第十二章 正 常 分 娩 **163**

子宫缩宫素受体的表达随妊娠的进展而增高，因而随妊娠进展子宫对缩宫素的敏感性增高。缩宫素 可间接通过刺激胎膜前列腺素E₂ (PGE₂) 和前列腺素F₂ 。(PGF₂a)的释放，直接通过缩宫素受体或钙通 道介导的途径来诱发宫缩。

**三、机械性刺激**

又称子宫张力理论。随着妊娠的进展，子宫内容积增大，子宫壁的伸展张力增加，子宫壁收缩的 敏感性增加；妊娠末期羊水量逐渐减少而胎儿不断生长，胎儿与子宫壁，特别是与子宫下段和宫颈部 密切接触；此外，在宫颈部有Frankenhauser神经丛，胎儿先露部下降压迫此神经丛，均可刺激诱发子 宫收缩。

**四、子宫功能性改变**

在内分泌激素的作用下，子宫通过肌细胞间隙连接以及细胞内钙离子水平增高发生子宫功能性 改变。特别是缩宫素的作用，与子宫肌细胞上的缩宫素受体结合后，启动细胞膜上的离子通道，使细 胞内游离的钙离子增加，促发子宫收缩。另一方面，胎盘分泌的缩宫素酶可降解缩宫素，两者的平衡 变化与分娩启动相关。

**第二节** **决定分娩的因素**

● 子宫收缩力是临产后的主要产力，腹压是第二产程胎儿娩出的重要辅助力量，肛提肌收缩力是协 助胎儿内旋转及胎头仰伸所必需的力量。

● 骨盆三个平面的大小与形状、子宫下段形成、宫颈管消失与宫口扩张、会阴体伸展直接影响胎儿通 过产道。

决定分娩的因素是产力、产道、胎儿及社会心理因素。各因素正常并相互适应，胎儿经阴道顺利 自然娩出，为正常分娩。

**一、产力**

将胎儿及其附属物从子宫内逼出的力量称产力。产力包括子宫收缩力(简称宫缩)、腹壁肌及膈 肌收缩力(统称腹压)和肛提肌收缩力。

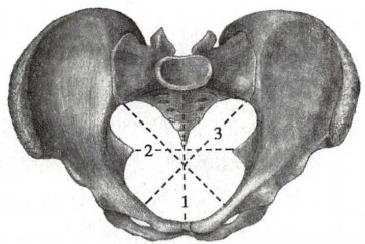
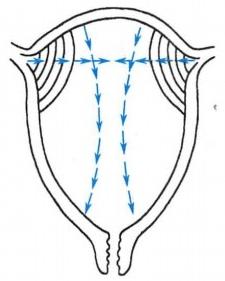
**(** **一)子宫收缩力**

子宫收缩力是临产后的主要产力，贯穿于整个分娩过程中。临产后的宫缩能迫使宫颈管消失、宫 口扩张、胎先露部下降、胎盘和胎膜娩出。临产后正常宫缩的特点包括：

1. 节律性 子宫节律性收缩是临产的重要标志。每次子宫收缩都是由弱渐强(进行期),维持一 定时间(极期),一般30~40秒，随后从强渐弱(退行期),直至消失进入间歇期。间歇期一般为5～6 分钟(图12-1)。随产程进展宫缩持续时间逐渐延长，间歇期逐渐缩短。当宫口开全后，宫缩可持续 达60秒，间歇期仅1~2分钟。如此反复，直至分娩结束。宫缩极期使宫腔压力于第一产程末可达 40～60mmHg, 于第二产程期间增至100～150mmHg, 而间歇期仅为6～12mmHg。 宫缩时，子宫肌壁血 管受压，子宫血流量减少，但间歇期子宫血流量又恢复，对胎儿血流灌注有利。

2. 对称性和极性正常宫缩起自两侧子宫角部，迅速向子宫底中线集中，左右对称，再以2cm/s 的速度向子宫下段扩散，约15秒可均匀协调地遍及整个子宫，此为子宫收缩的对称性。宫缩以子宫 底部最强最持久，向下逐渐减弱，此为子宫收缩的极性(图12-2)。子宫底部收缩力的强度是子宫下 段的2倍。

3. 缩复作用每当宫缩时，子宫体部肌纤维缩短变宽，间歇期虽松弛，但不能完全恢复到原来长



**164** 第十二章正常分娩

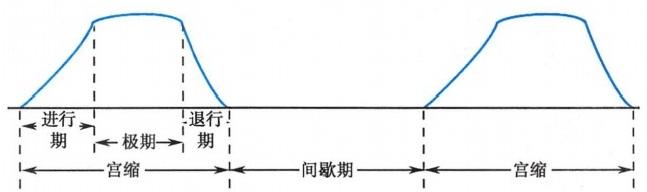


图12-1 临产后正常宫缩节律性示意图

度，经过反复收缩，肌纤维越来越短，这种现象称缩复作用(retraction)。 缩 复作用使宫腔容积逐渐缩小，迫使胎先露部下降，宫颈管消失及宫口扩张。

**(二)腹壁肌及膈肌收缩力**

腹壁肌及膈肌收缩力(简称腹压)是第二产程时娩出胎儿的重要辅助 力量。宫口开全后，每当宫缩时，前羊水囊或胎先露部压迫骨盆底组织及直 肠，反射性地引起排便动作，产妇主动屏气向下用力，腹壁肌及膈肌强有力 地收缩使腹内压增高。腹压在第二产程末期配以宫缩时运用最有效，能迫 使胎儿娩出，在第三产程亦可促使已剥离的胎盘娩出。过早用腹压易使产 妇疲劳和宫颈水肿，致使产程延长。

**(三)肛提肌收缩力**

图12-2 子宫收缩力 的对称性和极性

肛提肌收缩力有协助胎先露部在骨盆腔进行内旋转的作用。当胎头

枕部位于耻骨弓下时，能协助胎头仰伸及娩出。当胎盘娩出至阴道时，肛提肌收缩力有助于胎盘 娩出。

**二、** **产道**

产道是胎儿从母体娩出的通道，包括骨产道和软产道两部分。

**(** **一)骨产道**

骨产道指真骨盆，是产道的重要组成部分，其大小及形状与分娩关系密切。骨盆腔分为3个假想 平面，即通常所称的骨盆平面。

**1.** **骨盆入口平面** **(pelvic** **inlet** **plane)** 即真假骨盆的交界面，呈横椭圆形，共有4条径线，即 入口前后径、入口横径、入口左斜径及入口右斜径(图12-3)。

(1)入口前后径：又称真结合径，指从耻骨联合上缘中点至骶岬前缘正中的距离，平均约为 11cm,胎先露入盆与此径线关系密切。

(2)入口横径：左右髂耻缘间的最大距离，平均约为13cm。

(3)入口斜径：左斜径为左骶骼关节至右髂耻隆突间的距离，右斜径为右骶髂关节至左髂耻隆突 间的距离，平均约为12.75cm。

**2.** **中骨盆平面** **(mid-plane** **of** **pelvis)** **为骨盆最小**

平面，呈纵椭圆形，其大小与分娩关系最为密切。其前方

为耻骨联合下缘，两侧为坐骨棘，后为骶骨下端。中骨盆

平面有两条径线，即中骨盆横径和中骨盆前后径(图12-

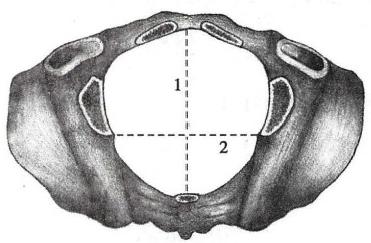
4)。

(1)中骨盆横径：又称坐骨棘间径，指两侧坐骨棘间的

距离，正常值平均约为10cm,其长短与胎先露内旋转关系

密切。 1.前后径11cm;2.横径13cm;3.斜径12.75cm

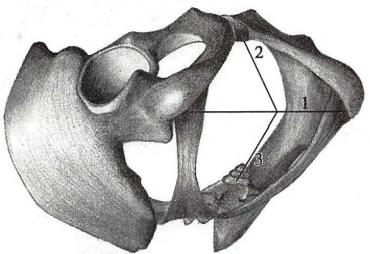
(2)中骨盆前后径：是指耻骨联合下缘中点通过两侧 图12-3 骨盆入口平面各径线



第十二章 正 常 分 娩 **165**

坐骨棘间连线中点到骶骨下端间的距离，平均约为11.5cm。

**3.** **骨盆出口平面** **(pelvic** **outlet** **plane)** 由两个不同平面的三角形组成。前三角顶端为耻骨 联合下缘，两侧为耻骨降支。后三角顶端为骶尾关节，两侧为骶结节韧带。骨盆出口平面共有4条径 线，即出口前后径、出口横径、前矢状径及后矢状径(图12-5)。



1.出口横径；2.出口前矢状径；3.出口后矢状径

1.前后径11.5cm;2. 横径10cm

图12-4 中骨盆平面各径线

图12-5 骨盆出口平面各径线(斜面观)

(1)出口前后径：指耻骨联合下缘到骶尾关节间的距离，平均约为11.5cm。

(2)出口横径：指两侧坐骨结节内侧缘的距离，也称坐骨结节间径，平均约为9cm。 出口横径是 胎先露部通过骨盆出口的径线，与分娩关系密切。

(3)出口前矢状径：耻骨联合下缘至坐骨结节连线中点的距离，平均约为6cm。

(4)出口后矢状径：骶尾关节至坐骨结节连线中点的距离，平均约为8.5cm。 若出口横径稍短， 则应测量出口后矢状径，如两径线之和大于15cm 时，中等大小的足月胎头可通过后三角区经阴道 分娩。

4. 骨盆轴与骨盆倾斜度 骨盆轴为连接骨盆各假想平面中点的曲线。分娩及助产时，胎儿沿此 轴方向娩出。骨盆轴上段向下向后，中段向下，下段向下向前(图12-6)。骨盆倾斜度是指妇女直立 时，骨盆入口平面与地平面所成的角度， 一般为60°。若倾斜度过大，则常影响胎头的衔接。改变体位 可改变骨盆倾斜度(图12-7)。

**(二)软产道**

由子宫下段、宫颈、阴道及盆底软组织共同组成的弯曲管道。

**1.** **子宫下段的形成** 由未孕时的子宫峡部形成。子宫峡部上界为宫颈管最狭窄的解剖学内口， 下界为宫颈管的组织学内口。未孕时子宫峡部长约1cm, 妊娠12周后逐渐伸展成为宫腔的一部

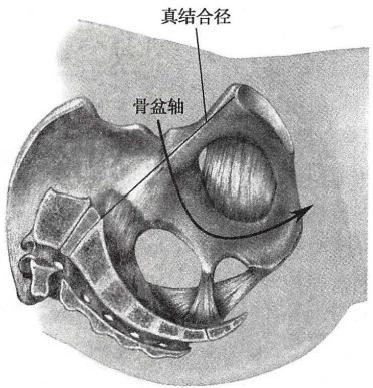
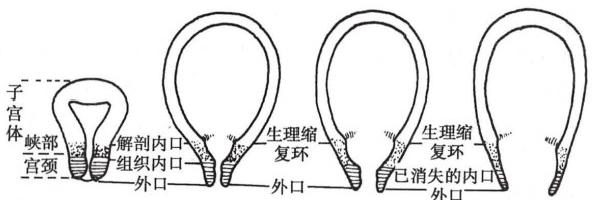


图12-7 骨盆倾斜度

图 1 2 - 6 骨盆轴



**166** **第** **十** **二** **章** **正** **常** **分** **娩**

(1) (2) (3) (4)

(1)非妊娠子宫；(2)足月妊娠子宫；

(3)分娩第一产程妊娠子宫；(4)分娩第二产程妊娠子宫 图12-8 子宫下段形成及宫口扩张图

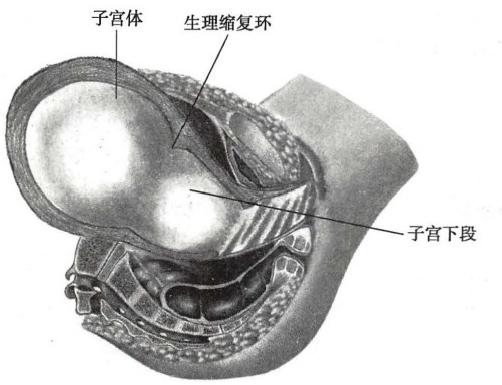


图 1 2 - 9 生理性缩复环



分，随着妊娠的进展被逐渐拉长，至妊娠末期形成子宫下段。临产 后，规律的宫缩使子宫下段进一步拉长达7～10cm。 由于子宫体 部肌纤维的缩复作用，使上段肌壁越来越厚，下段肌壁被动牵拉而 越来越薄(图12-8)。在子宫内面的上、下段交界处形成环状隆 起，称生理性缩复环(physiological retraction ring)。 生理情况时，此 环不能从腹部见到(图12-9)。

2. 宫颈管消失及宫口扩张 临产后宫颈发生两个变化：①宫 颈管消失；②宫口扩张。初产妇通常是先宫颈管消失，随后宫口扩 张。临产后宫口扩张主要是子宫收缩及缩复向上牵拉的结果。临 产前宫颈管长约2～3cm, 临产后由于宫缩牵拉及胎先露、前羊膜 囊的直接压迫，使宫颈内口向上向外扩张，宫颈管形成漏斗状，随 后宫颈管逐渐变短、消失。宫缩使胎先露部衔接，在宫缩时前羊水 不能回流，加之子宫下段的胎膜容易与该处蜕膜分离而向宫颈管 突出，形成前羊膜囊，协助宫口扩张。宫口近开全时胎膜多自然破 裂，破膜后胎先露部直接压迫宫颈，使宫口扩张明显加快。当宫口 开全时，妊娠足月胎头方能通过。经产妇一般是宫颈管消失与宫 口扩张同时进行(图12-10)。

**3.** **阴道、骨盆底及会阴的变化** 正常阴道伸展性良好， 一般 不影响分娩。临产后前羊膜囊及胎先露部将阴道上部撑开，破膜

宫颈内口一

宫颈外口一

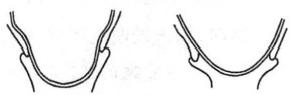
分娩刚开始



宫颈管未全消失



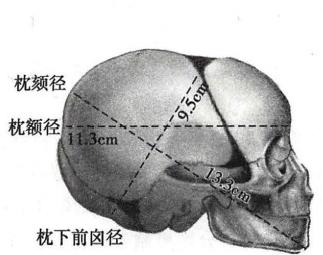
宫颈管全部消失



宫颈口开全

(1)初产妇 (2)经产妇

图12-10 宫颈管消失与宫口扩张



第十二章正常分娩 **167**

以后胎先露部直接压迫盆底，软产道下段形成一个向前向上弯曲的筒状通道，阴道壁黏膜皱襞展平、 阴道扩张变宽。肛提肌向下及两侧扩展，肌纤维逐步拉长，使会阴由5cm 厚变成2～4mm, 以利胎儿通 过。但由于会阴体部承受压力大，分娩时可造成裂伤。

**三、胎儿**

胎儿的大小、胎位及有无畸形是影响分娩及决定分娩难易程度的重要因素之一。主要通过超声 检查并结合测量宫高来估计胎儿体重。 一般估计的胎儿体重与实际出生体重相差在10%以内即视 为评估较准确。分娩时，即使骨盆大小正常，但如果胎儿过大致胎头径线过长，可造成头盆不称导致 难产。胎头是胎体的最大部分，也是胎儿通过产道最困难的部分。

**(一)胎头各径线及囟门**

**1.** **胎头各径线** 胎头径线主要有4条：双顶径、枕额径、枕下前囟径及枕颏径(图12-11)。双顶 径可用于判断胎儿大小，胎儿一般以枕额径衔接，以枕下前囟径通过产道。胎头各径线的测量及长度

见表12-1。

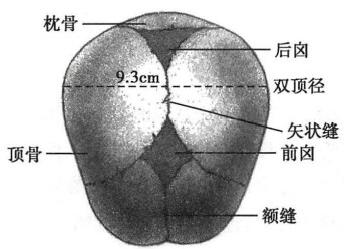


图12 - 11 胎儿颅骨、颅缝、囟门及径线

**名称**

双顶径(BPD)

枕额径

枕下前囟径

枕颏径

表12-1 **胎头各径线的测量及长度**

**测量方法**

两顶骨隆突间的距离，为胎头最大横径

鼻根上方至枕骨隆突间的距离

前囟中央至枕骨隆突下方的距离

颏骨下方中央至后囟顶部的距离

**长度(cm)**

9.3

11.3

9.5

13.3

**2.** **囟** **门** 胎头两颅缝交界空隙较大处称囟门。大囟门又称前囟，是由两侧额骨、两侧顶骨及额 缝、冠状缝、矢状缝形成的菱形骨质缺如部位。小囟门又称后囟，由两侧顶骨、枕骨及颅缝形成的三角 形骨质缺如部位。囟门是确定胎方位的重要标志(图12-11)。在分娩过程中，颅缝与囟门使头颅骨 板有一定的活动余地，胎头在通过产道时受到挤压，颅缝轻度重叠，使胎头变形、变小，有利于胎儿 娩出。

**(** **二** **)** **胎** **位**

产道为一纵行管道。纵产式(头先露或臀先露)时，胎体纵轴与骨盆轴相一致，容易通过产道。 头先露时，胎头先通过产道，较臀先露易娩出，通过触清矢状缝及前后囟，可以确定胎方位。其中枕前 位更利于完成分娩机转，易于分娩，其他胎方位会不同程度增加分娩困难。臀先露时，胎臀先娩出，较 胎头周径小且软，产道不能充分扩张，胎头后娩出时无变形机会，因此胎头娩出较臀部困难。未足月 时胎头相对于胎臀更大，故更易发生后出头困难。肩先露时，胎体纵轴与骨盆轴垂直，足月活胎不能 通过产道，对母儿威胁极大。



168 第十二章 正 常 分 娩

**(三)胎儿畸形**

胎儿某一部分发育异常，如脑积水、联体双胎等，由于胎头或胎体过大，通过产道常发生困难。

**四** **、社会心理因素**

分娩虽属生理过程，但对产妇确实可产生心理上的应激。产妇的社会心理因素可引起机体产生 一系列变化从而影响产力，因而也是决定分娩的重要因素之一。对分娩疼痛的恐惧和紧张可导致宫 缩乏力、宫口扩张缓慢、胎头下降受阻、产程延长，甚至可导致胎儿窘迫、产后出血等。所以在分娩过 程中，应给产妇心理支持，耐心讲解分娩的生理过程，尽量消除产妇的焦虑和恐惧心理，使产妇掌握分 娩时必要的呼吸和躯体放松技术。

**第三节** **枕先露的分娩机制**

● 胎儿通过街接、下降、俯屈、内旋转、仰伸、复位及外旋转、肩娩出等一连串适应性动作，以其最小径 线通过产道。

● 下降贯穿分娩全程，是胎儿娩出的首要条件。

分娩机制(mechanism of labor)指胎儿先露部在通过产道时，为适应骨盆各平面的不同形态，被动 地进行一系列适应性转动，以其最小径线通过产道的全过程。临床上枕先露左前位最多见，故以枕左 前位的分娩机制为例，详加说明，包括衔接、下降、俯屈、内旋转、仰伸、复位及外旋转、胎肩及胎儿娩出 等动作(图12-12AB )。分娩机制各动作虽然分别描述，但其过程实际是连续的。

**1.** **衔接** **(engagement)** 胎头双顶径进入骨盆入口平面，颅骨的最低点接近或达到坐骨棘水

平，称为衔接。胎头呈半俯屈状态进入骨盆入口，以枕额径衔接。由于枕额径大于骨盆入口前后径， 胎头矢状缝多在骨盆入口右斜径上。部分初产妇在预产期前1～2周内衔接，经产妇多在临产后才 衔接。

**2.** **下** **降** **(descent)** 胎头沿骨盆轴前进的动作称为下降。下降贯穿于分娩全过程，并与其

他动作同时进行。当宫缩时胎头下降，间歇时胎头又稍退缩，因此胎头与骨盆之间的相互挤压也 呈间歇性，这样对母婴均有利。促使胎头下降的因素有：①宫缩时通过羊水传导，压力经胎轴传至 胎头；②宫缩时宫底直接压迫胎臀；③胎体伸直伸长；④腹肌收缩使腹压增加。初产妇因宫口扩张 缓慢，软组织阻力大，胎头下降速度较经产妇慢。观察胎头下降程度是临床判断产程进展的重要 标志。

**3.** **俯屈** **(flexion)** 当胎头继续下降至骨盆底时，处于半俯屈状态的胎头遇到肛提肌阻力，进

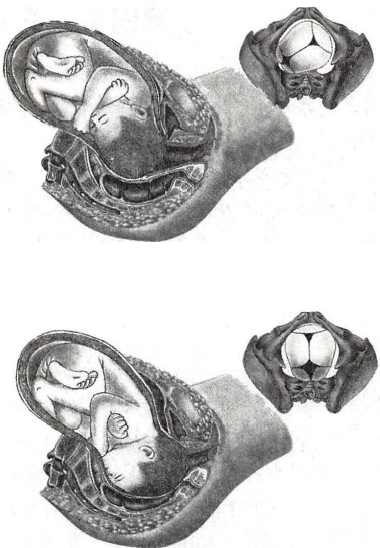
一步俯屈，使胎儿下颏更加接近胸部，使胎头衔接时的枕额径变为枕下前囟径，有利于胎头继续下降。

**4.** **内旋转** **(internal** **rotation)** 当胎头下降至骨盆底遇到阻力时，胎头为适应前后径长、横径 短的特点，枕部向母体中线方向旋转45°达耻骨联合后方，使其矢状缝与中骨盆及骨盆出口前后径相 一致的动作称内旋转。胎头于第一产程末完成内旋转。枕先露时胎头枕部最低，遇到骨盆底肛提肌 阻力，肛提肌收缩将胎头枕部推向阻力小、部位宽的前方。

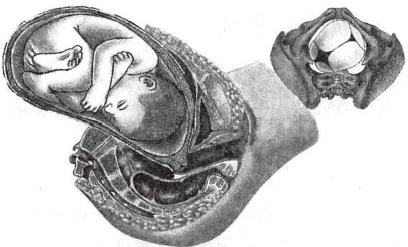
**5.** **仰伸** **(extension)** 当胎头完成内旋转后，俯屈的胎头即达到阴道口。宫缩、腹压迫使胎头

下降，而肛提肌收缩又将胎头向前推进，两者的合力使胎头沿骨盆轴下段向下向前的方向转向上。当 胎头枕骨下部达耻骨联合下缘时，即以耻骨弓为支点，胎头逐渐仰伸，胎头的顶、额、鼻、口、颏相继娩 出。当胎头仰伸时，胎儿双肩径进入骨盆入口左斜径。

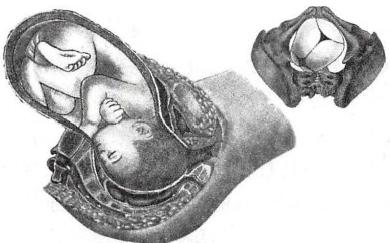
**6.** **复位及外旋转** 胎头娩出时，胎儿双肩径沿骨盆入口左斜径下降。胎头娩出后，为使胎头与 胎肩恢复正常解剖关系，胎头枕部向母体左外旋转45°,称复位(restitution)。 胎肩在盆腔内继续下



**第十二章** **正** **常** **分** **娩** **169**



(1)衔接前胎头尚浮



(3)继续下降与内旋转



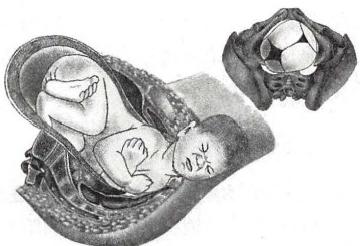
(5)仰伸已完成



(7)前肩娩出

(2)衔接俯屈下降

(4)内旋转已完成，开始仰伸



(6)胎头外旋转



(8)后肩娩出



扫描图片 体验AR

图12-12 枕左前位分娩机制示意图

降，前肩向前向母体中线旋转45°时，胎儿双肩径转成与骨盆出口前后径相一致的方向，胎儿枕部需在 外继续向母体左外侧旋转45°,以保持胎头与胎肩的垂直关系，称外旋转(external rotation)。

**7.** **胎肩及胎儿娩出** 外旋转后，胎儿前肩在耻骨弓下先娩出，后肩从会阴体前缘娩出，胎体及下 肢随之娩出，完成分娩全部过程。





**170** 第十二章 正常分娩

**第四节** **先兆临产、临产与产程**

● 临产开始的标志为规律且逐渐增强的子宫收缩，同时伴随进行性宫颈管消失、宫口扩张和胎先露 下降。

● 分娩经过分为三个产程。

● 初产妇的潜伏期一般不超过20小时，经产妇不超过14小时。活跃期从宫口开大4~6cm 起始。

● 初产妇第二产程多在2小时内，不应超过3小时，实施硬膜外麻醉镇痛者不应超过4小时。

**一** **、先兆临产**

分娩发动前，往往出现一些预示即将临产的症状，如不规律宫缩、胎儿下降感以及阴道少量淡血 性分泌物(俗称见红),称为先兆临产(threatened labor)。

1. 不规律宫缩 又称假临产(false labor)。分娩发动前，由于子宫肌层敏感性增强，可出现不规 律宫缩。其特点：①宫缩频率不一致，持续时间短、间歇时间长且无规律；②宫缩强度未逐渐增强； ③ 常在夜间出现而于清晨消失；④不伴有宫颈管短缩、宫口扩张等；⑤给予镇静剂能将其抑制。

2. 胎儿下降感 (lightening) 由于胎先露部下降、入盆衔接使宫底降低。孕妇自觉上腹部较前 舒适，下降的先露部可压迫膀胱引起尿频。

3. 见 红 (show) 分娩发动前24～48小时内，因宫颈内口附近的胎膜与该处的子宫壁分离，毛

细血管破裂而少量出血，与宫颈管内的黏液相混合呈淡血性黏液排出，称见红，是分娩即将开始的比 较可靠征象。若阴道流血较多，量达到或超过月经量，应考虑是否为病理性产前出血，常见原因有前 置胎盘或胎盘早剥。

二 、临产诊断

临产(labor)的重要标志为有规律且逐渐增强的子宫收缩，持续30秒或以上，间歇5~6分钟，同 时伴随进行性宫颈管消失、宫口扩张和胎先露部下降。用镇静剂不能抑制临产。确定是否临产需严 密观察宫缩的频率，持续时间及强度。消毒外阴后行阴道检查，了解宫颈长度、位置、质地、扩张情况 及先露高低。目前多采用Bishop评分法判断宫颈成熟度(表12-2),估计试产的成功率，满分为13 分，>9分均成功，7~9分的成功率为80%,4～6分的成功率为50%,≤3分均失败。

**表12-2** **Bishop** **宫颈成熟度评分法**

**分** **数**

**指标**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 宫口开大(cm) | 0 | 1~2 | 3～4 | ≥5 |
| 宫颈管消退(%)(未消退为2～3cm) | 0～30 | 40～50 | 60～70 | ≥80 |
| 先露位置(坐骨棘水平=0) | -3 | -2 | -1～0 | +1～+2 |
| 宫颈硬度 | 硬 | 中 | 软 |  |
| 宫口位置 | 朝后 | 居中 | 朝前 |  |

**三、** **总产程及产程分期**

分娩全过程即总产程，指从规律宫缩开始至胎儿、胎盘娩出的全过程，临床上分为如下三个产程：

第一产程(first stage of labor):又称宫颈扩张期，指从规律宫缩开始到宫颈口开全(10cm)。 第一 产程又分为潜伏期和活跃期：①潜伏期为宫口扩张的缓慢阶段，初产妇一般不超过20小时，经产妇不



第十二章 正 常 分 娩 171

超过14小时。②活跃期为宫口扩张的加速阶段，可在宫口开至4～5cm 即进入活跃期，最迟至6cm 才 进入活跃期，直至宫口开全(10cm)。 此期宫口扩张速度应≥0.5cm/h。

第二产程(second stage of labor):又称胎儿娩出期，指从宫口开全至胎儿娩出。未实施硬膜外麻 醉者，初产妇最长不应超过3小时，经产妇不应超过2小时；实施硬膜外麻醉镇痛者，可在此基础上延 长1小时，即初产妇最长不应超过4小时，经产妇不应超过3小时。值得注意的是，第二产程不应盲 目等待至产程超过上述标准方才进行评估，初产妇第二产程超过1小时即应关注产程进展，超过2小 时必须由有经验的医师进行母胎情况全面评估，决定下一步的处理方案。

第三产程(third stage of labor):又称胎盘娩出期，指从胎儿娩出到胎盘娩出。 一般约5～15分钟，

不超过30分钟。

**第五节** **产程处理与分娩**

● 必须连续动态观察并记录宫缩与胎心。

● 第二产程应对母体与胎儿状况等进行综合评估。

● 1 分 钟Apgar评分评估新生儿出生时状况，反映宫内的情况；5分钟Apgar评分则反映复苏效果，与 近期和远期预后关系密切。

● 脐动脉血气分析提示胎儿有无缺氧、酸中毒及其严重程度，较Apgar 评分更为客观。

● 推荐早产儿延迟断脐60秒。

**一、第一产程**

第一产程为正式临产到宫口开全(10cm)。 由于临产时间有时难以确定，孕妇过早住院，可能带 来不必要的干预，增加剖宫产率。因此推荐初产妇确定正式临产后，宫颈管完全消退可住院待产，经 产妇则确定临产后尽快住院分娩。

**【临床表现】**

第一产程表现为宫缩规律、宫口扩张、胎先露下降及胎膜破裂。

1. 宫缩规律 第一产程开始时，子宫收缩力弱，持续时间较短约30秒，间歇期较长约5~6分钟。 随产程进展，宫缩强度增加，持续时间延长，间歇期缩短。当宫口开全时，宫缩持续时间可长达1分 钟，间歇仅1～2分钟，

2. 宫口扩张 (cervical dilatation) 表现为宫颈管逐渐变软、变短、消失，宫颈展平并逐渐扩大。 开始宫口扩张速度较慢，后期速度加快。当宫口开全(10cm) 时，子宫下段、宫颈及阴道共同形成桶状 的软产道。

3. 胎先露下降 是决定能否经阴道分娩的重要指标。随着产程进展，先露部逐渐下降，并在宫 口开大4～6cm 后快速下降，直到先露部达到外阴及阴道口。

**4.** **胎膜破裂** **(rupture** **of** **membranes)** 胎儿先露部衔接后，将羊水分隔为前后两部，在胎先 露部前面的羊水称前羊水。当宫缩时羊膜腔内压力增加到一定程度时胎膜自然破裂，前羊水流出。 自然分娩胎膜破裂多发生在宫口近开全时。

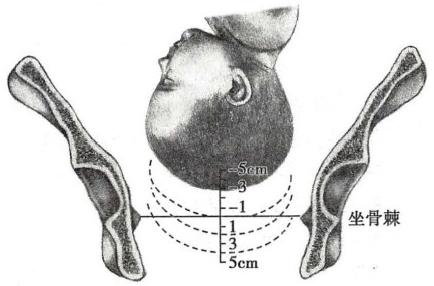
**【产程观察及处理】**

在整个分娩过程中，需要观察产程进展，密切监护母儿安危，尽早发现异常，及时处理。

1. 产程观察及处理

(1)子宫收缩包括宫缩频率、强度、持续时间、间歇时间、子宫放松情况。常用观察子宫收缩的方 法包括腹部触诊及仪器监测。

腹部触诊：最简单也是最重要的方法。助产人员将手掌放于产妇的腹壁上，宫缩时可感到宫体部



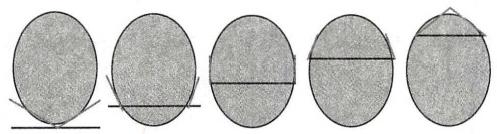
172 第十二章 正 常 分 娩

隆起变硬、间歇期松弛变软。

仪器监护：最常用的是外监护(external electronic monitoring)。 将电子监护仪的宫腔压力探头放 置于孕妇腹壁宫体部，连续描记40分钟，可显示子宫收缩开始、高峰、结束及相对强度。10分钟内出 现3～5次宫缩即为有效产力，可使宫颈管消失、宫口扩张和胎先露下降；10分钟内>5次宫缩定义为 宫缩过频。

(2)宫口扩张及胎先露下降：经阴道指诊检查宫口扩张和胎先露下降情况。消毒外阴，通过示指 和中指直接触摸了解骨盆、产道情况，了解宫颈管消退和宫口扩张情况、胎先露高低、确定胎方位、胎 先露下方有无脐带，并进行Bishop宫颈成熟度评分。

胎头于活跃期下降加快，平均每小时下降0.86cm。 胎头下降情况有两种评估方法：①腹部触诊 在骨盆入口平面(真假骨盆分界)上方可触及的剩余胎头部分，以国际五分法表示，用于初步判断：双 手掌置于胎头两侧，触及骨盆入口平面时，双手指尖可在胎头下方彼此触及为剩余5/5;双手掌指尖 在胎头两侧有汇聚但不能彼此触及为剩余4/5;双手掌在胎头两侧平行为剩余3/5;双手掌在胎头两 侧呈外展为剩余2/5;双手掌在胎头两侧呈外展且手腕可彼此触及为剩余1/5(图12-13)。②胎儿颅 骨最低点与坐骨棘平面的关系：阴道检查可触及坐骨棘，胎头颅骨最低点平坐骨棘时，以“0”表示；在 坐骨棘平面上1cm 时，以“-1”表示；在坐骨棘平面下1cm 时，以“+1”表示，余依次类推(图12-14)。



**剩余5/5** **剩余4/5** **剩余3/5** **剩余2/5** **剩余1/5**

图12-13 骨盆入口平面触诊胎头入盆情况的国际五分法示意图

(3)胎膜破裂： 一旦胎膜破裂，应立即监测胎

心，并观察羊水性状(颜色和流出量),记录破膜时

间，测量体温。若有胎心异常，应立即阴道检查排

除脐带脱垂。破膜后应每2小时测量产妇体温，注

意排查绒毛膜羊膜炎，根据临床指标决定是否启用

抗生素预防或治疗感染。若无感染征象，破膜超过

12小时尚未分娩可给予抗生素预防感染。

**2.** **胎心和母体观察及处理**

(1)胎心监测：胎心应在宫缩间歇期听诊，随

图12-14 阴道检查判断胎头高低示意图

产程进展适当增加听诊次数。高危妊娠或怀疑胎

儿受累、羊水异常时建议连续电子胎心监护评估胎

心率、基线变异及其与宫缩的关系等，密切监测胎儿宫内情况。

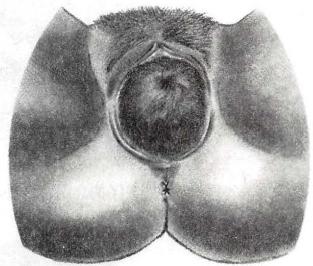
(2)母体观察及处理

1)生命体征：测量产妇生命体征并记录。第一产程宫缩时血压可升高5～10mmHg, 间歇期恢复。 产妇有不适或发现血压升高应增加测量次数，并给予相应处理。产妇有循环、呼吸等其他系统合并症 或并发症时，还应监测呼吸、氧饱和度、尿量等。

2)阴道流血：观察有无异常阴道流血，警惕前置胎盘、胎盘早剥、前置血管破裂出血等情况。

3)饮食：产妇宜少量多次摄入无渣饮食，既保证充沛的体力，又利于在需要急诊剖宫产时的麻醉 安全。

4)活动与休息：宫缩不强且未破膜，产妇可在室内适当活动。低危产妇适度活动和采取站立姿



第十二章 正 常 分 娩 **173**

势有助于缩短第一产程。

5)排尿：鼓励产妇每2～4小时排尿一次，避免膀胱充盈影响宫缩及胎头下降，必要时导尿。

6)精神支持：产妇的精神状态可影响宫缩和产程进展。支持产妇克服阵痛带来的无助和恐惧 感，增强产妇对自然分娩的信心，调动产妇的积极性与助产人员密切合作，有助于分娩顺利进行。

**二、第二产程**

第二产程为胎儿娩出期，即从宫口开全至胎儿娩出。第二产程的正确评估和处理对母儿结局至 关重要。鉴于第二产程时限过长与母胎不良结局(产后出血、产褥感染、严重会阴裂伤，新生儿窒息/ 感染等)增加相关，因此第二产程的处理不应只考虑时限长短，更应重点关注胎心监护、宫缩、胎头下 降、有无头盆不称、产妇一般情况等。既要避免试产不充分，轻率改变分娩方式，又要避免因评估不正 确盲目延长第二产程可能增加母儿并发症的风险，应该在适宜的时间点选择正确的产程处理方案。

**【临床表现】**

宫口近开全或开全后，胎膜多会自然破裂。若仍未破膜，可影响胎头下降，应于宫缩间歇期行人 工破膜。当胎头下降压迫盆底组织时，产妇有反射性排便感，并不自主地产生向下用力屏气的动作，

会阴膨隆、变薄，肛门括约肌松弛。胎头于宫缩时露出于阴道口，

在宫缩间歇期又缩回阴道内，称胎头拨露(head visible on vulval

gapping);当胎头双顶径越过骨盆出口，宫缩间歇期胎头不再回

缩时称胎头着冠(crowning of head)(图12-15)。产程继续进展，

胎头娩出，接着胎头复位及外旋转，随后前肩和后肩相继娩出，胎

体很快娩出，后羊水随之涌出。经产妇第二产程短，有时仅需几

次宫缩即可完成胎头娩出。

【产程观察及处理】

1. 密切监测胎心 此期宫缩频而强，应增加胎心监测频率，

图12-15 胎头着冠

每次宫缩过后或每5分钟监测一次，听诊胎心应在宫缩间歇期且

至少听诊30~60秒。有条件者建议连续电子胎心监护，注意在

每次宫缩后评估胎心率与宫缩的关系等，并区分胎心率与母体心率。若发现胎心异常，应立即行阴道 检查，综合评估产程进展情况，尽快结束分娩。

2. 密切监测宫缩 第二产程宫缩持续时间可达60秒，间隔时间1～2分钟。宫缩的质量与第二 产程时限密切相关，必要时可给予缩宫素加强宫缩。

3. 阴道检查 每隔1小时或有异常情况时行阴道检查，评估羊水性状、胎方位、胎头下降、胎头 产瘤及胎头变形情况。胎头下降的评估务必先行腹部触诊，后行阴道检查，排除头盆不称。

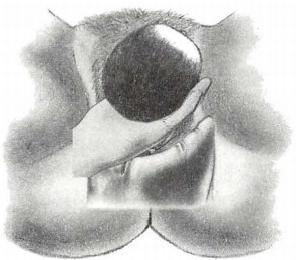
4. 指导产妇用力推荐产妇在有向下屏气用力的感觉后再指导用力，从而更有效的利用好腹 压。胎头下降有异常时需同时评估产妇用力方法是否得当有效，并给予正确指导。方法是让产妇双 足蹬在产床上，两手握住产床把手，宫缩时深吸气后屏气，然后如排便样向下用力以增加腹压。于宫 缩间歇期，产妇自由呼吸并全身肌肉放松。宫缩时，再做同样的屏气动作，以加速产程进展。

**【接产】**

1. 接产准备初产妇宫口开全、经产妇宫口扩张6cm 以上且宫缩规律有力时，将产妇送上分娩 床作分娩准备，提前打开新生儿辐射台预热。通常让产妇头高脚低位仰卧于产床上，两腿屈曲分开露 出外阴部，消毒外阴部2～3次，顺序依次为大阴唇、小阴唇、阴阜、大腿内上1/3、会阴及肛门周围，臀 下铺消毒巾。

2. 接 产

(1)接产要领：向产妇做好分娩解释，取得产妇配合。接生者在产妇分娩时协助胎头俯屈，控制 胎头娩出速度，适度保护会阴，让胎头以最小径线(枕下前囟径)缓慢通过阴道口，减少会阴严重撕裂

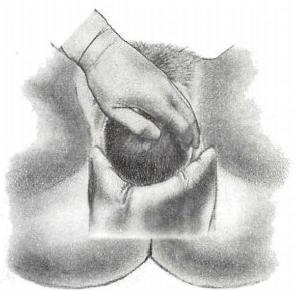


第 十 二 章 正 常 分 娩

174

伤风险。

(2)接产步骤：接生者站在产妇正面，当宫缩来临产妇有便意感时指导产妇屏气用力。胎头着冠 时，指导产妇何时用力和呼气。会阴水肿、过紧、炎症，耻骨弓过低，胎儿过大、娩出过快等，均易造成 会阴撕裂。接产者应在接产前作初步评估，接生时个体化指导产妇用力，并用手控制胎头娩出速度， 同时左手轻轻下压胎头枕部，协助胎头俯屈，使胎头双顶径缓慢娩出，此时若娩出过急则可能撕裂会 阴。当胎头枕部在耻骨弓下露出时，让产妇在宫缩间歇时期稍向下屏气，左手协助胎头仰伸，使胎头 缓慢娩出，清理口腔黏液。胎头娩出后，不宜急于娩出胎肩，而应等待宫缩使胎头自然完成外旋转复 位，使胎肩旋转至骨盆出口前后径。再次宫缩时接生者右手托住会阴，左手将胎儿颈部向下牵拉胎 头，使前肩从耻骨弓下顺势娩出，继之托胎颈向上，使后肩从会阴前缘缓慢娩出。双肩娩出后，保护会 阴的右手放松，双手协助胎体娩出(图12-16)。胎儿娩出后用器皿置于产妇臀下计量产后失血量。



(1)保护会阴，协助胎头俯屈 (2)协助胎头仰伸



(3)助前肩娩出 (4)助后肩娩出

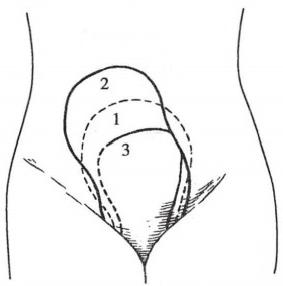
图12-16 接产步骤

(3)限制性会阴切开：不应对初产妇常规会阴切开，当出现下列情况时才考虑会阴切开术：会阴 过紧或胎儿过大、估计分娩时会阴撕裂不可避免者，或母儿有病理情况急需结束分娩者。产钳或胎头 负压吸引器助产视母胎情况和手术者经验决定是否需要会阴切开。 一般在胎头着冠时切开，可以减 少出血，或决定手术助产时切开。

会阴切开缝合术(episiotomy and suture):阴部神经阻滞麻醉联合会阴切口局麻生效后常用以下 两种术式：①会阴后-侧切开术(postero-lateral episiotomy):多为左侧，术者于宫缩时以左手示、中两指 伸入阴道内撑起左侧阴道壁，右手用剪刀自会阴后联合中线向左向后45°剪开会阴，长4~5cm;② 会 阴正中切开术(median episiotomy):术者于宫缩时沿会阴后联合正中垂直剪开2cm。 此法优点为剪开 组织少、出血量少、术后组织肿胀疼痛轻微。但切口有自然延长撕裂肛门括约肌的危险，胎儿大或接 产技术不熟练者不宜采用。

