巢腺癌合并存在，它们发生上同源，共属体腔上皮和腺上皮；其次，肿瘤常侵犯阑尾，而阑尾粘液囊肿亦常产生弥漫性腹膜瘤。

卵巢癌引起肠梗阻是晚期常见而又最严重的并发症。其原因是腹腔粘连和癌浸润或转移至肠管。所以，在手术时，应尽可能切除肠管上的转移灶，必要时行部分肠切除吻合术及造瘘术。

为了提高治愈率，现主张无论任何期别的卵巢癌，术后均应进行化疗，为了进行腹腔化疗，在手术结束前可经腹壁放置两根塑料管或硅胶管（直径0.1~0.2厘米），一根引上至腹腔上部，一根放于盆腔（图21）。

关于卵巢癌的化疗问题。

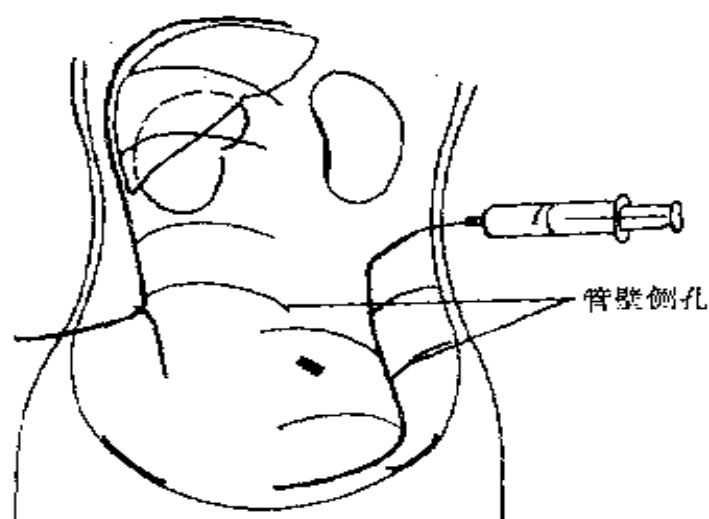


图21 腹腔内放置化疗管

多数卵巢癌对化疗比较敏感，约有50%的肿瘤对化疗有良好的反应。上皮性肿瘤对烷化剂更敏感些。

治疗卵巢癌常用的药物有：

烷化剂：噻替哌（TSPA）、环磷酰胺（CTX）、瘤可宁、N-甲酰溶肉瘤素（N-甲）。

抗代谢药：5-氟脲嘧啶（5-Fu）、甲氨喋呤（MTX）。

抗生素类：更生霉素（KSM或Actinomycin D）、阿霉素。

植物药：长春新碱（VCR）。

杂类：顺氯氨铂（DDP）、六甲嘧胺（HMM）。

一般都采取联合用药。有以下几个方案：对上皮性肿瘤、性腺间质肿瘤，以烷化剂为主。术前3～5天，用TSPA 10毫克，每日一次，静脉注射（加入20毫升生理盐水）。或腹腔注30毫克。术后5～7天，肠道恢复，一般情况好，开始腹腔化疗（经手术放置的塑料管），TSPA 40毫克加入

生理盐水 200 毫升，每周 2 次，共 5 次，总量 200 毫克。间隔 3 周后，可重复腹腔化疗，或改用全身静脉给药，20 毫克加入生理盐水 20 毫升，每周 2 次，共 8 次，总量 160 毫克，间隔 3 周重复之。

经过几个疗程，大约至一年后，可口服瘤可宁或 N-甲酰溶肉瘤素维持。瘤可宁 6 ~ 8 毫克，每日 2 次，共 2 周。N-甲 50 毫克，每日 2 次，共 2 周。每月一疗程。

亦可用顺氯氨铂，每次 30 ~ 40 毫克，加入生理盐水 200 毫升静脉滴注。或合并用 5 Fu（加入 5 % 葡萄糖 500 毫升静脉滴注），每周一次，共 2 周。在这两周末滴药的其他时间，口服 CTX 100 毫克，2 / 日，及 HMM 100 毫克，2 / 日。间隔 3 ~ 4 周可重复之。

对内胚窦瘤，恶性畸胎瘤，首选 VAC 方案，如表 7（V — VCR，A — KSM，C — CTX）。

表 7 VAC 方案

药 物 日	VCR 2 毫克加入生理盐水 20 毫升静注	KSM 300 微克加 5 % 葡萄糖静点 CTX 300 毫克加生理盐水 20 毫升静注
1	+	-
2	-	+
3	-	+
4	-	+
5	-	+
6	-	+