胎儿娩出前纱布压迫切口止血。胎儿胎盘娩出后缝合切口，注意彻底止血，恢复解剖结构。

62北



第十二章 正 常 分 娩 **175**

(4)延迟脐带结扎：推荐对早产儿(<37周)娩出后延迟脐带结扎至少60秒，有利于胎盘血液转 运至新生儿，增加新生儿血容量、血红蛋白含量，有利于维持早产儿循环的稳定性并可减少脑室内出 血的风险。

**三、** **第三产程**

第三产程为胎盘娩出期，即从胎儿娩出到胎盘娩出，约需5～15分钟，不超过30分钟。

**【临床表现】**

胎儿娩出后，宫腔容积明显缩小，胎盘与子宫壁发生错位剥离，胎盘剥离面出血形成积血。子宫 继续收缩，使胎盘完全剥离而娩出。胎盘剥离征象有：①宫体变硬呈球形，胎盘剥离后降至子宫下段， 下段被动扩张，宫体呈狭长形被推向上方，宫底升高达脐上(图12-17);②阴道口外露的脐带段自行 延长；③阴道少量流血；④用手掌尺侧在产妇耻骨联合上方轻压子宫下段，宫体上升而外露的脐带不 再回缩。胎盘剥离后从阴道排出体外。



**(1)胎盘剥离开始(2)胎盘降至子宫下段** **(3)胎盘娩出后**

图12-17 胎盘剥离时子宫的形状

胎盘剥离及排出方式有两种：①胎儿面娩出式：多见，胎盘胎儿面先排出。胎盘从中央开始剥离， 而后向周围剥离，其特点是胎盘先排出，随后见少量阴道流血。②母体面娩出式：少见，胎盘母体面先 排出，胎盘从边缘开始剥离，血液沿剥离面流出，其特点是先有较多阴道流血，胎盘后排出。

**【处理】**

1. 新生儿处理

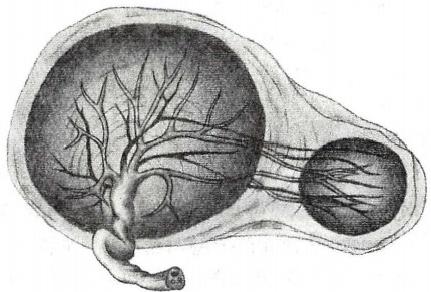
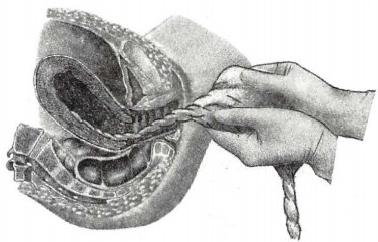
(1)一般处理：新生儿出生后置于辐射台上擦干、保暖。

(2)清理呼吸道：用吸球吸去气道黏液及羊水，当确定气道通畅仍未啼哭时，可用手抚摸新生儿 背部或轻拍新生儿足底，待新生儿啼哭后，即可处理脐带。

(3)新生儿阿普加评分(Apgar score)及脐动脉血气pH 测定的意义：Apgar评分是用于快速评估 新生儿出生后一般状况的方法，由5项体征组成，包括心率、呼吸、肌张力、喉反射及皮肤颜色。5项体 征中的每一项授予分值0分、1分或2分，然后将5项分值相加，即为Apgar评分的分值(表12-3)。1 分钟Apgar评分评估出生时状况，反映宫内的情况，但窒息新生儿不能等1分钟后才开始复苏。5分 钟 Apgar评分则反映复苏效果，与近期和远期预后关系密切。脐动脉血气代表新生儿在产程中血气 变化的结局，提示有无缺氧、酸中毒及其严重程度，反映窒息的病理生理本质，较Apgar评分更为客 观、更具有特异性。

我国新生儿窒息标准：①5分钟Apgar评分≤7,仍未建立有效呼吸；②脐动脉血气pH<7.15;③ 排 除其他引起低Apgar评分的病因；④产前具有可能导致窒息的高危因素。以上①~③为必要条件， ④ 为参考指标，

(4)处理脐带：剪断脐带后在距脐根上方0.5cm 处用丝线、弹性橡皮圈或脐带夹结扎，残端消毒



**176** 第十二章正常分娩

**体征**

每分钟心率

呼吸

肌张力

喉反射

皮肤颜色

**表12-3**

0 分

0

0

松弛

无反射

全身苍白

**新生儿Apgar评分法**

1 分

<100次

浅慢，不规则

四肢稍屈曲

有些动作

身体红，四肢青紫

2 分

≥100次

佳，哭声响亮

四肢屈曲，活动好

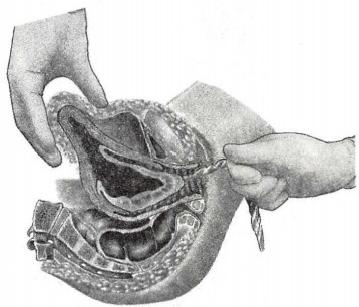
咳嗽，恶心

全身粉红

后无菌纱布包扎，注意扎紧以防脐带出血。

(5)其他处理：新生儿体格检查，将新生儿足底印及母亲拇指印留于新生儿病历上，新生儿手腕 带和包被标明性别、体重、出生时间、母亲姓名。帮助新生儿早吸吮。

2. 协助胎盘娩出 正确处理胎盘娩出可预防产后出血。在胎儿前肩娩出后将缩宫素10～20U 稀释于250～500ml 生理盐水中静脉快速滴注，并控制性牵拉脐带，确认胎盘已完全剥离，以左手握住 宫底，拇指置于子宫前壁，其余4指放于子宫后壁并按压，同时右手轻拉脐带，当胎盘娩至阴道口时， 接生者双手捧起胎盘，向一个方向旋转并缓慢向外牵拉，协助胎盘胎膜完整剥离排出(图12-18)。若 在胎膜排出过程中，发现胎膜部分断裂，可用血管钳夹住断裂上端的胎膜，再继续向原方向旋转，直至 胎膜完全排出。



(1) (2)

图12-18 协助胎盘胎膜娩出

3. 检查胎盘胎膜 将胎盘铺平，先检查胎盘母

体面胎盘小叶有无缺损，然后将胎盘提起，检查胎

膜是否完整，再检查胎盘胎儿面边缘有无血管断

裂，及时发现副胎盘(succenturiate placenta)(图12-

19)。

4. 检查软产道 胎盘娩出后，应仔细检查会

阴、小阴唇内侧、尿道口周围、阴道及宫颈有无裂

伤。若有裂伤，应立即缝合。

5. 预防产后出血 为减少产后失血量，应用缩

宫素等宫缩剂结合按摩子宫加强子宫收缩，注意观 图12-19 副胎盘

察并精确测量出血量。

**6.** **观察产后一般情况** 胎盘娩出2小时内是产后出血的高危期，有时被称为第四产程。应在分 娩室观察一般情况、产妇面色、结膜和甲床色泽，测量血压、脉搏和阴道流血量。注意子宫收缩、宫底 高度、膀胱充盈否、会阴及阴道有无血肿等，发现异常情况及时处理。产后2小时无异常，将产妇和新



第十二章 正 常 分 娩

177

生儿送回病房。

**[附]剖宫产术后再次妊娠阴道分娩**

剖宫产术后瘢痕子宫再次妊娠面临分娩方式的选择：重复剖宫产或剖宫产术后再次妊娠阴道试 产(trial of labor after cesarean,TOLAC)。 随着我国两孩生育政策的实施，既往的高剖宫产率造成了这 种局面的增加。剖宫产术后再次妊娠阴道分娩(vaginal birth after cesarean,VBAC)有助于减少重复剖 宫产及其母婴并发症。

TOLAC 的成功率约60%～70%,子宫破裂率通常低于1%。对瘢痕子宫孕妇应在首诊时回顾病 史，详细了解患者一般情况，既往有无阴道分娩史；剖宫产时的孕周，剖宫产指征(尤其是头盆不称或 产程异常),剖宫产的时机(择期、急诊或产程中转剖宫产),宫口开大情况，子宫切口类型及缝合方 式，是否有手术并发症(子宫切口撕裂、产后出血或感染)以及新生儿出生体重、是否存活等。2次分 娩间隔≥18个月者可以考虑TOLAC。

1. 适应证 既往1次子宫下段剖宫产史且无阴道试产禁忌证者。

2. 禁忌证 有子宫破裂史，高位纵切口的古典式剖宫产史，>2次剖宫产史，倒“T ”或“J”形切口 或广泛子宫底部手术，子宫下段纵切口，有其他合并症不适宜阴道分娩，不具备急诊剖宫产条件者。

3. TOLAC产程管理 分娩发动后，做好术前准备。产程中给予连续电子胎心监护，早期识别子

宫破裂征象。异常胎心监护图是子宫破裂最早、最常见的征象。产程中应注意有无瘢痕部位的压痛， 尤其在宫缩间歇期；子宫破裂的其他表现有异常阴道流血、血尿、低血容量休克、胎头位置升高或从阴 道回缩等。严密监测产程进展，当产程进展缓慢，尤其是活跃期进展不佳或胎头下降受阻时，应高度 警惕子宫破裂的可能性，放宽重复剖宫产指征。当怀疑或诊断子宫破裂时，应迅速启动急救预案，实 施紧急剖腹探查术。

**第六节** **分** **娩** **镇** **痛**

● 理想的分娩镇痛对促进阴道分娩有重要作用。

● 小剂量麻醉性镇痛药和低浓度局麻药联合用于腰麻或硬膜外镇痛是首选的组合。

分娩镇痛的目的是有效缓解疼痛，同时可能有利于增加子宫血流，减少产妇因过度换气而引起的 不良影响。产妇自临产至第二产程均可分娩镇痛。

**1.** **疼痛的原因** 第一产程疼痛主要来自宫缩时子宫肌缺血缺氧和宫颈扩张时肌肉过度紧张，通 过交感神经由胸神经10、11、12后段传递至脊髓。第二产程疼痛还包括来自胎头对盆底、阴道、会阴 的压迫，通过骶神经2、3、4的感觉纤维传递至脊髓。另外，产妇紧张、焦虑可导致害怕-紧张-疼痛综 合征。

**2.** **分娩镇痛的基本原则** ①对产程影响小；②安全、对产妇及胎儿不良作用小；③药物起效快、 作用可靠、给药方法简便；④有创镇痛由麻醉医师实施并全程监护。

**3.** **分娩镇痛种类**

(1)非药物镇痛：产痛与精神紧张相关，因此产前应进行宣教，强调分娩是一个自然的生理过程， 足够的心理支持，获得产妇的主动配合。非药物镇痛包括调整呼吸、全身按摩、家属陪伴、导乐，可单 独应用或联合药物镇痛法等应用。

(2)全身阿片类药物麻醉：可以通过静脉注射或肌内注射间断给予，也可以通过患者自控性镇痛 (patient-controlled analgesia,PCA)。 阿片类药物主要作用是镇静，可以产生欣快感，但镇痛效果有限， 而且有可能导致产妇恶心、呼吸抑制、胃肠道排空延长、胎心变异减少、新生儿呼吸抑制等。常用阿片 类药物包括：哌替啶、芬太尼、瑞芬太尼、纳布啡等。

**178** 第十二章正常分娩

(3)椎管内麻醉镇痛：通过局麻药作用达到身体特定区域的感觉阻滞，包括腰麻、硬膜外麻醉或 腰硬联合麻醉。其优点为镇痛平面固定，较少引起运动阻滞，易于掌握用药剂量，可以长时间保持镇 痛效果。但如果麻醉平面过高可导致严重呼吸抑制。其他并发症还包括低血压、局麻药毒性反应、过 敏反应、麻醉后头痛、神经损伤、产时发热、第二产程延长等。由于其副作用和并发症，麻醉医师除了 掌握麻醉技术外还应熟悉并发症的紧急处理。

实施硬膜外麻醉时，第二产程初产妇最长不应超过4小时，经产妇不应超过3小时。

(马润玫)







**第十三章** **异** **常** **分** **娩**

异常分娩(abnormal labor)又称难产(dystocia),其影响因素包括产力、产道、胎儿及社会心理因 素，这些因素既相互影响又互为因果关系。任何一个或一个以上的因素发生异常及四个因素间相互 不能适应，而使分娩进程受到阻碍，称异常分娩。

**第一节** **概** **论**

● 异常分娩的常见病因为产力、产道及胎儿异常。

● 常见的产程异常有：潜伏期延长、活跃期异常(包括活跃期延长和活跃期停滞)、第二产程异常(包 括胎头下降延缓、胎头下降停滞和第二产程延长)。

● 应综合分析决定分娩方式。

异常分娩时，必须早期识别，同时综合分析产力、产道、胎儿及社会心理因素，如骨盆狭窄可导致 胎位异常及宫缩乏力，宫缩乏力亦可引起胎位异常，其中宫缩乏力和胎位异常可以纠正，从而有可能 转化为正常分娩。应寻找异常分娩的病因，及时作出正确判断，恰当处理，以保证分娩顺利和母胎 安全。

**【病因】**

最常见为产力、产道及胎儿异常。

**1.** **产力异常** 包括各种收缩力异常(子宫、腹肌及膈肌、肛提肌),其中主要是子宫收缩力异常。 子宫收缩力异常又分为收缩乏力(协调性子宫收缩乏力及不协调性子宫收缩乏力)和收缩过强(协调 性子宫收缩过强及不协调性子宫收缩过强)。子宫收缩乏力可致产程延长或停滞；子宫收缩过强可引 起急产或严重的并发症。

**2.** **产道异常** 包括骨产道异常及软产道异常，以骨产道狭窄多见。骨产道狭窄(入口、中骨盆、 出口),可导致产力异常或胎位异常。骨产道过度狭窄，即使正常大小的胎儿也难以通过(头盆不 称)。

**3.** **胎儿异常** 包括胎位异常(头先露异常、臀先露及肩先露等)及胎儿相对过大和胎儿发育 异常。

**【临床表现】**

胎先露异常、胎儿发育异常、骨产道严重狭窄或软产道异常，在产前容易诊断。而多数的异常分 娩是在分娩过程中表现出来。

**1.** **母体表现**

(1)产妇全身衰竭症状：产程延长，产妇烦躁不安、体力衰竭、进食减少。严重者出现脱水、代谢 性酸中毒及电解质紊乱，肠胀气或尿潴留。

( (2)产科情况：表现为子宫收缩乏力或过强、过频；宫颈水肿或宫颈扩张缓慢、停滞；胎先露下降 延缓或停滞。严重时，子宫下段极度拉长、出现病理缩复环、子宫下段压痛、血尿、先兆子宫破裂甚至 子宫破裂。头盆不称或胎位异常时，先露部与骨盆之间有空隙，前后羊水交通，前羊膜囊受力不均，宫 缩时胎膜承受压力过大而发生胎膜早破。因此，胎膜早破往往是异常分娩的征兆，需要查明有无头盆

180



第十三章 异 常 分 娩

不称或胎位异常。

**2.** **胎儿表现**

(1)胎头未衔接或延迟衔接：临产后胎头高浮，宫口扩张5cm 以上胎头仍未衔接或才衔接为衔接 异常，提示入口平面有严重的头盆不称或胎头位置异常。

(2)胎位异常：胎头位置异常是导致头位难产的首要原因，有胎方位衔接异常如高直位、不均倾 位，有内旋转受阻如持续性枕后位及枕横位，胎头姿势异常如胎头仰伸呈前顶先露、额先露及面先露， 胎头侧屈呈前不均倾。胎头位置异常使胎头下降受阻，宫颈扩张延缓、停滞，继发宫缩乏力。

(3)胎头水肿或血肿：产程进展缓慢或停滞时，胎头先露部位软组织长时间受产道挤压或牵拉使 骨膜下血管破裂，形成胎头水肿(又称产瘤)或头皮血肿。

(4)胎儿颅骨缝过度重叠：分娩过程中，通过颅骨缝轻度重叠，可以缩小胎头体积，有利于胎儿娩 出。但骨产道狭窄致产程延长时，胎儿颅骨缝过度重叠，表明存在明显头盆不称。

(5)胎儿窘迫：产程延长，尤其第二产程延长，导致胎儿缺氧，胎儿代偿能力下降或失代偿可出现 胎儿窘迫征象。

**3.** **产程异常**

(1)潜伏期延长(prolonged latent phase):从临产规律宫缩开始至活跃期起点(4~6cm)称为潜伏 期。初产妇>20小时、经产妇>14小时称为潜伏期延长。

(2)活跃期异常：包括活跃期延长(protracted active phase)和活跃期停滞(arrested active phase)。

1)活跃期延长：从活跃期起点(4～6cm) 至宫颈口开全称为活跃期。活跃期宫颈口扩张速度 <0.5cm/h 称为活跃期延长。

2)活跃期停滞：当破膜且宫颈口扩张≥6cm 后，若宫缩正常，宫颈口停止扩张≥4小时；若宫缩欠 佳，宫颈口停止扩张≥6小时称为活跃期停滞。

(3)第二产程异常：包括胎头下降延缓(protracted descent)、胎头下降停滞(arrested descent)和第 二产程延长(protracted second stage)。

1)胎头下降延缓：第二产程初产妇胎头先露下降速度<1cm/h,经产妇<2cm/h,称为胎头下降 延缓。

2)胎头下降停滞：第二产程胎头先露停留在原处不下降>1小时，称为胎头下降停滞。

3)第二产程延长：初产妇>3小时，经产妇>2小时(硬膜外麻醉镇痛分娩时，初产妇>4小时，经产 妇>3小时),产程无进展(胎头下降和旋转),称为第二产程延长。

**【处理】**

原则应以预防为主，应综合评估子宫收缩力、胎儿大小与胎位、骨盆大小以及头盆关系是否相称

等，综合分析决定分娩方式。

**1.** **阴道试产** 若无明显的头盆不称，原则上应尽量阴道试产。为了避免随意诊断难产，应注意： ① 第一产程宫颈扩张4cm之前，不应诊断难产；②人工破膜和缩宫素使用后，方可诊断难产。试产过 程中，若出现产程异常，根据不同情况及时处理。

(1)潜伏期延长：由于难以确定准确的临产时间而使潜伏期延长的诊断很困难。潜伏期延长不 是剖宫产的指征。宫颈口开大0~3cm 而潜伏期超过8小时，可予哌替啶100mg 肌内注射，以纠正不 协调性子宫收缩，缓解宫缩引起的疼痛，让产妇充分休息后，常常能进入活跃期。如用镇静剂后宫缩 无改善，可给予缩宫素静滴。宫颈口开大≥3cm 而2～4小时宫颈扩张无进展，应给予人工破膜和缩 宫素静脉滴注加强产力，以促进产程进展。

(2)活跃期异常：活跃期延长时，首先应做阴道检查详细了解骨盆情况及胎方位，若无明显头盆 不称及严重的胎头位置异常，可行人工破膜，然后给予缩宫素静脉滴注加强产力，促进产程进展。发 现胎方位异常如枕横位或枕后位，可手转胎头矫正胎方位。活跃期停滞提示头盆不称，应行剖宫 产术。



第十三章 异 常 分 娩 **181**

(3)第二产程异常：第二产程异常时，要高度警惕头盆不称，需立即评估孕妇屏气用力情况、胎心 率、胎方位、骨盆、胎头位置高低、胎头水肿或颅骨重叠情况，若无头盆不称或严重胎头位置异常，可用 缩宫素加强产力；指导孕妇屏气用力；若胎头为枕横位或枕后位，可徒手旋转胎头为枕前位。若胎头 下降至≥+3水平，可行产钳或胎头吸引器助产术；处理后胎头下降无进展，胎头位置在≤+2水平以 上，应及时行剖宫产术。

2. 剖宫产 产程过程中一旦发现严重的胎位异常如胎头呈高直后位、前不均倾位、额先露及颏 后位，应停止阴道试产，立即行剖宫产术结束分娩。骨盆绝对性狭窄或胎儿过大、明显头盆不称、肩先 露或臀先露尤其是足先露时，应行择期剖宫产术。产力异常发生病理性缩复环或先兆子宫破裂时，不 论胎儿是否存活，应抑制宫缩同时行剖宫产术。产程中出现胎儿窘迫而宫口未开全，胎头位置在 ≤+2水平以上，也应考虑行剖宫产术。

(漆洪波)

**第二节** **产** **力** **异** **常**

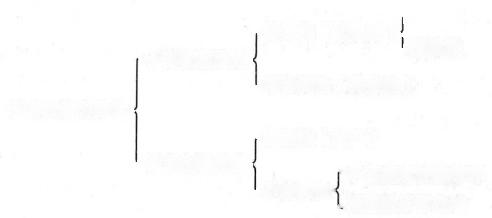
● 子宫收缩力异常包括协调性、不协调性宫缩乏力和宫缩过强。

● 协调性宫缩乏力处理原则是加强子宫收缩，不协调性宫缩乏力处理原则是调节子宫收缩。

● 协调性宫缩过强应预防为主，正确处理急产。不协调性宫缩过强的处理包括抑制强直性子宫收 缩，去除原因及使用镇静剂消除子宫痉挛性狭窄环。

子宫收缩力是临产后贯穿于分娩全过程的主要动力，具有节律性、对称性、极性及缩复作用的特 点。任何原因引发的子宫收缩的节律性、对称性及极性不正常或收缩力的强度、频率变化均称为子宫 收缩力异常，简称产力异常(abnormal uterine action)。

临床上子宫收缩力异常主要有两类：子宫收缩乏力，简称宫缩乏力(uterine inertia)及子宫收缩过 强，简称宫缩过强(图13-1),每类又分为协调性子宫收缩异常和不协调性子宫收缩异常。

协调性(低张性) 原发性

子宫收缩乏力 ·

继发性

不协调性(高张性)

子宫收缩力异常

协调性(急产)

子宫收缩过强 ·

子宫痉挛性狭窄环 不协调性{

.强直性子宫收缩

图13-1 子宫收缩力异常的分类

**一** **、子宫收缩乏力**

**【病因】**

影响子宫收缩功能的因素出现异常均会引起子宫收缩乏力。

**1.** **子宫肌源性因素** 任何影响子宫肌纤维正常收缩能力的因素，如子宫肌纤维过度伸展(如羊 水过多、巨大胎儿、多胎妊娠等)、子宫畸形、子宫肌瘤、子宫腺肌症、经产妇、高龄产妇等均可导致子宫 收缩乏力。

**2.** **头盆不称或胎位异常** 由于胎头下降受阻，先露部不能紧贴子宫下段及宫颈内口，不能刺激 子宫收缩。

**3.** **内分泌失调** 分娩启动后，胎先露衔接异常的产妇体内乙酰胆碱、缩宫素及前列腺素合成及

182



第十三章 异常分娩

释放减少，或缩宫素受体量少以及子宫对宫缩物质的敏感性降低，胎儿、胎盘合成与分泌硫酸脱氢表 雄酮量较少，致宫颈成熟度欠佳，均可直接或间接导致子宫收缩乏力。

4. 精神源性因素产妇对分娩有恐惧、紧张等精神心理障碍使大脑皮质功能紊乱，待产时间久、 过于疲劳、睡眠减少、体力过多消耗、膀胱过度充盈、水及电解质紊乱，均可导致原发性宫缩乏力。

5. 其他在产程早期大剂量使用宫缩抑制剂及解痉、镇静、镇痛剂，可直接抑制子宫收缩。

【临床表现及诊断】

1. 协调性子宫收缩乏力 又称低张性子宫收缩乏力(hypotonic uterine inertia)。特点为子宫收缩 节律性、对称性和极性均正常，仅收缩力弱，压力低于180Montevideo单位，宫缩<2次/10分钟，持续时 间短，间歇期较长。宫缩高峰时，子宫没有隆起，按压时有凹陷。

根据宫缩乏力的发生时期分为：①原发性宫缩乏力：产程早期出现的宫缩乏力；②继发性宫缩 乏力：产程早期宫缩正常，在进展到第一产程活跃期后期或第二产程后宫缩强度减弱，使产程延长 或停滞，多伴有胎位或骨盆异常。协调性宫缩乏力多为继发性宫缩乏力，此种宫缩乏力对胎儿的 影响并不大。

2. 不协调性子宫收缩乏力 又称高张性子宫收缩乏力(hypertonic uterine inertia)。表现特点为 宫缩失去正常的节律性、对称性，尤其是极性，宫缩的兴奋点来自子宫下段一处或多处，节律不协调、 高频率的宫缩波自下而上扩散，不能产生向下的合力，致使宫缩时宫底部较子宫下段弱，宫缩间歇期 子宫不能很好地松弛，使宫口扩张受限，胎先露不能如期下降，为无效宫缩。产妇可出现持续性腹痛、 腹部拒按、烦躁不安，严重时可出现水及电解质紊乱、尿潴留、肠胀气、胎盘-胎儿循环障碍及静息宫内 压升高，胎心异常。此种宫缩多为原发性宫缩乏力。

**【对产程及母儿影响】**

1. 对产程的影响 宫缩乏力使产程进展缓慢甚至停滞。原发性宫缩乏力引起潜伏期延长，继发 性宫缩乏力根据其发生时限不同，分别导致第一、二产程延长或停滞。

2. 对产妇的影响 产程延长产妇休息不好、精神与体力消耗；呻吟和过度换气、进食减少，可出 现精神疲惫、乏力、排尿困难及肠胀气。严重者引起产妇脱水、低钾血症或酸中毒，最终影响子宫收 缩，手术产率增加。第二产程延长可因产道受压过久，发生产后尿潴留，受压组织长期缺血，继发水 肿、坏死，软产道受损，形成生殖道瘘。同时，易导致产后出血和产褥感染。

3. 对胎儿的影响 不协调性宫缩乏力时子宫收缩间歇期子宫壁不能完全松弛，对子宫胎盘循环 影响大，易发生胎儿窘迫；产程延长使胎头及脐带等受压时间过久，手术助产机会增加，易导致新生儿 窒息、产伤、颅内出血及吸入性肺炎等。

**【处理】**

1. 协调性子宫收缩乏力 应首先明确病因；阴道检查宫口扩张和胎先露下降情况，及时发现有 无头盆不称或胎位异常，若估计不能经阴道分娩者，应及时行剖宫产术。无头盆不称和胎位异常，无 胎儿窘迫征象，估计能经阴道分娩者，则应加强宫缩。

(1)第一产程

1)一般处理：解除产妇对分娩的心理顾虑与紧张情绪，指导其休息、饮食及大小便，及时补充膳 食营养及水分等，必要时可静脉补充营养及水分和给予导尿等措施。对潜伏期出现的宫缩乏力，可用 强镇静剂如哌替啶100mg 或吗啡10mg 肌内注射，绝大多数潜伏期宫缩乏力者在充分休息后可自然转 入活跃期。

2)加强宫缩

① 人工破膜：适用于宫口扩张≥3cm、无头盆不称、胎头已衔接而产程延缓者。破膜可使胎头直接 紧贴子宫下段及宫颈内口，反射性引起子宫收缩，加速产程进展。注意破膜前要检查胎儿有无脐带先 露，人工破膜时机应在宫缩间歇期，破膜后要注意检查有无脐带脱垂，同时观察羊水量、性状和胎心变 化。破膜后宫缩仍未改善者可考虑应用缩宫素加强宫缩。



第十三章 异 常 分 娩

**183**

②缩宫素静脉滴注：适用于协调性宫缩乏力、胎心良好、胎位正常、头盆相称者。原则是以最小浓 度获得最佳宫缩， 一般将缩宫素2.5U 配制于0.9%生理盐水500ml 中，从1～2mU/min 开始，根据宫 缩强弱进行调整，调整间隔为15～30分钟，每次增加1～2mU/min 为宜，最大给药剂量通常不超过 20mU/min, 维持宫缩时宫腔内压力达50～60mmHg, 宫缩间隔2～3分钟，持续40～60秒。对于不敏 感者，可酌情增加缩宫素给药剂量。

应用缩宫素时，应有医师或助产士在床旁守护，监测宫缩、胎心、血压及产程进展等状况。评估宫 缩强度的方法有3种：①触诊子宫；②电子胎心监护；③宫腔内导管测量子宫收缩力，计算Montevideo 单位(MU),MU 的计算是将10分钟内每次宫缩产生的压力(mmHg) 相加而得。 一般临产时宫缩强度 为80～120MU, 活跃期宫缩强度为200～250MU, 应用缩宫素促进宫缩时必须达到200～300MU, 才能 引起有效宫缩。若10分钟内宫缩>5次、持续1分钟以上或胎心率异常，应立即停止滴注缩宫素。外 源性缩宫素在母体血中的半衰期为1~6分钟，故停药后能迅速好转，必要时加用镇静剂。若发现血 压升高，应减慢缩宫素滴注速度。由于缩宫素有抗利尿作用，水的重吸收增加，可出现尿少，需警惕水 中毒的发生。有明显产道梗阻或伴瘢痕子宫者不宜应用。

(2)第二产程：宫缩乏力若无头盆不称应静脉滴注缩宫素加强宫缩，同时指导产妇配合宫缩屏气 用力；母儿状况良好，胎头下降至≥+3水平，可等待自然分娩或行阴道助产分娩；若处理后胎头下降 无进展，胎头位置在≤+2水平以上，应及时行剖宫产术。

(3)第三产程：胎肩娩出后可立即将缩宫素10～20U 加入25%葡萄糖液20ml 内静脉推注，预防 产后出血。对产程长、破膜时间久及手术产者，应给予抗生素预防感染。

**2.** **不协调性子宫收缩乏力** 处理原则为调节子宫不协调收缩，使其恢复正常节律性及极性。可 给予哌替啶100mg 或吗啡10mg 肌内注射，经充分休息多可恢复为协调性子宫收缩，若此时宫缩仍较 弱，按协调性宫缩乏力处理。在子宫收缩未恢复为协调性之前，严禁使用缩宫剂。对伴有胎儿窘迫征 象及头盆不称者或应用镇静剂后宫缩仍不协调，应考虑行剖宫产术。

**二、子宫收缩过强**

**【临床表现及诊断)**

**1.** **协调性子宫收缩过强** 子宫收缩的节律性、对称性及极性均正常，仅子宫收缩力过强、过频。 若产道无阻力，产程常短暂，初产妇总产程<3小时分娩者，称为急产(precipitate delivery)。若存在产 道梗阻或瘢痕子宫，宫缩过强可发生病理缩复环(pathologic retraction ring)甚至子宫破裂。

**2.** **不协调性子宫收缩过强**

(1)强直性子宫收缩(tetanic contraction of uterus):子宫收缩失去节律性、无间歇，呈持续性强直 性收缩，常见于缩宫剂使用不当。产妇因持续性腹痛常有烦躁不安，腹部拒按，胎心听不清，不易查清 胎位。若合并产道梗阻，亦可出现病理缩复环、血尿等先兆子宫破裂征象。

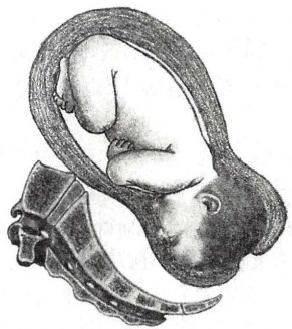
(2)子宫痉挛性狭窄环(constriction ring of uterus):子宫局部平滑肌持续不放松，痉挛性不协调性 收缩形成的环形狭窄。多因精神紧张、过度疲劳和不适当使用缩宫剂或粗暴实施阴道内操作所致。 狭窄环位于胎体狭窄部及子宫上下段交界处如胎儿颈部、腰部，不随宫缩上升，与病理性缩复环不同。 产妇可出现持续性腹痛，烦躁不安，胎心时快时慢，宫颈扩张缓慢，胎先露部下降停滞，手取胎盘时可 在宫颈内口上方直接触到此环(图13-2)。第三产程常造成胎盘嵌顿(placental incarceration)。

【对产程及母儿影响】

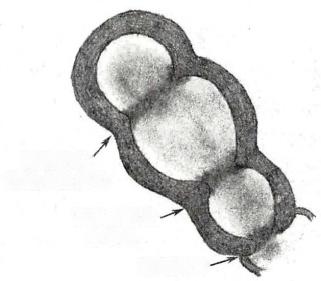
1. 对产妇的影响协调性子宫收缩过强可致急产，易造成软产道裂伤，甚至子宫破裂。不协调 性子宫收缩过强形成子宫痉挛性狭窄环或强直性子宫收缩时，可导致产程异常、胎盘嵌顿、产后出血、 产褥感染及手术产的概率增加。

2. 对胎儿的影响子宫收缩过强使子宫胎盘血流减少，子宫痉挛性狭窄环使产程延长，均易发 生胎儿窘迫、新生儿窒息甚至死亡。胎儿娩出过快，胎儿在产道内压力解除过快，致使新生儿颅内出

xmc



184 第十三章 异 常 分 娩



围绕胎体

比较小的部位

子宫上下段 ·

交界处

宫颈外口 ·

(1)狭窄环围绕胎颈 (2)狭窄环容易发生的部位 图13-2 子宫痉挛性狭窄环

血。接产准备不充分，新生儿易发生感染、骨折及外伤。

**【处理】**

1. 预防为主，寻找原因，仔细观察及时纠正异常。有急产史(包括家族有急产史)者应提前住院 待产，临产后慎用缩宫剂及各种加强宫缩的措施，包括灌肠、人工破膜等。提前做好接产及抢救新生 儿窒息的准备。

2. 发生强直性子宫收缩或子宫痉挛性狭窄环时，应当停止阴道内操作及缩宫剂使用。给予吸氧 的同时应用宫缩抑制剂，如特布他林或硫酸镁等，必要时使用哌替啶。若宫缩恢复正常则等待自然分 娩或阴道助产；若宫缩不缓解，已出现病理缩复环而宫口未开全，胎头位置较高或出现胎儿窘迫征象 者，应立即行剖宫产术；若胎死宫内，宫口已开全，使用药物缓解宫缩，随后以不损害母体为原则，阴道 助产处理死胎。

**第三节** **产** **道** **异** **常**

● 以骨产道异常为多见。中骨盆平面狭窄多合并骨盆出口平面狭窄。

● 产科检查结合骨盆测量评估骨盆大小是诊断狭窄骨盆的主要方法。

● 分娩时应明确狭窄骨盆的类型和程度，结合产力和胎儿因素综合判断，决定分娩方式。

● 生殖道发育异常、肿瘤等可导致软产道异常，使胎儿娩出受阻。

产道异常包括骨产道及软产道异常，以骨产道异常多见。产道异常使胎儿娩出受阻。分娩时应 通过产科检查，评估骨盆大小与形态，明确狭窄骨盆的类型和程度，并结合产力、胎儿等因素，综合判

定，决定分娩方式。

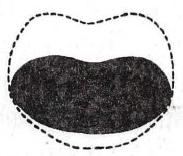
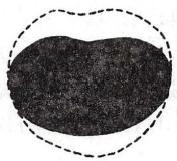
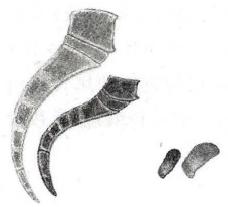
**一、骨产道异常**

骨盆径线过短或形态异常，致使骨盆腔小于胎先露部可通过的限度，阻碍胎先露部下降，影响产 程顺利进展，称为狭窄骨盆(contracted pelvis)。 狭窄骨盆可以为一个径线过短或多个径线同时过短， 也可以为一个平面狭窄或多个平面同时狭窄。当一个径线狭窄时，要观察同一个平面其他径线的大 小，再结合整个骨盆腔大小与形态进行综合分析，作出正确判断。

**【分类】**

**1.** **骨盆入口平面狭窄** **(contracted** **pelvic** **inlet)** 以扁平型骨盆为代表，主要为骨盆入口平面

笔记



**第十三章** **异** **常** **分** **娩** **185**

前后径狭窄。以对角径为主，分3级(表13-1)。扁平型骨盆常见以下两种类型：

**表13-1** **骨盆三个平面狭窄的分级**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **出口平面狭窄** | | | | | |
| **分级** | **入口平面狭窄** **对角径** | 中骨盆平面狭窄  **坐骨棘间径** | **坐骨棘间径+中** **骨盆后矢状径** | **坐骨结节**  间径 | **坐骨结节间径+** **出口后矢状径** |

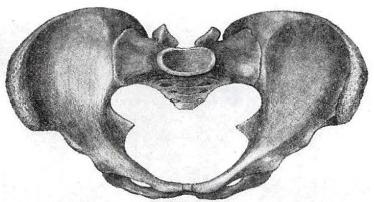
I级(临界性) 11.5cm 10cm 13.5cm 7.5cm 15.0cm

|  |
| --- |
| Ⅱ级(相对性) 10.0～11.0cm 8.5~9.5cm 12.0～13.0cm 6.0～7.0cm 12.0～14.0cm |

Ⅲ级(绝对性) ≤9.5cm ≤8.0cm ≤11.5cm ≤5.5cm ≤11.0cm

(1)单纯扁平骨盆：骨盆入口呈横扁圆形，骶岬向前下突出，使骨盆入口前后径缩短而横径正常 (图13-3)。

(2)佝偻病性扁平骨盆：骨盆入口呈横的肾形，骶岬向前突，骨盆入口前后径短。骶骨变直向后翘。 尾骨呈钩状突向骨盆出口平面。由于坐骨结节外翻，耻骨弓角度增大，骨盆出口横径变宽(图13-4)。



单纯扁平骨盆

图13-3

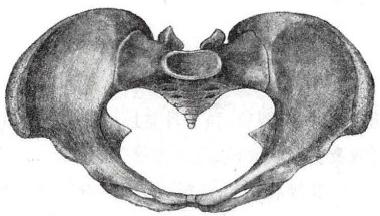


图13-4 佝偻病性扁平骨盆

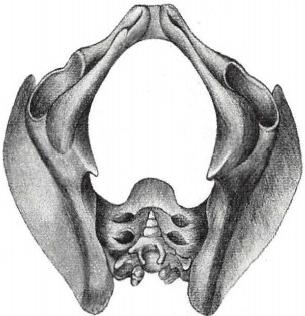
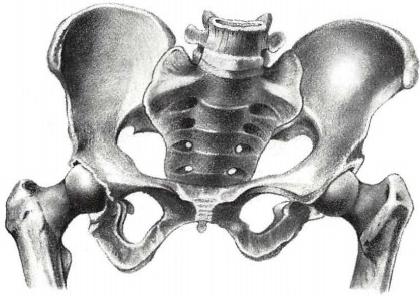
2. 中骨盆平面狭窄 (contracted midpelvis) 中骨盆平面狭窄较入口平面狭窄更常见，主要 见于男型骨盆及类人猿型骨盆，以坐骨棘间径和中骨盆后矢状径为主，分3级(表13-1)。

3. 骨盆出口平面狭窄(contracted pelvic outlet) 常与中骨盆平面狭窄相伴行，主要见于男 型骨盆，以坐骨结节间径及骨盆出口后矢状径狭窄为主，分3级(表13-1)。中骨盆平面和出口平面的 狭窄常见以下两种类型

(1)漏斗型骨盆(funnel shaped pelvis):骨盆入口各径线值正常，两侧骨盆壁内收，状似漏斗得名。 其特点是中骨盆及骨盆出口平面均明显狭窄，使坐骨棘间径和坐骨结节间径缩短，坐骨切迹宽度(骶 棘韧带宽度)<2横指，耻骨弓角度<90°,坐骨结节间径加出口后矢状径<15cm,常见于男型骨盆(图 13-5)。

(2)横径狭窄骨盆(transversely contracted pelvis):与类人猿型骨盆类似。骨盆各平面横径均缩 短，入口平面呈纵椭圆形(图13-6)。常因中骨盆及骨盆出口平面横径狭窄导致难产。

**4.** **骨盆三个平面狭窄** 骨盆外形属正常女型骨盆，但骨盆三个平面各径线均比正常值小2cm或 更多，称为均小骨盆(generally contracted pelvis),多见于身材矮小、体形匀称的妇女。



**第十三章** **异常分娩**

**186**

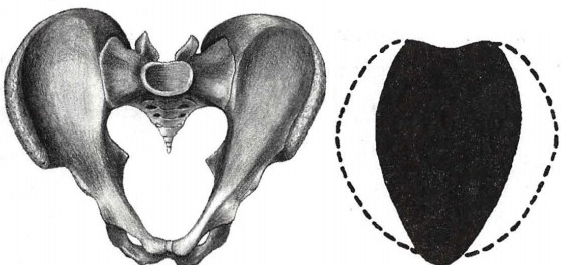


图13-5 漏斗型骨盆 图13-6 横径狭窄性骨盆

5. 畸形骨盆指骨盆失去正常形态及对称性，包括跛行及脊柱侧凸所致的偏斜骨盆和骨盆骨折

所致的畸形骨盆。偏斜骨盆的特征是骨盆两侧的

侧斜径(一侧髂后上棘与对侧髂前上棘间径)或侧

直径(同侧髂后上棘与髂前上棘间径)之差>1cm

(图13-7)。骨盆骨折常见于尾骨骨折使尾骨尖前

翘或骶尾关节融合使骨盆出口前后径缩短，导致骨

盆出口狭窄而影响分娩。

**【临床表现】**

**1.** **骨盆入口平面狭窄**

(1)胎先露及胎方位异常：狭窄骨盆孕产妇异

图13-7 偏斜骨盆

常胎位如臀先露、肩先露或面先露等发生率是正常骨

盆者3倍以上。头先露时头盆不称的发生率高，初产

妇多呈尖腹，经产妇呈悬垂腹，临产后胎头迟迟不入

盆，胎头跨耻征阳性；偶有胎头尚未衔接，但在阴道口见到胎头产瘤的假象，扁平骨盆且骨盆较浅时，产程 初期，胎头常呈不均倾位或仰伸位入盆，耻骨联合上方仍可触及胎头双顶径，误认为胎头位置低。

骨盆入口平面I 级临界性狭窄，绝大多数可经阴道分娩；Ⅱ级相对性狭窄，阴道分娩的难度明显 增加，胎儿不大且产力好，需经试产后才能决定是否可以经阴道分娩；Ⅲ级绝对性狭窄，必须行剖宫 产术。

(2)产程进展异常：根据骨盆狭窄程度、胎位情况、胎儿大小及产力强弱情况表现各异。当骨盆 入口平面狭窄而致相对性头盆不称时，常见潜伏期及活跃期早期产程延长，经充分试产， 一旦胎头衔 接，活跃晚期产程进展顺利。绝对性头盆不称，即使产力、胎儿大小及胎位均正常，胎头仍不能入盆， 常导致宫缩乏力及产程停滞，甚至出现梗阻性难产。

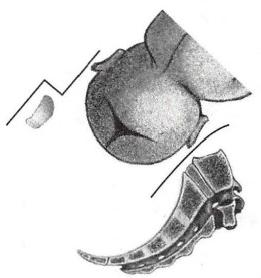
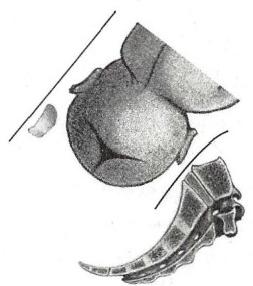
(3)其他：胎膜早破及脐带脱垂等分娩期发病率增高。偶有狭窄骨盆伴有宫缩过强和产道梗阻， 表现为腹痛拒按、排尿困难、尿潴留等症状。检查可发现产妇下腹压痛、耻骨联合分离、宫颈水肿，甚 至出现病理性缩复环、肉眼血尿等先兆子宫破裂征象，不及时处理可导致子宫破裂。

**2.** **中骨盆平面狭窄**

(1)胎方位异常：胎头衔接后下降至中骨盆平面时，由于中骨盆横径狭窄致使胎头内旋转受阻， 双顶径受阻于中骨盆狭窄部位，导致持续性枕后(横)位，经阴道分娩受阻。

(2)产程进展异常：胎头多于宫口近开全时完成内旋转，因持续性枕后(横)位引起继发性宫缩 乏力，多导致第二产程延长甚至停滞。

(3)其他：胎头受阻于中骨盆，强行通过以及手术助产矫正胎方位等易导致胎头发生变形，软组



第十三章 异 常 分 娩 **187**

织水肿，产瘤较大，严重者发生胎儿颅内出血、头皮血肿及胎儿窘迫等，阴道助产则可导致严重的会 阴、阴道损伤和新生儿产伤。严重的中骨盆狭窄、宫缩又较强，可发生先兆子宫破裂甚至子宫破裂。

**3.** **骨盆出口平面狭窄** 常与中骨盆平面狭窄并存。易致继发性宫缩乏力和第二产程停滞，胎头 双顶径不能通过骨盆出口平面。不宜强行阴道助产，否则会导致严重的软产道裂伤及新生儿产伤。

**【诊断】**

在分娩过程中，骨盆是个不变因素。在估计分娩难易时，骨盆是首先考虑的一个重要因素。在妊 娠期间应评估骨盆有无异常，有无头盆不称，及早做出诊断，以决定适当的分娩方式。

**1.** **病史询问** 产妇既往是否患佝偻病、脊柱和髋关节结核、脊髓灰质炎及骨外伤等，经产妇更应 详细询问既往分娩史、有无难产史或阴道助产、新生儿有无产伤史等。

**2.** **全身检查** 观察孕妇体形、步态有无异常。身高<145cm 者应警惕均小骨盆。注意有无脊柱 及髋关节畸形，米氏菱形窝是否对称。脊柱侧突或跛行者可伴有偏斜骨盆畸形。骨骼粗壮、颈部较短 者易合并漏斗型骨盆。米氏菱形窝对称但过扁者易伴有扁平骨盆、过窄者易伴有中骨盆狭窄，两髂后 上棘对称突出且狭窄者多是类人猿型骨盆特征；米氏菱形窝不对称、 一侧髂后上棘突出者则偏斜骨盆 可能性大。

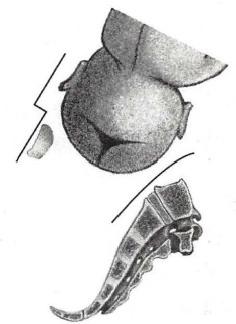
3. 腹部检查 观察腹部形态，初产妇呈尖腹者，可能提示有骨盆入口平面的狭窄。测量孕妇宫 高、腹围、四部触诊法评估胎先露、胎方位及先露部位是否衔接入盆，也可借助腹部超声检查等检查协 助诊断。临产后应持续观察评估胎头下降情况，有无胎头跨耻征阳性。

检查方法：嘱孕妇排空膀胱后仰卧，两腿伸直，检查者一手放在耻骨联合上方，另一手将胎头向盆 腔方向推压。

(1)胎头跨耻征阴性：胎头低于耻骨联合平面，提示胎头已衔接入盆；

(2)胎头跨耻征可疑阳性：胎头与耻骨联合平面在同一平面，提示可疑头盆不称；

(3)胎头跨耻征阳性：胎头高于耻骨联合平面，表示头盆不称(cephalopelvic disproportion,CPD) (图13-8)。



(1)头盆相称 (2)头盆可能相称 (3)头盆不称

图13-8 检查头盆相称程度

不能单凭胎头跨耻征阳性轻易做出临床诊断，头盆不称提示有骨盆相对性或绝对性狭窄可能。 头盆是否相称还与骨盆倾斜度和胎方位相关，所以需要观察产程进展或试产后方可做出最后诊断。

4. 骨盆测量主要通过产科检查评估骨盆大小。检查内容包括：测量对角径、中骨盆前后径、出 口前后径、出口后矢状径、坐骨结节间径及耻骨弓角度等；检查骶岬是否突出、坐骨切迹宽度、坐骨棘 凸出程度、骶凹弧度及骶尾关节活动度等。骨盆各平面径线小于正常值2cm 或以上为均小骨盆。对 角径<11.5cm, 骶岬突出为骨盆入口平面狭窄，属扁平骨盆。坐骨切迹宽度间接反映中骨盆后矢状径 大小，中骨盆平面狭窄及骨盆出口平面狭窄往往同时存在，因此通过测定坐骨结节间径、出口后矢状

188

笔记

第十三章 异 常 分 娩

径、耻骨弓角度、坐骨棘凸出程度及坐骨切迹宽度，间接判断中骨盆狭窄程度；坐骨结节间径<8cm, 坐 骨结节间径与出口后矢状径之和<15cm, 耻骨弓角度<90°,坐骨切迹宽度<2横指时，为中骨盆平面和 出口平面狭窄，属漏斗型骨盆。

5. 胎位及产程动态监测 预示狭窄骨盆的以下情况应当警惕：初产妇临产后胎头尚未衔接或呈 臀先露、肩先露等异常胎先露，或头先露呈不均倾位衔接，或胎头内旋转受阻以及产力、胎位正常而产 程进展缓慢时。应及时检查评估，根据头盆相称程度确定是否可经阴道试产。

【对产程及母儿影响】

1. 对产程的影响 狭窄骨盆可使产程延长及停滞。骨盆入口狭窄影响胎先露部衔接，容易发生 胎位异常；中骨盆狭窄可使胎头下降延缓、胎头下降停滞、活跃期及第二产程延长；骨盆出口狭窄可使 胎头下降停滞、第二产程延长。

2. 对产妇的影响 若为骨盆入口平面狭窄，影响胎先露部衔接，容易发生胎位异常。若为中骨 盆平面狭窄，影响胎头内旋转，容易发生持续性枕横位或枕后位。胎先露部下降受阻多导致继发性宫 缩乏力，产程延长或停滞，使手术助产、软产道裂伤及产后出血增多；产道受压过久，可形成尿瘘或粪 瘘；严重梗阻性难产伴宫缩过强形成病理缩复环，可致先兆子宫破裂甚至子宫破裂；因胎膜早破、手术 助产增加以及产程异常行阴道检查次数过多，产褥感染机会亦增加。

**3.** **对胎儿及新生儿的影响** 骨盆入口狭窄导致胎头高浮，使胎膜早破、脐带先露及脐带脱垂机 会增多；产程延长，胎头在产道受压过久，易发生胎儿缺血缺氧；胎儿强行通过狭窄产道或手术助产， 易引起颅内出血及其他新生儿产伤、感染等疾病。

**【分娩处理】**

骨盆绝对性狭窄已很少见，临床多见的是骨盆临界性或相对性狭窄。分娩时应明确狭窄骨盆的 类型和程度，了解产力、胎方位、胎儿大小、胎心率、宫口扩张程度、胎先露下降程度、破膜与否，同时结 合年龄、产次、既往分娩史进行综合分析、判断，决定分娩方式。

1. 骨盆入口平面狭窄的处理

(1)绝对性骨盆入口狭窄：对角径≤9.5cm, 应行剖宫产术结束分娩。

(2)相对性骨盆入口狭窄：对角径10.0～11.0cm,而胎儿大小适宜，产力、胎位及胎心均正常时， 可在严密监护下进行阴道试产。试产充分与否的判断，除参考宫缩强度外，应以宫口扩张程度为衡量 标准。骨盆入口狭窄的试产可等到宫口扩张至4cm 以上。胎膜未破者可在宫口扩张≥3cm 时行人工 破膜。若破膜后宫缩较强，产程进展顺利，多数能经阴道分娩。试产过程中若出现宫缩乏力，可用缩 宫素静脉滴注加强宫缩。试产后胎头仍迟迟不能入盆，宫口扩张停滞或出现胎儿窘迫征象，应及时行 剖宫产术结束分娩。

2. 中骨盆平面狭窄的处理中骨盆平面狭窄主要导致胎头俯屈及内旋转受阻，易发生持续性枕 横位或枕后位。产妇多表现活跃期或第二产程延长及停滞、继发性宫缩乏力等。若宫口开全，胎头双 顶径达坐骨棘水平或更低，可经阴道徒手旋转胎头为枕前位，待其自然分娩，或行产钳助产或胎头吸 引术助产。若胎头双顶径未达坐骨棘水平，或出现胎儿窘迫征象，应行剖宫产术结束分娩。

3. 骨盆出口平面狭窄的处理骨盆出口平面狭窄阴道试产应慎重。临床上常用坐骨结节间径 与出口后矢状径之和估计出口大小。若两者之和>15cm, 多数可经阴道分娩，有时需行产钳助产或胎 头吸引术助产。若两者之和≤15cm, 足月胎儿不易经阴道分娩，应行剖宫产术结束分娩。

**4.** **均小骨盆的处理** 若估计胎儿不大，产力、胎位及胎心均正常，头盆相称，可以阴道试产。若 胎儿较大，头盆不称，应及时行剖宫产术。

**5.** **畸形骨盆的处理** 根据畸形骨盆种类、狭窄程度、胎儿大小、产力等情况具体分析。若畸形严 重，明显头盆不称者，应及时行剖宫产术。

**二、软产道异常**

软产道由阴道、宫颈、子宫下段及骨盆底软组织构成。软产道异常同样可致异常分娩。软产道异



第十三章 异 常 分 娩 **189**

常可由先天发育异常及后天疾病因素引起。

**【阴道异常】**

**1.** **阴道横隔** 多位于阴道上、中段，在横隔中央或稍偏一侧常有一小孔，易被误认为宫颈外口。 在分娩时应仔细检查。阴道横隔影响胎先露部下降，当横隔被撑薄，此时可在直视下自小孔处将横隔 作 X 形切开。待分娩结束再切除剩余的隔，用可吸收线间断或连续锁边缝合残端。若横隔高且坚厚， 阻碍胎先露部下降，则需行剖宫产术结束分娩。

2. 阴道纵隔 阴道纵隔若伴有双子宫、双宫颈，位于一侧子宫内的胎儿下降，通过该侧阴道分娩 时，纵隔被推向对侧，分娩多无阻碍。当阴道纵隔发生于单宫颈时，有时纵隔位于胎先露部的前方，胎 先露部继续下降，若纵隔薄可自行断裂，分娩无阻碍。若纵隔厚阻碍胎先露部下降时，须在纵隔中间 剪断，待分娩结束后，再剪除剩余的隔，用可吸收线间断或连续锁边缝合残端。

3. 阴道包块包括阴道囊肿、阴道肿瘤和阴道尖锐湿疣。阴道壁囊肿较大时，阻碍胎先露部下 降，此时可行囊肿穿刺抽出其内容物，待分娩后再选择时机进行处理。阴道内肿瘤阻碍胎先露部下降 而又不能经阴道切除者，应行剖宫产术，原有病变待分娩后再行处理。较大或范围广的尖锐湿疣可阻 塞产道，阴道分娩可能造成严重的阴道裂伤，以行剖宫产术为宜。

**【宫颈异常】**

**1.** **宫颈粘连和瘢痕** 宫颈粘连和瘢痕可为损伤性刮宫、感染、手术和物理治疗所致。宫颈粘连 和瘢痕易致宫颈性难产。轻度的宫颈膜状粘连可试行粘连分离、机械性扩展或宫颈放射状切开，严重 的宫颈粘连和瘢痕应行剖宫产术。

2. 宫颈坚韧 常见于高龄初产妇，宫颈成熟不良，缺乏弹性或精神过度紧张使宫颈挛缩，宫颈不 易扩张。分娩时可于宫颈两侧各注入0.5%利多卡因5～10ml,若不见缓解，应行剖宫产术。

3. 宫颈水肿 多见于扁平骨盆、持续性枕后位或潜伏期延长，宫口未开全时过早使用腹压，致使宫 颈前唇长时间被压于胎头与耻骨联合之间，血液回流受阻引起水肿，影响宫颈扩张。轻者可抬高产妇臀 部，减轻胎头对宫颈压力，也可于宫颈两侧各注入0.5%利多卡因5～10ml,待宫口近开全时，用手将水肿 的宫颈前唇上推，使其逐渐越过胎头，即可经阴道分娩。若经上述处理无明显效果，可行剖宫产术。

4. 宫颈癌 癌肿质硬而脆，经阴道分娩易致宫颈裂伤、出血及癌肿扩散，应行剖宫产术。

**【子宫异常】**

**1.** **子宫畸形** 包括纵隔子宫、双子宫、双角子宫等，子宫畸形时难产发生概率明显增加；胎位和 胎盘位置异常的发生率增加；易出现子宫收缩乏力、产程异常、宫颈扩张慢和子宫破裂。子宫畸形合 并妊娠者，临产后应严密观察，适当放宽剖宫产手术指征。

**2.** **瘢痕子宫** 包括曾经行剖宫产、穿过子宫内膜的肌瘤挖除、输卵管间质部及宫角切除、子宫成 形等手术后形成的瘢痕子宫，这类妇女再孕分娩时子宫破裂的风险增加。由于初次剖宫产后再孕分 娩者增加，应当注意并非所有曾行剖宫产者再孕后均须剖宫产。剖宫产术后再次妊娠阴道分娩应根 据前次剖宫产术式、指征、术后有无感染、术后再孕间隔时间、既往剖宫产次数、有无紧急剖宫产的条 件以及本次妊娠胎儿大小、胎位、产力及产道情况等综合分析决定。若只有一次剖宫产史、切口为子 宫下段横切口、术后无感染、两次分娩间隔时间超过18个月，且胎儿体重适中时，剖宫产术后再次妊 娠阴道试产成功率较高，详情见第十二章第五节附“剖宫产术后再次妊娠阴道分娩”。

**【盆腔肿瘤】**

**1.** **子宫肌瘤** 较小的肌瘤且无阻塞产道可经阴道分娩，肌瘤待分娩后再行处理。子宫下段及宫 颈部位的较大肌瘤可占据盆腔或阻塞骨盆入口，阻碍胎先露部下降，宜行剖宫产术。

**2.** **卵巢肿瘤** 妊娠合并卵巢肿瘤时，由于卵巢随子宫提升，子宫收缩的激惹和胎儿先露部下降 的挤压，卵巢肿瘤容易发生蒂扭转、破裂。卵巢肿瘤位于骨盆入口阻碍胎先露衔接者，应行剖宫产术， 并同时切除卵巢肿瘤。



**190** 第十三章 异 常 分 娩

**第四节** **胎** **位** **异** **常**

● 持续性枕后(横)位、高直前位可阴道试产。

● 持续性颏横位、高直后位及肩先露应行剖宫产术。

● 根据臀先露类型、骨盆大小、胎儿大小等，决定臀先露的分娩方式。

胎位异常(abnormal fetal position)是造成难产的主要因素，包括头先露、臀先露及肩先露等胎位异 常。以胎头为先露的难产，又称头位难产，是最常见的胎位异常。

**一、持续性枕后位、枕横位**

当胎头以枕后位或枕横位衔接，胎头双顶径抵达中骨盆平面时完成内旋转动作，大多数能向前转 成枕前位，胎头得以最小径线通过骨盆最窄平面顺利经阴道自然分娩。若经充分试产，胎头枕部不能 转向前方，仍位于母体骨盆后方或侧方，致使分娩发生困难者，称为持续性枕后位(persistent occiput posterior position)或持续性枕横位(persistent occiput transverse position)。发生率约占分娩总数的5%。

**【原因】**

1. 骨盆异常与胎头俯屈不良 多见于男型骨盆与类人猿型骨盆入口平面前半部较狭窄，后半部 较宽，可以枕后位或枕横位衔接入盆。这两种类型的骨盆多伴有中骨盆狭窄，阻碍胎头内旋转，容易 发生持续性枕后位或枕横位。扁平骨盆及均小骨盆容易使胎头以枕横位衔接，伴胎头俯屈不良、内旋 转困难，使胎头枕横位，胎头嵌顿在中骨盆形成持续性枕横位。

2. 其他异常 宫颈肌瘤、头盆不称、前置胎盘、子宫收缩乏力、胎儿过大或过小以及胎儿发育异 常等均可影响胎头俯屈及内旋转，形成持续性枕后位或枕横位。

**【诊断】**

1. 临床表现 分娩发动后胎头枕后位衔接导致胎头俯屈不良及下降缓慢，宫颈不能有效扩张及 反射性刺激内源性缩宫素释放，易致协调性宫缩乏力，第二产程延长。当出现持续性枕后位时，初产 妇的分娩时间平均增加2小时，而经产妇平均增加1小时。此外，由于胎儿枕部压迫直肠，产妇自觉 肛门坠胀及排便感，宫口尚未开全时过早运使用腹压，产妇体力消耗过大，宫颈前唇水肿，使胎头下降 延缓或停滞，产程延长。若在阴道口见到胎发，经过多次宫缩屏气不见胎头继续下降时，应考虑持续 性枕后位可能。

2. 腹部检查 前腹壁容易触及胎儿肢体，胎背偏向母体后方或侧方，且胎心多易在胎儿肢体侧 闻及。

3. 阴道检查及肛门检查枕后位时盆腔后部空虚。查明胎头矢状缝与骨盆横径一致，后囟位于 骨盆左侧，为枕左横位；若后囟在右侧方为枕右横位。胎头矢状缝位于骨盆左斜径，前囟在骨盆右前 方，后囟在骨盆左后方为枕左后位，反之为枕右后位。因胎头俯屈差，前囟常低于后囟(图13-9)。若 宫口开全，因胎头产瘤、胎头水肿、颅骨重叠时，触不清颅缝及囟门，借助胎儿耳廓及耳屏位置及方向 判定胎方位。可借助肛门检查了解骨盆后部情况，协助确定胎方位。肛门检查前用消毒纸覆盖阴道 口避免粪便污染，检查者戴手套用右手示指蘸润滑剂伸入直肠内检查。

4. 超声检查 通过超声探测胎头枕部及眼眶方位即可明确胎头的位置。

**【分娩机制】**

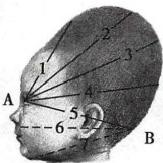
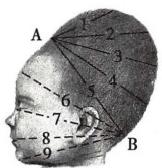
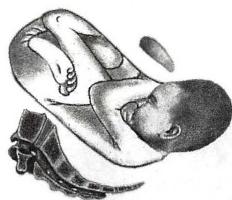
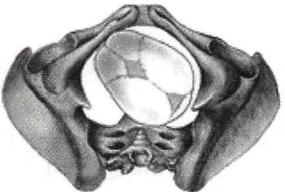
无头盆不称的情况，大多数枕后位及枕横位在强有力的宫缩作用下，可使胎头枕部向前旋转

90°~135°成为枕前位。若分娩过程中不能自然转为枕前位者，其分娩机制有：

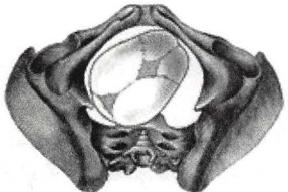
**1.** **枕后位** 左或右枕后位内旋转时向后旋转45°成正枕后位(occiput directly posterior),其分娩

0笔记

方式有：



**第** **十** **三** **章** **异** **常** **分** **娩** 191



(1)枕左后位

(2)枕右后位

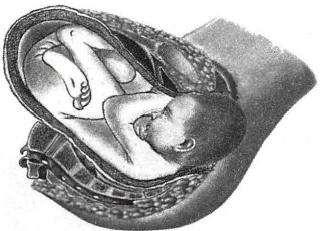


(3)枕左横位 (4)枕右横位 图13-9 持续性枕后位、枕横位

(1)俯屈较好：枕后位经阴道助产最常见的方式为，胎头继续下降至前囟抵达耻骨联合下时，以 前囟为支点，继续俯屈，自会阴前缘先娩出顶部及枕部，随后胎头仰伸，经过耻骨联合下后相继娩出 额、鼻、口、颏(图13-10)。

(2)俯屈不良：胎头以较大的枕额周径旋转，这种分娩方式较前者更加困难，除少数产力好、胎儿 小能以正枕后位自然娩出外， 一般均需手术助娩。往往胎头额部先拨露，当鼻根出现在耻骨联合下缘 时，以鼻根为支点，胎头先俯屈，使前囱、顶部及枕部相继从会阴前缘娩出，胎头再发生仰伸，自耻骨联 合下相继娩出额、鼻、口及颏(图13-10)。

2. 枕横位 一般能经阴道分娩，但多需用手或胎头吸引器(或产钳)协助将胎头转成枕前位后娩 出。部分枕横位在下降过程中由于内旋转受阻或枕后位仅向前旋转45°成为持续性枕横位时，应当



(1)枕后位以前囟为支点娩出(胎头俯屈较好)



(2)枕后位以鼻根为支点娩出(胎头俯屈不良)

图13-10 枕后位分娩机制



192 第 十 三 章 异 常 分 娩

警惕。

**【对产程及母儿影响】**

1. 对产程的影响持续性枕后(横)位易导致第二产程胎头下降延缓甚至停滞。若未及时处理 会导致第二产程延长。

**2.** **对母体的影响** 容易导致继发性宫缩乏力，引起产程延长。若胎头长时间压迫软产道，可发 生缺血坏死脱落；邻近脏器受压，如膀胱麻痹可致尿潴留，甚至发生生殖道损伤或瘘。阴道手术助产 机会增多，软产道裂伤、产后出血及产褥感染发生率高。

**3.** **对胎儿的影响** 第二产程延长及手术助产几率增加，易致胎儿窘迫和新生儿窒息等，使围产 儿死亡率增高。

**【处理】**

持续性枕后位、枕横位无骨盆异常、胎儿不大时，可试产，应严密观察产程，注意宫缩强度、宫口扩 张程度、胎头下降及胎心有无改变。

**1.** **第一产程**

(1)潜伏期：保证产妇充分休息与营养，可注射哌替啶。让产妇向胎儿肢体方向侧卧，以利胎头 枕部转向前方。若宫缩乏力，可使用缩宫素。

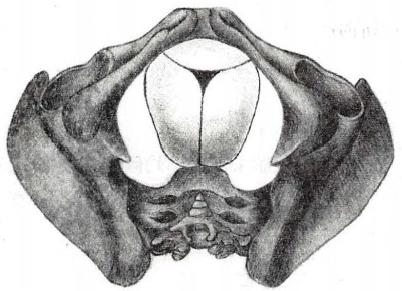
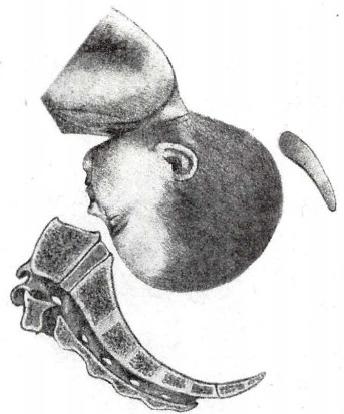
(2)活跃期：宫口开全之前不宜过早用力屏气。除外头盆不称后，在宫口开大3cm 后可行人工破 膜同时阴道检查，了解骨盆大小，静脉滴注缩宫素加强宫缩，可能经阴道分娩。如果在试产过程中出 现胎儿窘迫征象或经人工破膜、静脉滴注缩宫素等处理效果不佳，每小时宫口开大<0.5cm 或无进展 时，应行剖宫产术结束分娩。

2. 第二产程 若第二产程进展缓慢，初产妇已近2小时，经产妇已近1小时，应行阴道检查确定 胎方位。若S≥+3 (双顶径已达坐骨棘及以下)时，可先徒手将胎头枕部转向前方(图13-11)或用胎 头吸引器(或产钳)辅助将胎头转至枕前位后阴道助产。若转成枕前位困难，亦可向后转至正枕后位 产钳助产。若以枕后位娩出时，由于胎头俯屈差，往往以枕额径娩出，宜行较大的会阴后-侧切开术娩 出胎儿，以防会阴部裂伤。若第二产程延长而胎头双顶径仍在坐骨棘以上或S≤+2, 或伴胎儿窘迫 时，应考虑行剖宫产术。

3. 第三产程 做好抢救新生儿复苏准备，同时由于产程延长容易继发产后宫缩乏力，胎盘娩出后 应立即给予子宫收缩剂，以防发生产后出血。有软产道裂伤者，应及时修补，并给予抗生素预防感染。



图13-11 手转胎头内旋转



第十三章 异 常 分 娩 **193**

**二、** **胎头高直位**

胎头以不屈不仰姿势衔接入盆，其矢状缝与骨盆入口前后径相一致，称为胎头高直位(sincipital presentation)。 胎头高直位包括：①高直前位：指胎头枕骨向前靠近耻骨联合者，又称枕耻位(occipito- pubic position);②高直后位：指胎头枕骨向后靠近骶岬者，又称枕骶位(occipitosacral position)。 约占 分娩总数的1%。胎头高直位对母儿危害较大，应妥善处理。

**【诊断】**

1. 临床表现由于临产后胎头不俯屈，进入骨盆入口的胎头径线增大，入盆困难，活跃期宫口扩

张延缓或停滞。若胎头一直不能衔接入盆，表现为活

跃期停滞。高直后位时，胎头不下降，不能通过骨盆入

口，先露部高浮，活跃期延缓或停滞，即使宫口能够开

全，胎头高浮易发生第二产程延长、先兆子宫破裂或子

宫破裂等。

2. 腹部检查 胎头高直前位时，胎背占据腹前

壁，不易触及胎儿肢体，胎心位置稍高靠近腹中线。胎

头高直后位时，胎儿肢体占据腹后壁，有时可能在耻骨

联合上方触及胎儿下颏。

**3.** **阴道检查** 因胎头嵌顿于骨盆入口，宫口很难

开全，常停滞在3～5cm。 胎头矢状缝在骨盆入口的前

后径上，其偏斜度不应超过15°。高直前位(图13-12)

时后囟在耻骨联合后，前囟在骶骨前，反之则为高直

后位。

**4.** **超声检查** 高直前位及高直后位的胎头双顶

径均与骨盆入口横径一致。高直后位时可在耻骨联合

上方探及胎儿眼眶反射；高直前位时可在母腹壁正中

探及胎儿脊柱。

**【分娩机制】**

胎头高直前位临产后，胎头有俯屈的余地，极度俯

屈的胎儿枕骨下部支撑在耻骨联合后方支点上。首先

是前囟滑过骶岬，然后额部沿骶骨下滑入盆衔接，胎头

不断下降，双顶径达坐骨棘平面以下，待胎头极度俯屈

图13-12 胎头高直前位

姿式纠正后，胎头不需内旋转，可按正枕前位分娩，或

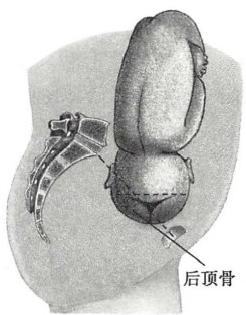
仅转45°,以枕前位分娩。相反，高直后位时胎儿脊柱与母体脊柱相贴，较长的胎头矢状缝不能通过较 短的骨盆入口前后径，妨碍胎头俯屈和下降，使胎头高浮无法入盆，即使完成入盆也难以旋转180°变 为枕前位，因而很难经阴道分娩。

**【处理】**

高直前位时，若无骨盆狭窄、胎儿正常大小、产力强，应给予阴道试产机会。加强宫缩同时指导其 侧卧或半卧位，促进胎头衔接、下降。若试产失败或伴明显骨盆狭窄，应行剖宫产分娩。高直后位一 经确诊，应行剖宫产术。

**三、前不均倾位**

枕横位入盆的胎头侧屈以其前顶骨先入盆的一种异常胎位，称前不均倾位(anterior asynclitism)。 发生率为0.5%～0.8%。易发生在头盆不称、骨盆倾斜度过大、腹壁松弛时。



194 第十三章 异 常 分 娩

【诊断】

1. 临床表现因后顶骨入盆困难，使胎头下降停滞，产程延长。若膀胱颈受压于前顶骨与耻骨 联合之间，产妇可能会过早出现排尿困难、尿潴留等。

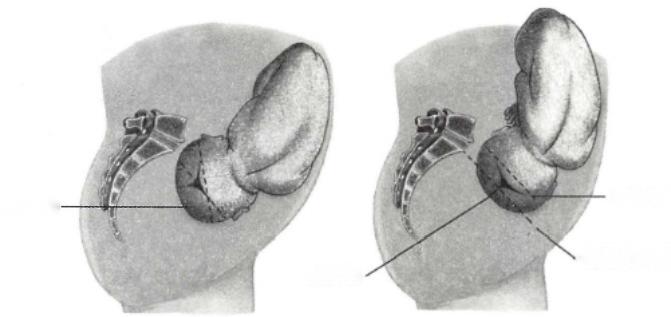
2. 腹部检查随前顶骨入盆，后顶骨不能入盆，胎头折叠于胎肩之后，在耻骨联合上方不易触及 胎头，形成胎头已衔接入盆的假象。

3. 阴道检查及肛门检查胎头矢状缝与骨盆入口横径方向一致，矢状缝向后移靠近骶岬侧。后 顶骨的大部分尚在骶岬之上，致使盆腔后半部空虚。而前顶骨紧嵌于耻骨联合后方，宫颈前唇因受压 出现水肿，尿道亦因受压导致插入导尿管困难。可借助肛门检查了解骨盆后部情况，协助确定胎 方位。

**【分娩机制】**

前不均倾位时，因耻骨联合后面直而无凹陷，前顶骨紧紧嵌顿于耻骨联合后，使胎头不能正常衔

接入盆，故需剖宫产术(图13-13)。

前顶骨

枕额面

骨盆入口面

矢状缝

(1)前不均倾 (2)均倾 (3)后不均倾

图13-13 胎头前不均倾位入盆

**【处理】**

尽量避免胎头以前不均倾位衔接临产，产程早期产妇宜取坐位或半卧位，以减小骨盆倾斜度。 一 旦发现前不均倾位，除个别胎儿小、骨盆宽大、宫缩强、给予短时间试产外，均应尽快以剖宫产结束 分娩。

四 、面 先 露

面先露(face presentation)是指胎头以极度仰伸的姿势通过产道，使胎儿枕部与胎背接触，以颜面 为先露，多于临产后发现。发病率为0.8%～2.7%,经产妇多于初产妇。面先露以颏骨为指示点，有

颏左前位、颏左后位、颏右前位、颏右后位、颏左横位、颏右横位6种胎位。

**【诊断】**

1. 临床表现 胎头不易入盆，常有第一产程延长。

2. 腹部检查 颏前位(mentoanterior position)因胎体伸直使胎儿胸部更贴近孕妇腹前壁，使胎儿 肢体侧的下腹部胎心听诊更清晰。颏后位(mentoposterior position)在胎背侧触及极度仰伸的枕骨隆 突，于耻骨联合上方可触及胎儿枕骨隆突与胎背之间有明显凹沟，胎心较遥远而弱。

3. 阴道检查 触诊胎儿口腔及下颏的位置可确诊胎方位。触不到圆而硬的颅骨，在宫口开大后 仅能触及不平坦且柔软的胎儿颜面，如口、鼻、眼、颧骨及眼眶等。但面先露低垂部位如口唇等出现水 肿时不易与臀先露时肛门相区别，有可能将面先露误诊为臀先露。

4. 超声检查 根据胎头眼眶及枕部的位置，可明确区分面先露与臀先露，并确定胎方位。



第十三章 异 常 分 娩 **195**

**【分娩机制】**

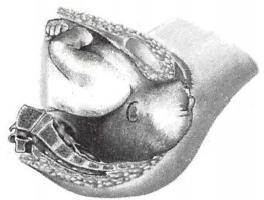
在骨盆入口平面很少发生面先露，通常是额先露在胎儿下降过程中胎头进一步仰伸而形成面先露。

**1.** **颏前位** 颏右前位时，胎头以前囟颏径，衔接于骨盆入口左斜径上，下降至中骨盆平面。胎头 极度仰伸，颏部为最低点，向左前方转45°,使颏部达耻骨弓下，形成颏前位。当先露部达盆底，颏部抵 住耻骨弓，胎头逐渐俯屈，使口、鼻、眼、额、顶、枕相继自会阴前缘娩出，经复位及外旋转，使胎肩及胎 体相继娩出(图13-14)。



45°

45°



(1)颏前位可以自娩 (2)持续性颏后位不能自娩 图13-14 面先露的分娩机制

2. 颏后位 胎儿面部到达骨盆底后，若能够内旋转135°,可以颏前位娩出。部分产妇因内旋转

受阻，胎颈极度伸展，成为持续性颏后位，不能适应产道大弯，故不能经阴道自然娩出，需行剖宫产结 束分娩(图13-14)。

**3.** **颏横位** 颏横位时，多数可向前转90°以颏前位娩出，而持续性颏横位不能自然娩出。

**【处理】**

面先露均在临产后发生。如出现产程延长及停滞时，应及时行阴道检查，尽早确诊。颏前位时， 如产力强，无头盆不称，胎心正常、应给予阴道试产。因继发宫缩乏力，可人工破膜和静脉滴注缩宫 素。如第二产程延长，可产钳助产，但要做较大的会阴切开。颏前位伴头盆不称或出现胎儿窘迫征 象，或持续性颏后位，均应行剖宫产术。个别情况下，如颏后位胎儿过小或胎死宫内，欲阴道分娩时也 必须转为颏前位。否则，对母儿双方都会造成较大损伤。

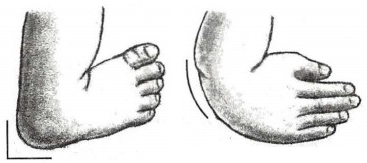
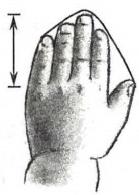
**五、臀先露**

臀先露(breech presentation) 占足月分娩总数的3%～4%,为最常见且容易诊断的异常胎位。臀 先露以骶骨为指示点，有骶左(右)前、骶左(右)横、骶左(右)后6种胎方位。

**【病因】**

**1.** **胎儿发育因素** 胎龄愈小臀先露发生率愈高，如晚期流产儿及早产儿臀先露高于足月产儿。

xmEe



第十三章 异常分娩

**196**

臀先露多于妊娠28～32周间转为头先露，并相对固定胎位。无论早产还是足月产，臀先露时先天畸 形如无脑儿、脑积水等及低出生体重的发生率约为头先露的2.5倍。

2. 胎儿活动空间因素胎儿活动空间过大或受限均可导致臀先露。双胎及多胎妊娠时，发生率 远高于单胎妊娠。羊水过多及羊水过少时，胎儿发育异常，亦可因胎儿活动范围过大或受限而使臀先 露发生率高。经产妇腹壁过于松弛或子宫畸形如单角子宫、纵隔子宫等，胎儿活动受限，脐带异常过 短尤其合并胎盘附着宫底或一侧宫角以及前置胎盘等，多可合并臀先露。盆腔肿瘤(如子宫下段或宫 颈肌瘤等)、骨盆狭窄阻碍产道时，也可导致臀先露。

**【分类】**

根据胎儿双下肢的姿势分为：单臀先露、完全臀先露及不完全臀先露(见图5-4)。

1. 单臀先露 (frank breech presentation) 又称腿直臀先露，最多见。胎儿双髋关节屈曲以 及双膝关节伸直，先露部位为胎儿臀部。

2. 完全臀先露 (complete breech presentation) 又称混合臀先露(mixed breech presenta- tion),较多见。胎儿双髋关节以及双膝关节均屈曲，先露部位为胎儿臀部及双足。

3. 不完全臀先露 (incomplete breech presentation) 较少见。胎儿以一足或双足、 一膝或 双膝、或一足一膝为先露。膝先露(knee presentation)一般是暂时的，产程开始后常转为足先露(foot- ling presentation)。

**【诊断】**

1. 临床表现 妊娠晚期孕妇胎动时常有季肋部胀痛感，临产后因胎足及臀不能充分紧贴子宫下 段、宫颈及宫旁盆底神经丛，宫口扩张缓慢，产程延长，容易发生宫缩乏力。足先露时容易发生胎膜早 破和脐带脱垂。

2. 腹部四步触诊 宫底部可触及圆而硬的胎头、按压时有浮球感。在腹部一侧可触及宽而平坦 的胎背，对侧可触及不平坦的小肢体。若未衔接，在耻骨联合上方触及可上下移动的，不规则、宽而软 的胎臀；若胎儿粗隆间径已入盆则胎臀相对固定不动。通常在脐左(或右)上方胎背侧胎心听诊响 亮。衔接后胎心听诊以脐下最明显。

3. 阴道检查 胎膜已破及宫颈扩张3cm 以上可直接触及胎臀包括肛门、坐骨结节及骶骨等。 触及肛门、坐骨结节时应与面先露相鉴别，准确触诊胎儿的骶骨对明确胎方位很重要。在完全臀 先露时可触及胎足，通过母趾的方位可帮助判断是左足还是右足；触及胎足时需与胎手相鉴别(图 13-15),胎足趾短而平齐，且有足跟，而胎手指长，指端不平齐。胎臀进一步下降后尚可触及外生

殖器，当不完全臀先露触及胎儿下肢时应注意有无与脐带同时脱出。

**4.** **超声检查** 可以确定臀先露的类型，并估计胎儿

大小。

**【分娩机制】**

较小且软的臀部先娩出后，较大的胎头常娩出困难，

常导致难产。以骶左前位为例加以阐述臀先露分娩机制

**(图13-16)。**

**1.** **胎臀娩出** 临产后，胎臀以粗隆间径衔接于骨盆

入口右斜径上。胎儿不断下降，前臀下降较快，当其遇到

盆底阻力时向母体的右前方内旋转45°,使前臀转向耻骨

联合后方，而粗隆间径与母体骨盆出口前后径一致。胎臀

继续下降过程中胎体为适应产道侧屈，后臀先从会阴前缘

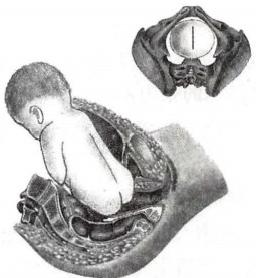
娩出，胎体稍伸直，前臀进而在耻骨弓下娩出。随后双腿、

双足相继娩出。

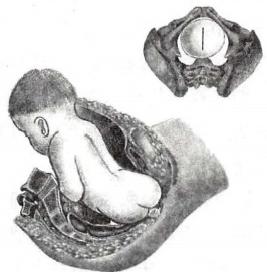
**2.** **胎肩娩出** 胎臀娩出后，胎体轻度向左外旋转。

图13-15 胎手与胎足的鉴别

2说



**第十三章** **异** **常** **分** **娩** **197**



(1)胎臀粗隆间径衔接

于骨盆入口右斜径上

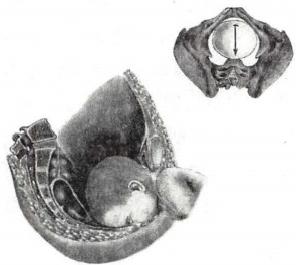
**(2)胎臀经内旋转后，粗隆间径** **与母体骨盆出口前后径一致**

**(3)前髋自耻骨弓下娩，臀部娩出时**

**粗隆间径与骨盆出口前后径一致**



(4)胎臀娩出后顺时针方向 (5)胎头矢状缝衔接于骨 (6)胎头入盆后矢状缝沿骨 旋转，胎臀转向前方 盆入口的左斜径上 盆左斜径下降



(7)枕骨经内旋转达耻骨 (8)枕骨下凹达耻骨弓下时，胎头

联合下方时，矢状缝与骨 俯屈娩出，此时胎头矢状缝仍

盆出口前后径一致 与骨盆出口前后径一致

图13-16 臀先露的分娩机制

随着胎背转向前方，胎儿双肩径衔接在骨盆入口右斜径或横径上，胎肩快速下降，当达到骨盆底时，前 肩向右旋转45°,转至耻骨弓下，使双肩径与骨盆出口前后径一致，胎体顺产道侧屈，使后肩及后上肢 先自会阴前缘娩出，随后使前肩及前上肢从耻骨弓下娩出。

3. 胎头娩出 当胎肩降至会阴后，胎头矢状缝衔接于骨盆入口的左斜径或横径上。当胎头枕骨 达骨盆底时向左前方行内旋转45°,使枕骨朝向耻骨联合。当枕骨下凹抵达耻骨弓下时，以此处为支 点，胎头继续俯屈，会阴前缘相继娩出颏、面及额部，随后枕骨自耻骨弓下娩出。



第十三章 异 常 分 娩

198

【对产程及母儿影响】

1. 对产程的影响 因胎臀周径小于胎头，不能紧贴子宫下段及宫颈内口，影响宫颈扩张进程，容 易发生活跃期延长及停滞。

2. 对母体的影响 胎臀形状不规则，前羊膜囊压力不均匀，易致胎膜早破，导致产褥感染机会增 加。胎先露部扩张宫颈及刺激宫旁神经丛的张力不如头先露，易导致继发性宫缩乏力和产后出血。 无论阴道助产还是剖宫产，均使产妇手术产率增多。若宫口未开全强行牵拉，容易造成宫颈撕裂甚至 累及子宫下段。

3. 对胎儿及新生儿的影响 胎膜早破易致早产，脐带脱垂发生率是头先露的10倍，臀先露后出 胎头时，胎头需变形方可通过骨盆，脐带受压于胎头与宫颈、盆壁间，导致胎儿低氧血症及酸中毒的发 生，严重者有新生儿窘迫甚至死亡。臀先露新生儿出生后1分钟低Apgar 评分率常高于头先露。另 外，胎体娩出时宫口未必开全，而此时强行娩出胎头易直接损伤胎头及头颈部神经肌肉，导致脑幕撕 裂、脊柱损伤、颅内出血、臂丛神经麻痹、胸锁乳突肌血肿及死产。

**【处理】**

**1.** **妊娠期** 妊娠30周前，大部分臀先露能

自行转为头先露，无需处理。若妊娠30周后仍

为臀先露应予矫正。矫正方法有：

(1)胸膝卧位：嘱孕妇排空膀胱，松解裤

带，胸膝卧位如图13-17所示，2～3次/日，15分

钟/次， 一周后复查。胸膝卧位有可能使胎臀退

出盆腔，以利胎儿借助改变重心自然完成头先 图13-17 胸膝卧位

露的转位。亦可取胎背对侧侧卧，促进胎儿俯屈转位。

(2)针灸、激光照射或艾灸至阴穴(足小趾外侧趾甲角旁0. 1寸),近年来常用激光。1～2次/ 日，15～30分钟/次，1～2周为一疗程。

(3)外倒转术(external cephalic version,ECV):医师通过向孕妇腹壁施加压力，用手向前或向后旋 转胎儿，使其由臀位或横位变成头位的一种操作。虽然存在胎盘早剥、胎儿窘迫、母胎出血、胎膜早 破、早产等潜在风险，但发生率低，因此，ECV 仍然是一个有价值的相对安全的手术操作。 一般建议 36～37周后，排除ECV 禁忌证后选择适宜人群，在严密监测下实施。术前必须做好紧急剖宫产的准 备，在超声及电子胎心监护下进行。手术步骤见图13-18。