+ 为用药，- 为不用药

上述治疗每月重复一次。或可用 5 Fu 合并 KSM 联合用药，均行静脉点滴。

总而言之，对于化疗要注意以下几点：

1. 一定要在有经验的医生指导下进行。



2. 严密观察化疗反应,特别是消化道反应,血象变化,肝肾功能情况。如果没有条件,应转上级医院施行化疗。

3. 若白细胞计数低于4,000,血小板低于8万,或肝肾功能不正常,应及时减量或停药。

4. 一般采用联合化疗。

5. 化疗要求持续时间较长。如术后一年,每月一次;术后二年,每2~3月一次;术后三年,每3~6月一次;术后四年,每半年一次;直至5年,情况好,方可停止化疗,早期癌且细胞分化好者,可酌情拉长间隔,缩短化疗期限。

有些卵巢肿瘤,如无性细胞瘤,对放射治疗很敏感,可于手术后应用。同位素腹腔灌注是常用的方法,如用 $P^{32}$ 或 $Au^{198}$ 从留置的塑料管注入,能杀灭细小瘤灶,减少腹水。免疫治疗应建立在肿瘤大部切除的基础上,常用的有卡介苗、小棒杆菌等。

转移性或继发性卵巢癌占一定比例,有的报告约占五分之一,主要来自胃肠道、乳腺和甲状腺等的恶性肿瘤。其预后较原发性卵巢癌更为不佳。所以,一方面当遇有卵巢癌时,要仔细查找全身有无癌灶,鉴别是原发抑或继发,如做胃肠造影等;一方面在患其他部位肿瘤时,亦要留意是否已转移到卵巢。不论哪种,都说明癌瘤已到了晚期,治疗效果甚劣。

卵巢癌的治疗毕竟是当代妇科最棘手的问题,遇有下列情况,表明预后不良:①体重明显下降,衰竭;②反复发生胸腹水;③高位肠梗阻;④对化疗很快产生耐药性,或血象不升难以继续化疗;⑤缺乏有效的第二、三线药物;⑥合并感染;⑦已有肠瘘;⑧广泛多发转移;⑨转移性癌。

## 结 语

卵巢癌的治疗以手术为主。化疗要坚持四、五年,定期

随诊，调整化疗方案。卵巢癌病人的营养和一般护理亦很重要。肠梗阻是晚期致命的并发症，可与外科合作审慎处理。

### 答 案

1. b; 2. a, b, c, d; 3. c; 4. d。

## 附 1. 子宫脱垂与膀胱、直肠膨出的鉴别

女性生殖器官依藉骨盆、盆腔器官及支持组织，保持其正常位置。但产伤、年老、营养不良以及引起腹压增加的慢性疾病等可使其位置发生改变，引起生殖器官的脱垂。做矢状剖面图22示意，注意各线标明的部位，可将松弛分为六种。