2. 分娩期 临产初期应根据产妇年龄、本次妊娠经过、胎产次、骨盆类型、臀先露类型、胎儿大 小、胎儿是否存活及发育是否正常以及有无合并症等，决定正确的分娩方式。

(1)择期剖宫产手术指征：骨盆狭窄、瘢痕子宫、胎儿体重大于3500g、胎儿生长受限、胎儿窘迫、



图13-18 臀先露外倒转术



第十三章 异 常 分 娩 **199**

胎头仰伸位、有难产史、妊娠合并症、脐带先露、完全和不完全臀先露等。

(2)经阴道分娩： 一旦决定经阴道分娩者应行如下处理：

1)第一产程：尽可能防止胎膜过早破裂，产妇取侧卧位休息，减少站立走动，予以足够的水分和

营养，不灌肠、少做阴道检查，不用缩宫素引产。 一

旦破膜，应立即听胎心。胎心有异常者需检查有无

脐带脱垂。如发现有脐带脱垂，宫口未开全，胎心

尚好，应立即行剖宫产抢救胎儿；如无脐带脱垂，可

以继续严密观察胎心及产程进展。当宫缩时在阴

道外口见胎足时，此时宫颈口往往仅扩张4～5cm,

不可误认为宫口已开全。当宫缩时用无菌巾以手

掌堵住阴道口，阻止胎臀娩出，以利于宫颈和阴道

充分扩张，待宫口开全、阴道充分扩张后，才能让胎

臀娩出(图13-19)。在“堵”的过程中，应每隔10~

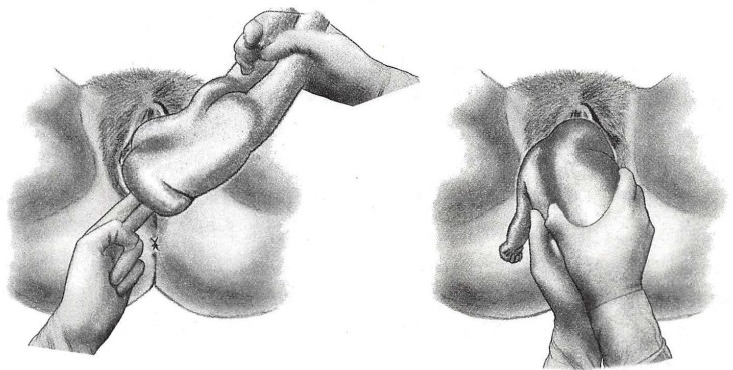
15分钟听胎心一次，并注意宫颈口是否开全。不能

等宫口完全开全再堵，容易引起胎儿窘迫甚至子宫

图13-19 堵臀助宫颈扩张

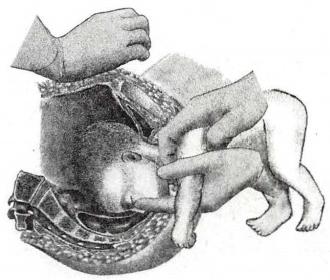
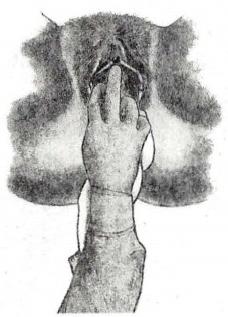
破裂。

2)第二产程：做好接产前导尿准备，初产妇应行会阴后-侧切开术。有3种娩出方式：①臀助产 术：胎臀自然娩出至脐部后，由接产者协助胎肩及胎头的娩出(图13-20,图13-21),通过滑脱法助娩胎 肩，即术者右手握持上提胎儿双足，使胎体向上侧屈后肩显露于会阴前缘，左手示、中指伸入阴道内顺 胎儿后肩及上臂滑行屈其肘关节，使上举胎手按洗脸样动作顺胸前滑出阴道。同时后肩娩出，再向下 侧伸胎体使前肩自然由耻骨弓下娩出。也可用旋转胎体法助娩胎肩，即术者双手握持胎臀，逆时针方 向旋转胎体同时稍向下牵拉，先将前肩娩出于耻骨弓下，再顺时针方向旋转娩出后肩。胎肩及上肢全 部娩出后，将胎背转向前方，胎体骑跨在术者左前臂上，同时术者左手中指伸入胎儿口中，示指及环指 扶于两侧上颌骨，术者右手中指压低胎头枕骨助其俯屈，示指和环指置于胎儿两侧锁骨上(避开锁骨 上窝),先向下方牵拉至胎儿枕骨结节抵于耻骨弓下时，再将胎体上举，以枕部为支点，相继娩出胎儿 下颏、口、鼻、眼及额。助娩胎头下降困难时，可用后出胎头产钳助产分娩。产钳助产可避免用手强力 牵拉所致的胎儿锁骨骨折、颈椎脱臼及胸锁乳突肌血肿等损伤，但需将产钳头弯扣在枕颏径上，并使 胎头充分俯屈后娩出。②臀牵引术：接产者牵拉娩出全部胎儿，通常因胎儿损伤大而禁用。③自然分 娩：极少见，仅见于经产妇、胎儿小、宫缩强、骨产道宽大者。

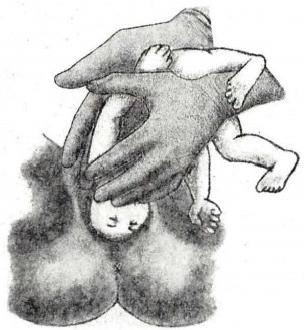


(1)滑脱法 (2)旋转胎体法

图13-20 臀位助产助娩胎肩



**200** **第十三章** **异常分娩**



(1)侧面观 (2)正面观 (3)胎头即将娩出 图13-21 臀位助产助娩胎头

臀位分娩时应注意：脐部娩出后一般应于8分钟内结束分娩，以免因脐带受压而致死产；胎头娩 出时不应猛力牵拉，以防胎儿颈部过度牵拉造成臂丛神经麻痹及颅骨剧烈变形引起大脑镰及小脑幕 等硬脑膜撕裂而致颅内出血。

3)第三产程：继发子宫收缩乏力易使产程延长导致产后出血，应肌注缩宫素或前列腺素制剂预 防产后出血，同时应积极抢救新生儿窒息。行手术操作及有软产道损伤时，应及时检查并缝合，给予 抗生素预防感染。

**六、肩先露**

胎先露部为肩，称为肩先露(shoulder presentation)。 为对母儿最不利的胎位。此时胎体横卧于骨 盆入口之上，胎体纵轴与母体纵轴相垂直。占妊娠足月分娩总数的0.25%。以肩胛骨为指示点，有肩 左前、肩左后、肩右前、肩右后4种胎方位。除死胎及早产儿胎体可折叠娩出外，足月活胎不可能经阴 道娩出。若不及时处理，容易造成子宫破裂.威胁母儿生命。

**【原因】**

与臀先露相类似，但不完全相同。常见原因：①经产妇腹壁过度松弛，如悬垂腹时子宫前倾使胎 体纵轴偏离骨产道，斜向一侧或呈横产式；②未足月胎儿，尚未转至头先露时；③胎盘前置；④子宫畸 形或肿瘤；⑤羊水过多；⑥骨盆狭窄。

**【诊断】**

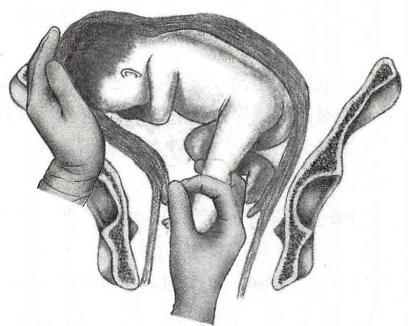
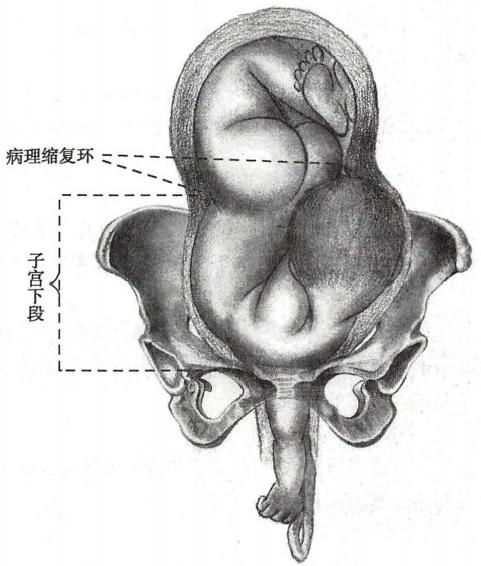
1. 腹部检查 子宫呈横椭圆形，宫底高度低于孕周，宫底部触不到胎头或胎臀，耻骨联合上方空 虚；宫体横径较正常妊娠宽， 一侧可触到胎头，另侧触到胎臀。肩前位时，胎背朝向母体腹壁，触之平 坦；肩后位时，可触及不规则的小肢体。在脐周两侧胎心听诊最清晰。腹部检查多能进行准确定位。

2. 阴道检查 肩先露的判断需在胎膜已破、宫口开大的情况下行阴道检查。横位临产时胎膜多 已破，阴道检查可触及胎儿肩胛骨或肩峰、肋骨及腋窝等，腋窝尖端指向胎儿头端及肩部位，据此可决 定胎头在母体左或右侧。肩胛骨朝向母体后方为肩后位，反之为肩前位。若胎手已脱出于阴道口外， 可用握手法鉴别是胎儿左手或右手，因检查者只能与胎儿同侧的手相握。可运用前反后同原则：如肩 左前位时脱出的是右手，只能与检查者的右手相握；肩左后位时脱出的是左手，检查者只能用左手与 之相握；同样可依次类推。

3. 超声检查 通过检测胎头、脊柱、胎心等，准确诊断出肩先露，并能确定具体胎方位。

**【对产程及母儿的影响】**

**1.** **对产程的影响** 肩先露时宫颈不能开全，胎体嵌顿于骨盆上方。若双胎妊娠第一儿娩出后， 而第二儿发生肩先露(如未及时处理),可致胎先露部下降停滞及第二产程延长。



第十三章异常分娩 **201**

2. 对母体的影响 肩先露很难有效扩张

子宫下段及宫颈内口，易致宫缩乏力；对前羊

膜囊压力不均又易导致胎膜早破，破膜后宫腔

容积缩小，胎体易被宫壁包裹、折叠；随着产程

进展胎肩及胸廓一部分被挤入骨盆入口，胎儿

颈部进一步侧屈使胎头折向胎体腹侧，嵌顿在

一侧髂窝，胎臀则嵌顿在对侧髂窝或折叠在宫

腔上部，胎肩先露侧上肢脱垂入阴道，另一侧

上肢脱出于阴道口外，形成对母体最不利的忽

略性(嵌顿性)肩先露(图13-22),直接阻碍产

程进展，导致产程停滞。随着宫缩不断增强，

可形成先兆子宫破裂的病理缩复环。嵌顿性

肩先露时，妊娠足月无论活胎或死胎均无法经

阴道自然娩出，还可增加手术产及术中术后出

血、感染等机会。

**3.** **对胎儿的影响** 胎先露部不能有效衔

图13-22 嵌顿性肩先露及病理缩复环

接，对前羊膜囊压力不均，发生胎膜早破，可致

脐带及上肢脱垂，直接增加胎儿窘迫甚至死产

率。妊娠足月活胎均需手术助产，若处理不及

时，形成嵌顿性肩先露时，增加手术助产难度和分娩损伤。

**【处理】**

**1.** **妊娠期** 定期产前检查，及时发现并纠正肩先露，方法同臀先露[胸膝卧位、激光照射(或艾 灸)至阴穴]。上述矫正方法无效，应试行外倒转术转成头先露，并包扎腹部以固定胎头。若仍未成 功，应提前住院待产。

2. 分娩期 应根据胎儿大小、胎产次、胎儿存活与否、宫颈扩张程度、胎膜破裂与否以及有无并 发症等，决定分娩方式。

(1)足月活胎：初产妇无论宫口扩张程度以及胎膜是否破裂，应行剖宫产术。经产妇首选剖宫产 分娩；若宫口开大5cm 以上，胎膜已破，羊水未流尽，胎儿不大，可在全身麻醉或硬膜外麻醉下行内转 胎位术(图13-23),转成臀先露后分娩。双胎妊娠第一胎儿娩出后未及时固定第二胎儿胎位，由于宫

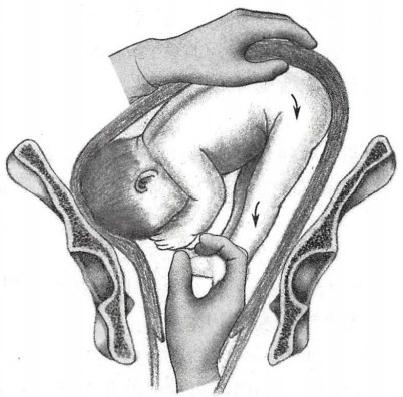


图13-23 内转胎位术

B

**202**



第十三章 异 常 分 娩

腔容积骤减使第二胎儿变成肩先露时，应立即行内转胎位术，使第二胎儿转成臀先露娩出。

(2)出现先兆子宫破裂或子宫破裂征象：不论胎儿死活，为抢救产妇生命，均应行剖宫产术；子宫 破裂口大、有感染者可切除子宫。

(3)胎儿已死、无先兆子宫破裂：需在宫口开全及全麻下，行断头术或碎胎术。术后常规检查子 宫下段、宫颈及阴道等软产道有无裂伤，及时给予修补缝合，并预防产后出血及产褥感染。

**七、复合先露**

胎头或胎臀伴有四肢(上肢或下肢)作为先露部同时进入骨盆入口，称为复合先露(compound

presentation)。发生率为0.08%～0.1%。常发生于早产时，以胎头与一手或一前臂的复合先露多见。

**【原因】**

胎先露部与骨盆入口未能完全嵌合留有空间时，或者胎先露周围有空隙时均可使小肢体滑入骨 盆而形成复合先露。常见原因有胎头高浮、骨盆狭窄、胎位异常、胎膜早破、早产、羊水过多、经产妇腹 壁松弛及双胎妊娠等。

**【诊断】**

产程进展缓慢，常在行阴道检查时发现复合先露。以胎头和手复合先露最常见(见图5-5),应注 意与肩先露及臀先露相鉴别。

**【处理】**

发现复合先露时，首先应除外头盆不称。确认无头盆不称后，让产妇向脱出肢体的对侧侧卧，肢 体常可自然回缩。若复合先露部分均已入盆，可待宫口近开全或开全后上推肢体还纳，然后宫底加压 助胎头下降经阴道助产分娩；若还纳失败，阻碍胎头下降时，宜行剖宫产分娩。若胎臀并手复合先露， 一般不影响分娩，无需特殊处理。若有明显的头盆不称或伴有胎儿窘迫征象，应尽早行剖宫产。

( 李 力)

**第五节** **肩** **难** **产**

● 超过50%发生于正常体重新生儿，无法准确预测和预防。

● 常见的母儿并发症包括产后出血、严重会阴裂伤、新生儿骨折以及新生儿臂丛神经损伤。

● 不能用常规助产方法娩出胎儿，建议首先采用McRoberts操作方法，避免加压子宫底。

胎头娩出后，胎儿前肩被嵌顿于耻骨联合上方，用常规助产方法不能娩出胎儿双肩者称为肩难产 (shoulder dystocia)。 以胎头-胎体娩出时间间隔定义肩难产证据不足。其发生率因胎儿体重而异，胎儿 体重2500～4000g 时发生率为0.3%～1%,4000～4500g 时发生率为3%～12%,≥4500g 为8.4%~ 14.6%。超过50%的肩难产发生于正常体重新生儿，因此无法准确预测和预防。

**【高危因素】**

产前高危因素包括：①巨大胎儿；②肩难产史；③妊娠期糖尿病；④过期妊娠；⑤孕妇骨盆解剖结 构异常。产时高危因素包括：①第一产程活跃期延长；②第二产程延长伴“乌龟征”(胎头娩出后胎头 由前冲状态转为回缩);③使用胎头吸引器或产钳助产。

**【对母儿影响】**

**1.** **对母体影响** ①产后出血和严重会阴裂伤最常见，会阴裂伤主要指会阴Ⅲ度及IV度裂伤。 ② 其他并发症包括阴道裂伤、宫颈裂伤、子宫破裂、生殖道瘘和产褥感染等并发症。

**2.** **对新生儿影响** ①臂丛神经损伤最常见，其中2/3为Duchenne-Erb麻痹，由第5、6颈神经根 受损引起。多数为一过性损伤。除了助产损伤以外，肩难产时产妇的内在力量对胎儿不匀称的推力 也是造成臂丛神经损伤的原因。②其他并发症还包括新生儿锁骨骨折、肱骨骨折、新生儿窒息，严重

第十三章 异 常 分 娩

**203**

时可导致新生儿颅内出血、神经系统异常，甚至死亡。

**【诊断】**

一旦胎头娩出后，胎颈回缩，胎儿颏部紧压会阴，胎肩娩出受阻，除外胎儿畸形，即可诊断为肩 难产。

**【处理】**

缩短胎头-胎体娩出间隔，是新生儿能否存活的关键。应做好新生儿复苏抢救准备。

**1.** **请求援助和会阴切开** 一旦诊断肩难产，立即召集有经验的产科医师、麻醉医师、助产士和儿 科医师到场援助。同时进行会阴切开或加大切口，以增加阴道内操作空间。

**2.** **屈大腿法** **(McRoberts** **法** **)** 让产妇双腿极度屈曲贴近腹部，双手抱膝，减小骨盆倾斜度，使 腰骶部前凹变直，骶骨位置相对后移，骶尾关节稍增宽，使嵌顿在耻骨联合上方的前肩自然松解，同时 助产者适当用力向下牵引胎头而娩出前肩。

**3.** **耻骨上加压法** 助产者在产妇耻骨联合上方触到胎儿前肩部位并向后下加压，使双肩径缩 小，同时助产者轻柔牵拉胎头，两者相互配合持续加压与牵引，切忌使用暴力。

经过该操作方法，超过50%的肩难产得到解决。

**4.** **旋肩法** **(Woods** **法** **)** 助产者以食、中指伸入阴道紧贴胎儿后肩的背面，将后肩向侧上旋 转，助产者协助将胎头同方向旋转，当后肩逐渐旋转至前肩位置时娩出。操作时胎背在母体右侧用左 手，胎背在母体左侧用右手。

经过该操作方法，超过95%的肩难产在4分钟内得到解决。

**5.** **牵后臂娩后肩法** 助产者的手沿骶骨伸入阴道，握住胎儿后上肢，使其肘关节屈曲于胸前，以 洗脸的方式娩出后臂，从而协助后肩娩出。切忌抓胎儿的上臂，以免肱骨骨折。

**6.** **四肢着地法** 产妇翻转至双手和双膝着地，重力作用或这种方法产生的骨盆径线的改变可能 会解除胎肩嵌塞状态。在使用以上操作方法时，也可考虑使用此体位。

当以上方法均无效时，还可以采取一些较为极端的方法，包括胎头复位法(Zavanelli法)、耻骨联 合切开、断锁骨法，预后可能不良，需严格掌握适应证谨慎使用。

(段 涛)







**第十四章分娩并发症**

在分娩过程中可出现一些严重威胁母婴生命安全的并发症，如产后出血、羊水栓塞、子宫破裂等， 是导致孕产妇死亡的主要原因。

**第一节** **产** **后** **出** **血**

● 居我国孕产妇死亡原因的首位。

● 子宫收缩乏力是最常见的产后出血原因。

● 处理原则包括针对病因迅速止血、补充血容量、纠正休克等。

产后出血(postpartum hemorrhage,PPH)指胎儿娩出后24小时内，阴道分娩者出血量≥500ml,剖 宫产者≥1000ml。 是分娩严重并发症，是我国孕产妇死亡的首要原因。严重产后出血指胎儿娩出后 24小时内出血量≥1000ml;难治性产后出血指经过宫缩剂、持续性子宫按摩或按压等保守措施无法 止血，需要外科手术、介入治疗甚至切除子宫的严重产后出血。国内外文献报道产后出血的发病率为 5%～10%,但由于临床上估计的产后出血量往往比实际出血量低，因此产后出血的实际发病率更高。

**【病因】**

子宫收缩乏力、胎盘因素、软产道裂伤及凝血功能障碍是产后出血的主要原因。这些原因可共 存、相互影响或互为因果。

**1.** **子宫收缩乏力** **(uterine** **atony)** 是产后出血最常见的原因。胎儿娩出后，子宫肌纤维收缩 和缩复使胎盘剥离面迅速缩小，血窦关闭，出血控制。任何影响子宫肌收缩和缩复功能的因素，均可 引起子宫收缩乏力性出血。常见因素有：

(1)全身因素：产妇精神过度紧张，对分娩恐惧，体质虚弱，高龄，肥胖或合并慢性全身性疾病等。

(2)产科因素：产程延长使体力消耗过多；前置胎盘、胎盘早剥、妊娠期高血压疾病、宫腔感染等。

(3)子宫因素：①子宫过度膨胀(如多胎妊娠、羊水过多、巨大胎儿);②子宫肌壁损伤(剖宫产

史、肌瘤剔除术后、产次过多等);③子宫病变(子宫肌瘤、子宫畸形、子宫肌纤维变性等)。

(4)药物因素：临产后过多使用镇静剂、麻醉剂或子宫收缩抑制剂等。

**2.** **胎盘因素**

(1)胎盘滞留(retained placenta):胎盘多在胎儿娩出后15分钟内娩出，若30分钟后仍不排出，将 导致出血。常见原因有：①膀胱充盈：使已剥离胎盘滞留宫腔；②胎盘嵌顿：宫颈内口肌纤维出现环形 收缩，使已剥离的胎盘嵌顿于宫腔；③胎盘剥离不全。

(2)胎盘植入：根据侵入深度分为粘连性、植入性和穿透性胎盘植入。根据胎盘粘连或植入的 面积分为部分性或完全性，部分性胎盘粘连或植入表现为胎盘部分剥离，部分未剥离，已剥离面血 窦开放发生严重出血。完全性胎盘粘连与植入因胎盘未剥离而出血不多。胎盘植入可导致严重 产后出血、甚至子宫破裂等，穿透性胎盘植入还可导致膀胱或直肠损伤(详见第十一章第三节“胎 盘植入”)。

(3)胎盘部分残留(retained placenta fragment):指部分胎盘小叶、副胎盘或部分胎膜残留于宫腔， 影响子宫收缩而出血。

第十四章 分娩并发症

**3.** **软产道裂伤** 分娩过程中可能出现软产道裂伤而导致产后出血，软产道裂伤包括会阴、阴道 和宫颈，严重裂伤者可达阴道穹隆、子宫下段甚至盆壁，导致腹膜后或阔韧带内血肿，甚至子宫破裂。 导致软产道裂伤的原因有阴道手术助产、巨大胎儿分娩、急产、软产道静脉曲张、外阴水肿、软产道组 织弹性差等。

**4.** **凝血功能障碍** **(coagulation** **defects)** 任何原发或继发的凝血功能异常均能造成产后出 血。原发性血小板减少、再生障碍性贫血、肝脏疾病等，因凝血功能障碍可引起手术创伤处及子宫剥 离面出血。胎盘早剥、死胎、羊水栓塞、重度子痫前期等产科并发症，可引起弥散性血管内凝血 (DIC), 从而导致子宫大量出血。

**【临床表现】**

胎儿娩出后阴道流血、严重者出现失血性休克、严重贫血等相应症状。

**1.** **阴道流血** 胎儿娩出后立即发生阴道流血，色鲜红，应考虑软产道裂伤；胎儿娩出后数分钟出 现阴道流血，色暗红，应考虑胎盘因素；胎盘娩出后阴道流血较多，应考虑子宫收缩乏力或胎盘、胎膜 残留；胎儿或胎盘娩出后阴道持续流血，且血液不凝，应考虑凝血功能障碍；失血导致的临床表现明 显，伴阴道疼痛而阴道流血不多，应考虑隐匿性软产道损伤，如阴道血肿。

剖宫产时主要表现为胎儿胎盘娩出后胎盘剥离面的广泛出血，亦有子宫切口出血严重者。

**2.** **低血压症状** 患者头晕、面色苍白，出现烦躁、皮肤湿冷、脉搏细数等。

**【诊断】**

诊断产后出血的关键在于对出血量有正确的测量和估计，错误地低估出血量将会丧失抢救时机。 根据出血量明确诊断并判断原因，及早处理。

1. 估测失血量 有以下几种方法：

(1)称重法：失血量(ml)= [胎儿娩出后接血敷料湿重(g)- 接血前敷料干重(g)]/1.05 (血液比 重g/ml)。

(2)容积法：用产后接血容器收集血液后，放入量杯测量失血量。

(3)面积法：可按纱布血湿面积估计失血量。

(4)休克指数法(shock index,SI):休克指数=脉率/收缩压(mmHg), 当SI=0.5,血容量正常；SI= 1.0,失血量为10%～30%(500～1500ml);SI=1.5,失血量为30%～50%(1500～2500ml);SI=2.0, 失血量为50%～70%(2500～3500ml)。

(5)血红蛋白测定：血红蛋白每下降10g/L,失血量为400～500ml。但是在产后出血的早期，由 于血液浓缩，血红蛋白常无法准确反映实际的出血量。

2. 失血原因的诊断根据阴道流血发生时间、出血量与胎儿、胎盘娩出之间的关系，能初步判断 引起产后出血的原因。产后出血原因常互为因果。

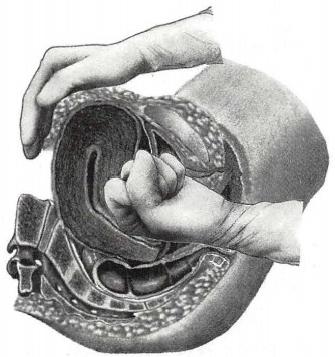
(1)子宫收缩乏力：正常情况下胎盘娩出后，宫底平脐或脐下一横指，子宫收缩呈球状、质硬。子 宫收缩乏力时，宫底升高，子宫质软、轮廓不清，阴道流血多。按摩子宫及应用缩宫剂后，子宫变硬，阴 道流血减少或停止，可确诊为子宫收缩乏力。

(2)胎盘因素：胎儿娩出后胎盘未娩出，阴道大量流血，应考虑胎盘因素，胎盘部分剥离、嵌顿、胎 盘部分粘连或植入、胎盘残留等是引起产后出血的常见原因。胎盘娩出后应常规检查胎盘及胎膜是 否完整，确定有无残留。胎盘胎儿面如有断裂血管，应想到副胎盘残留的可能。徒手剥离胎盘时如发 现胎盘与宫壁关系紧密，难以剥离，牵拉脐带时子宫壁与胎盘一起内陷，可能为胎盘植入，应立即停止 剥离。

(3)软产道裂伤：疑有软产道裂伤时，应立即仔细检查宫颈、阴道及会阴处是否有裂伤。①宫颈 裂伤：巨大儿、手术助产、臀牵引等分娩后，常规检查宫颈。裂伤常发生在宫颈3点与9点处，有时可 上延至子宫下段、阴道穹隆。②阴道裂伤：检查者用中指、示指压迫会阴切口两侧，仔细查看会阴切口 顶端及两侧有无损伤及损伤程度，有无活动性出血。若触及张力大、压痛明显、有波动感的肿物、且表

**205**





第十四章 分娩并发症

**206**

面皮肤颜色有改变者为阴道壁血肿。③会阴裂伤：按损伤程度分为4度， I 度裂伤指会阴部皮肤及阴 道入口黏膜撕裂，出血不多；Ⅱ度裂伤指裂伤已达会阴体筋膜及肌层，累及阴道后壁黏膜，向阴道后壁 两侧沟延伸并向上撕裂，解剖结构不易辨认，出血较多；Ⅲ度裂伤指裂伤向会阴深部扩展，肛门外括约 肌已断裂，直肠黏膜尚完整；IV度裂伤指肛门、直肠和阴道完全贯通，直肠肠腔外露，组织损伤严重，出 血量可不多。

(4)凝血功能障碍：主要因为失血过多引起继发性凝血功能障碍，表现为持续阴道流血，血液不 凝；全身多部位出血、身体瘀斑。根据临床表现及血小板计数、纤维蛋白原、凝血酶原时间等凝血功能 检测可作出诊断。

**【处理】**

处理原则：针对出血原因，迅速止血；补充血容量，纠正失血性休克；防止感染。

**1.** **一般处理** 在寻找产后出血原因的同时需要进行一般处理。包括向有经验的助产士、产科医 师、麻醉医师及重症医学医师等求助；交叉配血，通知检验科和血库做好准备；建立双静脉通道，积极 补充血容量；保持气道通畅，必要时给氧；监测生命体征和出血量，留置尿管，记录尿量；进行基础的实 验室检查(血常规、凝血功能及肝肾功等)并动态监测。

**2.** **针对产后出血原因的处理**

(1)子宫收缩乏力：加强宫缩能迅速止血。导尿排空膀胱后可采用以下方法：

1)按摩或按压子宫：①腹壁按摩宫底：胎盘娩出后，术者一手的拇指在前、其余四指在后，在下腹 部按摩并压迫宫底，挤出宫腔内积血，按摩子宫应均匀而有节律。若效果不佳，可选用腹部-阴道双手 压迫子宫法；②腹部-阴道双手压迫子宫法： 一手戴无菌手套伸入阴道，握拳置于阴道前穹隆，顶住子 宫前壁，另一手在腹部按压子宫后壁，使宫体前屈，两手相对紧压并均匀有节律地按摩子宫或按压子 宫。注意：按摩子宫一定要有效，评价有效的标准是子宫轮廓清楚、收缩有皱褶、阴道或子宫切口出血 减少。按压时间以子宫恢复正常收缩并能保持收缩状态为止，按摩时配合使用宫缩剂(图14-1)。

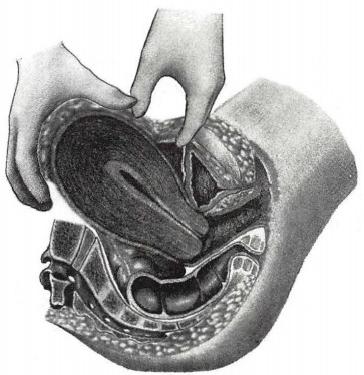
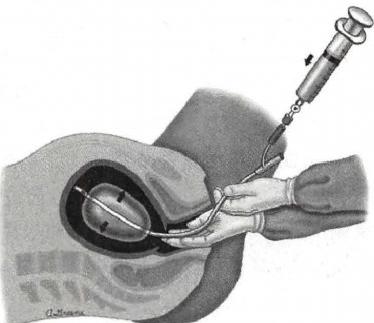


图14-1 腹部子宫按摩法与腹部-阴道子宫按摩法

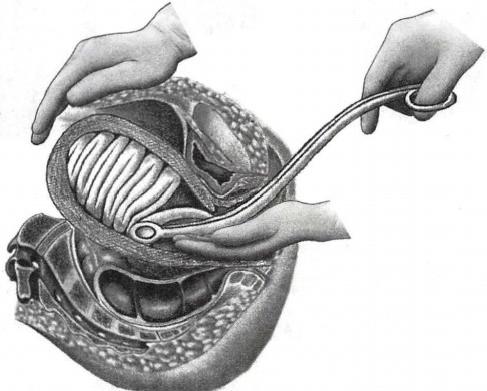
2)应用宫缩剂：①缩宫素(oxytocin):是预防和治疗产后出血的一线药物，治疗产后出血的方法 为：10～20U 加入晶体液500ml中静脉滴注；也可缩宫素10U 肌内注射或子宫肌层注射或宫颈注射， 但24小时内总量应控制在60U 内。卡贝缩宫素(carbetocin):为长效缩宫素九肽类似物，100 μg 缓慢 静推或肌内注射，2分钟起效，半衰期1小时。②麦角新碱(ergometrine):尽早加用马来酸麦角新碱 0.2mg 直接肌内注射或静脉推注，每隔2～4小时可以重复给药。但禁用于妊娠期高血压疾病及其他 心血管病变者。③前列腺素类药物：当缩宫素及麦角新碱无效或麦角禁用时加用，主要包括卡前列素 氨丁三醇(carboprost trometamol)、米索前列醇(misoprostol)和卡前列甲酯(carboprost methylate)等，首



第十四章 分娩并发症 **207**

选肌内注射。

3)宫腔填塞：包括宫腔纱条填塞(图14-2)和宫腔球囊填塞(图14-3)。阴道分娩后宜使用球囊 填塞，剖宫产术中可选用球囊填塞或纱条填塞。宫腔填塞后应密切观察出血量、宫底高度及患者生命 体征，动态监测血常规及凝血功能。填塞后24～48小时取出，注意预防感染。同时配合强有力宫缩 剂，取出纱条或球囊时亦应使用麦角新碱、卡前列素氨丁三醇等强有力宫缩剂。



**图14-2** 宫腔纱条填塞

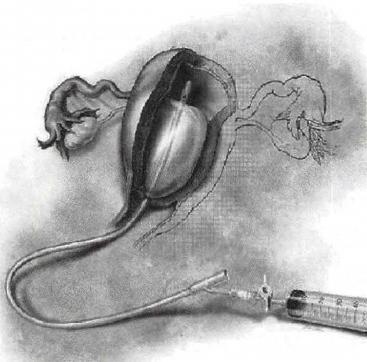


图14-3 宫腔球囊填塞

4)子宫压缩缝合术(uterine compression sutures):适用于经宫缩剂和按压子宫无效者，尤适 用于宫缩乏力导致的产后出血。常用B-Lynch 缝合法(图14-4),近年来出现了多种改良的子 宫缝合技术，如 Hayman 缝合术、Cho 缝合术及 Pereira缝合术等，可根据不同的情况选择不同 术式。

5)结扎盆腔血管：以上治疗无效时，可行子宫动脉上、下行支结扎，必要时行髂内动脉结扎。

6)经导管动脉栓塞术(transcatheter arterial embolization,TAE):此方法在有介入条件的医院使用。 适用于保守治疗无效的难治性产后出血且患者生命体征平稳者。经股动脉穿刺插入导管至髂内动脉 或子宫动脉，注入明胶海绵颗粒栓塞动脉。栓塞剂可于2～3周后吸收，血管复通。

7)切除子宫：经积极抢救无效、危及产妇生命时，应尽早行次全子宫切除或全子宫切除术，以挽 救产妇生命。



208 第十四章 分娩并发症

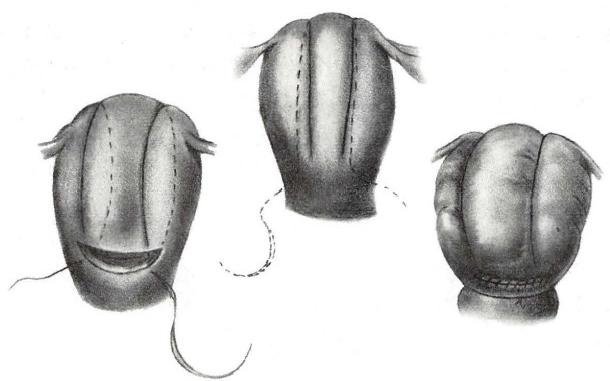


图14-4 子宫压缩缝合法

(2)胎盘因素：胎儿娩出后，疑有胎盘滞留时，立即作宫腔检查。若胎盘已剥离则应立即取出胎

盘；若胎盘粘连，可试行徒手剥离胎盘后取出。若剥离困难疑有胎盘植入，停止剥离，根据患者出血情 况及胎盘剥离面积行保守治疗或子宫切除术。

1)保守治疗：适应于孕产妇一般情况良好，无活动性出血；胎盘植入面积小、子宫收缩好、出血量

少者。可采用局部切除、经导管动脉栓塞术、米非司酮、甲氨蝶呤等治疗。保守治疗过程中应用彩色 多普勒超声监测胎盘周围血流变化、观察阴道流血量，若出血增多，应行清宫术，必要时行子宫切 除术。

2)切除子宫：若有活动性出血、病情加重或恶化、穿透性胎盘植入时应切除子宫。完全性胎盘植

入可无活动性出血或出血较少，此时切忌强行剥离胎盘而造成大量出血，可直接切除子宫。特别强调

瘢痕子宫合并前置胎盘，尤其胎盘附着于子宫瘢痕时(即凶险性前置胎盘),临床处理较为棘手，必要 时及时转诊至有条件的医院(详见第十一章第一节“前置胎盘”)。

(3)软产道损伤：应彻底止血，缝合裂伤。宫颈裂伤<1cm 且无活动性出血不需缝合；若裂伤>

1cm 且有活动性出血应缝合。缝合第一针应超过裂口顶端0.5cm,常用间断缝合；若裂伤累及子宫下 段，可经腹修补，缝合时应避免损伤膀胱和输尿管。修补阴道和会阴裂伤时，需按解剖层次缝合各层， 不留死腔，避免缝线穿透直肠黏膜。软产道血肿应切开血肿、清除积血，彻底止血、缝合，必要时可置 橡皮片引流。

(4)凝血功能障碍：尽快补充凝血因子、并纠正休克。常用的血液制品包括新鲜冰冻血浆、冷沉 淀、血小板等，以及纤维蛋白原或凝血酶原复合物、凝血因子等。若并发DIC 应按DIC 处理。

(5)失血性休克处理

1)密切观察生命体征，保暖、吸氧、呼救，做好记录。

2)及时快速补充血容量，有条件的医院应作中心静脉压指导输血输液。

3)血压低时临时应用升压药物及肾上腺皮质激素，改善心、肾功能。

4)抢救过程中随时做血气检查，及时纠正酸中毒。

5)防治肾衰，如尿量少于25ml/h,应积极快速补充液体，监测尿量。

6)保护心脏，出现心衰时应用强心药物同时加用利尿剂，如呋塞米20～40mg 静脉滴注，必要时4 小时后可重复使用。

(6)预防感染：通常给予大剂量广谱抗生素。

**3.** **产后出血的输血治疗** 应结合临床实际情况掌握好输血指征，做到输血及时合理。血红蛋白

<60g/L几乎均需要输血，血红蛋白<70g/L可考虑输血，若评估继续出血风险仍较大，可适当放宽输



第十四章 分娩并发症

**209**

血指征。通常给予成分输血：①红细胞悬液；②凝血因子：包括新鲜冰冻血浆、冷沉淀、血小板和纤维 蛋白原等。大量输血方案(massive transfusion protocol,MTP):最常用的推荐方案为红细胞：血浆：血小 板以1:1:1的比例输入(如10U 红细胞悬液+1000ml新鲜冰冻血浆+1U 机采血小板)。有条件的医院 可使用自体血液过滤后回输。

**【预防】**

加强围产保健，预防及治疗贫血，对有可能发生产后出血的高危人群进行一般转

**1.** **产前预防**

诊和紧急转诊。

密切观察产程进展，防止产程延长，正确处理第二产程，积极处理第三产程。

**2.** **产时预防**

3. 产后预防

因产后出血多发生在产后2小时内，故胎盘娩出后，密切监测生命体征，包括血

压、脉搏、阴道流血量、子宫高度、膀胱充盈情况，及早发现出血和休克。鼓励产妇排空膀胱，与新生儿 早接触、早吸吮，以便能反射性引起子宫收缩，减少出血量。

(刘兴会)

**第二节** **羊** **水** **栓** **塞**

● 典型表现是骤然出现的低氧血症、低血压和凝血功能障碍。

● 诊断应基于临床表现和诱发因素进行，是排除性诊断，找到羊水有形物质而临床表现不支持，不能 诊断羊水栓塞。

● 治疗主要采用支持性、对症性方法。

羊水栓塞(amniotic fluid embolism,AFE)是由于羊水进入母体血液循环，而引起的肺动脉高压、低 氧血症、循环衰竭、弥散性血管内凝血(DIC) 以及多器官功能衰竭等一系列病理生理变化的过程。以 起病急骤、病情凶险、难以预测、病死率高为临床特点，是极其严重的分娩并发症。发病率(1.9~ 7.7)/10万，死亡率19%～86%。

**【病因】**

高龄初产、经产妇、宫颈裂伤、子宫破裂、羊水过多、多胎妊娠、子宫收缩过强、急产、胎膜早破、前 置胎盘、子宫破裂，剖宫产和刮宫术等可能是羊水栓塞的诱发因素。具体原因不明，可能与下列因素 有关：

**1.** **羊膜腔内压力过高** 临产后，特别是第二产程子宫收缩时羊膜腔内压力可高达100~ 175mmHg, 当羊膜腔内压力明显超过静脉压时，羊水有可能被挤入破损的微血管而进入母体血液 循环。

**2.** **血窦开放** 分娩过程中各种原因引起的宫颈或宫体损伤、血窦破裂，羊水可通过破损血管或 胎盘后血窦进入母体血液循环。

**3.** **胎膜破裂** 大部分羊水栓塞发生在胎膜破裂以后，羊水可从子宫蜕膜或宫颈管破损的小血管 进入母体血液循环中。

**【病理生理】**

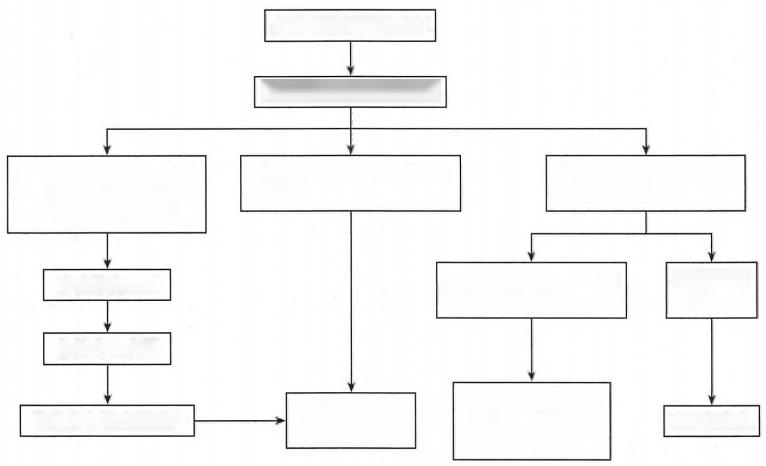
羊水成分进入母体循环是羊水栓塞发生的先决条件，可能发生的病理生理变化见图14-5。

**1.** **过敏样反应** 羊水中的抗原成分可引起I 型变态反应。在此反应中肥大细胞脱颗粒、异常的 花生四烯酸代谢产物包括白三烯、前列腺素、血栓素等进入母体血液循环，出现过敏样反应。

**2.** **肺动脉高压** 羊水中的有形物质形成小栓子及其刺激肺组织产生和释放血管活性物质，使肺 血管反射性痉挛，致使肺动脉高压，直接使右心负荷加重，导致急性右心扩张及充血性右心衰竭；又使 左心房回心血量减少，左心排出量明显减少，引起周围血液循环衰竭，使血压下降产生一系列休克症 状，产妇可因重要脏器缺血而突然死亡。



210 第十四章 分娩并发症



分娩母胎屏障被破坏

羊水成分进入母体循环

过敏样反应；羊水成分栓

塞肺血管；血管活性物质

释放导致肺血管痉挛

肺动脉高血压

急性右心衰竭

导致左心输出量减少

炎性介质和缺氧导 致心肌、肺和中枢 神经系统损伤

急性呼吸衰竭导致严重低 氧血症

易感母体发生类似SIRS 炎性介质的激活

炎性介质和内源性儿茶 酚胺导致肺动脉高压

继发左心衰、 低血压、休克

凝血级联 反应激活

DIC 和出血

图14-5 羊水栓塞可能的病理生理变化

**3.** **炎症损伤** 羊水栓塞所致的炎性介质系统的突然激活，引起类似于全身炎症反应综合征(sys- temic inflammatory response syndrome,SIRS)。

**4.** **弥散性血管内凝血** **(DIC)** 是羊水栓塞的临床特点之一，甚至是唯一的临床表现，也常是最

终死亡的主要原因。羊水中含大量促凝物质类似于组织凝血活酶，进入母血后易在血管内产生大量 的微血栓，消耗大量凝血因子及纤维蛋白原；同时炎性介质和内源性儿茶酚胺大量释放，触发凝血级 联反应，导致DIC。

**【临床表现】**

羊水栓塞通常起病急骤、来势凶险。70%发生在阴道分娩时，19%发生在剖宫产时。大多发生在 分娩前2小时至产后30分钟之间。极少发生在中孕引产、羊膜腔穿刺术中和外伤时。

**1.** **典型羊水栓塞** 以骤然出现的低氧血症、低血压(血压与失血量不符合)和凝血功能障碍为特

征，也称羊水栓塞三联征。

(1)前驱症状：30%～40%的患者会出现非特异性的前驱症状，如呼吸急促、胸痛、憋气、寒战、呛 咳、头晕、乏力、心慌、恶心、呕吐、麻木、针刺样感觉、焦虑、烦躁和濒死感，胎心减速，胎心基线变异消 失等。重视前驱症状有助于及时识别羊水栓塞。

(2)心肺功能衰竭和休克：出现突发呼吸困难和(或)发绀、心动过速、低血压、抽搐、意识丧失或 昏迷、突发血氧饱和度下降、心电图ST 段改变及右心受损和肺底部湿啰音等。严重者，产妇于数分钟 内猝死。

(3)凝血功能障碍：出现以子宫出血为主的全身出血倾向，如切口渗血、全身皮肤黏膜出血、针眼 渗血、血尿、消化道大出血等。

(4)急性肾衰竭等脏器受损：全身脏器均可受损，除心肺功能衰竭及凝血功能障碍外，中枢神经 系统和肾脏是最常见受损的器官。

羊水栓塞以上临床表现有时按顺序出现，有时也可不按顺序出现，表现具有多样性和复杂性。

**2.** **不典型羊水栓塞** 有些羊水栓塞的临床表现并不典型，仅出现低血压、心律失常、呼吸短促、 抽搐、急性胎儿窘迫、心脏骤停、产后出血、凝血功能障碍或典型羊水栓塞的前驱症状。当其他原因不 能解释时，应考虑羊水栓塞。

**【诊断】**

羊水栓塞应基于临床表现和诱发因素进行诊断，是排除性诊断。目前尚无国际统一的羊水栓塞

2记



第十四章 分娩并发症 **211**

诊断标准和实验室诊断指标。常用的诊断依据是：

**1.** **临床表现** 出现以下表现之一：①血压骤降或心脏骤停；②急性缺氧如呼吸困难、发绀或呼吸 停止；③凝血功能障碍或无法解释的严重出血。

**2.** **诱发因素** 以上临床表现发生在阴道分娩、剖宫产、刮宫术或产后短时间内(多数发生在产后 30分钟内)。

3. 以上临床表现不能用其他疾病来解释。

羊水栓塞的诊断是临床诊断，母血涂片或器官病理检查找到羊水有形成分不是诊断羊水栓塞的 必需依据，即使找到羊水有形成分，如果临床表现不支持，也不能诊断羊水栓塞；如果临床表现支持羊 水栓塞的诊断，即使没有找到羊水有形成分，也应诊断羊水栓塞。

血常规、凝血功能、血气分析、心肌酶谱、心电图、X 线胸片、超声心动图、血栓弹力图、血流动力学 监测等有助于羊水栓塞的诊断及病情监测。

**【鉴别诊断】**

应逐一排除导致心力衰竭、呼吸衰竭、循环衰竭的疾病包括肺栓塞、空气栓塞、心肌梗死、心律失 常、围产期心肌病、主动脉夹层、脑血管意外、药物引发的过敏性反应、输血反应、麻醉并发症(全身麻 醉或高位硬膜外麻醉)、子宫破裂、胎盘早剥、子痫等。特别要注意与产后出血量未准确评估的凝血功 能障碍相鉴别。

**【处理】**

羊水栓塞的处理原则是维持生命体征和保护器官功能。

一旦怀疑羊水栓塞，立即按羊水栓塞急救流程实施抢救，分秒必争，推荐多学科密切协作以提高 抢救成功率。处理主要采取支持性和对症性方法，各种手段应尽快和同时进行。

1. 增加氧合应立即保持气道通畅，尽早实施面罩吸氧、气管插管或人工辅助呼吸，维持氧供以 避免呼吸和心搏骤停。

2. 血流动力学支持 根据血流动力学状态，保证心排出量和血压稳定，避免过度输液。

(1)维持血流动力学稳定：羊水栓塞初始阶段表现为肺动脉高压和右心功能不全。多巴酚丁胺、 磷酸二酯酶-5抑制剂兼具强心和扩张肺动脉的作用，是治疗的首选药物。低血压时应予升压：多巴酚 丁胺5～10μg/(kg ·min), 静脉泵入；磷酸二酯酶-5抑制剂首剂25～75μg/kg 静脉推注，然后1.2~ 3mg/h 泵入；去甲肾上腺素0.01～0.1μg/(kg ·min), 静脉泵入。

(2)解除肺动脉高压：推荐使用磷酸二酯酶-5抑制剂、 一氧化氮(NO) 及内皮素受体拮抗剂等特 异性舒张肺血管平滑肌的药物。具体用法：前列环素1～2ng/(kg ·h), 静脉泵入；西地那非口服， 20mg/ 次，每日3次。也可考虑给予盐酸罂粟碱、阿托品、氨茶碱、酚妥拉明等药物。

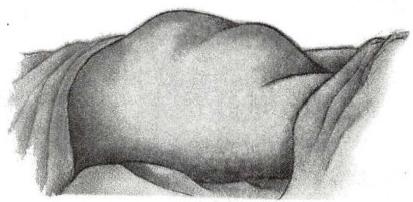
(3)液体管理：需注意管理液体出入量，避免左心衰和肺水肿。

3. 抗过敏 应用大剂量糖皮质激素尚存在争议。基于临床实践的经验，早期使用大剂量糖皮 质激素或有价值。氢化可的松100～200mg 加于5%～10%葡萄糖注射液50～100ml 快速静脉滴 注，再用300～800mg 加于5%葡萄糖注射液250～500ml 静脉滴注，每日剂量可达500～1000mg; 或地塞米松20mg 加于25%葡萄糖注射液静脉推注后，再加20mg 于5%～10%葡萄糖注射液中静 脉滴注。

4. 纠正凝血功能障碍包括：①应积极处理产后出血；②及时补充凝血因子包括输注大量的新 鲜血、血浆、冷沉淀、纤维蛋白原等，必要时可静脉输注氨甲环酸；③肝素治疗羊水栓塞DIC 的争议很 大，由于DIC 早期高凝状态难以把握，使用肝素治疗弊大于利，因此不推荐肝素治疗。

5. 全面监测包括血压、呼吸、心率、血氧饱和度、心电图、中心静脉压、心排出量、动脉血气和凝 血功能等。

6. 产科处理羊水栓塞发生于分娩前时，应考虑立即终止妊娠，心脏骤停者应实施心肺复苏，复 苏后仍无自主心跳可考虑紧急实施剖宫产。出现凝血功能障碍时，应果断快速的实施子宫切除术。



**212** 第十四章 分娩并发症

7. 器官功能受损的对症支持治疗 包括神经系统保护、稳定血流动力学、血氧饱和度和血糖维 持、肝脏功能的支持、血液透析的适时应用、积极防治感染、胃肠功能维护等。

**【预防】**

正确使用缩宫素，防止宫缩过强。人工破膜在宫缩间歇期进行。产程中避免产伤、子宫破裂、子 宫颈裂伤等。

(漆洪波)

**第三节** **子** **宫** **破** **裂**

● 常见原因是瘢痕子宫及先露部下降受阻。

● 主要临床表现为腹痛、病理性缩复环及胎心异常。

● 一旦确诊应尽快剖宫产终止妊娠。

子宫破裂(rupture of uterus)指在妊娠晚期或分娩期子宫体部或子宫下段发生破裂，是直接危及 产妇及胎儿生命的严重并发症。

**【病因】**

**1.** **子宫手术史(瘢痕子宫)** 是近年来导致子宫破裂的常见原因，如剖宫产术、子宫肌瘤剔除术、 宫角切除术、子宫成形术后形成瘢痕，在妊娠晚期或分娩期由于宫腔内压力增高可使瘢痕破裂。前次手 术后伴感染、切口愈合不良、剖宫产后间隔时间过短而再次妊娠者，临产后发生子宫破裂的风险更高。

**2.** **先露部下降受阻** 骨盆狭窄、头盆不称、软产道梗阻、胎位异常、巨大胎儿或胎儿畸形(如联体 婴儿等)等均可导致胎先露下降受阻，子宫下段过分伸展变薄发生子宫破裂。

**3.** **子宫收缩药物使用不当** 胎儿娩出前缩宫素或其他宫缩剂的剂量、使用方法或应用指征不 当，或孕妇对药物敏感性个体差异，导致子宫收缩过强所致。

4. 产科手术损伤宫颈口未开全时行产钳助产、中-高位产钳牵引或臀牵引术等可造成宫颈裂 伤延及子宫下段；毁胎术、穿颅术可因器械、胎儿骨片损伤子宫导致破裂；肩先露行内转胎位术或强行 剥离植入性胎盘或严重粘连胎盘，也可引起子宫破裂。

5. 其他 子宫发育异常或多次宫腔操作等，局部肌层菲薄导致子宫自发破裂。

**【临床表现】**

子宫破裂多发生于分娩期，部分发生于妊娠晚期。按其破裂程度，分为完全性破裂和不完全性破 裂。子宫破裂发生通常是渐进的，多数由先兆子宫破裂进展为子宫破裂。胎儿窘迫是最常见的临床 表现，大多数子宫破裂有胎心异常。子宫破裂常见的临床表现还包括：电子胎心监护(EFM) 异常、宫 缩间歇仍有严重腹痛、阴道异常出血、血尿、宫缩消失、孕妇心动过速、低血压、晕厥或休克、胎先露异 常、腹部轮廓改变等。

1. 先兆子宫破裂 常见于产程长、有梗阻性难产因素的产妇。表现为：①子宫呈强直性或痉挛 性过强收缩，产妇烦躁不安，呼吸、心率加快，下腹剧痛难忍。②因胎先露部下降受阻，子宫收缩过强， 子宫体部肌肉增厚变短，子宫下段肌肉变薄拉长，在

两者间形成环状凹陷，称为病理缩复环(pathologic

retraction ring)。随着产程进展，可见该环逐渐上升

平脐或脐上，压痛明显(图14-6)。③膀胱受压充

血，出现排尿困难及血尿。④因宫缩过强、过频，无

法触清胎体，胎心率加快或减慢或听不清。

**2.** **子宫破裂**

(1)不完全性子宫破裂：子宫肌层部分或全层

图14-6 先兆子宫破裂时腹部外观

第十四章 分娩并发症 **213**

破裂，但浆膜层完整，宫腔与腹腔不相通，胎儿及其附属物仍在宫腔内，称为不完全性子宫破裂。多见 于子宫下段剖宫产切口瘢痕破裂，常缺乏先兆破裂症状，仅在不全破裂处有压痛，体征也不明显。若 破裂口累及两侧子宫血管可导致急性大出血。若破裂发生在子宫侧壁阔韧带两叶之间，形成阔韧带 内血肿，多有胎心率异常。

(2)完全性子宫破裂：子宫肌壁全层破裂，宫腔与腹腔相通，称为完全性子宫破裂。常发生于瞬 间，产妇突感下腹一阵撕裂样剧痛，子宫收缩骤然停止。腹痛稍缓和后，因羊水、血液进入腹腔刺激腹 膜，出现全腹持续性疼痛，并伴有低血容量休克的征象。全腹压痛明显、有反跳痛，腹壁下可清楚扪及 胎体，子宫位于侧方，胎心胎动消失。阴道检查可有鲜血流出，胎先露部升高，开大的宫颈口缩小，若 破口位置较低，部分产妇可扪及子宫下段裂口。上述表现可能继发于先兆子宫破裂的症状之后，但子 宫体部瘢痕破裂多为完全性子宫破裂，常无先兆破裂的典型症状。穿透性胎盘植入者发生子宫破裂 时，可表现为持续性腹痛，多伴有胎心率异常，易误诊为其他急腹症或先兆临产。

**【诊断】**

典型的子宫破裂根据病史、症状、体征，容易诊断。但若子宫切口瘢痕破裂，症状体征不明显，应 结合前次剖宫产史、子宫下段压痛、胎心异常，胎先露部上升，宫颈口缩小等综合判断，超声检查能协 助诊断。

**【鉴别诊断】**

**1.** **胎盘早剥** 常伴有妊娠期高血压疾病史或外伤史，子宫呈板状硬，胎位不清，阴道流血与贫血 程度不成正比；超声检查常有胎盘后血肿或胎盘明显增厚，胎儿在子宫内。

2. 难产并发宫内感染 有产程长、多次阴道检查或胎膜早破等病史，患者表现为腹痛及子宫压 痛，常有体温升高和血白细胞计数增多，阴道检查胎先露部无明显改变、宫颈口无回缩。超声提示胎 儿位于宫腔内、子宫无缩小。

3. 妊娠临产合并急性胰腺炎 详见第九章第九节“急性胰腺炎”。

**【处理】**

1.先兆子宫破裂 应立即抑制子宫收缩：肌内注射哌替啶100mg,或静脉全身麻醉，尽快手术。

2. 子宫破裂 在抢救休克的同时，无论胎儿是否存活均应尽快手术治疗。

(1)子宫破口整齐、距破裂时间短、无明显感染者，可行破口修补术。子宫破口大、不整齐、有明 显感染者，应行次全子宫切除术。破口大、裂伤累及宫颈者，应行全子宫切除术。

(2)手术前后足量足疗程使用广谱抗生素控制感染。

严重休克者应尽可能就地抢救，若必须转院，应输血、输液、抗休克后方可转送。

**【预防】**

1.做好产前保健，有子宫破裂高危因素患者，提前入院待产。

2. 严密观察产程进展，警惕并尽早发现先兆子宫破裂征象并及时处理。

3. 严格掌握缩宫剂应用指征，应用缩宫素引产时，应有专人守护或监护，按规定稀释为小剂量静 脉缓慢滴注，严防发生过强宫缩；应用前列腺素制剂引产应按指征进行，严密观察。

4. 正确掌握产科手术助产的指征及操作常规，阴道助产术后应仔细检查宫颈及宫腔，及时发现 损伤给予修补。

(刘兴会)





**第十五章** **产褥期与产褥期疾病**

从胎盘娩出至产妇全身各器官除乳腺外恢复至正常未孕状态所需的一段时期，称产褥期(puerpe- rium),通常为6周。产褥期为女性一生生理及心理发生急剧变化的时期之一，多数产妇恢复良好，少 数可能发生产褥期疾病。

**第一节** **正** **常** **产** **褥**

● 子宫复旧是产褥期母体重要的变化。子宫于产后10日内降入骨盆腔内，产后6周恢复至未孕 状态。

● 乳腺在产后开始泌乳，吸吮和不断排空乳房是持续泌乳的重要条件。

● 产后恶露的量、颜色及内容物随时间而变化， 一般持续4~6周。

● 产后2小时内是产后严重并发症的高发时期，应留在产房内严密观察。 · 注意补充水分，通风，预防产后血栓形成及产褥中暑。

**一、产褥期母体变化**

产褥期母体的变化包括全身各个系统，以生殖系统变化最为显著。

**(一)生殖系统的变化**

**1.** **子宫** 产褥期子宫变化最大。在胎盘娩出后子宫逐渐恢复至未孕状态的全过程称为子宫复 旧(involution of uterus),一般为6周，其主要变化为宫体肌纤维缩复和子宫内膜的再生，同时还有子宫 血管变化、子宫下段和宫颈的复原等。

(1)子宫体肌纤维缩复：子宫复旧不是肌细胞数目减少，而是肌浆中的蛋白质被分解排出，使细 胞质减少致肌细胞缩小。被分解的蛋白质及其代谢产物通过肾脏排出体外。随着子宫体肌纤维不断 缩复，子宫体积及重量均发生变化。胎盘娩出后，子宫体逐渐缩小，于产后1周子宫缩小至约妊娠12 周大小，于产后6周恢复至妊娠前大小。子宫重量也逐渐减少，分娩结束时约为1000g,产后1周时约 为500g,产后2周时约为300g,产后6周恢复至50～70g。

(2)子宫内膜再生：胎盘、胎膜从蜕膜海绵层分离并娩出后，遗留的蜕膜分为2层，表层发生变 性、坏死、脱落，形成恶露的一部分自阴道排出；接近肌层的子宫内膜基底层逐渐再生新的功能层，内 膜缓慢修复，约于产后第3周，除胎盘附着部位外，宫腔表面均由新生内膜覆盖，胎盘附着部位内膜完 成修复需至产后6周。

(3)子宫血管变化：胎盘娩出后，胎盘附着面立即缩小，面积约为原来的一半。子宫复旧导致开 放的子宫螺旋动脉和静脉窦压缩变窄，数小时后血管内形成血栓，出血量逐渐减少直至停止。若在新 生内膜修复期间，胎盘附着面因复旧不良出现血栓脱落，可导致晚期产后出血。

(4)子宫下段及宫颈变化：产后子宫下段肌纤维缩复，逐渐恢复为非孕时的子宫峡部。胎盘娩出 后的宫颈外口呈环状如袖口。于产后2~3日，宫口仍可容纳2指。产后1周后宫颈内口关闭，宫颈 管复原。产后4周宫颈恢复至非孕时形态。分娩时宫颈外口常发生轻度裂伤，使初产妇的宫颈外口 由产前圆形(未产型),变为产后“一 ”字形横裂(已产型)。



**第十五章** **产褥期与产褥期疾病** **215**

2. 阴道 分娩后阴道腔扩大，阴道黏膜及周围组织水肿，阴道黏膜皱襞因过度伸展而减少甚至 消失，致使阴道壁松弛及肌张力低。阴道壁肌张力于产褥期逐渐恢复，阴道腔逐渐缩小，阴道黏膜皱 襞约在产后3周重新显现，但阴道至产褥期结束时仍不能完全恢复至未孕时的紧张度。

**3.** **外阴** 分娩后外阴轻度水肿，于产后2～3日内逐渐消退。会阴部血液循环丰富，若有轻度撕 裂或会阴侧切缝合，多于产后3～4日内愈合。

**4.** **盆底组织** 在分娩过程中，由于胎儿先露部长时间的压迫，使盆底肌肉和筋膜过度伸展致弹 性降低，且常伴有盆底肌纤维的部分撕裂，产褥期应避免过早进行重体力劳动。若能于产褥期坚持做 产后康复锻炼，盆底肌可能在产褥期内即恢复至接近未孕状态。若盆底肌及其筋膜发生严重撕裂造 成盆底松弛，加之产褥期过早参加重体力劳动；或者分娩次数过多，且间隔时间短，盆底组织难以完全 恢复正常，成为导致盆腔器官脱垂的重要原因。

**(二)乳房的变化**

妊娠期孕妇体内雌激素、孕激素、胎盘生乳素升高，使乳腺发育、乳腺体积增大、乳晕加深，为泌乳 做好准备。当胎盘剥离娩出后，产妇血中雌激素、孕激素及胎盘生乳素水平急剧下降，抑制下丘脑分 泌的催乳素抑制因子(prolactin inhibiting factor,PIF)释放，在催乳素作用下，乳汁开始分泌。婴儿每次 吸吮乳头时，来自乳头的感觉信号经传入神经到达下丘脑，通过抑制下丘脑分泌的多巴胺及其他催乳 素抑制因子，使腺垂体催乳素呈脉冲式释放，促进乳汁分泌。吸吮乳头还能反射性地引起神经垂体释 放缩宫素(oxytocin),缩宫素使乳腺腺泡周围的肌上皮收缩，使乳汁从腺泡、小导管进入输乳导管和乳 窦而喷出乳汁，此过程称为喷乳反射。吸吮及不断排空乳房是保持乳腺不断泌乳的重要条件。由于 乳汁分泌量与产妇营养、睡眠、情绪和健康状况密切相关，保证产妇休息、足够睡眠和营养丰富饮食， 并避免精神刺激至关重要。若此期乳汁不能正常排空，可出现乳汁淤积，导致乳房胀痛及硬结形成； 若乳汁不足可出现乳房空软。

**(三)循环及血液系统的变化**

胎盘剥离后，子宫胎盘血液循环终止且子宫缩复，大量血液从子宫涌入产妇体循环，加之妊娠期 潴留的组织间液回吸收，产后72小时内，产妇循环血量增加15%～25%,应注意预防心衰的发生。循 环血量于产后2～3周恢复至未孕状态。

产褥早期血液仍处于高凝状态，有利于胎盘剥离创面形成血栓，减少产后出血量。纤维蛋白原、 凝血酶、凝血酶原于产后2～4周内降至正常。血红蛋白水平于产后1周左右回升。白细胞总数于产 褥早期较高，可达(15～30)×10°/L,一般1~2周恢复正常。淋巴细胞稍减少，中性粒细胞增多，血小 板数量增多。红细胞沉降率于产后3～4周降至正常。

**(四)消化系统的变化**

妊娠期胃肠蠕动及肌张力均减弱，胃液中盐酸分泌量减少，产后需1～2周逐渐恢复。产后1～2 日内产妇常感口渴，喜进流食或半流食。产褥期活动减少，肠蠕动减弱，加之腹肌及盆底肌松弛，容易 便秘。

**(五)泌尿系统的变化**

妊娠期体内潴留的多量水分主要经肾脏排出，故产后1周内尿量增多。妊娠期发生的肾盂及输 尿管扩张，产后需2~8周恢复正常。在产褥期，尤其在产后24小时内，由于膀胱肌张力降低，对膀胱 内压的敏感性降低，加之外阴切口疼痛、产程中会阴部受压迫过久、器械助产、区域阻滞麻醉等均可能 增加尿潴留的发生。

**(六)内分泌系统的变化**

产后雌激素及孕激素水平急剧下降，至产后1周时已降至未孕时水平。胎盘生乳素于产后6小 时已不能测出。催乳素水平因是否哺乳而异，哺乳产妇的催乳素于产后下降，但仍高于非孕时水平， 吸吮乳汁时催乳素明显增高；不哺乳产妇的催乳素于产后2周降至非妊娠时水平。

月经复潮及排卵时间受哺乳影响。不哺乳产妇通常在产后6～10周月经复潮，在产后10周左右

N0EQ

**216**



**第十五章** **产褥期与产褥期疾病**

恢复排卵。哺乳产妇的月经复潮延迟，有的在哺乳期间月经一直不来潮，平均在产后4～6个月恢复 排卵。产后较晚月经复潮者，首次月经来潮前多有排卵，故哺乳产妇月经虽未复潮，却仍有受孕可能。

**(七)腹壁的变化**

妊娠期出现的下腹正中线色素沉着，在产褥期逐渐消退。初产妇腹壁紫红色妊娠纹变成银白色 陈旧妊娠纹。腹壁皮肤受增大的妊娠子宫影响，部分弹力纤维断裂，腹直肌出现不同程度分离，产后 腹壁明显松弛，腹壁紧张度需在产后6～8周恢复。

**二、产褥期临床表现**

产妇在产褥期的临床表现属于生理性变化。

**1.** **生命体征** 产后体温多数在正常范围内。体温可在产后24小时内略升高， 一般不超过38℃, 可能与产程延长致过度疲劳有关。产后3～4日出现乳房血管、淋巴管极度充盈，乳房胀大，伴体温升 高，称为泌乳热(breast fever),一般持续4～16小时体温即下降，不属病态，但需排除其他原因尤其是 感染引起的发热。产后脉搏在正常范围内。产后呼吸深慢， 一般每分钟14～16次，是由于产后腹压 降低，膈肌下降，由妊娠期的胸式呼吸变为胸腹式呼吸所致。产褥期血压维持在正常水平，变化不大。

2. 子宫复旧 胎盘娩出后，子宫圆而硬，宫底在脐下一指。产后第1日略上升至脐平，以后每日 下降1~2cm,至产后1周在耻骨联合上方可触及，于产后10日子宫降至骨盆腔内，腹部检查触不到 宫底。

3. 产后宫缩痛 在产褥早期因子宫收缩引起下腹部阵发性剧烈疼痛，称为产后宫缩痛(after- pains)。 于产后1~2日出现，持续2~3日自然消失，多见于经产妇。哺乳时反射性缩宫素分泌增多 使疼痛加重，不需特殊用药。

4. 恶露 产后随子宫蜕膜脱落，含有血液、坏死蜕膜等组织经阴道排出，称为恶露(lochia)。 恶

露有血腥味，但无臭味，持续4～6周，总量为250～500ml。因其颜色、内容物及时间不同，恶露分为：

(1)血性恶露(lochia rubra):因含大量血液得名，色鲜红，量多，有时有小血块。镜下见多量红细 胞、坏死蜕膜及少量胎膜。血性恶露持续3～4日。出血逐渐减少，浆液增加，转变为浆液恶露。

(2)浆液恶露(lochia serosa):因含多量浆液得名，色淡红。镜下见较多坏死蜕膜组织、宫腔渗出 液、宫颈黏液，少量红细胞及白细胞，且有细菌。浆液恶露持续10日左右，浆液逐渐减少，白细胞增 多，变为白色恶露。

(3)白色恶露(lochia alba):因含大量白细胞，色泽较白得名，质黏稠。镜下见大量白细胞、坏死 蜕膜组织、表皮细胞及细菌等。白色恶露约持续3周干净。

若子宫复旧不全(uterus subinvolution)或宫腔内残留部分胎盘、胎膜或合并感染时，恶露增多，血 性恶露持续时间延长并有臭味。

5. 褥汗 产后1周内皮肤排泄功能旺盛，排出大量汗液，以夜间睡眠和初醒时更明显，不属病 态。但要注意补充水分，防止脱水及中暑。

**三、产褥期处理及保健**

产褥期母体各系统变化很大，虽属生理范畴，但若处理和保健不当可转变为病理情况。

**(一)产褥期处理**

**1.** **产后2小时内的处理** 产后2小时内极易发生严重并发症，如产后出血、子痫、产后心力衰竭 等，故应在产房内严密观察产妇的生命体征、子宫收缩情况及阴道出血量，并注意宫底高度及膀胱是 否充盈等。最好用计量方法评估阴道出血量的变化，尤其是产后出血的高危孕产妇。若发现子宫收 缩乏力，应按摩子宫并同时使用子宫收缩剂。若阴道出血量虽不多，但子宫收缩不良、宫底上升者，提 示宫腔内有可能积血，应挤压宫底排出积血，并持续给予子宫收缩剂。若产妇自觉肛门坠胀，提示有 阴道后壁血肿的可能，应进行肛查或阴道-肛门联合检查确诊后及时给予处理。在此期间还应协助产



第十五章 产褥期与产褥期疾病

**217**

妇首次哺乳。若产后2小时一切正常，将产妇连同新生儿送回病房，仍需勤巡视。

**2.** **饮食** 产后1小时可让产妇进流食或清淡半流食，以后可进普通饮食。食物应富有营养、足 够热量和水分。若哺乳，应多进食蛋白质、热量丰富的食物，并适当补充维生素和铁剂，推荐补充铁剂 3个月。

**3.** **排尿与排便** 产后5日内尿量明显增多，应鼓励产妇尽早自行排尿。产后4小时内应让产妇 排尿。若排尿困难，除鼓励产妇起床排尿，解除怕排尿引起疼痛的顾虑外，可选用以下方法：①用热水 熏洗外阴，用温开水冲洗尿道外口周围诱导排尿。热敷下腹部，按摩膀胱，刺激膀胱肌收缩。②针刺 关元、气海、三阴交、阴陵泉等穴位。③肌内注射甲硫酸新斯的明，兴奋膀胱逼尿肌促其排尿，但注射 此药前要排除其用药禁忌。若使用上述方法均无效时应予留置导尿。

产后因卧床休息、食物缺乏纤维素，加之肠蠕动减弱，产褥早期腹肌、盆底肌张力降低，容易发生 便秘，应鼓励产妇多吃蔬菜及早日下床活动。若发生便秘，可口服缓泻剂。

**4.** **观察子宫复旧及恶露** 应于每日同一时间手测宫底高度，以了解子宫复旧情况。测量前 应嘱产妇排尿。应每日观察恶露数量、颜色及气味。若子宫复旧不良，红色恶露增多且持续时 间延长时，应及早给予子宫收缩剂。若合并感染，恶露有臭味且有子宫压痛，应给予广谱抗生素 控制感染。

**5.** **会阴处理** 选用对外阴无刺激的消毒液擦洗外阴，每日2～3次，平时应尽量保持会阴部清洁 及干燥。会阴部有水肿者，可局部进行湿热敷，产后24小时后可用红外线照射外阴。会阴部有缝线 者，应每日检查切口有无红肿、硬结及分泌物。若伤口感染，应提前拆线引流或行扩创处理，并定时 换药。

**6.** **观察情绪变化** 经历妊娠及分娩的激动与紧张后，精神疲惫、对哺育新生儿的担心、产褥期的 不适等，均可造成产妇情绪不稳定，尤其在产后3～10日，可表现为轻度抑郁。应帮助产妇减轻身体 不适，并给予精神关怀、鼓励、安慰，使其恢复自信。抑郁严重者，应尽早诊断及干预。

7. 乳房护理 详见本章第二节“母乳喂养”。

8. 预防产褥中暑 产褥期因高温环境使体内余热不能及时散发，引起中枢性体温调节功能障碍

的急性热病，称产褥中暑(puerperal heat stroke),表现为高热、水电解质紊乱，循环衰竭和神经系统功 能损害等。本病虽不多见，但起病急骤，发展迅速，若处理不当可发生严重后遗症，甚至死亡。其常见 原因是由于旧风俗习惯而要求关门闭窗，使身体处于高温、高湿状态，导致体温调节中枢功能障碍所 致。临床诊断根据病情程度分为：①中暑先兆：发病前多有短暂的先兆症状。表现为口渴、多汗、心 悸、恶心、胸闷、四肢无力。此时体温正常或低热；②轻度中暑：产妇体温逐渐升高达38.5℃以上，随后 出现面色潮红、胸闷、脉搏增快、呼吸急促、口渴、痱子满布全身；③重度中暑：产妇体温继续升高达 41～42℃,呈稽留热型，可出现面色苍白、呼吸急促、谵妄、抽搐、昏迷。若处理不及时可在数小时内因 呼吸、循环衰竭而死亡。幸存者也常遗留中枢神经系统不可逆的后遗症。治疗原则是立即改变高温 和不通风环境，迅速降温，及时纠正水、电解质紊乱及酸中毒。其中迅速降低体温是抢救成功的关键。

正确识别产褥中暑对及时正确地处理十分重要。

**(二)产褥期保健**

目的是防止产后出血、感染等并发症发生，促进产后生理功能的恢复。

**1.** **饮食起居** 合理饮食，保持身体清洁，产妇居室应清洁通风，衣着应宽大透气，注意休息。

**2.** **适当活动及做产后康复锻炼** 产后尽早适当活动，经阴道自然分娩的产妇，产后6～12小时 内即可起床轻微活动，于产后第2日可在室内随意走动。产后康复锻炼有利于体力恢复、排尿及排 便，避免或减少栓塞性疾病的发生，且能使盆底及腹肌张力恢复。产后康复锻炼的运动量应循序 渐进。

**3.** **计划生育指导** 若已恢复性生活，应采取避孕措施，哺乳者以工具避孕为宜，不哺乳者可选用 药物避孕。

218 第十五章 产褥期与产褥期疾病

4. 产后检查 包括产后访视和产后健康检查两部分。产妇出院后，由社区医疗保健人员在产妇 出院后3日、产后14日和产后28日分别做3次产后访视，了解产妇及新生儿健康状况，内容包括： ① 了解产妇饮食、睡眠等一般状况；②检查乳房，了解哺乳情况；③观察子宫复旧及恶露；④观察会阴 切口、剖宫产腹部切口；⑤了解产妇心理状况。若发现异常应及时给予指导。

产妇应于产后6周至医院常规检查，包括全身检查及妇科检查。前者主要测血压、脉搏，查血、尿 常规，了解哺乳情况，若有内外科合并症或产科并发症等应作相应检查；后者主要观察盆腔内生殖器 是否已恢复至非孕状态。同时应对婴儿进行检查。

**第二节** **母** **乳** **喂** **养**

● 母乳是婴儿最合适的天然食品，各级组织、家庭及个人都应该提倡、支持母乳喂养。

● 帮助母亲在产后1小时内开始母乳喂养，实行24小时母婴同室。

世界卫生组织已将帮助母亲在产后1小时内开始哺乳、实施24小时母婴同室，坚持纯母乳喂养6 个月，提倡母乳喂养2年以上等纳入促进母乳喂养成功的措施之中。

**1.** **母乳喂养对母婴的益处** 母乳喂养对母婴健康均有益。对婴儿可以提供满足其发育所需的 营养，提高免疫力，促进婴儿牙齿及颜面部的发育，增加母婴感情等。对母亲可促进子宫复旧，推迟月 经复潮及排卵的时间，降低母亲患乳腺癌、卵巢癌的风险等。

**2.** **母乳喂养的时间及方法** 哺乳是一种自然行为，每次一般为20～30分钟，根据哺乳的环境， 可采用摇篮式、环抱式、交叉式和侧卧式等姿势进行，以母婴舒服的体位进行哺乳。

哺乳前，母亲应洗手并用温开水清洁乳房及乳头。哺乳时，母亲及新生儿均应选择最舒适位置， 一手拇指放在乳房上方，余四指放在乳房下方，将乳头和大部分乳晕放入新生儿口中，用手扶托乳房， 防止乳房堵住新生儿鼻孔。让新生儿吸空一侧乳房后，再吸吮另一侧乳房。哺乳后佩戴合适棉质乳 罩。每次哺乳后，应将新生儿抱起轻拍背部1～2分钟，排出胃内空气以防吐奶。乳汁确实不足时，应 及时补充配方乳。如遇下列问题应及时处理：

(1)乳胀：多因乳房过度充盈及乳腺管阻塞所致。哺乳前湿热敷3～5分钟，并按摩乳房，频繁哺 乳、排空乳房。

(2)催乳：若出现乳汁不足，鼓励乳母树立信心，指导哺乳方法，按需哺乳、夜间哺乳，适当调节饮 食，喝营养丰富的肉汤。

(3)退奶：产妇不能哺乳，应尽早退奶。最简单的退奶方法是停止哺乳，必要时可辅以药物。常 用的退奶药有：①生麦芽60～90g,水煎当茶饮，每日1剂，连服3～5日；②芒硝250g 分装两纱布袋 内，敷于两乳房并包扎，湿硬时更换；③维生素B,200mg, 每日3次，连服3～5日。甾体激素、溴隐亭 等退奶药物不推荐作为一线药。

(4)乳头皲裂：轻者可继续哺乳。哺乳前湿热敷3～5分钟，挤出少许乳汁，使乳晕变软，以利新 生儿含吮乳头和大部分乳晕。哺乳后挤少许乳汁涂在乳头和乳晕上，短暂暴露和干燥，加强护理。皲 裂严重者应停止哺乳，可挤出或用吸乳器将乳汁吸出后喂给新生儿。

**3.** **判断乳汁分泌量是否充足** 判断母乳充足的主要标准：①每日满意的母乳喂养8次左右； ② 婴儿每日排尿5～6次，排便2～4次；③婴儿体重增长及睡眠情况良好。

**4.** **母乳储存的条件** 无法直接哺乳，可将乳汁吸出，储存于储奶袋中，20～30℃保存不超过4小 时，4℃不超过48小时， -15～-5℃可保存至6个月。

**5.** **不宜或暂停母乳喂养的指征** 主要包括母亲患传染病急性期、严重器官功能障碍性疾病、严 重的产后心理障碍和精神疾病、婴儿患有乳糖不耐受症等不宜进行母乳喂养的疾病，另外母亲酗酒、 暴怒、服用对婴儿有影响的特殊药物等。

笔记



第十五章 产褥期与产褥期疾病 219

**第三节** **产** **褥** **感** **染**

● β-溶血性链球菌是最常见的病原体，多为混合感染。

● 发热、疼痛、异常恶露是三大主要症状。

● 对产后发热者，首先考虑产褥感染，再排除引起产褥病率的其他疾病。

● 首选广谱高效抗生素，再依据细菌培养和药敏试验调整种类和剂量。

产褥感染(puerperal infection)指分娩及产褥期生殖道受病原体侵袭，引起局部或全身感染，其发 病率约6%。产褥病率(puerperal morbidity)指分娩24小时以后的10日内，每日测量体温4次，间隔 时间4小时，有2次体温达到或超过38℃。产褥病率常由产褥感染引起，但也可由生殖道以外感染如 急性乳腺炎、上呼吸道感染、泌尿系统感染、血栓静脉炎等原因所致。

**【病因】**

**1.** **诱** **因** 正常女性阴道对外界致病因子侵入有一定防御能力。其对入侵病原体的反应与病原 体的种类、数量、毒力和机体的免疫力有关。阴道有自净作用，羊水中含有抗菌物质。妊娠和正常分 娩通常不会给产妇增加感染的机会。只有在机体免疫力与病原体毒力及数量之间平衡失调时，才会 导致感染的发生。产妇体质虚弱、营养不良、孕期贫血、孕期卫生不良、胎膜早破、羊膜腔感染、慢性疾 病、产科手术、产程延长、产前产后出血过多、多次宫颈检查等，均可成为产褥感染的诱因。

2. 病原体种类 正常女性阴道内寄生大量微生物，包括需氧菌、厌氧菌、真菌、衣原体和支原体， 可分为致病微生物和非致病微生物。有些非致病微生物在一定条件下可以致病称为条件病原体，但 即使致病微生物也需要达到一定数量或机体免疫力下降时才会致病。

(1)需氧菌：①链球菌：以β-溶血性链球菌致病性最强，能产生致热外毒素与溶组织酶，使病变迅 速扩散导致严重感染。需氧链球菌可以寄生在阴道中，也可通过医务人员或产妇其他部位感染而进 入生殖道。其临床特点为发热早，寒战，体温>38℃,心率快，腹胀，子宫复旧不良，子宫或附件区触痛， 甚至并发脓毒血症。②杆菌：以大肠埃希菌、克雷伯菌属、变形杆菌属多见。这些菌常寄生于阴道、会 阴、尿道口周围，能产生内毒素，是菌血症和感染性休克最常见的病原菌，在不同环境对抗生素敏感性 有很大差异。③葡萄球菌：主要致病菌是金黄色葡萄球菌和表皮葡萄球菌。前者多为外源性感染，容 易引起伤口严重感染，因能产生青霉素酶，易对青霉素耐药。后者存在于阴道菌群中，引起的感染 较轻。

(2)厌氧菌：①革兰阳性球菌：消化链球菌和消化球菌存在于正常阴道中。当产道损伤、胎盘残 留、局部组织坏死缺氧时，细菌迅速繁殖，若与大肠埃希菌混合感染，会有异常恶臭气味。②杆菌属： 常见的厌氧性杆菌为脆弱类杆菌。这类杆菌多与需氧菌和厌氧性球菌混合感染，形成局部脓肿，产生 大量脓液，有恶臭味。感染还可引起化脓性血栓性静脉炎，形成感染血栓，脱落后随血液循环到达全 身各器官形成脓肿。③芽胞梭菌：主要是产气荚膜梭菌，产生外毒素，毒素可溶解蛋白质而能产气及 溶血。产气荚膜梭菌引起感染，轻者为子宫内膜炎、腹膜炎、脓毒血症，重者引起溶血、黄疸、血红蛋白 尿、急性肾衰竭、循环衰竭、气性坏疽，甚至死亡。

(3)支原体与衣原体：解脲支原体及人型支原体均可在女性生殖道内寄生，引起生殖道感染，其 感染多无明显症状，临床表现轻微。

此外，沙眼衣原体、淋病奈瑟菌均可导致产褥感染。

**3.** **感染途径**

(1)外源性感染：指外界病原体进入产道所致的感染。可通过医务人员消毒不严或被污染衣物、 用具、各种手术器械及产妇临产前性生活等途径侵入机体。

(2)内源性感染：寄生于正常孕妇生殖道的微生物，多数并不致病，当抵抗力降低和(或)病原体

**220**

2记

第十五章 产褥期与产褥期疾病

数量、毒力增加等感染诱因出现时，由非致病微生物转化为致病微生物而引起感染。内源性感染比外 源性感染更重要，因孕妇生殖道病原体不仅可导致产褥感染，而且还能通过胎盘、胎膜、羊水间接感染 胎儿，导致流产、早产、胎儿生长受限、胎膜早破、死胎等。

**【病理及临床表现】**

发热、疼痛、异常恶露，为产褥感染三大主要症状。产褥早期发热的最常见原因是脱水，但在2~ 3日低热后突然出现高热，应考虑感染可能。由于感染部位、程度、扩散范围不同，其临床表现也不 同。依感染发生部位，分为会阴、阴道、宫颈、腹部伤口、子宫切口局部感染，急性子宫内膜炎，急性盆 腔结缔组织炎、腹膜炎，血栓静脉炎，脓毒血症等。

1. 急性外阴、阴道、宫颈炎 分娩时会阴部损伤导致感染，以葡萄球菌和大肠杆菌感染为主。 会阴裂伤或会阴侧切伤口感染，表现为会阴部疼痛，坐位困难，可有低热。局部伤口红肿、发硬、伤口 裂开，压痛明显，脓性分泌物流出，较重时可出现低热。阴道裂伤及挫伤感染表现为黏膜充血、水肿、 溃疡、脓性分泌物增多。感染部位较深时，可引起阴道旁结缔组织炎。宫颈裂伤感染向深部蔓延，可 达宫旁组织，引起盆腔结缔组织炎。

2. 子宫感染 包括急性子宫内膜炎、子宫肌炎。病原体经胎盘剥离面侵入，扩散至子宫蜕膜层 称为子宫内膜炎，侵入子宫肌层称为子宫肌炎，两者常伴发。若为子宫内膜炎，子宫内膜充血、坏死， 阴道内有大量脓性分泌物且有臭味。若为子宫肌炎，腹痛，恶露增多呈脓性，子宫压痛明显，子宫复旧 不良，可伴发高热、寒战、头痛，白细胞明显增高等全身感染症状。

**3.** **急性盆腔结缔组织炎和急性输卵管炎** 病原体沿宫旁淋巴和血行达宫旁组织，出现急性炎性 反应而形成炎性包块，同时波及输卵管，形成急性输卵管炎。临床表现为下腹痛伴肛门坠胀，可伴寒 战、高热、脉速、头痛等全身症状。体征为下腹明显压痛、反跳痛、肌紧张；宫旁一侧或两侧结缔组织增 厚、压痛和(或)触及炎性包块，严重者整个盆腔形成“冰冻骨盆”。淋病奈瑟菌沿生殖道黏膜上行感 染，达输卵管与盆腹腔，形成脓肿后，高热不退。患者白细胞持续增高，中性粒细胞明显增多，核左移。