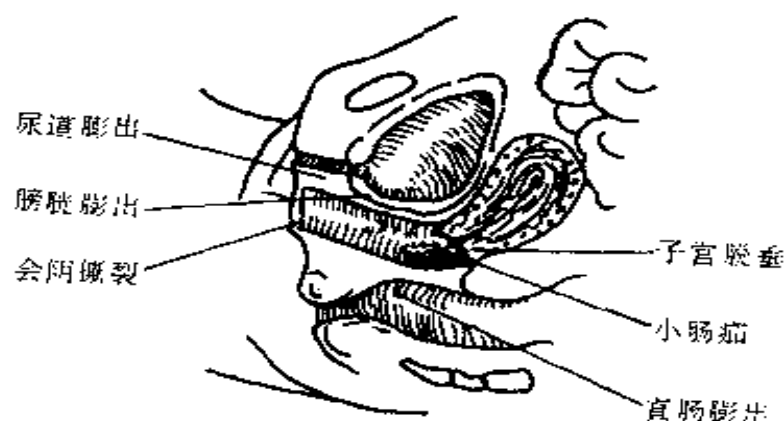


图22 子宫脱垂的位置

前部阴道段：（1）尿道膨出

（2）膀胱膨出

上部阴道段：（3）子宫脱垂

（4）子宫直肠窝疝（小肠疝）

后部阴道段：（5）直肠膨出

（6）会阴撕裂

其中以膀胱膨出、子宫脱垂、直肠膨出最常见。但这三

种情况如在检查时不注意，可能混淆或漏诊。它们又常合并存在，所以要认真检查分辨。

膀胱膨出是从阴道前壁膨出阴道口的，阴道因此变大，脱出物呈球形，可见前壁粘膜皱折，如膨出严重，皱折展平呈一光滑圆团，柔软，沿耻骨下顺着前壁可将其还纳推平。平卧时可缩小，令病人咳嗽或向下用力，则膨出又复明显。最主要的鉴别检查方法是用一个金属导尿管插入尿道，转向前方可探入膨出的囊袋中（图23）。

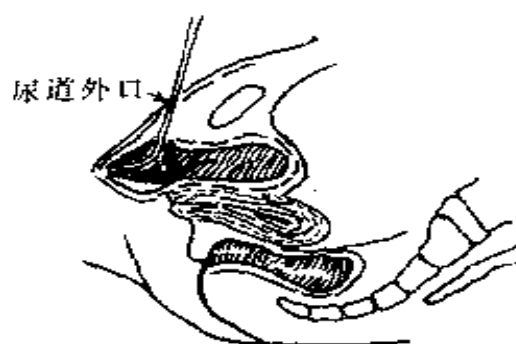


图23 膀胱膨出的检查

子宫脱垂是子宫向下垂降，可依宫颈和宫体的位置判明其程度：Ⅰ度——子宫体下降，宫颈口位于坐骨棘和阴道口之间；Ⅱ度——宫颈已脱出阴道外口，但宫体或部分宫体仍在阴道内；Ⅲ度——整个子宫体脱出阴道口外。在检查时，虽然也有一团块膨出，可见宫颈，且用手把握脱出物，不柔软，其内一定有宫颈或宫体，这点与膀胱、直肠膨出迥然不同。

直肠膨出是从阴道后壁膨出的，膨出物柔软，在病人进气时可呈球状物脱出，用手指肛诊，指尖向前可弯入膨出物的腔内（图24），诊断当可明确。



图24 直肠膨出的检查

上述检查应能将三者分清，再结合各自的症状，诊断不会太困难。如一般膀胱膨出明显的常有尿潴留，有时需用手还纳方可排尿，进而有膀胱炎症状，如尿频、尿急和尿痛，病人既可有排尿不尽，也可有张力性尿失禁。直肠膨出常有大便困难和便秘，甚至需用手压迫膨出的后壁才可排便。至于下坠感、腰酸、腰痛等是三者共同症状，并无鉴别意义。

最后，应该提出几点值得注意的问题：

第一，单纯子宫脱垂比较少见，子宫脱垂常常合并膀胱膨出和直肠膨出。容易犯的错误是将膀胱膨出认作子宫脱垂，其次是由于子宫脱垂遮盖视野，忽略合并存在的直肠膨出。

第二，检查生殖道脱垂与一般妇科检查略有不同，检查前不叫病人排空小便，而在检查时令病人向下用劲，观察脱垂情况，并判定有无张力性尿失禁，以便选择治疗方案。

第三，无论在检查子宫脱垂或直肠脱垂时，都要除外有无子宫直肠窝疝。子宫直肠窝疝是指子宫直肠窝向下膨出，子宫直肠反折向下形成疝囊，囊内容常为小肠，故称小肠疝。在加腹压时，可在窥器下发现球状物从阴道后穹窿膨出下降，或让病人站立，检查者拇指在阴道，食指在直肠，令其咳嗽，

感觉有无内容从两指间滑下。此点非常重要，和直肠膨出不同。如若忽视，常遭致子宫脱垂手术后阴道穹窿膨出，所以在此补述。

## 附 2. 妇科手术后阴道出血的观察和处理

妇科手术种类繁多，但无论是阴道手术、子宫手术，还是卵巢手术，术后均可发生阴道出血。其出血原因、时间、数量却又不尽相同，处理方法亦不一样。

### 术后阴道出血的原因

妇科手术后阴道出血的原因，主要与手术部位、手术方式及操作技术等有关。现根据不同手术，做如下分析：

#### 一、阴道手术

常见的有阴道囊肿切除、阴道横膈或纵膈切开、阴道前后壁修补、人工阴道成形术等。术后出血的原因通常是由于缝合止血不牢靠，或创面、缝合处渗血，或阴道内纱条填压不紧，血管结扎不牢靠。