**4.** **急性盆腔腹膜炎及弥漫性腹膜炎** 炎症继续发展，扩散至子宫浆膜，形成盆腔腹膜炎。继而 发展成弥漫性腹膜炎，全身中毒症状明显，高热、恶心、呕吐、腹胀，检查时下腹部明显压痛、反跳痛。 腹膜面分泌大量渗出液，纤维蛋白覆盖引起肠粘连，也可在直肠子宫陷凹形成局限性脓肿，若脓肿波 及肠管与膀胱，会出现腹泻、里急后重与排尿困难。急性期治疗不彻底可发展成盆腔炎性疾病后遗症 而导致不孕。

5. 血栓性静脉炎 盆腔内血栓性静脉炎常侵及子宫静脉、卵巢静脉、髂内静脉、髂总静脉及阴道 静脉，厌氧菌为常见病原体。病变单侧居多，产后1~2周多见，表现为寒战、高热，症状可持续数周或 反复发作。局部检查不易与盆腔结缔组织炎相鉴别。下肢血栓性静脉炎常继发于盆腔静脉炎，多发 生在股静脉、胭静脉及大隐静脉，表现为弛张热，下肢持续性疼痛，局部静脉压痛或触及硬索状，使血 液回流受阻，引起下肢水肿，皮肤发白，习称“股白肿”。病变轻时无明显阳性体征，彩色多普勒超声 检查可协助诊断。

**6.** **脓毒血症** 感染血栓脱落进入血液循环可引起菌血症，继续发展可并发脓毒血症和迁徙性脓 肿(肺脓肿、肾脓肿)。若病原体大量进入血液循环，繁殖并释放毒素，可形成严重脓毒血症、感染性 休克或及多器官功能衰竭，表现为持续高热、寒战、全身明显中毒症状、多器官受损，甚至危及生命。

**【诊断】**

1. 病史详细询问病史及分娩全过程，对产后发热者，首先考虑为产褥感染，再排除引起产褥病 率的其他疾病。

**2.** **全身及局部检查** 仔细检查腹部、盆腔及会阴伤口，确定感染部位和严重程度。

**3.** **辅助检查** 超声检查、CT、磁共振等检测手段能够对感染形成的炎性包块、脓肿，做出定位及 定性诊断。检测血清C-反应蛋白升高，有助于早期诊断感染。

**4.** **确定病原体** 通过宫腔分泌物、脓肿穿刺物、后穹隆穿刺物作细菌培养和药物敏感试验，必要



第十五章 产褥期与产褥期疾病 221

时需作血培养和厌氧菌培养。病原体抗原和特异抗体检测可以作为快速确定病原体的方法。

**【鉴别诊断】**

主要与上呼吸道感染、急性乳腺炎、泌尿系统感染相鉴别。

**【处理】**

一旦诊断产褥感染，原则上应给予广谱、足量、有效抗生素，并根据感染的病原体调整抗生素治疗 方案。对脓肿形成或宫内残留感染组织者，应积极进行感染灶的处理。

1. 支持疗法 加强营养并补充足够维生素，增强全身抵抗力，纠正水、电解质失衡。病情严重或 贫血者，多次少量输新鲜血或血浆，以增加抵抗力。取半卧位，利于恶露引流或使炎症局限于盆腔。

2. 胎盘、胎膜残留处理在有效抗感染同时，清除宫腔内残留物。患者急性感染伴发高热，应 有效控制感染，同时行宫内感染组织的钳夹术，在感染彻底控制、体温正常后，再彻底清宫，避免因刮 宫引起感染扩散、子宫内膜破坏和子宫穿孔。

3. 应用抗生素未能确定病原体时，应根据临床表现及临床经验，选用广谱高效抗生素。然后 依据细菌培养和药敏试验结果，调整抗生素种类和剂量，保持有效血药浓度。当中毒症状严重者，短 期加用适量的肾上腺皮质激素，提高机体应激能力。

4. 抗凝治疗 血栓静脉炎时，应用大量抗生素同时，可加用肝素钠，即150U/(kg ·d) 肝素加入 5%葡萄糖液500ml 静脉滴注，每6小时1次，体温下降后改为每日2次，连用4~7日；尿激酶40万U 加入0.9%氯化钠注射液或5%葡萄糖注射液500ml,静脉滴注10日。用药期间监测凝血功能。同 时，还可口服双香豆素、阿司匹林等其他抗凝药物。

5. 手术治疗 会阴伤口或腹部切口感染，应及时切开引流；盆腔脓肿可经腹或后穹隆穿刺或切 开引流；子宫严重感染，经积极治疗无效，炎症继续扩展，出现不能控制的出血、脓毒血症或及感染性 休克时，应及时行子宫切除术，清除感染源，挽救患者生命。

**【预防】**

加强妊娠期卫生宣传，临产前2个月避免性生活及盆浴，加强营养，增强体质。保持外阴清洁。 及时治疗外阴阴道炎及宫颈炎症。避免胎膜早破、滞产、产道损伤与产后出血。接产严格无菌操作， 正确掌握手术指征。消毒产妇用物。必要时给予广谱抗生素预防感染。

**第四节** **晚期产后出血**

● 胎盘、胎膜残留是阴道分娩后最常见的原因，子宫切口愈合不良是剖宫产术后常见的原因。

● 主要临床表现为产褥期发生阴道出血，常伴有感染。

● 临床处理包括抗感染、促进子宫收缩等；大量出血时需手术或介入治疗。

分娩24小时后，在产褥期内发生的子宫大量出血，称晚期产后出血(late puerperal hemorhage)。 以产后1~2周发病最常见，亦有迟至产后2月余发病者。阴道出血多为少量或中等量，持续或间断； 亦可表现为大量出血，同时有血凝块排出。产妇可伴有寒战、低热，且常因失血过多导致贫血或失血 性休克。

**【病因与临床表现】**

**1.** **胎盘、胎膜残留** 为阴道分娩后晚期产后出血最常见的原因，多发生于产后10日左右，黏附 在宫腔内的残留胎盘组织发生变性、坏死、机化，当坏死组织脱落时，暴露基底部血管，引起大量出血。 临床表现为血性恶露持续时间延长，以后反复出血或突然大量流血。检查发现子宫复旧不全，宫口松 弛，有时可见有残留组织。

**2.** **蜕膜残留** 蜕膜多在产后一周内脱落，并随恶露排出。若蜕膜剥离不全，长时间残留，影响子 宫复旧，继发子宫内膜炎症，引起晚期产后出血。临床表现与胎盘残留不易鉴别，宫腔刮出物病理检

222 第十五章 产褥期与产褥期疾病

查可见坏死蜕膜，混以纤维素、玻璃样变的蜕膜细胞和红细胞，但不见绒毛。

3. 子宫胎盘附着面复旧不全 胎盘娩出后其附着面迅速缩小，附着部位血管即有血栓形成，继 而血栓机化，出现玻璃样变，血管上皮增厚，管腔变窄、堵塞。胎盘附着部边缘有内膜向内生长，底蜕 膜深层残留腺体和内膜重新生长，子宫内膜修复，此过程需6～8周。若胎盘附着面复旧不全可引起 血栓脱落，血窦重新开放，导致子宫出血。多发生在产后2周左右，表现为突然大量阴道流血，检查发 现子宫大而软，宫口松弛，阴道及宫口有血凝块。

4. 感染 以子宫内膜炎症多见。感染引起胎盘附着面复旧不良和子宫收缩欠佳，血窦关闭不全 导致子宫出血。

5. 剖宫产术后子宫切口愈合不良 引起切口愈合不良造成出血的原因主要有：

(1)子宫下段横切口两端切断子宫动脉向下斜行分支，造成局部供血不足。术中止血不良，形成局 部血肿或局部感染组织坏死，致使切口不愈合。多次剖宫产切口处菲薄，瘢痕组织多造成局部供血不 足，影响切口愈合。因胎头位置过低，取胎头时造成切口向下延伸撕裂，因伤口对合不好而影响愈合。

(2)横切口选择过低或过高：①横切口过低，宫颈侧以结缔组织为主，血供较差，组织愈合能力 差，且靠近阴道，增加感染机会；②横切口过高，切口上缘宫体肌组织与切口下缘子宫下段肌组织厚薄 相差大，缝合时不易对齐，愈合不良。

(3)缝合不当：组织对位不佳；手术操作粗暴；出血血管缝扎不紧；切口两侧角部未将回缩血管缝 扎形成血肿；缝扎组织过多过密，切口血液循环供应不良等，均可导致切口愈合不良。

(4)切口感染：因子宫下段横切口与阴道靠近，术前有胎膜早破、产程延长、多次阴道检查、前置 胎盘、术中出血多或贫血，易发生切口感染。

上述因素均可导致子宫切口愈合不良，缝线溶解脱落后血窦重新开放，出现大量阴道流血，甚至 休克。

**6.** **其他** 产后子宫滋养细胞肿瘤、子宫黏膜下肌瘤、子宫颈癌等，均可引起晚期产后出血。

**【诊断】**

**1.** **病史** 若为阴道分娩，应注意产程进展及产后恶露变化，有无反复或突然阴道出血病史；若为 剖宫产，应了解手术指征、术式及术后恢复情况。

**2.** **症状和体征**

(1)阴道出血：胎盘胎膜残留、蜕膜残留引起的阴道出血多在产后10日内发生。胎盘附着部位复旧 不良常发生在产后2周左右，可以反复多次阴道出血，也可突然大量阴道流血。剖宫产子宫切口裂开或 愈合不良所致的阴道流血，多在术后2~3周发生，常常是子宫突然大量出血，可导致失血性休克。

(2)腹痛和发热：常合并感染，伴发恶露增加，恶臭。

(3)全身症状：继发性贫血，严重者因失血性休克危及生命。

(4)体征：子宫复旧不良可扪及子宫增大、变软，宫口松弛，有时可触及残留组织和血块，伴有感 染者子宫明显压痛。

**3.** **辅助检查**

(1)血常规：了解贫血和感染情况。

(2)超声检查：了解子宫大小、宫腔有无残留物、子宫切口愈合及切口周围血肿等情况。

(3)病原体和药敏试验：宫腔分泌物培养、发热时行血培养，选择有效广谱抗生素。

(4)血hCG 测定：有助于排除胎盘残留及绒毛膜癌。

(5)病理检查：宫腔刮出物或子宫切除标本，应送病理检查。

**【处理】**

针对病因进行处理。

1. 少量或中等量阴道流血，应给予广谱抗生素、子宫收缩剂及支持疗法。

2. 疑有胎盘、胎膜、蜕膜残留者，静脉输液、备血及准备手术的条件下清宫术，操作应轻柔，以防





第十五章 产褥期与产褥期疾病 **223**

|  |
| --- |
| 子宫穿孔。刮出物应送病理检查，以明确诊断。术后继续给予抗生素及子宫收缩剂。  3. 疑剖宫产子宫切口裂开者，仅少量阴道出血也应住院，给予广谱抗生素及支持疗法，密切观察 病情变化；若阴道出血量多，可行剖腹探查或腹腔镜检查。若切口周围组织坏死范围小、炎症反应轻 微，可行清创缝合及髂内动脉、子宫动脉结扎止血；若为切口假性动脉瘤形成，首选髂内动脉或选择性 子宫动脉栓塞术；若组织坏死范围大，酌情行次全子宫切除术或全子宫切除术。  4. 肿瘤引起的阴道出血，应按肿瘤性质、部位做相应处理。  **【预防】**  1.产后应仔细检查胎盘、胎膜，注意是否完整，若有残缺应及时取出。在不能排除胎盘残留时应 行宫腔探查。  2.剖宫产时合理选择切口位置；避免子宫下段横切口两侧角部撕裂并合理缝合。  3. 严格无菌操作，术后应用抗生素预防感染。  **第五节** **产褥期抑郁症**  ● 主要症状为持续的情绪压抑、自我评价降低等，严重者有自杀或杀婴倾向。  ● 诊断主要依据症状，但需排除器质性疾病。  ● 心理治疗为重要的治疗手段，药物治疗适用于中重度患者。  产褥期抑郁症是产褥期精神障碍的一种常见类型，主要表现为产褥期持续和严重的情绪低落以 及一系列症候，如动力减低、失眠、悲观等，甚至影响对新生儿的照料能力。其发病率国外报道约为 30%,通常在产后2周内出现症状。  **【临床表现】**  主要表现有：①情绪改变：心情压抑、沮丧、情绪淡漠，甚至焦虑、恐惧、易怒，夜间加重；有时表现 为孤独、不愿见人或伤心、流泪。②自我评价降低：自暴自弃、自罪感，对身边的人充满敌意，与家人、 丈夫关系不协调。③创造性思维受损，主动性降低。④对生活缺乏信心，觉得生活无意义，出现厌食、 睡眠障碍、易疲倦、性欲减退。严重者甚至绝望、有自杀或杀婴倾向，有时陷于错乱或昏睡状态。  **【诊断】**  产褥期抑郁症至今尚无统一的诊断标准。许多产妇有不同程度的抑郁表现，但大多数能通过心 理疏导而缓解。根据美国精神病学会(American Psychiatric Association,APA,1994 年)在《精神疾病的 诊断与统计手册》(DSM-IV) 中制定的标准，产褥期抑郁症诊断标准如表15-1所示。  **表15-1** **产褥期抑郁症的诊断标准** |
| 1. 在产后2周内出现下列5条或5条以上的症状，必须具备(1)(2)两条  (1)情绪抑郁  (2)对全部或多数活动明显缺乏兴趣或愉悦  (3)体重显著下降或增加  (4)失眠或睡眠过度  (5)精神运动性兴奋或阻滞  (6)疲劳或乏力  (7)遇事均感毫无意义或有自罪感  (8)思维能力减退或注意力不集中  (9)反复出现想死亡的想法 2.在产后4周内发病 |

224 第十五章 产褥期与产褥期疾病

**【鉴别诊断】**

需排除器质性精神障碍或精神活性物质和非成瘾物质所致抑郁。

**【处理】**

包括心理治疗和药物治疗。

1. 心理治疗 为重要的治疗手段。包括心理支持、咨询与社会干预等。通过心理咨询，解除致 病的心理因素(如婚姻关系紧张、想生男孩却生女孩、既往有精神障碍史等)。为产褥期产妇提供更 多的情感支持及社会支持，指导产妇对情绪和生活进行自我调节，尽量调整好家庭关系，指导其养成 良好的睡眠习惯。

**2.** **药物治疗** 适用于中重度抑郁症及心理治疗无效患者。应在专科医师指导下用药为宜，可根 据以往疗效及患者特点个性化选择药物。首选5-羟色胺再吸收抑制剂，尽量选用不进入乳汁的抗抑 郁药。

(1)5-羟色胺再吸收抑制剂：①盐酸帕罗西汀：起始量和有效量为20mg,每日早餐时1次，2～3 周后，若疗效不佳且副作用不明显，可以10mg 递增，最大剂量50mg(体弱者40mg),每日1次。肝肾 功能不全患者慎用。注意不宜骤然停药。②盐酸舍曲林：口服，开始每日50mg,每日1次，与食物同 服。数周后增至每日100～200mg。 常用剂量为每日50～100mg,最大剂量为每日150～200mg(此量 不得连续应用超8周以上)。需长期应用者，需用最低有效量。

(2)三环类抗抑郁药：阿米替林(amitriptyline),常用量开始一次25mg,每日2～3次，然后根据病 情和耐受情况逐渐增至每日150～250mg,分3次口服，最高剂量一 日不超过300mg,维持量每日 50～150mg

**【预防】**

产褥期抑郁症的发生受社会因素、心理因素及妊娠因素的影响，故应加强对孕产妇的精神关怀， 利用孕妇学校等多种渠道普及有关妊娠、分娩常识，减轻孕产妇对妊娠、分娩的紧张、恐惧心情，完善 自我保健。运用医学心理学、社会学知识对产妇在分娩过程中多加关心和爱护，对预防产褥期抑郁症 有价值。产褥期抑郁症早期诊断困难，产后进行自我问卷调查(如Edinburgh产褥期抑郁量表)对于 早期发现和诊断产褥期抑郁症很有帮助。对出现3条或以上的症状者可纳入产后抑郁症的高危人群 进行家庭和医院的提前干预。

**【预后】**

本病预后良好，约70%患者于1年内治愈，极少数患者持续1年以上。再次妊娠复发率约20%。 其下一代认知能力可能受一定影响。

(张卫社)







第十六章妇科病史及检查



病史采集和体格检查是诊断疾病的主要依据，也是妇科临床实践的基本技能。妇科检查更是妇 科所特有的检查方法。在书写妇科病历时，不仅要熟悉有关妇科病史的采集方法，还要通过不断临床 实践，逐步掌握妇科检查技术。本章除介绍妇科病史的采集和妇科检查方法外，还重点列举妇科疾病 常见症状的鉴别要点。

第一节 妇 科 病 史



●病史采集是疾病诊治的重要步骤，要做到准确、完整。

●要重视沟通技巧和尊重患者隐私。

采集病史是医师诊治患者的第一步，也是医患沟通、建立良好医患关系的重要时机。要重视沟通 技巧的培养。

(一)病史采集方法

为正确判断病情，要细致询问病情和耐心聆听陈述。有效的交流是对患者所患疾病正确评估和 处理的基础，能增加患者的满意度和安全感，不仅使采集到的病史完整、准确，也可减少医疗纠纷的发 生。采集病史时，应做到态度和蔼、语言亲切。询问病史应有目的性，切勿遗漏关键性的病史内容，以 免造成漏诊或误诊。采用启发式提问，但应避免暗示和主观臆测。对危重患者在初步了解病情后，应 立即抢救，以免贻误治疗。对外院转诊者，应索阅病情介绍作为重要参考资料。对自己不能口述的危 重患者，可询问最了解其病情的家属或亲友。要考虑患者的隐私，遇有不愿说出真情(如性生活史) 者，不宜反复追问，可先行体格检查和辅助检查，待明确病情后再予补充。

(二)病史内容

1. 一般项目 包括患者姓名、性别、年龄、籍贯、职业、民族、婚姻、住址、入院日期、病史记录日 期、病史陈述者、可靠程度。若非患者陈述，应注明陈述者及其与患者的关系。

2. 主诉 指促使患者就诊的主要症状(或体征)与持续时间。要求通过主诉初步估计疾病的大 致范围。力求简明扼要，通常不超过20字。妇科临床常见症状有外阴瘙痒、阴道流血、白带增多、闭 经、不孕、下腹疼痛、下腹包块等。如患者有停经、阴道流血及腹痛3种主要症状，应按其发生时间的 顺序，将主诉书写为：停经×日，阴道流血×日，腹痛×小时。若患者无任何自觉症状，仅检查时发现子 宫肌瘤，主诉应写为：检查发现“子宫肌瘤”×日。

3. 现病史 指患者本次疾病发生、演变和诊疗全过程，为病史的主要组成部分，应以主诉症状为 核心，按时间顺序书写。包括起病时间、主要症状特点、有无诱因、伴随症状、发病后诊疗情况及结果， 睡眠、饮食、体重及大小便等一般情况的变化，以及与鉴别诊断有关的阳性或阴性资料等。与本次疾 病虽无紧密关系，但仍需治疗的其他疾病以及用药情况，可在现病史后另起一段记录。

4. 月经史 包括初潮年龄、月经周期及经期持续时间、经量、经期伴随症状。如11岁初潮，周期 28～30日，持续4日，可简写为11  经量可问每日更换卫生巾次数，有无血块，经血颜色，伴随

症状包括经期有无不适，有无痛经及疼痛部位、性质、程度以及痛经起始和消失时间。常规询问并记

226



第十六章 妇科病史及检查

录末次月经(LMP) 起始日期及其经量和持续时间，若其流血情况不同于以往正常月经时，还应问准末 前次月经(PMP) 起始日期。绝经后患者应询问绝经年龄，绝经后有无阴道流血、阴道分泌物增多等。

5. 婚育史 婚次及每次结婚年龄，是否近亲结婚(直系血亲及三代旁系血亲),男方健康状况，有 无性病史及双方性生活情况等。有多个性伴侣者，性传播疾病及子宫颈癌的风险增加，应问清性伴侣 情况。生育史包括足月产、早产及流产次数以及现存子女数，以4个阿拉伯数字顺序表示。如足月产 1次，无早产，流产1次，现存子女1人，可记录为1-0-1-1,或仅用孕2产1(G₂P) 表示。记录分娩方 式，有无难产史，新生儿出生情况，有无产后出血或产褥感染；询问人工流产或自然流产及妊娠终止时 间，异位妊娠或葡萄胎及治疗方法，生化妊娠史，末次分娩或流产日期。采用何种避孕措施及其效果， 有无阴道炎、盆腔炎史，炎症类型和治疗情况。

6. 既往史 指患者过去的健康和疾病情况。内容包括以往健康状况、疾病史、传染病史、预防接 种史(HPV 疫苗接种史)、手术外伤史、输血史、药物过敏史。为避免遗漏，可按全身各系统依次询问。 若患过某种疾病，应记录疾病名称、患病时间及诊疗转归。

**7.** **个人史** 生活和居住情况，出生地和曾居住地区，有无烟、酒嗜好。有无毒品使用史。

**8.** **家族史** 父母、兄弟、姐妹及子女健康状况。家族成员有无遗传性疾病(如血友病、白化病 等)、可能与遗传有关的疾病(如糖尿病、高血压、乳腺癌、卵巢癌等)及传染病(如结核等)。

**第二节** **体** **格** **检** **查**

● 妇科检查是女性生殖器疾病诊断的重要手段。

● 妇科检查时，要关心体贴患者，并按规范进行。

体格检查应在采集病史后进行。检查范围包括全身检查、腹部检查和妇科检查。除病情危急外， 应按下列先后顺序进行。不仅要记录与疾病有关的重要体征，还要记录有鉴别意义的阴性体征。体 格检查完成后，应及时告知患者或家属检查结果。

**(** **一)全身检查**

常规测量体温、脉搏、呼吸及血压，必要时测量体重和身高。其他检查项目包括患者神志、精神状 态、面容、体态、全身发育及毛发分布情况、皮肤、浅表淋巴结(特别是左锁骨上淋巴结和腹股沟淋巴 结)、头部器官、颈(注意甲状腺是否肿大)、乳房(注意其发育、皮肤有无凹陷、有无包块、分泌乳汁或 液体)、心、肺、脊柱及四肢。

**(二)腹部检查**

为妇科疾病体格检查的重要组成部分，应在妇科检查前进行。视诊观察腹部有无隆起或呈蛙腹 状，腹壁有无瘢痕、静脉曲张、妊娠纹、腹壁疝、腹直肌分离等。扪诊腹壁厚度，肝、脾、肾有无增大及压 痛，腹部有无压痛、反跳痛和肌紧张，能否扪到包块。扪到包块时，应描述包块部位、大小(以cm 为单 位表示或相当于妊娠月份表示，如包块相当于妊娠×个月大)、形状、质地、活动度、表面是否光滑或有 高低不平隆起以及有无压痛等。叩诊时注意鼓音和浊音分布范围，有无移动性浊音。必要时听诊了 解肠鸣音情况。若合并妊娠，应检查腹围、子宫底高度、胎位、胎心及胎儿大小等。

**(三)妇科检查**

妇科检查，国外一般称盆腔检查(pelvic examination),包括外阴、阴道、宫颈、宫体及双侧附件检查。

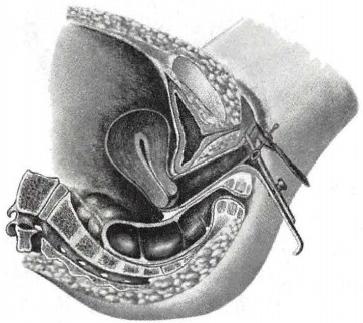
**1.** **基本要求**

(1)医师应关心体贴患者，做到态度和蔼、语言亲切、检查仔细、动作轻柔。检查前告知患者妇科 检查可能引起不适，不必紧张并尽可能放松腹肌。

(2)除尿失禁患者外，检查前应排空膀胱，必要时导尿。大便充盈者应于排便或灌肠后检查。

(3)为避免交叉感染，置于臀部下面的垫单或纸单应一人一换， 一次性使用。

(4)患者取膀胱截石位。臀部置于台缘，头部略抬高，两手平放于身旁，以使腹肌松弛。检查者



第十六章 妇科病史及检查 **227**

面向患者，立在患者两腿之间。不宜搬动的危重患者，可在病床上检查。

(5)应避免于经期做妇科检查。若为阴道异常流血则必须检查。检查前消毒外阴，使用无菌手 套及器械，以防发生感染。

(6)对无性生活史者，禁作阴道窥器检查及双合诊检查，应行直肠-腹部诊。确有检查必要时，应 先征得患者及其家属同意后，方可作阴道窥器检查或双合诊检查。

(7)疑有盆腔内病变的腹壁肥厚、高度紧张不合作患者，若双合诊检查不满意时，应行超声检查， 必要时可在麻醉下进行检查。

**2.** **检查方法及步骤**

(1)外阴部检查：观察外阴发育及阴毛多少和分布情况(女性型或男性型),有无畸形、皮炎、溃 疡、赘生物或肿块，注意皮肤和黏膜色泽或色素减退及质地变化，有无增厚、变薄或萎缩。分开小阴 唇，暴露阴道前庭观察尿道口和阴道口。查看尿道口周围黏膜色泽及有无赘生物。无性生活的处女 膜一般完整未破，其阴道口勉强可容示指；已有性生活的阴道口能容两指通过；经产妇的处女膜仅余 残痕或可见会阴后-侧切瘢痕。检查时还应让患者用力向下屏气，观察有无阴道前后壁膨出、子宫脱 垂或尿失禁等。

(2)阴道窥器检查：使用阴道窥器检查阴道和宫颈时，要注意阴道窥器的结构特点。

1)放置和取出：临床常用鸭嘴形阴道窥器，可以固定，便于阴道内治疗操作。阴道窥器有大小之 分，根据阴道宽窄选用。当放置窥器时，应先将其前后两叶前端并合，表面涂润滑剂以利插入，避免损 伤。若拟作宫颈细胞学检查或取阴道分泌物作涂片检查时，不应用润滑剂，改用生理盐水润滑，以免 影响涂片质量。放置窥器时，检查者用一手拇指、示指将两侧小阴唇分开，另一手将窥器避开敏感的 尿道周围区，斜行沿阴道侧后壁缓慢插入阴道内，边推进边将窥器两叶转正并逐渐张开，暴露宫颈、阴 道壁及穹隆部，然后旋转窥器，充分暴露阴道各壁(图16-1)。取出窥器前，先将前后叶合拢再沿阴道 侧后壁缓慢取出。

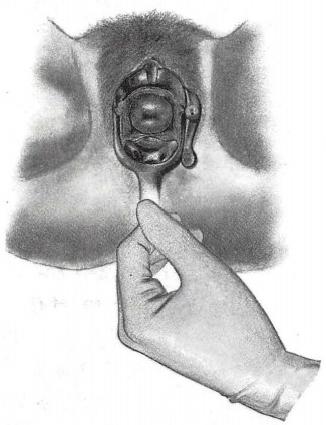


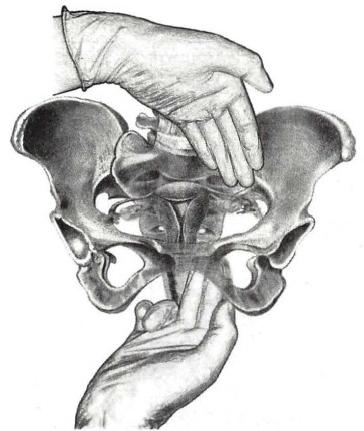
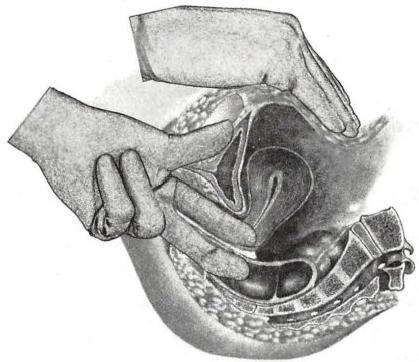
图16-1 阴道窥器检查

阴道窥器放置完毕所显示的正面及侧面观(暴露宫颈及阴道侧壁)

2)视诊：①检查阴道：观察阴道前后壁和侧壁及穹隆黏膜颜色、皱襞多少，是否有阴道隔或双阴 道等先天畸形，有无溃疡、赘生物或囊肿等。注意阴道内分泌物量、性质、色泽，有无臭味。阴道分泌 物异常者应作滴虫、假丝酵母菌、淋病奈瑟菌及线索细胞等检查。②检查宫颈：暴露宫颈后，观察宫颈 大小、颜色、外口形状，有无出血、肥大、糜烂样改变、撕裂、外翻、腺囊肿、息肉、赘生物，宫颈管内有无 出血或分泌物。同时可采集宫颈外口鳞-柱交接部脱落细胞作宫颈细胞学检查和HPV 检测。

(3)双合诊(bimanual examination):是妇科检查中最重要的项目。检查者一手的两指或一指放入

on



第十六章 妇科病史及检查

**228**

阴道，另一手在腹部配合检查，称为双合诊。目的在于检查阴道、宫颈、宫体、输卵管、卵巢、宫旁结缔 组织以及骨盆腔内壁有无异常。

检查方法：检查者戴无菌手套， 一手示、中两指蘸润滑剂，顺阴道后壁轻轻插入，检查阴道通畅度、 深度、弹性，有无畸形、瘢痕、肿块及阴道穹隆情况。再扪触宫颈大小、形状、硬度及外口情况，有无接 触性出血。随后检查子宫体，将阴道内两指放在宫颈后方，另一手掌心朝下手指平放在患者腹部平脐 处，当阴道内手指向上向前方抬举宫颈时，腹部手指往下往后按压腹壁，并逐渐向耻骨联合部位移动， 通过内、外手指同时分别抬举和按压，相互协调，即能扪清子宫位置、大小、形状、软硬度、活动度及有 无压痛(图16-2)。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，称为前倾(anteversion);当宫体朝向骶骨，称为后倾(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，称为前屈(anteflexion),形成的角度朝向后方，称为后屈 (retroflexion)。扪清子宫后，将阴道内两指由宫颈后方移至一侧穹隆部，尽可能往上向盆腔深部扪触； 与此同时，另一手从同侧下腹壁髂嵴水平开始，由上往下按压腹壁，与阴道内手指相互对合，以触摸该 侧附件区有无肿块、增厚或压痛(图16-3)。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。正常卵巢偶可扪及，触后稍有酸胀感，正常输卵管不能扪及。

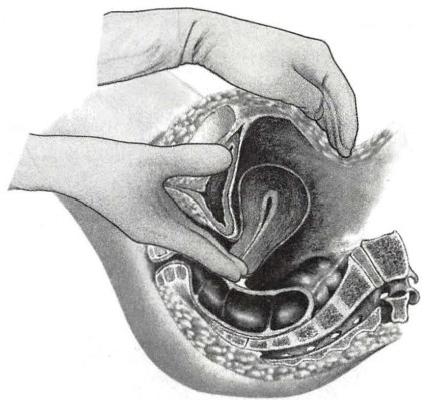


图16-2 双合诊(检查子宫)

图16-3 双合诊(检查附件)

(4)三合诊(rectovaginal examination):经直肠、

阴道、腹部联合检查，称为三合诊。方法是双合诊结

束后， 一手示指放入阴道，中指插入直肠，其余检查

步骤与双合诊时相同(图16-4),是对双合诊检查不

足的重要补充。通过三合诊能扪清后倾或后屈子宫

大小，发现子宫后壁、宫颈旁、直肠子宫陷凹、宫骶韧

带和盆腔后部病变，估计盆腔内病变范围，及其与子

宫或直肠的关系，特别是癌肿与盆壁间的关系，以及

扪诊阴道直肠隔、骶骨前方或直肠内有无病变。所

以三合诊在生殖器肿瘤、结核、子宫内膜异位症、炎

症的检查时尤显重要。

(5)直肠-腹部诊：检查者一手示指伸入直肠，

图16-4 三合诊

另一手在腹部配合检查，称为直肠-腹部诊。适用于

无性生活史、阴道闭锁或有其他原因不宜行双合诊的患者。



第十六章 妇科病史及检查

**229**

行双合诊、三合诊或直肠-腹部诊时，除应按常规操作外，掌握下述各点有利于检查的顺利进行： ①当两手指放入阴道后，患者感疼痛不适时，可单用示指替代双指进行检查；②三合诊时，在将中指伸 入肛门时，嘱患者像解大便一样用力向下屏气，使肛门括约肌自动放松，可减轻患者疼痛和不适感； ③若患者腹肌紧张，可边检查边与患者交谈，使其张口呼吸而使腹肌放松；④当检查者无法查明盆腔 内解剖关系时，继续强行扪诊，不但患者难以耐受，且往往徒劳无益，此时应停止检查。待下次检查 时，多能获得满意结果。

3. 记录 妇科检查结束后，应将检查结果按解剖部位先后顺序记录：

外阴发育情况及婚产式(未婚、已婚未产或经产)。有异常发现时，应详加描述。

阴道 是否通畅，黏膜情况，分泌物量、色、性状及有无气味。

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

宫体 位置、大小、硬度、活动度，表面是否平整、有无突起，有无压痛等。

附件 有无块物、增厚或压痛。若扪及块物，记录其位置、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。左右两侧情况分别记录。

实验室和特殊检查 摘录已有的实验室和特殊检查结果，外院检查结果应注明医院名称和检查 日期。

**第三节妇科疾病常见症状的鉴别要点**

● 相同的症状可由不同的妇科疾病所引起。

● 掌握各种症状特征有助于疾病的诊断与鉴别诊断。

妇科疾病的常见症状有阴道流血、白带异常、下腹疼痛、外阴瘙痒及下腹肿块等，掌握这些症状的 鉴别要点对妇科疾病的诊治极为重要。

**一、阴道流血**

为最常见的主诉之一。女性生殖道任何部位，包括阴道、宫颈、宫体及输卵管均可发生出血。虽 然绝大多数出血来自宫体，但不论其源自何处，除正常月经外，均称“阴道流血”。

**1.** **原因** 引起阴道流血的常见原因有：

(1)与妊娠有关的子宫出血：常见的有流产、异位妊娠、葡萄胎、产后胎盘部分残留和子宫复旧不全等。

(2)生殖器炎症：如阴道炎、急性子宫颈炎、宫颈息肉和子宫内膜炎等。

(3)生殖器良性病变：如子宫内膜息肉、子宫腺肌病、子宫内膜异位症等。

(4)生殖器肿瘤：子宫肌瘤是引起阴道流血的常见良性肿瘤，分泌雌激素的卵巢肿瘤也可引起阴

道流血。其他几乎均为恶性肿瘤，包括阴道癌、子宫颈癌、子宫内膜癌、子宫肉瘤、妊娠滋养细胞肿瘤、 输卵管癌等。

(5)损伤、异物和外源性性激素：生殖道创伤如阴道骑跨伤、性交所致处女膜或阴道损伤，放置宫 内节育器，幼女阴道内放入异物等均可引起出血。雌激素或孕激素(包括含性激素保健品)使用不当 也可引起“突破性出血”或“撤退性出血”。

( (6)与全身疾病有关的阴道流血：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，均可导致子宫出血。

(7)卵巢内分泌功能失调：在排除妊娠及所有器质性疾病后，可考虑由卵巢内分泌功能失调引起 的异常子宫出血，主要包括无排卵性和排卵性异常子宫出血两类。另外，子宫内膜局部异常、月经间 期卵泡破裂造成的雌激素水平短暂下降也可致子宫出血。

2. 临床表现 阴道流血的形式有：

230



第十六章 妇科病史及检查

(1)经量增多：月经量增多(>80ml)或经期延长，月经周期基本正常，为子宫肌瘤的典型症状，其 他如子宫腺肌病、排卵性异常子宫出血、放置宫内节育器，均可有经量增多。

(2)周期不规则的阴道流血：多为无排卵性异常子宫出血，但围绝经期妇女应注意排除早期子宫 内膜癌。性激素或避孕药物引起的“突破性出血”也表现为不规则阴道流血。

(3)无任何周期可辨的长期持续阴道流血：多为生殖道恶性肿瘤所致，首先应考虑子宫颈癌或子 宫内膜癌的可能。

(4)停经后阴道流血：发生于生育期妇女，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，多为无排卵性异常子宫出血，但应首先排除生殖道恶性肿瘤。

(5)阴道流血伴白带增多： 一般应考虑晚期子宫颈癌、子宫内膜癌或子宫黏膜下肌瘤伴感染。

(6)接触性出血：于性交后或阴道检查后，立即有鲜血出现，应考虑急性子宫颈炎、宫颈癌、宫颈 息肉或子宫黏膜下肌瘤的可能。

(7)经间出血：若发生在下次月经来潮前14～15日，历时3～4日，且血量少，偶可伴有下腹疼痛 和不适，多为排卵期出血。

(8)经前或经后点滴出血：月经来潮前数日或来潮后数日，持续极少量阴道褐红色分泌物，可见 于排卵性异常子宫出血或为放置宫内节育器的副作用。此外，子宫内膜异位症亦可能出现类似情况。

(9)绝经多年后阴道流血：若流血量极少，历时2～3日即净，多为绝经后子宫内膜脱落引起的出 血或萎缩性阴道炎；若流血量较多、流血持续不净或反复阴道流血，应考虑子宫内膜癌可能。

(10)间歇性阴道排出血性液体：应警惕有输卵管癌的可能。

(11)外伤后阴道流血：常见于骑跨伤后，流血量可多可少。

除上述各种不同形式的阴道流血外，年龄对诊断有重要参考价值。新生女婴出生后数日有少量 阴道流血，系因离开母体后雌激素水平骤然下降，子宫内膜脱落所致。幼女出现阴道流血，应考虑有 性早熟或生殖道恶性肿瘤的可能。青春期少女出现阴道流血，多为无排卵性异常子宫出血。生育期 妇女出现阴道流血，应考虑与妊娠相关的疾病。围绝经期妇女出现阴道流血，以无排卵性异常子宫出 血最多见，但应首先排除生殖道恶性肿瘤。

**二、** **白带异常**

白带(leucorrhea)是由阴道黏膜渗出液、宫颈管及子宫内膜腺体分泌液等混合而成，其形成与雌 激素作用有关。正常白带呈白色稀糊状或蛋清样，黏稠、量少，无腥臭味，称为生理性白带。生殖道炎 症如阴道炎和急性子宫颈炎或发生癌变时，白带量显著增多且有性状改变，称为病理性白带。临床常 见的有：

**1.** **透明黏性白带** 外观与正常白带相似，但数量显著增多，应考虑卵巢功能失调、阴道腺病或宫 颈高分化腺癌等疾病的可能。

**2.** **灰黄色或黄白色泡沫状稀薄白带** 为滴虫阴道炎的特征，可伴外阴瘙痒。

**3.** **凝乳块状或豆渣样白带** 为外阴阴道假丝酵母菌病的特征，常伴严重外阴瘙痒或灼痛。

**4.** **灰白色匀质鱼腥味白带** 常见于细菌性阴道病，伴外阴轻度瘙痒。

**5.** **脓性白带** 色黄或黄绿，黏稠，多有臭味，为细菌感染所致。可见于淋病奈瑟菌阴道炎、急性

子宫颈炎及子宫颈管炎。阴道癌或子宫颈癌并发感染、宫腔积脓或阴道内异物残留等也可导致脓性 白带。

**6.** **血性白带** 白带中混有血液，血量多少不一，应考虑子宫颈癌、子宫内膜癌、宫颈息肉、宫颈炎 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** 持续流出淘米水样白带且具奇臭者， 一般为晚期子宫颈癌、阴道癌或黏膜下肌瘤 伴感染。间断性排出清澈、黄红色或红色水样白带，应考虑输卵管癌的可能。



第十六章 妇科病史及检查 231

**三、下腹疼痛**

下腹疼痛为妇女常见的症状，多为妇科疾病所引起。应根据下腹痛的性质和特点，考虑各种不同 妇科情况。但下腹痛来自内生殖器以外的疾病并不少见，应注意鉴别。

1. 起病缓急 起病缓慢而逐渐加剧者，多为内生殖器炎症或恶性肿瘤所引起；急骤发病者，应考 虑卵巢囊肿蒂扭转或破裂，或子宫浆膜下肌瘤蒂扭转；反复隐痛后突然出现撕裂样剧痛者，应想到输 卵管妊娠破裂型或流产型的可能。

2. 疼痛部位下腹正中出现疼痛，多为子宫病变引起，较少见； 一侧下腹痛，应考虑为该侧附件 病变，如卵巢囊肿蒂扭转、输卵管卵巢急性炎症、异位妊娠等；右侧下腹痛还应考虑急性阑尾炎；双侧 下腹痛常见于盆腔炎性病变；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。

3. 疼痛性质 持续性钝痛多为炎症或腹腔内积液所致；顽固性疼痛难以忍受，常为晚期生殖器 癌肿所致；子宫或输卵管等空腔器官收缩表现为阵发性绞痛；输卵管妊娠或卵巢肿瘤破裂可引起撕裂 性锐痛；宫腔内有积血或积脓不能排出常导致下腹坠痛。

**4.** **疼痛时间** 在月经周期中间出现一侧下腹隐痛，应考虑为排卵性疼痛；经期出现腹痛，或为原 发性痛经，或有子宫内膜异位症的可能；周期性下腹痛但无月经来潮多为经血排出受阻所致，见于先 天性生殖道畸形或术后宫腔、宫颈管粘连等。与月经周期无关的慢性下腹痛见于下腹部手术后组织 粘连、子宫内膜异位症、盆腔炎性疾病后遗症、盆腔静脉淤血综合征及妇科肿瘤等。

**5.** **放射部位** 腹痛放射至肩部，应考虑为腹腔内出血；放射至腰骶部，多为宫颈、子宫病变所致； 放射至腹股沟及大腿内侧，多为该侧附件病变所引起。

**6.** **伴随症状** 腹痛同时有停经史，多为妊娠合并症；伴恶心、呕吐，应考虑有卵巢囊肿蒂扭转的 可能；伴畏寒、发热，常为盆腔炎性疾病；伴休克症状，应考虑有腹腔内出血；出现肛门坠胀，常为直肠 子宫陷凹积液所致；伴恶病质，常为生殖器晚期癌肿的表现。

**四、外阴瘙痒**

外阴瘙痒(pruritus vulvae)是妇科患者常见症状，多由外阴各种不同病变引起，外阴正常者也可发 生。当瘙痒严重时，患者坐卧不安，甚至影响生活与工作。

**1.** **原因**

(1)局部原因：外阴阴道假丝酵母菌病和滴虫阴道炎是引起外阴瘙痒最常见的原因。细菌性阴 道病、萎缩性阴道炎、阴虱、疥疮、蛲虫病、寻常疣、疱疹、湿疹、外阴色素减退性疾病，药物过敏或护肤 品刺激及不良卫生习惯等，也常是引起外阴瘙痒的原因。

(2)全身原因：糖尿病、黄疸、维生素A、B族缺乏、重度贫血、白血病、妊娠期肝内胆汁淤积症等。 除局部原因和全身原因外，还有不明原因的外阴瘙痒。

**2.** **临床表现**

(1)外阴瘙痒部位：外阴瘙痒多位于阴蒂、小阴唇、大阴唇、会阴甚至肛周等部位。长期搔抓可出 现抓痕、血痂或继发毛囊炎。

(2)外阴瘙痒症状与特点：外阴瘙痒常为阵发性，也可为持续性，通常夜间加重。瘙痒程度因不 同疾病和不同个体而有明显差异。外阴阴道假丝酵母菌病、滴虫阴道炎以外阴瘙痒、白带增多为主要 症状。外阴色素减退性疾病以外阴奇痒为主要症状，伴有外阴皮肤色素脱失。蛲虫病引起的外阴瘙 痒以夜间为甚。糖尿病患者尿糖对外阴皮肤刺激，特别是并发外阴阴道假丝酵母菌病时，外阴瘙痒特 别严重。无原因的外阴瘙痒一般仅发生在生育期或绝经后妇女，外阴瘙痒症状严重，甚至难以忍受 但局部皮肤和黏膜外观正常，或仅有抓痕和血痂。黄疸、维生素A、B族缺乏、重度贫血、白血病等慢 性疾病患者出现外阴瘙痒时，常为全身瘙痒的一部分。妊娠期肝内胆汁淤积症也可出现包括外阴在

**232**

笔记

第十六章妇科病史及检查

内的全身皮肤瘙痒。

**五、下腹肿块**

下腹肿块是妇科患者就医时的常见主诉。肿块可能是患者本人或家属无意发现，或因其他症状 (如下腹痛、阴道流血等)做妇科检查或超声检查时发现。根据肿块质地不同，分为囊性和实性。囊 性肿块多为良性病变，如卵巢囊肿、输卵管卵巢囊肿、输卵管积水等或为充盈膀胱。实性肿块除妊娠 子宫为生理情况，子宫肌瘤、卵巢纤维瘤、盆腔炎性包块等为良性病变外，其他实性肿块均应首先考虑 为恶性肿瘤。

下腹肿块可以是子宫增大、附件肿块、肠道或肠系膜肿块、泌尿系肿块、腹腔肿块、腹壁或腹膜后 肿块。

**1.** **子宫增大** 位于下腹正中且与宫颈相连，可能的原因是：

(1)妊娠子宫：生育期妇女有停经史，扪及正中下腹部包块，应首先考虑为妊娠子宫。停经后出 现不规则阴道流血，且子宫增大超过停经周数者，可能为葡萄胎。妊娠早期子宫峡部变软，宫体似与 宫颈分离，此时应警惕将宫颈误认为宫体，将妊娠子宫误诊为卵巢肿瘤。

(2)子宫肌瘤：子宫均匀增大，或表面有单个或多个球形隆起。子宫肌瘤典型症状为月经过多。 带蒂的浆膜下肌瘤仅蒂与宫体相连， 一般无症状，妇科检查时有可能将其误诊为卵巢实性肿瘤。

(3)子宫腺肌病：子宫均匀增大，通常不超过妊娠3个月大，质硬。患者多伴有逐年加剧的痛经、 经量增多及经期延长。

(4)子宫恶性肿瘤：年老患者子宫增大且伴有不规则阴道流血，应考虑子宫内膜癌。子宫增长迅 速伴有腹痛及不规则阴道流血，可能为子宫肉瘤。有生育史或流产史，特别是有葡萄胎史，子宫增大 且外形不规则及子宫不规则出血时，应想到妊娠滋养细胞肿瘤的可能。

(5)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 度也相似。

(6)宫腔阴道积血或宫腔积脓：青春期无月经来潮伴有周期性腹痛，并扪及正中下腹部肿块，应 考虑处女膜闭锁或阴道无孔横隔。子宫增大也可见于子宫内膜癌合并宫腔积脓。

2. 附件肿块 附 件(adnexa)包括输卵管和卵巢。输卵管和卵巢通常不能扪及，当附件出现肿块 时，多属病理现象。临床常见的附件肿块有：

(1)输卵管妊娠：肿块位于子宫旁，大小、形状不一，有明显触痛。患者多有短期停经史，随后出 现阴道持续少量流血及腹痛。

(2)附件炎性肿块：肿块多为双侧性，位于子宫两旁，与子宫有粘连，压痛明显。急性附件炎症患 者有发热、腹痛。输卵管卵巢积水患者多有不育及下腹隐痛史，甚至出现反复急性盆腔炎症发作。

(3)卵巢子宫内膜异位囊肿：多为与子宫粘连、活动受限、有压痛的囊性肿块，可有继发性痛经、 性交痛、不孕等病史。

(4)卵巢非赘生性囊肿：多为单侧、可活动的囊性包块，通常直径不超过8cm。 黄体囊肿可出现 于早期妊娠。葡萄胎常并发一侧或双侧卵巢黄素囊肿。输卵管卵巢囊肿常有不孕或盆腔感染病史， 附件区囊性块物，可有触痛，边界清或不清，活动受限。

(5)卵巢赘生性肿块：不论肿块大小，其表面光滑、囊性且可活动者，多为良性肿瘤。肿块为实 性，表面不规则，活动受限，特别是盆腔内扪及其他多个结节或上腹部肿块或伴有胃肠道症状者，多为 卵巢恶性肿瘤。

**3.** **肠道及肠系膜肿块**

(1)粪块嵌顿：块物位于左下腹，多呈圆锥状，直径4～6cm, 质偏实，略能推动。排便后块物 消失。

(2)阑尾脓肿：肿块位于右下腹，边界不清，距子宫较远且固定，有明显压痛伴发热、白细胞增多

第十六章 妇科病史及检查 **233**

和红细胞沉降率加快。初发病时先有脐周疼痛，随后疼痛逐渐转移并局限于右下腹。

(3)腹部手术或感染后继发的肠管、大网膜粘连：肿块边界不清，叩诊时部分区域呈鼓音。患者 以往有手术史或盆腔感染史。

(4)肠系膜肿块：部位较高，肿块表面光滑，左右移动度大，上下移动受限制，易误诊为卵巢肿瘤。

(5)结肠癌：肿块位于一侧下腹部，呈条块状，略能推动，有轻压痛。患者多有下腹隐痛、便秘、腹 泻或便秘腹泻交替以及粪便带血史。

**4.** **泌尿系肿块**

(1)充盈膀胱：肿块位于下腹正中、耻骨联合上方，呈囊性，表面光滑，不活动。导尿后囊性肿块 消失。

(2)异位肾：先天异位肾多位于髂窝部或盆腔内，形状类似正常肾，但略小。通常无自觉症状。 静脉尿路造影可确诊。

**5.** **腹腔肿块**

(1)腹腔积液：大量腹腔积液常与巨大卵巢囊肿相混淆。腹部两侧叩诊浊音，脐周鼓音为腹腔积 液特征。腹腔积液合并卵巢肿瘤，腹部冲击触诊法可发现潜在肿块。

(2)盆腔结核包裹性积液：肿块为囊性，表面光滑，界限不清，固定不活动。囊肿可随患者病情加 剧而增大或好转而缩小。

(3)直肠子宫陷凹脓肿：肿块呈囊性，向后穹隆突出，压痛明显，伴发热及急性盆腔腹膜炎体征。 后穹隆穿刺抽出脓液可确诊。

**6.** **腹壁及腹膜后肿块**

(1)腹壁血肿或脓肿：位于腹壁内，与子宫不相连。患者有腹部手术或外伤史。患者抬起头部使 腹肌紧张，若肿块更明显，多为腹壁肿块。

(2)腹膜后肿瘤或脓肿：肿块位于直肠和阴道后方，与后腹壁固定，不活动，多为实性，以肉瘤最 常见；亦可为囊性，如畸胎瘤、脓肿等。静脉尿路造影可见输尿管移位。

( 郭 丰 )







**第十七章** **外阴色素减退性疾病**

外阴色素减退性疾病是一组以瘙痒为主要症状、外阴皮肤色素减退为主要体征的外阴皮肤疾病。 2006年国际外阴阴道疾病研究学会(International Society for the Study of Vulvovaginal Disease,ISSVD) 对外阴皮肤疾病采用基于组织病理学的分类，用于病理诊断。2011年ISSVD 又提出了基于临床表现 的分类，以补充病理学分类，并方便临床诊断和处理。依据2011年ISSVD 分类，外阴色素减退性疾病 临床表现分类属于白色病变(white lesions),但病理组织学分类包括棘层细胞增生型(acanthotic pat- tern)、苔藓样型(lichenoid pattern)、均质化或硬化型(dermal homogenization/selerosis pattern)等，为外 阴部位的非肿瘤性皮肤病变之一。

本章主要讨论妇科临床常见的白色病变，包括外阴慢性单纯性苔藓、外阴硬化性苔藓等。

**第一节** **外阴慢性单纯性苔藓**

● 病理特点为表皮层角化过度和角化不全，棘细胞层增厚，但上皮细胞排列整齐、无异型性。

● 以外阴瘙痒为主要症状，确诊靠组织学检查。

● 主要的治疗手段为局部药物治疗结合物理治疗。

外阴慢性单纯性苔藓(lichen simplex chronicus)属于2006年ISSVD 分类中的棘层细胞增生型，先 前的疾病名“外阴鳞状上皮增生”和“增生性营养不良”已不再采用。

**【病因】**

病因不明。可分原发性和继发性两种，前者又称特发性，后者可继发于硬化性苔藓、扁平苔藓或 其他外阴疾病，和慢性摩擦或搔抓刺激有关。有研究发现病变可能与局部维 A 酸受体α含量减少 有关。

**【病理】**

巨检可见皮损为红色或白色斑块，或苔藓样。组织学形态缺乏特异性，主要表现为鳞状上皮表层 细胞的角化过度和角化不全，棘层细胞增生，真皮浅层纤维化并伴有不等量炎症细胞浸润。上皮细胞 层次排列整齐，极性保持，细胞的大小和核形态、染色均正常。

**【临床表现】**

**1.** **症状** 主要为外阴瘙痒，多难耐受而搔抓，搔抓进一步加重皮损，形成所谓的“痒-抓”恶性 循环。

**2.** **体征** 病损常位于大阴唇、阴唇间沟、阴蒂包皮及阴唇后联合等处，可为孤立、多发或左右形 态对称性病灶。病损早期表现为皮肤暗红或粉红色，加重后则为白色病变。后期则表现为皮肤增厚、 色素沉着，皮肤纹理明显，呈苔藓样改变。可有抓痕、皲裂、溃疡等。

**【诊断】**

根据症状及体征可以作出初步诊断，确诊靠组织学检查。活检应在色素减退区、皲裂、溃疡、硬 结、隆起或粗糙处进行，选择不同部位多点取材。活检前先用1%甲苯胺蓝涂抹局部皮肤，干燥后用 1%醋酸液擦洗脱色，在不脱色区活检。



第十七章 外阴色素减退性疾病

**235**

**【鉴别诊断】**

慢性单纯性苔藓应与白癜风、白化病、特异性外阴炎、外阴上皮内病变及癌等相鉴别。若外阴病 变边界分明、表面光滑润泽、质地正常，无自觉症状者为白癜风。身体其他部位发现多个相同白色病 变，应考虑白化病。外阴皮肤增厚，发白或发红，伴有瘙痒且阴道分泌物增多应首先排除假丝酵母菌 病、滴虫性阴道炎等，分泌物中可查见病原体，炎症治愈后白色区域逐渐消失。外阴皮肤出现对称性 发红、增厚，伴有严重瘙痒，但无分泌物增多者，可能为糖尿病所致外阴炎。若伴有长期不愈的溃疡， 应尽早活检送病理检查以排除外阴癌。

**【治疗】**

**1.** **一般治疗** 保持局部皮肤清洁干燥，不食辛辣、过敏食物。不用刺激性药物或肥皂清洗外阴， 忌穿不透气的化纤内裤。对瘙痒症状明显以致紧张、失眠者，可加用镇静、安眠和抗过敏药物。

**2.** **药物治疗** 局部应用皮质激素药物控制瘙痒，可选用0.025%氟轻松软膏、0.01%曲安奈德软 膏，涂搽病变部位，每日3～4次。长期使用类固醇药物可使局部皮肤萎缩，故当瘙痒症状缓解后，停 用高效类固醇药物，改用作用轻微的1%～2%氢化可的松软膏，每日1~2次，维持治疗6周。局部用 药前可先用温水坐浴，每日2～3次，每次10~15分钟，可使皮肤软化、促进药物吸收、缓解瘙痒症状。 症状控制后，增厚的皮肤仍需较长时间才能有明显改善或恢复正常。

**3.** **物理治疗** 局部物理治疗是通过去除局部异常上皮组织和破坏真皮层神经末梢，从而阻断瘙 痒和搔抓所引起的恶性循环，适用于对症状严重或药物治疗无效者。常用方法：①聚焦超声；②CO₂ 激 光或氦氖激光；③其他：波姆光、液氮冷冻等。聚焦超声的长期疗效及优化参数有待进一步观察研究。 激光治疗有破坏性小、愈合后瘢痕组织较少的优点，但其远期复发率仍与手术切除相当。

**4.** **手术治疗** 外阴慢性单纯性苔藓的恶变率很低，手术治疗影响外观及局部功能，且有远期复 发可能，故一般不采用手术治疗，仅适用于：①反复药物、物理治疗无效；②出现不典型增生或有恶变 可能者。

**第二节** **外阴硬化性苔藓**

● 主要病理特征为表皮萎缩、过度角化及黑色素细胞减少，造成外阴苍白伴皮肤皱缩。

● 外阴瘙痒及烧灼感是主要症状，确诊靠组织学检查。

● 以局部药物配合物理治疗为主，多数治疗有效但不能治愈，需反复治疗。

外阴硬化性苔藓(lichen sclerosus)以外阴、肛周皮肤变薄、色素减退呈白色病变为主要特征，属于 2006年ISSVD 分类中的苔藓样型或硬化型亚型。

**【病因】**

病因不明，可能相关的因素有：①自身免疫：约21%患者合并自身免疫性相关性疾病；②感染； ③ 遗传：有报道可有家族史，但尚未发现特异基因；④性激素缺乏：有患者血清二氢睾酮及雄烯二酮低 于正常，临床睾酮药物治疗有效。

**【病理】**

巨检皮损呈白色。镜下可见表皮变薄、过度角化及黑色素细胞减少，上皮脚变钝或消失；真皮浅 层早期水肿，后期胶原纤维化形成均质化带，其下伴带状淋巴细胞浸润；基底层细胞水肿，黑色素细胞 减少。少数病例伴有炎症和溃疡。2%～5%的病例有恶变可能，主要为非HPV 相关鳞癌。

**【临床表现】**

硬化性苔藓可发生于任何年龄，但以40岁左右妇女多见，其次为幼女。

**1.** **症状** 主要为病损区瘙痒、性交痛及外阴烧灼感，程度较慢性单纯性苔藓患者轻，晚期可出现 性交困难。幼女患者瘙痒症状多不明显，可在排尿或排便后感外阴或肛周不适。



**236** 第十七章 外阴色素减退性疾病

**2.** **体征** 病损区常位于大阴唇、小阴唇、阴蒂包皮、阴唇后联合及肛周，多呈对称性。 一般不累 及阴道黏膜。早期皮肤红肿，出现粉红、象牙白色或有光泽的多角形小丘疹，丘疹融合成片后呈紫癜 状；若病变发展，出现外阴萎缩，表现为大阴唇变薄，小阴唇变小、甚至消失，阴蒂萎缩而其包皮过长； 皮肤变白、发亮、皱缩、弹性差，常伴有皲裂及脱皮，病变通常对称，并可累及会阴及肛周而呈蝴蝶状。 晚期病变皮肤菲薄、皱缩似卷烟纸或羊皮纸，阴道口挛缩狭窄。由于幼女病变过度角化不似成年人明 显，检查见局部皮肤呈珠黄色或与色素沉着点相间形成花斑样，若为外阴及肛周病变，可呈现锁孔状 或白色病损坏。多数患者的病变在青春期可自行消失。

**【诊断】**

根据临床表现可作出初步诊断，确诊靠组织学检查。活检应在皲裂、溃疡、挛缩处进行，应多点 活检。

**【鉴别诊断】**

硬化性苔藓应与白癜风、白化病、老年生理性萎缩相鉴别。

**【治疗】**

**1.** **一般治疗** 同慢性单纯性苔藓(见本章第一节“外阴慢性单纯性苔藓”)。

**2.** **药物治疗** 局部药物治疗有效率约为80%,多数只能改善症状而不能痊愈，且需要长期用药。 常用药物有：①丙酸睾酮：有促进蛋白合成作用，能促使萎缩皮肤恢复正常。2%丙酸睾酮油膏或霜初 起每日2～4次，连用3～4周后改为每日1～2次，连用3周，然后应用维持量，每日1次或每2日1 次。根据治疗反应及症状持续情况决定用药次数及时间。治疗期间密切观察其副作用， 一旦出现男 性化征象或疗效欠佳时应停药，改用其他药物。瘙痒症状较重者，也可与1%或2.5%氢化可的松软 膏混合涂搽，症状缓解后可逐渐减量至停用氢化可的松软膏。②黄体酮：0.5%黄体酮油膏，每日3 次。③糖皮质激素类：可先用0.05%氯倍他索软膏，最初1个月内每日2次，继而每日1次，连用2个 月，最后每周2次，连用3个月，共计6个月。凡瘙痒顽固、表面用药无效者可用5mg 曲安奈德混悬液 用2ml 生理盐水稀释后皮下注射。④免疫治疗：免疫抑制剂可通过刺激皮肤局部的免疫因子产生而 发挥作用，如局部炎症细胞因子抑制剂(pimercrolimus)、T细胞选择性抑制剂他克莫司等。

幼女硬化性苔藓至青春期有可能自愈， 一般不采用丙酸睾酮油膏治疗，以免出现男性化。局部涂 1%氢化可的松软膏或0.5%黄体酮油膏，症状多能缓解，但应定时长期随访。

3. 全身用药 阿维A 为一种类似维A 酸的芳香族合成物质，有维持上皮和黏膜正常功能和结构 的作用，用于严重的外阴硬化性苔藓。用法：口服20～30mg/d。 另可口服多种维生素。精神紧张、瘙 痒症状明显伴失眠者，口服镇静、安眠、抗过敏药物。

**4.** **物理治疗** 同慢性单纯性苔藓(详见本章第一节“慢性单纯性苔藓”)。

**5.** **手术治疗** 对病情严重或药物治疗无效者，可行表浅外阴切除，但手术切除复发率高，甚至移 植皮肤也可复发。

**第三节** **其他外阴色素减退性疾病**

● 扁平苔藓为细胞免疫异常所致，免疫抑制治疗有效。

● 除继发性外阴皮肤疾病外，其他外阴皮肤色素减退性病多无有效的治疗方法。

**一、扁平苔藓**

扁平苔藓(lichen planus)属于2006年ISSVD 分类中的苔藓样型，为细胞免疫异常介导的皮肤病 损。可伴随艾滋病、恶性肿瘤、肝硬化、消化性溃疡、乙型病毒性肝炎、丙型病毒性肝炎、溃疡性结肠炎 等病。40岁以上女性常见，主要症状为外阴瘙痒，烧灼感，部分病例无症状。病损外观高度可变，从

0艺记

第十七章 外阴色素减退性疾病

**237**

纤细网格状丘疹到侵蚀性脱屑均可，常出现在外阴和阴道。病变后期，可以出现小阴唇和阴蒂包皮的 粘连、色素沉着、阴道口狭窄。确诊依靠组织学检查。局部应用皮质激素，症状缓解率可达94%。口 服环孢素也有一定的缓解作用。

**二** **、贝赫切特病**

贝赫切特病(Behcet's disease)又称眼-口-生殖器综合征(oculo-oral-genital syndrome),属于2006 年ISSVD 分类中的脉管源性病损。以反复发作的口腔黏膜溃疡、外阴溃疡、眼炎或其他皮肤损害为主 要特征，可伴有心血管、关节甚至中枢神经系统损害。病因不清，基本病理改变为多系统性血管炎。 临床上以20～40岁年轻妇女多见，先出现口腔溃疡，然后外阴溃疡，最后出现眼部病变。溃疡为单个 或多个，边界清楚，溃疡愈合后可形成瘢痕。溃疡初发时局部疼痛显著，急性期可有发热、乏力、头痛 等全身症状。眼部病变最初表现结膜炎、视网膜炎，晚期可出现眼前房积脓，最后可发生视神经萎缩 等，甚至失明。

具备两个主要症状或伴有其他系统症状，并且反复发作，可作出诊断。皮肤穿刺试验阳性有助于 确诊。急性期内，白细胞中度增多，红细胞沉降率加快，但溃疡局部病理检查无特异性。治疗主要是 对症处理。若溃疡疼痛剧烈，可给予镇静剂或局部麻醉剂止痛。急性期内，给予皮质激素可促进溃疡 愈合，若为预防复发，可给予小剂量长期应用。

**三、外阴白癜风**

外阴白癜风(vitiligo)是黑色素细胞被破坏所引起的疾病。病因不明，可能与自身免疫有关。表 现为外阴大小不等、形态不一、单发或多发的白色斑片区，外阴白色区周围皮肤往往有色素沉着，故界 限分明。病变区皮肤光滑润泽，弹性正常，除外阴外，身体其他部位也可伴发白癜风。患者一般无不 适。故除伴发皮炎应按炎症处理外，通常不需治疗。

**四、继发性外阴色素减退性疾病**

伴发于各种慢性外阴病变，包括糖尿病外阴炎、外阴阴道假丝酵母菌病、外阴擦伤、外阴湿疣等。 患者多有局部瘙痒、灼热甚至疼痛等自觉症状，检查可见外阴表皮过度角化，角化表皮常脱屑而呈白 色，临床上时常误诊为外阴单纯性苔藓。但通常在原发疾病治愈后，白色区随之消失。若在表皮脱屑 区涂以油脂，白色也可减退，可以鉴别诊断。治疗应针对原发疾病进行治疗。此外，还应注意个人卫 生，经常保持外阴干燥、清洁。不宜常用肥皂、清洁剂、药物擦洗外阴。

(陶光实)







**第十八章** **外阴及阴道炎症**



外阴及阴道炎症是妇科最常见疾病，各年龄组均可发病。外阴阴道与尿道、肛门毗邻，局部潮湿， 易受污染；生育期妇女性活动较频繁，且外阴阴道是分娩、宫腔操作的必经之道，容易受到损伤及外界 病原体的感染；绝经后妇女及婴幼儿雌激素水平低，局部抵抗力下降，也易发生感染。外阴及阴道炎 可单独存在，也可两者同时存在。

**第一节** **阴道微生态**

● 雌激素、局部pH、乳杆菌以及阴道黏膜免疫系统在维持阴道微生态平衡中起重要作用。

● 阴道微生态评价系统包括形态学检测和功能学检测两部分，以形态学检测为主。

阴道微生态是由阴道微生物群、宿主的内分泌系统、阴道解剖结构及阴道局部免疫系统共同组成 的生态系统。正常阴道微生物群种类繁多，包括：①革兰阳性需氧菌和兼性厌氧菌：乳杆菌、棒状杆 菌、非溶血性链球菌、肠球菌及表皮葡萄球菌；②革兰阴性需氧菌和兼性厌氧菌：加德纳菌(此菌革兰 染色变异，有时呈革兰阳性)、大肠埃希菌及摩根菌(morganella);③专性厌氧菌：消化球菌、消化链球 菌、类杆菌、动弯杆菌(mobiluncus)、 梭杆菌及普雷沃菌(prevotella);④其他：包括支原体、假丝酵母 菌等。

**1.** **阴道微生态平衡及影响因素** 正常阴道内虽有多种微生物存在，但这些微生物与宿主阴道之 间相互依赖、相互制约，达到动态的生态平衡，并不致病。在维持阴道微生态平衡的因素中，雌激素、 局 部pH、乳杆菌以及阴道黏膜免疫系统起重要作用。雌激素可使阴道鳞状上皮增厚，并增加糖原含 量，后者可在乳杆菌的作用下转化为乳酸，维持阴道正常的酸性环境(pH≤4.5, 多在3.8～4.4)。此 外，雌激素还可维持阴道黏膜免疫功能，尤其是T 细胞功能。阴道的酸性环境可以抑制其他病原体生 长，而利于阴道乳杆菌的生长。正常情况下，阴道微生物群中以产H₂O₂ 的乳杆菌为优势菌，乳杆菌除 维持阴道的酸性环境外，还可分泌H₂O₂ 、细菌素及其他抗微生物因子抑制或杀灭致病微生物，同时通 过竞争排斥机制阻止致病微生物黏附于阴道上皮细胞，维持阴道微生态平衡。阴道黏膜免疫系统除 具有黏膜屏障作用外，免疫细胞及其分泌的细胞因子还可发挥免疫调节作用，具有免疫功能的主要细 胞类型是上皮细胞、间质成纤维细胞和淋巴细胞；阴道分泌物中的黏液包含多种免疫调节分子，包括 细胞因子、化学因子、抗菌蛋白酶等，在防御阴道感染中起主要作用。

若阴道微生态平衡被打破，则可能导致阴道感染的发生。雌激素水平低下的婴幼儿及绝经后人 群可发生婴幼儿外阴炎及萎缩性阴道炎。阴道的酸性环境被改变，如频繁性交(性交后阴道pH 可 上 升至7.2并维持6~8小时)、阴道灌洗等均可使阴道 pH 升高，不利于乳杆菌生长，若厌氧菌过度生 长，可导致细菌性阴道病。长期应用广谱抗生素，可抑制乳杆菌生长，若真菌过度增殖，可导致外阴阴 道假丝酵母菌病。外源性病原体如阴道毛滴虫的侵入，可导致滴虫阴道炎。

**2.** **阴道微生态评价及临床应用** 阴道微生态评价系统包括形态学检测和功能学检测两部分，目 前以形态学检测为主，功能学检测为辅。形态学检测包括阴道分泌物湿片及革兰染色涂片的显微镜 检查。湿片主要检查线索细胞、阴道毛滴虫以及白细胞。革兰染色涂片主要评价优势菌、Nugent评分



第十八章 外阴及阴道炎症

**239**

以及有无假丝酵母菌的假菌丝、芽生孢子。功能学检测主要包括pH、H₂O₂、反映中性粒细胞的白细胞 酯酶以及厌氧菌代谢产物唾液酸苷酶的测定。

阴道微生态评价系统在阴道感染的诊治中起着主要作用。阴道微生态评价系统不仅可准确诊断 单一病原体的阴道感染，而且可及时发现各种混合阴道感染，对评价杀灭病原体后阴道微生态的恢复 也具有指导意义。

(薛凤霞)

**第二节** **非特异性外阴炎**

● 由经血、尿液、粪便、卫生用品等非病原体因素造成。

● 临床表现为外阴瘙痒、疼痛、烧灼感等炎症反应。

● 治疗原则是积极消除病因和局部对症治疗。

非特异性外阴炎(non-specific vulvitis)是由物理、化学等非病原体因素所致的外阴皮肤或黏膜 炎症。

**【病因】**

外阴易受经血、阴道分泌物刺激，若患者不注意清洁，或粪瘘患者受到粪便污染刺激、尿瘘患 者受到尿液长期浸渍等，均可引起非特异性炎症反应。长期穿紧身化纤内裤或经期长时间使用卫 生用品所导致的物理化学刺激，如皮肤黏膜摩擦、局部潮湿、透气性差等，亦可引起非特异性外 阴炎。

**【临床表现】**

外阴皮肤黏膜有瘙痒、疼痛、烧灼感，于活动、性交、排尿及排便时加重。急性炎症期检查见外阴 充血、肿胀、糜烂，常有抓痕，严重者形成溃疡或湿疹；慢性炎症时检查可见外阴皮肤增厚、粗糙、皲裂， 甚至苔藓样变。

**【治疗】**

治疗原则为消除病因，保持外阴局部清洁、干燥，对症治疗。

**1.** **病因治疗** 寻找并积极消除病因，改善局部卫生。若发现糖尿病应及时治疗，若有尿瘘、粪瘘 应及时行修补。

2. 局部治疗 保持外阴局部清洁、干燥，大小便后及时清洁外阴。可用0.1%聚维酮碘液或1: 5000高锰酸钾液坐浴，每日2次，每次15～30分钟。坐浴后涂抗生素软膏或中成药药膏。也可选用 中药水煎熏洗外阴部，每日1~2次。

**第三节** **前庭大腺炎症**

● 病原体多为混合性细菌感染，包括葡萄球菌、大肠埃希菌、链球菌、肠球菌等。

· 急性炎症期主要表现为局部肿胀、疼痛等。治疗主要是抗感染，若形成前庭大腺脓肿，需及时行切 开引流术。

● 前庭大腺囊肿可观察或行造口术。

前庭大腺炎症由病原体侵入前庭大腺所致，可分为前庭大腺炎(bartholinitis)、前庭大腺脓肿(ab- scess of bartholin gland)和前庭大腺囊肿( bartholin cyst)。生育期妇女多见，幼女及绝经后期妇女 少见。



**240** 第十八章 外阴及阴道炎症

**【病原体】**

多为混合性细菌感染。主要病原体为葡萄球菌、大肠埃希菌、链球菌、肠球菌。随着性传播疾病 发病率的升高，淋病奈瑟菌及沙眼衣原体也成为常见病原体。

病原体侵犯腺管，初期导致前庭大腺导管炎，腺管开口往往因肿胀或渗出物凝聚而阻塞，分泌物 积存不能外流，感染进一步加重则形成前庭大腺脓肿。若脓肿消退后，腺管阻塞，脓液吸收后被黏液 分泌物所替代，形成前庭大腺囊肿。前庭大腺囊肿可继发感染，形成脓肿，并反复发作。

**【临床表现】**

前庭大腺炎起病急，多为一侧。初起时局部产生肿胀、疼痛、灼热感，检查见局部皮肤红肿、压 痛明显，患侧前庭大腺开口处有时可见白色小点。若感染进一步加重，脓肿形成并快速增大，直径 可达3～6cm, 患者疼痛剧烈，行走不便，脓肿成熟时局部可触及波动感。少数患者可能出现发热等 全身症状，腹股沟淋巴结可呈不同程度增大。当脓肿内压力增大时，表面皮肤黏膜变薄，脓肿可自 行破溃。若破孔大，可自行引流，炎症较快消退而痊愈；若破孔小，引流不畅，则炎症持续存在，并 反复发作。

前庭大腺囊肿多为单侧，也可为双侧。若囊肿小且无急性感染，患者一般无自觉症状，往往于妇 科检查时方被发现；若囊肿大，可感到外阴坠胀或性交不适。检查见患侧阴道前庭窝外侧肿大，在外 阴部后下方可触及无痛性囊性肿物，多呈圆形、边界清楚。

**【治疗】**

1. 药物治疗 急性炎症发作时，需保持局部清洁，可取前庭大腺开口处分泌物作细菌培养，确定 病原体。常选择使用喹诺酮或头孢菌素与甲硝唑联合抗感染。也可口服清热、解毒中药，或局部 坐浴。

**2.** **手术治疗** 前庭大腺脓肿需尽早切开引流，以缓解疼痛。切口应选择在波动感明显处，尽量 靠低位以便引流通畅，原则上在内侧黏膜面切开，并放置引流条，脓液可送细菌培养。无症状的前庭 大腺囊肿可随访观察；对囊肿较大或反复发作者可行囊肿造口术。

**第四节** **滴虫阴道炎**

● 病原体为阴道毛滴虫，以性接触为主要传播方式，也可间接传播。

● 主要症状为阴道分泌物异常及外阴瘙痒，分泌物典型特点为稀薄脓性、泡沫状、有异味。

● 最常用的诊断方法是湿片法，镜下可见活动的阴道毛滴虫。

● 治疗多采用口服抗滴虫药物，性伴侣需同时治疗。

滴虫阴道炎(trichomonal vaginitis,TV)是由阴道毛滴虫引起的常见阴道炎症，也是常见的性传播疾病。

**【病原体】**

阴道毛滴虫生存力较强，适宜在温度25～40℃、pH5.2～6.6 的潮湿环境中生长，在pH 5.0 以下 环境中其生长受到抑制。月经前后阴道pH 发生变化，月经后接近中性，隐藏在腺体及阴道皱襞中的 滴虫得以繁殖，滴虫阴道炎常于月经前后发作。滴虫能消耗或吞噬阴道上皮细胞内的糖原，阻碍乳酸 生成，使阴道pH 升高。滴虫能消耗氧，使阴道成为厌氧环境，易致厌氧菌繁殖，约60%患者同时合并 细菌性阴道病。阴道毛滴虫还能吞噬精子，影响精子在阴道内存活。滴虫不仅寄生于阴道，还常侵入 尿道或尿道旁腺，甚至膀胱、肾盂，可以引发多种症状。

**【传播方式】**

经性交直接传播是其主要传播方式。滴虫可寄生于男性的包皮皱褶、尿道或前列腺中，男性由于 感染滴虫后常无症状，易成为感染源。也可经公共浴池、浴盆、浴巾、游泳池、坐式便器、衣物、污染的 器械及敷料等间接传播。



第十八章 外阴及阴道炎症

**241**

**【临床表现】**

潜伏期为4~28日。25%～50%患者感染初期无症状。主要症状是阴道分泌物增多及外阴瘙 痒，间或出现灼热、疼痛、性交痛等。分泌物典型特点为稀薄脓性、泡沫状、有异味。分泌物灰黄色、黄 白色呈脓性是因其中含有大量白细胞，若合并其他感染则呈黄绿色；呈泡沫状、有异味是滴虫无氧酵 解碳水化合物，产生腐臭气体所致。瘙痒部位主要为阴道口及外阴。若合并尿道感染，可有尿频、尿 痛的症状，有时可有血尿。检查见阴道黏膜充血，严重者有散在出血点，甚至宫颈有出血斑点，形成 “草莓样”宫颈；部分无症状感染者阴道黏膜无异常改变。

**【诊断】**

根据典型临床表现容易诊断，阴道分泌物中找到滴虫即可确诊。最简便的方法是湿片法，取 0.9%氯化钠温溶液1滴放于玻片上，在阴道侧壁取典型分泌物混于其中，立即在低倍光镜下寻找滴 虫。显微镜下可见到呈波状运动的滴虫及增多的白细胞被推移。此方法的敏感性为60%～70%,阴 道分泌物智能化检测系统及分子诊断技术可提高滴虫检出率。取分泌物前24～48小时避免性交、阴 道灌洗或局部用药。取分泌物时阴道窥器不涂润滑剂，分泌物取出后应及时送检并注意保暖，否则滴 虫活动力减弱，造成辨认困难。分泌物革兰染色涂片检查会使滴虫活动减弱造成检出率下降。

本病应与需氧菌性阴道炎(aerobic vaginitis,AV)相鉴别，两者阴道分泌物性状相似，稀薄、泡沫 状、有异味。主要通过实验室检查鉴别。滴虫阴道炎湿片检查可见滴虫，而AV 常见的病原菌为B 族 链球菌、葡萄球菌、大肠埃希菌及肠球菌等需氧菌，镜下可见大量中毒白细胞和大量杂菌，乳杆菌减少 或消失，阴道分泌物中凝固酶和葡萄糖醛酸苷酶可呈阳性。

此外，因滴虫阴道炎可合并其他性传播疾病，如HIV、黏液脓性宫颈炎等，诊断时需特别注意。

**【治疗】**

滴虫阴道炎患者可同时存在尿道、尿道旁腺、前庭大腺多部位滴虫感染，治愈此病需全身用药，并 避免阴道冲洗。主要治疗药物为硝基咪唑类药物。

1. 全身用药 初次治疗可选择甲硝唑2g,单次口服；或替硝唑2g,单次口服；或甲硝唑400mg,每 日2次，连服7日。口服药物的治愈率达90%～95%。服用甲硝唑者，服药后12～24小时内避免哺 乳；服用替硝唑者，服药后3日内避免哺乳。

2. 性伴侣的治疗 滴虫阴道炎主要由性行为传播，性伴侣应同时进行治疗，并告知患者及性伴 侣治愈前应避免无保护性行为。

3. 随访及治疗失败的处理 由于滴虫阴道炎患者再感染率很高，最初感染3个月内需要追踪、 复查。若治疗失败，对甲硝唑2g单次口服者，可重复应用甲硝唑400mg,每日2次，连服7日；或替硝 唑2g,单次口服。对再次治疗后失败者，可给予甲硝唑2g,每日1次，连服5日或替硝唑2g,每日1次， 连服5日。为避免重复感染，对密切接触的用品如内裤、毛巾等建议高温消毒。

**4.** **妊娠期滴虫阴道炎的治疗** 妊娠期滴虫阴道炎可导致胎膜早破、早产以及低出生体重儿等不良妊 娠结局。妊娠期治疗的目的主要是减轻患者症状。目前对甲硝唑治疗能否改善滴虫阴道炎的不良妊娠结 局尚无定论。治疗方案为甲硝唑400mg,每日2次，连服7日。甲硝唑虽可透过胎盘，但未发现妊娠期应用 甲硝唑会增加胎儿畸形或机体细胞突变的风险。但替硝唑在妊娠期应用的安全性尚未确定，应避免应用。

**第五节** **外阴阴道假丝酵母菌病**

·病原体为假丝酵母菌，属机会致病菌，主要为内源性传染。

● 主要症状为外阴阴道瘙痒、灼热痛，阴道分泌物呈豆渣状或凝乳样。

● 确诊依据为阴道分泌物检查发现假丝酵母菌的芽生孢子或假菌丝。 ·选择局部和(或)全身抗真菌药物治疗，以局部用药为主。

**242**

0艺记

第十八章 外阴及阴道炎症

外阴阴道假丝酵母菌病(vulvovaginal candidiasis,VVC)曾称念珠菌性阴道炎，是由假丝酵母菌引 起的常见外阴阴道炎症。国外资料显示，约75%妇女一生中至少患过1次VVC,45% 妇女经历过2次 或2次以上的发病。

**【病原体及诱发因素】**

80%~90%病原体为白假丝酵母菌，10%～20%为光滑假丝酵母菌、近平滑假丝酵母菌、热带假 丝酵母菌等。假丝酵母菌适宜在酸性环境中生长，其阴道pH 通常<4.5。假丝酵母菌对热的抵抗力 不强，加热至60℃,1小时即死亡；但对干燥、日光、紫外线及化学制剂等因素的抵抗力较强。白假丝 酵母菌为双相菌，有酵母相和菌丝相。酵母相为孢子，在无症状寄居及传播中起作用；菌丝相为孢子 伸长形成假菌丝，具有侵袭组织的能力。10%～20%非孕妇女及30%孕妇阴道中可能黏附有假丝酵 母菌寄生，但菌量极少，呈酵母相，并不引起炎症反应；在宿主全身及阴道局部细胞免疫能力下降时， 假丝酵母菌转化为菌丝相，大量繁殖生长侵袭组织，引起炎症反应。发病的常见诱因有：长期应用广 谱抗生素、妊娠、糖尿病、大量应用免疫抑制剂以及接受大量雌激素治疗等，胃肠道假丝酵母菌感染者 粪便污染阴道、穿紧身化纤内裤及肥胖使外阴局部温度与湿度增加，也是发病的影响因素。

**【传播途径】**

主要为内源性传染，假丝酵母菌作为机会致病菌，除阴道外，也可寄生于人的口腔、肠道，这3个 部位的假丝酵母菌可互相传染，也可通过性交直接传染。少部分患者通过接触感染的衣物间接传染。

**【临床表现】**

主要表现为外阴阴道瘙痒、阴道分泌物增多。外阴阴道瘙痒症状明显，持续时间长，严重者坐立 不安，以夜晚更加明显。部分患者有外阴部灼热痛、性交痛以及排尿痛，尿痛是排尿时尿液刺激水肿 的外阴所致。阴道分泌物的特征为白色稠厚，呈凝乳状或豆腐渣样。妇科检查可见外阴红斑、水肿， 可伴有抓痕，严重者可见皮肤皲裂、表皮脱落。阴道黏膜红肿、小阴唇内侧及阴道黏膜附有白色块状 物，擦除后露出红肿黏膜面，急性期还可见到糜烂及浅表溃疡。

外阴阴道假丝酵母菌病可分为单纯性VVC 和复杂性VVC, 后者占10%～20%。单纯性VVC 包括非孕期妇女发生的散发性、白假丝酵母菌所致的轻或中度VVC; 复杂性VVC 包括非白假丝酵 母菌所致的VVC、 重度VVC、 复发性VVC、 妊娠期VVC 或其他特殊患者如未控制的糖尿病、免疫低 下者所患VVC。VVC 临床评分标准，见表18- 1,评分<7分为轻、中度 VVC; 评 分 ≥ 7 分 为 重 度 VVC。

**表18-1** **VVC** **临床评分标准**

**)**

**评分项目** 0 1 2 3

瘙 痒 无 偶有发作，可被忽略 能引起重视 持续发作，坐立不安

疼 痛 无 轻 中 重

阴道黏膜充血、水肿 无 轻 中 重

外阴抓痕、皲裂、糜烂 无 有

分泌物量 无 较正常稍多 量多，无溢出 量多，有溢出

**【诊断]**

对有阴道炎症症状或体征的妇女，若在阴道分泌物中找到假丝酵母菌的芽生孢子或假菌丝即可 确诊。可用湿片法或革兰染色检查分泌物中的芽生孢子和假菌丝。湿片法多采用10%氢氧化钾溶 液，可溶解其他细胞成分，提高假丝酵母菌检出率。对于有症状而多次湿片法检查为阴性或治疗效果 不好的难治性VVC 病例，可采用培养法同时行药敏试验。

VVC 合并细菌性阴道病、滴虫阴道炎是常见的阴道混合性感染的类型，实验室检查可见到两种 或以上致病微生物。 pH 测定具有鉴别意义，若VVC 患者阴道分泌物pH>4.5, 需要特别注意存在混



第十八章 外阴及阴道炎症 **243**

合感染的可能性，尤其是合并细菌性阴道病的混合感染。

本病症状及分泌物性状与细胞溶解性阴道病(cytolytic vaginosis,CV)相似，应注意鉴别。 CV 主要 由乳杆菌过度繁殖，pH 过低，导致阴道鳞状上皮细胞溶解破裂而引起相应临床症状的一种疾病。常 见临床表现为外阴瘙痒、阴道烧灼样不适，阴道分泌物性质为黏稠或稀薄的白色干酪样。两者主要通 过实验室检查鉴别，VVC 镜下可见到芽生孢子及假菌丝，而CV 可见大量乳杆菌和上皮溶解后细胞 裸核。

**【治疗】**

消除诱因，根据患者情况选择局部或全身抗真菌药物，以局部用药为主。

**1.** **消除诱因** 及时停用广谱抗生素、雌激素等药物，积极治疗糖尿病。患者应勤换内裤，用过的 毛巾等生活用品用开水烫洗。

**2.** **单纯性WVC** 常采用唑类抗真菌药物。

(1)局部用药：可选用下列药物放置于阴道深部：①克霉唑制剂，1粒(500mg), 单次用药；或每晚 1粒(150mg),连用7日；②咪康唑制剂，每晚1粒(200mg), 连用7日；或每晚1粒(400mg), 连 用 3 日；或1粒(1200mg), 单次用药；③制霉菌素制剂，每晚1粒(10万U), 连用10～14日。

(2)全身用药：对未婚妇女及不宜采用局部用药者，可选用口服药物。常用药物：氟康唑150mg, 顿服。

3. 复杂性VVC

(1)重度VVC: 在单纯性 VVC 治疗的基础上延长多一个疗程的治疗时间。若为口服或局部用药 一 日疗法的方案，则在72小时后加用1次；若为局部用药3~7日的方案，则延长为7~14日。