#### 二、宫颈手术

常见的宫颈手术有宫颈切除、宫颈锥形切除、宫颈肌瘤切除或扭除、宫颈冷冻或电挖等。术后创面常有渗血或较多出血。宫颈残端的处理，常用丝线和肠线缝合，或纱布填压、电凝止血。无论何种方式，均可由于止血不牢靠及个体间血管差异而发生出血。

#### 三、子宫手术

常见的子宫手术有全部的和部分的子宫切除、子宫肌瘤剔除等。术后宫颈残端，特别是阴道残端出血较为常见。其

原因是残端血管结扎不牢靠或残端缝合不严密；或术后“化线”，而组织尚未愈合；或由于肉芽形成、感染等。粘膜下肌瘤的蒂比较细，位置较低，行扭除术者通常很少出血。而蒂较粗、位置较高，行切除术者常有出血。若血量多，则说明“残根”有开放血管。

#### 四、卵巢手术

卵巢囊肿剔除或切除、卵巢切除，术后可有子宫出血。这是由于手术对子宫的挤压，特别是卵巢手术引起的激素波动，使子宫内膜剥脱而出血。在月经前两周内施术者较为常见。

### 出血的分类

#### 一、按出血的时间分

**早期出血** 指术后48小时内出血。少见，但较严重。发生在阴道、宫颈手术和全子宫切除术，系由于血管结扎不牢靠或未予结扎、结扎线滑脱等。如为活动性出血，血色鲜红，可使病人陷入休克。所以，对上述手术病人，除注意一般情况（呼吸、血压、脉搏）外，要定时观察有无阴道出血，特别是在术后24小时内。

**中期出血** 指术后48小时至10天内出血。比较多见，但血管不甚多，常为创面渗血。阴道手术及全子宫切除之残端缝合“化线”，可有血性或粉色分泌物。若组织未愈合，有小血管裸露，则有较多的鲜红血液。

**晚期出血** 指术后10天以后。最主要原因是感染、肉芽形成、息肉等。虽点滴状出血，或为粉色分泌物，有臭味。窥器查视可见创面（阴道壁或残端）有白膜样物、脓苔或新鲜肉芽，触之易出血。病人一般无发热。在宫颈电挖术后，



由于结痂脱落（尤其是整块的“锅盖样”脱落），有时会有严重出血。宫颈冷冻后以大量流液为主，但脱痂时亦可出血或血性流液。

## 二、按出血的数量分

少量出血：点滴状、血性分泌物。

中量出血：需垫纸或用会阴垫。

多量出血：然如月经，或严重出血。

一般地说，血管结扎不牢靠，在早期发生多量出血；“化线”、感染、肉芽、创面渗血，为中、后期少量或中量出血。

## 术后阴道出血的处理

一、缝合法 用于早期多量出血。动作要迅速，按抢救出血性休克准备，因稍有迟延，即会在短时间内因大量出血而致休克。除静脉输液维持血容量并配血、输血外，无明显腹腔内出血，则首先着手从阴道止血。要有良好的照明，器械要长把的。除肠线和丝线外，还要准备  $5 \times 25$  厘米之纱条、止血粉等。用窥器或拉钩暴露阴道创面，找到出血点，做 8 字缝合；若缝得准确，一、二针常可奏效。缝合后可加用填压法。如果阴道残端出血严重，止血困难，或有明显内出血之表现，则要准备开腹探查。

二、填压法 适用于阴道、宫颈手术后出血及阴道残端少量、中量出血。要看清出血部位，不可盲目填压。可以一手指先压迫出血点，另一手用卵圆钳将纱条准确送至出血部位，紧密填压。若仍出血，说明填压不可靠，需重新填压或改用缝合法。若填压后不出血，可在 24 小时后取出。取出后还有出血，更换纱条重新填压。

三、冲洗上药法 对因残端感染而有少量出血或血性分

分泌物者，可用温水冲洗。300毫升温开水或温生理盐水盛于吊桶内，以塑料管引出，水流不宜直接冲在创面上，应冲在创面之下，呈一涡流。冲洗后，用棉花球拭净，喷涂止血剂或磺胺粉剂。此法有局部清洁和理疗作用，对促进愈合、控制或使局部炎症消退效果颇佳。一般可在5天左右见效。

四、烧灼法 对阴道残端肉芽、息肉，可点涂1%硝酸银，或行电灼、冷冻，均不难治愈。

五、止血剂的应用 妇科手术后阴道出血以局部止血为主，也可辅助给予静脉输入止血药。主要用于中量和多量出血者，止血药的剂量要大，一般在10%葡萄糖500毫升中加入止血定3克、止血芳酸300毫克、维生素C3克，静脉滴入。局部填压时亦可用止血粉，以利止血。

## 附 3 . 子宫肌瘤剔除术

子宫肌瘤剔除术或子宫肌瘤切除术是指单纯摘除或切除肌瘤而保留子宫的手术。

### 适 应 症

一、患子宫肌瘤的病人年轻未婚；二、已婚未育又渴望生育；三、由于肌瘤的影响而屡次流产者。简言之，子宫肌瘤剔除术的适应症是有子宫肌瘤而又要保留生育功能的病例。

### 禁 忌 症

一、子宫肌瘤体积过大、数目过多，引起子宫严重变形或难以剔除者。

二、子宫肌瘤位于子宫颈部、输卵管入口部，剔除术容易造成子宫缺陷和后遗症。

三、内在性子宫内膜异位症(子宫肌腺病、子宫腺肌瘤)，或子宫均匀性增大未超过妊娠 8 周大小者。

四、肌瘤恶性变者。

五、严重的盆腔炎症，尤其是结核。

六、双侧输卵管阻塞，无整形再通过可能者。

七、合并子宫内膜、宫颈、卵巢或输卵管恶性病变。

八、丈夫有绝对不育因素（如无精子）者。

在上述情况下，肌瘤剔除术不易进行（肌瘤多、肌瘤大、肌瘤部位特殊）或者不应该进行（恶性病变），或者施行剔除术无意义（输卵管阻塞、男方不育因素）。所以，一方面

要消除病人对肌瘤剔除术的顾虑，另一方面在术前要进行详细的检查和准备。

## 术 前 准 备

一、病史和检查 询问病史时，应重点了解肌瘤发生时间及增长速度，其间的检查情况和变化；月经情况（月经量、周期和痛经等）；不育历史和原因。通过病史估计手术的必要性。检查的重点是肌瘤的大小、部位、单发或多发，位于浆膜下、肌壁或粘膜下。注意是否有子宫角部或子宫颈部肌瘤，是否为肌腺病，并除外附件包块。通过检查估计剔除手术的可能性。

二、宫颈刮片 除外宫颈恶性病变。

三、诊断性刮宫 除外子宫内膜病变，并了解有无粘膜下肌瘤、息肉等存在。未婚者可酌免。

四、子宫输卵管碘油造影 了解输卵管是否通畅，或有无阻塞及阻塞部位，有无整形、造口之可能。了解宫腔变形情况，有无粘膜下肌瘤，以决定手术时是否要进宫腔。还可了解肌瘤是否位于子宫颈、子宫角等。

五、超声波检查和腹腔镜检查 有条件可施行之，以进一步了解子宫肌瘤的大小、部位，除外腺肌瘤、附件包块等。亦可在腹腔镜下行输卵管通液术（用美蓝），观察输卵管的通畅情况。

六、其他准备 要有男方精液检查结果。要配血，因肌瘤剔除术往往比一般子宫切除术出血多。Te Linde 强调指出，不要认为子宫肌瘤剔除术比子宫切除术简单、容易，除非是单个的浆膜下肌瘤。有条件者，术前要通知病理科，以备术中做冰冻切片检查。

七、与家属谈话 谈无法剔除或因术中发现而施行子宫切除的可能性。术后妊娠的机会及肌瘤复发等问题。

### 术中操作要点

一、开腹后应将整个子宫托出切口外，详细检查肌瘤的数目、位置，设计一个剔除方案。不要急于切开子宫，以免盲目剝剔，致使子宫切口过多或形状过于不整。

二、为避免出血和便于操作，可使用止血带（直径1厘米的输液橡皮管30~40厘米）。在宫颈两旁相当于内口水平稍上，离宫颈1~2厘米之阔韧带“无血管区”作孔，将止血带套入，于宫颈前方勒紧夹住。止血15分钟，放松2分钟，争取2小时内完成手术（术毕抽出橡皮带，两个孔用细丝线缝合）。

三、子宫切口选择，主要看肌瘤的位置，前壁肌瘤从前壁，后壁肌瘤从后壁切入。剔除的关键是找好肌瘤与正常肌层的界限，其方法有二：一是要切深一些，层次可显露出来；二是要钝性剥离，一般以手指剥离为好。层次分得对，则进展容易；如不容易剥离，通常是层次不对。锐性分离可造成“假层次”。

四、尽量从一个切口把附近的或能剔得到的肌瘤都剔除，避免切口过多，不好缝合或子宫严重变形。

五、进宫腔问题：一般以不进宫腔为好：（1）避免感染；（2）减少子宫内膜异位症的发生；（3）减少子宫内膜的损伤和宫腔变形。但当肌瘤较大并突向宫腔或有粘膜下肌瘤时，则进宫腔是不可避免的和必要的。进宫腔可以仔细检查有无壁间小肌瘤，这比不进宫腔检查得更清楚。还可以根据情况进行刮宫。

六、大的肌瘤剔除，可先作环形或梭形切口，避免剥离面过大、出血多，并以双爪钳或缝线牵引肌瘤，便于游离。在作切口、剥离和缝合时，都要注意避开子宫角部输卵管入口处。

七、剔除的肌瘤全部送病理检查，并常规送冰冻切片检查，以除外恶变。若术中发现恶性病变，应扩大手术范围。

八、如上止血带不容易（如子宫下段肌瘤）或出血多，可于子宫肌层注射催产素，以减少出血。

九、肌瘤剔除后，所余的肌壁可能多余或破碎不整，应进行修剪，但修剪不宜过多。缝合后子宫仍大于正常，以后可收缩复原。一般用肠线间断或连续缝合2~3层，有的区域可增加几针，总之要缝闭死腔，彻底止血。缝合后若仍有少许渗血，可用热盐水纱垫压迫止血。后壁切口可用新鲜羊膜或大网膜覆盖，预防粘连。

十、缩短圆韧带，维持子宫前位。

十一、检查输卵管，酌情做整形手术。

十二、妊娠、分娩时的子宫肌瘤剔除术。妊娠期间尽可能不作此手术，因此时子宫充血，手术出血多；子宫变软与肌瘤边界不清，不易完整剔除；手术可引起流产、早产；手术疤痕也为日后分娩增加产科问题。而且妊娠期肌瘤常相应增大，产后可相应缩复。但若肌瘤阻塞产道或浆膜下肌瘤发生扭转时，可考虑行肌瘤剔除术。我院180例妊娠合并子宫肌瘤中，55例（31%）分别在产前、产时或产后施行手术；其中36例系肌瘤剔除术，19例行子宫切除术。妊娠合并肌瘤变性（主要是红色变性），亦以保持治疗为宜。剖腹产时一般也不主张同时剔除肌瘤，除非子宫底部或浆膜下肌瘤易剔除者，否则手术时极易出血或致血肿、感染等。

## 常见并发症

一、出血 肌瘤剔除术中常有较多出血,这和肌瘤数目、大小、部位及手术范围有关。据我院一组58例分析, 36例出血少于200毫升;12例为200~500毫升; 6例为500~800毫升; 4例为800~1,300毫升。出血多者皆因肌瘤多、大以及未上止血带。使用止血带,失血量可控制在50~200毫升。

二、感染 术后感染率达23.8%。主要是剥离面、壁间死腔之出血、血肿合并感染。表现为术后发热( $37.5\sim 38.0^{\circ}\text{C}$ )、局部压痛、白细胞升高,有的可持续20天左右。需积极应用抗生素治疗。

## 术后观察和处理

一、术后定期复查。观察子宫缩复情况,是否有复发,随访其月经情况,妊娠、分娩经过。

二、月经、痛经症状多数有好转,如仍有症状可应用药物治疗。

三、术后妊娠率为60%。一般术后应避孕1~2年。

四、有子宫肌瘤剔除术史者,妊娠、分娩时是产科监护的重点对象之一,这与肌瘤剔除术的手术范围有关。但有单纯肌瘤剔除术史并不是剖腹产的绝对指征。多数作者认为,可经阴道分娩,但也有子宫破裂的病例。所以,要严密观察产程。对于多年不育而于肌瘤剔除术后受孕者,如上次手术创伤比较大,则可放宽剖腹产的指征。剖腹产时应检查原伤口情况,以及有无复发。

五、术后肌瘤复发率为15%。多见于原来手术时即为多发性肌瘤者。如有复发,且体积大、症状较重,应行子宫切除术,不主张重复剔除术。