(2)复发性外阴阴道假丝酵母菌病(recurrent vulvovaginal candidiasis,RVVC):1 年内有症状并经 真菌学证实的 VVC 发作4次或以上，称为RVVC。 治疗重点在于积极寻找并去除诱因，预防复发。抗 真菌治疗方案分为强化治疗与巩固治疗，根据培养和药物敏感试验选择药物。在强化治疗达到真菌 学治愈后，给予巩固治疗半年。强化治疗方案即在单纯性VVC 治疗的基础上延长多1～2个疗程的 治疗时间。巩固治疗目前国内外尚无成熟方案，可口服氟康唑150mg,每周1次，连续6个月；也可根 据复发规律，每月给予一个疗程局部用药，连续6个月。

在治疗前建议作阴道分泌物真菌培养同时行药敏试验。治疗期间定期复查监测疗效，并注意药 物副作用， 一旦出现肝功能异常等副作用，立即停药，待副作用消失更换其他药物。

(3)妊娠期VVC: 以局部用药为主，以小剂量长疗程为佳，禁用口服唑类抗真菌药物。

4. 注意事项 无需对性伴侣进行常规治疗。有龟头炎症者，需要进行假丝酵母菌检查及治疗， 以预防女性重复感染。男性伴侣包皮过长者，需要每天清洗，建议择期手术。症状反复发作者，需考 虑阴道混合性感染及非白假丝酵母菌病的可能。

5. 随 访 在治疗结束的7～14日，建议追踪复查。若症状持续存在或治疗后复发，可作真菌培 养同时行药敏试验。对RVVC 患者在巩固治疗的第3个月及6个月时，建议进行真菌培养。

**第六节** **细菌性阴道病**

● 为阴道内乳杆菌减少、加德纳菌及其他厌氧菌增加所致的内源性混合感染。

● 临床特点为鱼腥臭味的稀薄阴道分泌物增加，但阴道检查无炎症改变。

● 阴道分泌物中见大量线索细胞。

● 主要采用针对厌氧菌的治疗，首选甲硝唑。

细菌性阴道病(bacterial vaginosis,BV)是阴道内正常菌群失调所致的以带有鱼腥臭味的稀薄阴道 分泌物增多为主要表现的混合感染。



第十八章 外阴及阴道炎症

**244**

**【病因】**

正常阴道菌群以乳杆菌占优势。若产生H₂O₂ 的乳杆菌减少，阴道pH 升高，阴道微生态失衡，其 他微生物大量繁殖，主要有加德纳菌、还有其他厌氧菌，如动弯杆菌、普雷沃菌、紫单胞菌、类杆菌、消 化链球菌等，以及人型支原体感染，导致细菌性阴道病。促使阴道菌群发生变化的原因仍不清楚，可 能与频繁性交、反复阴道灌洗等因素有关。

**【临床表现】**

带有鱼腥臭味的稀薄阴道分泌物增多是其临床特点，可伴有轻度外阴瘙痒或烧灼感，性交后症状 加重。分泌物呈鱼腥臭味，是厌氧菌产生的胺类物质(尸胺、腐胺、三甲胺)所致。10%～40%患者无 临床症状。检查阴道黏膜无明显充血等炎症表现。分泌物呈灰白色、均匀一致、稀薄状，常黏附于阴 道壁，但容易从阴道壁拭去。

**【诊断】**

主要采用Amsel 临床诊断标准，下列4项中具备3项，即可诊断为细菌性阴道病，多数认为线索 细胞阳性为必备条件。

1. 线索细胞 (clue cell)阳 性 取少许阴道分泌物放在玻片上，加1滴0.9%氯化钠溶液混合， 于高倍显微镜下寻找线索细胞。镜下线索细胞数量占鳞状上皮细胞比例大于20%,可以诊断细菌性 阴道病。线索细胞即为表面黏附了大量细小颗粒的阴道脱落鳞状上皮细胞，这些细小颗粒为加德纳 菌及其他厌氧菌，使得高倍显微镜下所见的鳞状上皮细胞表面毛糙、模糊、边界不清，边缘呈锯齿状。

2. 匀质、稀薄、灰白色阴道分泌物，常黏附于阴道壁。

3. 阴道分泌物pH>4.5。

**4.** **胺试验** **(whiff** **test)** **阳性** 取阴道分泌物少许放在玻片上，加入10%氢氧化钾溶液1~2滴， 产生烂鱼肉样腥臭气味，系因胺遇碱释放氨所致。

除上述临床诊断标准外，还可应用Nugent革兰染色评分，根据阴道分泌物的各种细菌相对浓度 进行诊断。目前有研究显示厌氧菌预成酶的检测有助于细菌性阴道病的辅助诊断，大部分患者唾液 酸苷酶阳性。细菌性阴道病由阴道微生物菌群失调造成，因此细菌培养在诊断中意义不大。本病应 与其他常见的阴道炎相鉴别，见表18-2。

**表18-2细菌性阴道病与其他阴道炎的鉴别诊断**

症状

分泌物特点

阴道黏膜

阴 道 p H

胺试验

显微镜检查

**细菌性阴道病**

分泌物增多，无或轻度瘙痒

白色，匀质，腥臭味

正常

>4.5

阳性

线索细胞，极少白细胞

**外阴阴道假丝酵母菌病**

重度瘙痒，烧灼感，分泌物增多

白色，豆腐渣样

水肿、红斑

<4.5

阴性

芽生孢子及假菌丝，少量白细胞

滴虫阴道炎

分泌物增多，轻度瘙痒

稀薄脓性，泡沫状

散在出血点

>4.5

可为阳性

阴道毛滴虫，多量白细胞

**【治疗】**

治疗选用抗厌氧菌药物，主要有甲硝唑、替硝唑、克林霉素。甲硝唑可抑制厌氧菌生长而不影响 乳杆菌生长，是较理想的治疗药物。

**1.** **全身用药** 首选为甲硝唑400mg,口服，每日2次，共7日；其次为替硝唑2g, 口服，每日1次， 连服3日；或替硝唑1g,口服，每日1次，连服5日；或克林霉素300mg,口服，每日2次，连服7日。不 推荐使用甲硝唑2g顿服。

**2.** **局部用药** 甲硝唑制剂200mg,每晚1次，连用7日；或2%克林霉素软膏阴道涂抹，每次5g, 每晚1次，连用7日。哺乳期以选择局部用药为宜。



第十八章 外阴及阴道炎症 **245**

3. 注意事项 ① BV 可能导致子宫内膜炎、盆腔炎性疾病及子宫切除后阴道残端感染，准备进行 宫腔手术操作或子宫切除的患者即使无症状也需要接受治疗；②BV 与绒毛膜羊膜炎、胎膜早破、早 产、产后子宫内膜炎等不良妊娠结局有关，有症状的妊娠期患者均应接受治疗；③细菌性阴道病复发 者可选择与初次治疗不同的抗厌氧菌药物，也可试用阴道乳杆菌制剂恢复及重建阴道的微生态平衡。

**第七节** **萎缩性阴道炎**

● 为雌激素水平降低、局部抵抗力下降引起的、以需氧菌感染为主的阴道炎症。

● 临床表现为阴道分泌物增多、外阴瘙痒等。

● 治疗原则为补充雌激素，增强阴道抵抗力，抑制细菌生长。

萎缩性阴道炎(atrophic vaginitis)为雌激素水平降低、局部抵抗力下降引起的、以需氧菌感染为主 的阴道炎症。常见于自然绝经或人工绝经后的妇女，也可见于产后闭经、接受药物假绝经治疗者。

**【病因】**

绝经后妇女因卵巢功能衰退或缺失，雌激素水平降低，阴道壁萎缩，黏膜变薄，上皮细胞内糖原减 少，阴道内pH 升高(多为5.0~7.0),嗜酸的乳杆菌不再为优势菌，局部抵抗力降低，以需氧菌为主的 其他致病菌过度繁殖，从而引起炎症。

**【临床表现】**

主要症状为外阴灼热不适、瘙痒，阴道分泌物稀薄，呈淡黄色；感染严重者阴道分泌物呈脓血性。 可伴有性交痛。检查时见阴道皱襞消失、萎缩、菲薄。阴道黏膜充血，有散在小出血点或点状出血斑， 有时见浅表溃疡。

**【诊断】**

根据绝经、卵巢手术史、盆腔放射治疗史及临床表现，排除其他疾病，可以诊断。阴道分泌物镜检 见大量白细胞而未见滴虫、假丝酵母菌等致病菌。萎缩性阴道炎患者因受雌激素水平低落的影响，阴 道上皮脱落细胞量少且多为基底层细胞。对有血性阴道分泌物者，应与生殖道恶性肿瘤进行鉴别。 对出现阴道壁肉芽组织及溃疡情况者，需行局部活组织检查，与阴道癌相鉴别。

**【治疗】**

治疗原则为补充雌激素，增加阴道抵抗力；使用抗生素抑制细菌生长。

1. 补充雌激素 补充雌激素主要是针对病因的治疗，以增加阴道抵抗力。雌激素制剂可局部给 药，也可全身给药。局部涂抹雌三醇软膏，每日1~2次，连用14日。口服替勃龙2.5mg, 每日1次，也 可选用其他雌孕激素制剂连续联合用药。

**2.** **抑制细菌生长** 阴道局部应用抗生素如诺氟沙星制剂100mg, 放于阴道深部，每日1次，7~10 日为1个疗程。对阴道局部干涩明显者，可应用润滑剂。

**第八节** **婴幼儿外阴阴道炎**

● 因婴幼儿外阴皮肤黏膜薄、雌激素水平低及阴道内异物等所致的继发感染。

● 临床表现主要为阴道脓性分泌物及外阴瘙痒，严重者可发生小阴唇粘连。

● 保持外阴清洁、对症处理、针对病原体选择抗生素为主要治疗措施。

婴幼儿外阴阴道炎(infantile vaginitis)是因婴幼儿外阴皮肤黏膜薄、雌激素水平低及阴道内异物 等所致的外阴阴道继发感染。常见于5岁以下婴幼儿，多与外阴炎并存。

**246** 第十八章 外阴及阴道炎症

**【病因】**

由于婴幼儿的解剖、生理特点，其外阴阴道容易发生炎症。①婴幼儿外阴尚未完全发育好，不能 遮盖尿道口及阴道前庭，细菌容易侵入；②婴幼儿阴道环境与成人不同，新生儿出生后2～3周，母体 来源的雌激素水平下降，自身雌激素水平低，阴道上皮薄，糖原少，pH 升至6.0~8.0,乳杆菌没有成为 优势菌，阴道抵抗力差，易受其他细菌感染；③婴幼儿卫生习惯不良，外阴不洁、尿液及粪便污染、外阴 损伤或蛲虫感染，均可引起炎症；④阴道内误放异物，造成继发感染。常见病原体有大肠埃希菌及葡 萄球菌、链球菌等，淋病奈瑟菌、阴道毛滴虫、白假丝酵母菌也为常见病原体。病原体常通过患病成人 的手、衣物、毛巾、浴盆等间接传播。

**【临床表现】**

主要症状为阴道分泌物增多，呈脓性。临床上多由监护人发现婴幼儿内裤有脓性分泌物而就诊。 大量分泌物刺激引起外阴痛痒，患儿哭闹、烦躁不安或用手搔抓外阴。部分患儿伴有下泌尿道感染， 出现尿急、尿频、尿痛。检查可见外阴、阴蒂、尿道口、阴道口黏膜充血、水肿，有时可见脓性分泌物自 阴道口流出。病情严重者，外阴表面可见溃疡，小阴唇可发生粘连。粘连的小阴唇有时遮盖阴道口及 尿道口，粘连的上、下方可各有一裂隙，尿自裂隙排出。

**【诊断】**

婴幼儿语言表达能力差，采集病史常需详细询问患者监护人。结合症状及查体所见，通常可做出 初步诊断。可用细棉拭子或吸管取阴道分泌物作病原学检查，以明确病原体；必要时做细菌及真菌培 养。必要时还应做肛诊排除阴道异物及肿瘤。对有小阴唇粘连者，应注意与外生殖器畸形鉴别。

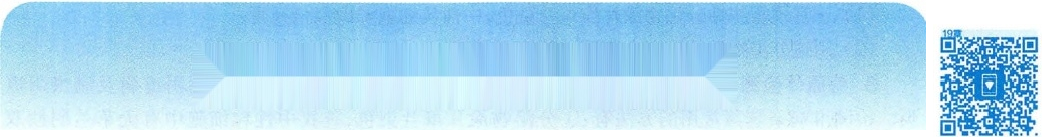
**【治疗】**

①保持外阴清洁、干燥，减少摩擦。②针对病原体选择相应口服抗生素治疗，或用吸管将抗生素 溶液滴入阴道。③对症处理。有蛲虫者，给予驱虫治疗；若阴道内有异物，应及时取出；小阴唇粘连者 外涂雌激素软膏后，多可松解，严重者应分离粘连，并涂以抗生素软膏。

(李小毛)







**第十九章** **子宫颈炎症**

子宫颈炎症是妇科常见疾病之一，包括子宫颈阴道部炎症及子宫颈管黏膜炎症。因子宫颈阴道 部鳞状上皮与阴道鳞状上皮相延续，阴道炎症均可引起子宫颈阴道部炎症。由于子宫颈管黏膜上皮 为单层柱状上皮，抗感染能力较差，易发生感染。临床多见的子宫颈炎是急性子宫颈管黏膜炎，若急 性子宫颈炎未经及时诊治或病原体持续存在，可导致慢性子宫颈炎症。

**第一节** **急性子宫颈炎**

● 病原体可为性传播疾病病原体或内源性病原体，但部分病原体不清。

● 临床表现为阴道分泌物增多、经间期出血或伴泌尿系统感染等。

● 子宫颈分泌物呈黏液脓性或棉拭子擦拭子宫颈管易诱发出血，分泌物镜检白细胞增多，可初步 诊断。

● 主要选择抗生素治疗，包括经验性和针对病原体的抗生素治疗。

急性子宫颈炎(acute cervicitis),指子宫颈发生急性炎症，包括局部充血、水肿，上皮变性、坏死，黏 膜、黏膜下组织、腺体周围见大量中性粒细胞浸润，腺腔中可有脓性分泌物。急性子宫颈炎可由多种 病原体引起，也可由物理因素、化学因素刺激或机械性子宫颈损伤、子宫颈异物伴发感染所致。

**【病因及病原体】**

急性子宫颈炎的病原体：①性传播疾病病原体：淋病奈瑟菌及沙眼衣原体，主要见于性传播疾病 的高危人群；②内源性病原体：部分子宫颈炎发病与细菌性阴道病病原体、生殖支原体感染有关。但 也有部分患者的病原体不清楚。沙眼衣原体及淋病奈瑟菌均感染子宫颈管柱状上皮，沿黏膜面扩散 引起浅层感染，病变以子宫颈管明显。除子宫颈管柱状上皮外，淋病奈瑟菌还常侵袭尿道移行上皮、 尿道旁腺及前庭大腺。

**【临床表现】**

大部分患者无症状。有症状者主要表现为阴道分泌物增多，呈黏液脓性，阴道分泌物刺激可引起 外阴瘙痒及灼热感。此外，可出现经间期出血、性交后出血等症状。若合并尿路感染，可出现尿急、尿 频、尿痛。妇科检查见子宫颈充血、水肿、黏膜外翻，有黏液脓性分泌物附着甚至从子宫颈管流出，子 宫颈管黏膜质脆，容易诱发出血。若为淋病奈瑟菌感染，因尿道旁腺、前庭大腺受累，可见尿道口、阴 道口黏膜充血、水肿以及多量脓性分泌物。

**【诊断】**

出现两个特征性体征之一、显微镜检查子宫颈或阴道分泌物白细胞增多，可做出急性子宫颈炎症 的初步诊断。子宫颈炎症诊断后，需进一步做沙眼衣原体和淋病奈瑟菌的检测。

1. 两个特征性体征，具备一个或两个同时具备：

(1)于子宫颈管或子宫颈管棉拭子标本上，肉眼见到脓性或黏液脓性分泌物。

(2)用棉拭子擦拭子宫颈管时，容易诱发子宫颈管内出血。

**2.** **白细胞检测** 子宫颈管分泌物或阴道分泌物中白细胞增多，后者需排除引起白细胞增多的阴

道炎症。



248

笔记

第十九章 子宫颈炎症

(1)子宫颈管脓性分泌物涂片作革兰染色，中性粒细胞>30/高倍视野。

(2)阴道分泌物湿片检查白细胞>10/高倍视野。

**3.** **病原体检测** 应作沙眼衣原体和淋病奈瑟菌的检测，以及有无细菌性阴道病及滴虫阴道

炎。检测淋病奈瑟菌常用的方法有：①分泌物涂片革兰染色，查找中性粒细胞中有无革兰阴性双 球菌，由于子宫颈分泌物涂片的敏感性、特异性差，不推荐用于女性淋病的诊断方法；②淋病奈瑟 菌培养，为诊断淋病的“金标准”方法；③核酸检测，包括核酸杂交及核酸扩增，尤其核酸扩增方法 诊断淋病奈瑟菌感染的敏感性、特异性高。检测沙眼衣原体常用的方法有：①衣原体培养，因其方 法复杂，临床少用；②酶联免疫吸附试验检测沙眼衣原体抗原，为临床常用的方法；③核酸检测，包 括核酸杂交及核酸扩增，尤以后者为检测沙眼衣原体感染敏感、特异的方法。但应做好质量控制， 避免污染。

若子宫颈炎症进一步加重，可导致上行感染，因此对子宫颈炎患者应注意有无上生殖道感染。

**【治疗】**

主要为抗生素药物治疗。可根据不同情况采用经验性抗生素治疗及针对病原体的抗生素治疗。

**1.** **经验性抗生素治疗** 对有以下性传播疾病高危因素的患者(如年龄小于25岁，多性伴或新性 伴，并且为无保护性性交或性伴患STD), 在未获得病原体检测结果前，可采用经验性抗生素治疗，方 案为阿奇霉素1g 单次顿服；或多西环素100mg,每日2次，连服7日。

**2.** **针对病原体的抗生素治疗** 对于获得病原体者，选择针对病原体的抗生素。

(1)单纯急性淋病奈瑟菌性子宫颈炎：主张大剂量、单次给药，常用药物有头孢菌素及头霉素类 药物，前者如头孢曲松钠250mg, 单次肌内注射；或头孢克肟400mg, 单次口服；也可选择头孢唑肟 500mg, 肌内注射；头孢噻肟钠500mg,肌内注射；后者如头孢西丁2g,肌内注射，加用丙磺舒1g 口服： 另可选择氨基糖苷类抗生素中的大观霉素4g,单次肌内注射。

(2)沙眼衣原体感染所致子宫颈炎：治疗药物主要有：①四环素类：如多西环素100mg,每日2 次，连服7日；米诺环素0.1g,每日2次，连服7~10日；②大环内酯类：主要有阿奇霉素1g,单次顿服； 克拉霉素0.25g,每日2次，连服7~10日；红霉素500mg,每日4次，连服7日；③氟喹诺酮类：主要有 氧氟沙星300mg,每日2次，连服7日；左氧氟沙星500mg,每日1次，连服7日；莫西沙星400mg,每日 1次，连服7日。

由于淋病奈瑟菌感染常伴有衣原体感染，因此，若为淋菌性子宫颈炎，治疗时除选用抗淋病奈瑟 菌药物外，同时应用抗衣原体感染药物。

(3)合并细菌性阴道病：同时治疗细菌性阴道病，否则将导致子宫颈炎持续存在。

**3.** **性伴侣的处理** 若子宫颈炎患者的病原体为淋病奈瑟菌或沙眼衣原体，应对其性伴进行相应 的检查及治疗。

**第二节** **慢性子宫颈炎**

● 多数患者无症状。

● 对持续存在的慢性子宫颈管黏膜炎应查找原因，对因处理。

● 有症状的慢性子宫颈炎症和子宫颈息肉可采用局部治疗。

慢性子宫颈炎(chronic cervicitis)指子宫颈间质内有大量淋巴细胞、浆细胞等慢性炎细胞浸润，可 伴有子宫颈腺上皮及间质的增生和鳞状上皮化生。慢性子宫颈炎症可由急性子宫颈炎症迁延而来 也可为病原体持续感染所致，病原体与急性子宫颈炎相似。

**【病理】**

**1.** **慢性子宫颈管黏膜炎** 由于子宫颈管黏膜皱襞较多，感染后容易形成持续性子宫颈黏膜炎；



第十九章 子宫颈炎症 **249**

表现为子宫颈管黏液增多及脓性分泌物，反复发作。

**2.** **子宫颈息肉** **(cervical** **polyp)** 是子宫颈管腺体和间质的局限性增生，并向子宫颈外口突出 形成息肉。检查见子宫颈息肉通常为单个，也可为多个，红色，质软而脆，呈舌型，可有蒂，蒂宽窄不 一，根部可附在子宫颈外口，也可在子宫颈管内。光镜下见息肉表面被覆高柱状上皮，间质水肿、血管 丰富以及慢性炎性细胞浸润。子宫颈息肉极少恶变，但应与子宫的恶性肿瘤鉴别。

**3.** **子宫颈肥大** 慢性炎症的长期刺激导致腺体及间质增生。此外，子宫颈深部的腺囊肿均可使 子宫颈呈不同程度肥大，硬度增加。

**【临床表现】**

慢性子宫颈炎多无症状，少数患者可有持续或反复发作的阴道分泌物增多，淡黄色或脓性，性交 后出血，月经间期出血，偶有分泌物刺激引起外阴瘙痒或不适。妇科检查可发现黄色分泌物覆盖子宫 颈口或从子宫颈口流出，或在糜烂样改变的基础上同时伴有子宫颈充血、水肿、脓性分泌物增多或接 触性出血，也可表现为子宫颈息肉或子宫颈肥大。

**【诊断及鉴别诊断】**

根据临床表现可初步做出慢性子宫颈炎的诊断，但应注意将妇科检查所发现的阳性体征与子宫 颈的常见病理生理改变进行鉴别。

**1.** **子宫颈柱状上皮异位和子宫颈鳞状上皮内病变** **(squamous** **intraepithelial** **lesion,SIL)**

除慢性子宫颈炎外，子宫颈的生理性柱状上皮异位、子宫颈鳞状上皮内病变，甚至早期子宫颈癌也可 表现为子宫颈糜烂样改变。生理性柱状上皮异位是阴道镜下描述子宫颈管内的柱状上皮生理性外移 至子宫颈阴道部的术语，由于柱状上皮菲薄，其下间质透出而成肉眼所见的红色。曾将此种情况称为 “宫颈糜烂”,并认为是慢性子宫颈炎最常见的病理类型之一。目前已明确“宫颈糜烂”并不是病理学 上的上皮溃疡、缺失所致的真性糜烂，也与慢性子宫颈炎症的定义即间质中出现慢性炎细胞浸润并不 一致。因此，“宫颈糜烂”作为慢性子宫颈炎症的诊断术语已不再恰当。子宫颈糜烂样改变只是一个 临床征象，可为生理性改变，也可为病理性改变。生理性柱状上皮异位多见于青春期、生育期妇女雌 激素分泌旺盛者、口服避孕药或妊娠期，由于雌激素的作用，鳞柱交界部外移，子宫颈局部呈糜烂样改 变外观。此外，子宫颈SIL 及早期子宫颈癌也可使子宫颈呈糜烂样改变，因此对于子宫颈糜烂样改变 者需进行子宫颈细胞学检查和(或)HPV 检测，必要时行阴道镜及活组织检查以除外子宫颈SIL 或子 宫颈癌。

**2.** **子宫颈腺囊肿** **(Naboth** **cyst)** 子宫颈腺囊肿绝大多数情况下是子宫颈的生理性变化。子 宫颈转化区内鳞状上皮取代柱状上皮过程中，新生的鳞状上皮覆盖子宫颈腺管口或伸入腺管，将腺管 口阻塞，导致腺体分泌物引流受阻，潴留形成囊肿。子宫颈局部损伤或子宫颈慢性炎症使腺管口狭 窄，也可导致子宫颈腺囊肿形成。镜下见囊壁被覆单层扁平、立方或柱状上皮。浅部的子宫颈腺囊肿 检查见子宫颈表面突出单个或多个青白色小囊泡，容易诊断。子宫颈腺囊肿通常不需处理。但深部 的子宫颈腺囊肿，子宫颈表面无异常，表现为子宫颈肥大，应与子宫颈腺癌鉴别。

3. 子宫恶性肿瘤 子宫颈息肉应与子宫颈的恶性肿瘤以及子宫体的恶性肿瘤相鉴别，因后两者 也可呈息肉状，从子宫颈口突出，鉴别方法行子宫颈息肉切除，病理组织学检查确诊。除慢性炎症外， 内生型子宫颈癌尤其腺癌也可引起子宫颈肥大，因此对子宫颈肥大者，需行子宫颈细胞学检查，必要 时行子宫颈管搔刮术进行鉴别。

**【治疗】**

1. 慢性子宫颈管黏膜炎 对持续性子宫颈管黏膜炎症，需了解有无沙眼衣原体及淋病奈瑟菌的 再次感染、性伴是否已进行治疗、阴道微生物群失调是否持续存在，针对病因给予治疗。对病原体不 清者，尚无有效治疗方法。对子宫颈呈糜烂样改变、有接触性出血且反复药物治疗无效者，可试用物 理治疗。物理治疗注意事项：①治疗前，应常规行子宫颈癌筛查；②有急性生殖道炎症列为禁忌；③治 疗时间应选在月经干净后3～7日内进行；④物理治疗后有阴道分泌物增多，甚至有大量水样排液，术

**250** 第十九章 子宫颈炎症

后1~2周脱痂时可有少许出血；⑤在创面尚未愈合期间(4～8周)禁盆浴、性交和阴道冲洗；⑥物理 治疗有引起术后出血，子宫颈狭窄，不孕，感染的可能，治疗后应定期复查，观察创面愈合情况直到痊 愈，同时注意有无子宫颈管狭窄。

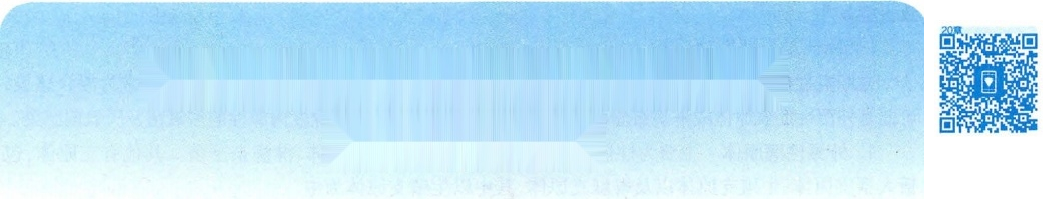
2. 子宫颈息肉 行息肉摘除术，术后将切除息肉送组织学检查。

3. 子宫颈肥大 一般无需治疗。

(薛凤霞)







**第二十章** **盆腔炎性疾病及**

**生殖器结核**



盆腔炎性疾病是常见的女性上生殖道感染性疾病，若未及时处理或处理不彻底，将严重影响妇女 的生殖健康。生殖器结核的发病率有升高趋势，需引起足够的重视。

**第一节** **盆腔炎性疾病**

● 病原体包括外源性病原体与内源性病原体，常为混合感染。

● 轻者无症状或仅有下腹痛、阴道分泌物增多；重者有发热或伴消化和泌尿系统症状。

● 诊断标准：妇科检查为最低标准，实验室检查为附加标准，病理或影像学检查为特异标准。

● 抗生素是主要治疗，必要时手术治疗。

● 可引起不孕、异位妊娠、慢性盆腔痛等后遗症。

盆腔炎性疾病(pelvic inflammatory disease,PID)指女性上生殖道的一组感染性疾病，主要包括子宫 内膜炎(endometritis)、输卵管炎(salpingitis)、输卵管卵巢脓肿(tubo-ovarian abscess,TOA)、盆腔腹膜炎 (peritonitis)。炎症可局限于一个部位，也可同时累及几个部位，以输卵管炎、输卵管卵巢炎最常见。盆 腔炎性疾病多发生在性活跃的生育期妇女，初潮前、无性生活和绝经后妇女很少发生盆腔炎性疾病，即 使发生也常常是邻近器官炎症的扩散。盆腔炎性疾病若未能得到及时、彻底治疗，可导致不孕、输卵管 妊娠、慢性盆腔痛，炎症反复发作，从而严重影响妇女的生殖健康，且增加家庭与社会经济负担。

**【女性生殖道的自然防御功能】**

女性生殖道的解剖、生理、生化及免疫学特点具有比较完善的自然防御功能，以抵御感染的发生； 健康妇女阴道内虽有某些微生物存在，但通常保持生态平衡状态，并不引起炎症。

**1.** **解剖生理特点**

(1)两侧大阴唇自然合拢，遮掩阴道口、尿道口。

(2)由于盆底肌的作用，阴道口闭合，阴道前后壁紧贴，可防止外界污染。阴道正常微生物群尤 其是乳杆菌，可抑制其他细菌生长。(详见第十八章第一节“阴道微生态”)。

(3)子宫颈内口紧闭，子宫颈管黏膜为分泌黏液的单层高柱状上皮所覆盖，黏膜形成皱褶、嵴突或 陷窝，从而增加黏膜表面积；子宫颈管分泌大量黏液形成胶冻状黏液栓，成为上生殖道感染的机械屏障。

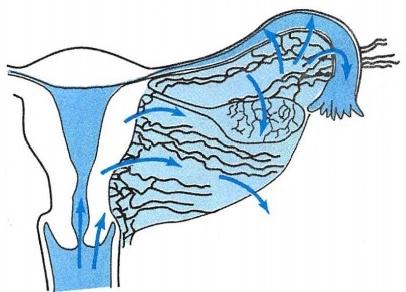
(4)生育期妇女子宫内膜周期性剥脱，也是消除宫腔感染的有利条件。

(5)输卵管黏膜上皮细胞的纤毛向宫腔方向摆动以及输卵管的蠕动，均有利于阻止病原体侵入。

2. 生化特点子宫颈黏液栓内含乳铁蛋白、溶菌酶，可抑制病原体侵入子宫内膜。子宫内膜与 输卵管分泌液都含有乳铁蛋白、溶菌酶，清除偶尔进入宫腔及输卵管的病原体。

**3.** **生殖道黏膜免疫系统** 生殖道黏膜如阴道黏膜、子宫颈和子宫聚集有不同数量的淋巴细胞， 包括T 细胞、B 细胞。此外，中性粒细胞、巨噬细胞、补体以及一些细胞因子，均在局部有重要的免疫 功能，发挥抗感染作用。

当自然防御功能遭到破坏，或机体免疫功能降低、内分泌发生变化或外源性病原体侵入，均可导



**252** 第二十章 盆腔炎性疾病及生殖器结核

致炎症发生。

【病原体及其致病特点】

盆腔炎性疾病的病原体有外源性及内源性两个来源，两种病原体可单独存在，但通常为混合感染， 可能是外源性的衣原体或淋病奈瑟菌感染造成输卵管损伤后，容易继发内源性的需氧菌及厌氧菌感染。

1. 外源性病原体主要为性传播疾病的病原体，如沙眼衣原体、淋病奈瑟菌。其他有支原体，包 括人型支原体、生殖支原体以及解脲支原体，其中以生殖支原体为主。

2. 内源性病原体 来自原寄居于阴道内的微生物群，包括需氧菌及厌氧菌，可以仅为需氧菌或仅为 厌氧菌感染，但以需氧菌及厌氧菌混合感染多见。主要的需氧菌及兼性厌氧菌有金黄色葡萄球菌、溶血 性链球菌、大肠埃希菌；厌氧菌有脆弱类杆菌、消化球菌、消化链球菌。厌氧菌感染的特点是容易形成盆 腔脓肿、感染性血栓静脉炎，脓液有粪臭并有气泡。70%～80%盆腔脓肿可培养出厌氧菌。

**【感染途径】**

1. 沿生殖道黏膜上行蔓延 病原体侵入外阴、阴道后，或阴道内的病原体沿子宫颈黏膜、子宫内 膜、输卵管黏膜，蔓延至卵巢及腹腔，是非妊娠期、非产褥期盆腔炎性疾病的主要感染途径。淋病奈瑟 菌、沙眼衣原体及葡萄球菌等，常沿此途径扩散。(图20-1)

2. 经淋巴系统蔓延 病原体经外阴、阴道、子宫颈及宫体创伤处的淋巴管侵入盆腔结缔组织及 内生殖器其他部分，是产褥感染、流产后感染及放置宫内节育器后感染的主要感染途径。链球菌、大 肠埃希菌、厌氧菌多沿此途径蔓延。(图20-2)

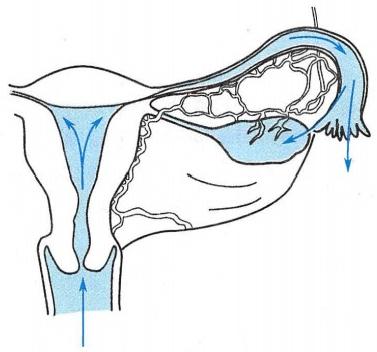


图20-1 炎症经黏膜上行蔓延 图20-2 炎症经淋巴系统蔓延

艺记

3. 经血液循环传播 病原体先侵入人体的其他系 统，再经血液循环感染生殖器，为结核菌感染的主要途径 (图20-3)。

4. 直接蔓延 腹腔其他脏器感染后，直接蔓延到内 生殖器，如阑尾炎可引起右侧输卵管炎。

**【高危因素】**

了解高危因素利于盆腔炎性疾病的正确诊断及预防。

**1.** **年龄** 据美国资料，盆腔炎性疾病的高发年龄为 15～25岁。年轻妇女容易发生盆腔炎性疾病可能与频繁 性活动、子宫颈柱状上皮异位、子宫颈黏液机械防御功能 较差有关。

**2.** **性活动** 盆腔炎性疾病多发生在性活跃期妇女。 尤其是初次性交年龄小、有多个性伴侣、性交过频以及性

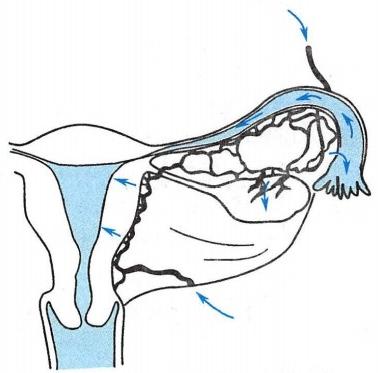


图20-3 炎症经血行传播

第二十章 盆腔炎性疾病及生殖器结核

伴侣有性传播疾病者。

**3.** **下生殖道感染** 下生殖道感染如淋病奈瑟菌性子宫颈炎、沙眼衣原体性子宫颈炎以及细菌性 阴道病与盆腔炎性疾病的发生密切相关。

**4.** **子宫腔内手术操作后感染** 如刮宫术、输卵管通液术、子宫输卵管造影术、宫腔镜检查等，由 于手术所致生殖道黏膜损伤、出血、坏死，导致下生殖道内源性病原体上行感染。

**5.** **性卫生不良** 经期性交，使用不洁月经垫等，均可使病原体侵入而引起炎症。此外，低收入群 体不注意性卫生保健，阴道冲洗者盆腔炎性疾病的发生率高。

**6.** **邻近器官炎症直接蔓延** 如阑尾炎、腹膜炎等蔓延至盆腔，病原体以大肠埃希菌为主。

**7.** **盆腔炎性疾病再次急性发作** 盆腔炎性疾病所致的盆腔广泛粘连、输卵管损伤、输卵管防御 能力下降，容易造成再次感染，导致急性发作。

**【病理及发病机制】**

**1.** **急性子宫内膜炎及子宫肌炎** 子宫内膜充血、水肿，有炎性渗出物，严重者内膜坏死、脱落形 成溃疡。镜下见大量白细胞浸润，炎症向深部侵入形成子宫肌炎。

**2.** **急性输卵管炎、输卵管积脓、输卵管卵巢脓肿** 急性输卵管炎症因病原体传播途径不同而 有不同的病变特点。

(1)炎症经子宫内膜向上蔓延：首先引起输卵管黏膜炎，输卵管黏膜肿胀、间质水肿及充血、大量 中性粒细胞浸润，严重者输卵管上皮发生退行性变或成片脱落，引起输卵管黏膜粘连，导致输卵管管 腔及伞端闭锁，若有脓液积聚于管腔内则形成输卵管积脓。淋病奈瑟菌及大肠埃希菌、类杆菌以及普 雷沃菌，除直接引起输卵管上皮损伤外，其细胞壁脂多糖等内毒素引起输卵管纤毛大量脱落，导致输 卵管运输功能减退、丧失。因衣原体的热休克蛋白与输卵管热休克蛋白有相似性，感染后引起的交叉 免疫反应可损伤输卵管，导致严重输卵管黏膜结构及功能破坏，并引起盆腔广泛粘连。

(2)病原菌通过子宫颈的淋巴播散：通过宫旁结缔组织，首先侵及浆膜层，发生输卵管周围炎，然 后累及肌层，而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，其管腔常可因肌壁增 厚受压变窄，但仍能保持通畅。轻者输卵管仅有轻度充血、肿胀、略增粗；严重者输卵管明显增粗、弯 曲，纤维素性脓性渗出物增多，造成与周围组织粘连。

卵巢很少单独发炎，白膜是良好的防御屏障，卵巢常与发炎的输卵管伞端粘连而发生卵巢周围 炎，称为输卵管卵巢炎，习称附件炎。炎症可通过卵巢排卵的破孔侵入卵巢实质形成卵巢脓肿，脓肿 壁与输卵管积脓粘连并穿通，形成输卵管卵巢脓肿。输卵管卵巢脓肿可为一侧或两侧，约半数是在可 识别的急性盆腔炎性疾病初次发病后形成，另一部分是屡次急性发作或重复感染而形成。输卵管卵 巢脓肿多位于子宫后方或子宫、阔韧带后叶及肠管间粘连处，可破入直肠或阴道，若破入腹腔则引起 弥漫性腹膜炎。

3. 急性盆腔腹膜炎 盆腔内生殖器发生严重感染时，往往蔓延到盆腔腹膜，表现为腹膜充血、水 肿，并有少量含纤维素的渗出液，形成盆腔脏器粘连。当有大量脓性渗出液积聚于粘连的间隙内，可 形成散在脓肿；积聚于直肠子宫陷凹处形成盆腔脓肿，较多见。脓肿可破入直肠而使症状突然减轻， 也可破入腹腔引起弥漫性腹膜炎。

**4.** **急性盆腔结缔组织炎** 病原体经淋巴管进入盆腔结缔组织而引起结缔组织充血、水肿及中性 粒细胞浸润。以宫旁结缔组织炎最常见，开始局部增厚，质地较软，边界不清，以后向两侧盆壁呈扇形 浸润，若组织化脓形成盆腔腹膜外脓肿，可自发破入直肠或阴道。

**5.** **败血症及脓毒败血症** 当病原体毒性强、数量多、患者抵抗力降低时，常发生败血症。发生盆 腔炎性疾病后，若身体其他部位发现多处炎症病灶或脓肿者，应考虑有脓毒败血症存在，但需经血培 养证实。

**6.** **肝周围炎(Fitz-Hugh-Curtis** **综合征)** 指肝包膜炎症而无肝实质损害的肝周围炎。淋病奈 瑟菌及衣原体感染均可引起。由于肝包膜水肿，吸气时右上腹疼痛。肝包膜上有脓性或纤维渗出物，

**253**



**254**



第二十章 盆腔炎性疾病及生殖器结核

早期在肝包膜与前腹壁腹膜之间形成松软粘连，晚期形成琴弦样粘连。5%～10%输卵管炎可出现肝

周围炎，临床表现为继下腹痛后出现右上腹痛，或下腹疼痛与右上腹疼痛同时出现。

**【临床表现】**

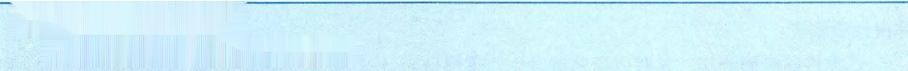
可因炎症轻重及范围大小而有不同的临床表现。轻者无症状或症状轻微。常见症状为下腹痛、 阴道分泌物增多。腹痛为持续性，活动或性交后加重。若病情严重可出现发热甚至高热、寒战、头痛、 食欲缺乏。月经期发病可出现经量增多、经期延长。若有腹膜炎，出现消化系统症状如恶心、呕吐、腹 胀、腹泻等。伴有泌尿系统感染可有尿急、尿频、尿痛症状。若有脓肿形成，可有下腹包块及局部压迫 刺激症状；包块位于子宫前方可出现膀胱刺激症状，如排尿困难、尿频，若引起膀胱肌炎还可有尿痛 等；包块位于子宫后方可有直肠刺激症状，出现腹泻、里急后重感和排便困难。若有输卵管炎的症状 及体征，并同时有右上腹疼痛者，应怀疑有肝周围炎。

患者体征差异较大，轻者无明显异常发现，或妇科检查仅发现子宫颈举痛或宫体压痛或附件区压 痛。严重病例呈急性病容，体温升高，心率加快，下腹部有压痛、反跳痛及肌紧张，甚至出现腹胀，肠鸣 音减弱或消失。妇科检查：阴道可见脓性臭味分泌物；子宫颈充血、水肿，将子宫颈表面分泌物拭净， 若见脓性分泌物从子宫颈口流出，说明子宫颈管黏膜或宫腔有急性炎症。子宫颈举痛；宫体稍大，有 压痛，活动受限；子宫两侧压痛明显，若为单纯输卵管炎，可触及增粗的输卵管，压痛明显；若为输卵管 积脓或输卵管卵巢脓肿，可触及包块且压痛明显，不活动；宫旁结缔组织炎时，可扪及宫旁一侧或两侧 片状增厚，或两侧宫骶韧带高度水肿、增粗，压痛明显；若有盆腔脓肿形成且位置较低时，则后穹隆触 痛明显，可在子宫直肠陷窝处触及包块，并可有波动感，三合诊检查更有利于了解盆腔脓肿的情况及 与邻近器官的关系。

**【诊断】**

根据病史、症状、体征及实验室检查可做出初步诊断。由于盆腔炎性疾病的临床表现差异较大， 临床诊断准确性不高(与腹腔镜相比，阳性预测值为65%～90%)。理想的盆腔炎性疾病诊断标准， 既要敏感性高，能发现轻微病例，又要特异性强，避免非炎症患者应用抗生素。但目前尚无单一的病 史、体征或实验室检查，既敏感又特异。由于临床正确诊断盆腔炎性疾病比较困难，而延误诊断又导 致盆腔炎性疾病后遗症的发生。2015年美国疾病预防和控制中心( Center for Disease Control and Pre- vention,CDC)推荐的盆腔炎性疾病的诊断标准(表20-1),旨在对年轻女性出现腹痛或有异常阴道分 泌物或不规则阴道流血者，提高对盆腔炎性疾病的认识，对可疑患者做进一步评价，及时治疗，减少后 遗症的发生。

**表20-1** **盆腔炎性疾病的诊断标准(美国CDC诊断标准，2015年)**



最低标准(minimum criteria)

子宫颈举痛或子宫压痛或附件区压痛

附加标准(additional criteria)

体温超过38.3℃(口表)

子宫颈异常黏液脓性分泌物或脆性增加

阴道分泌物湿片出现大量白细胞

红细胞沉降率升高

血C-反应蛋白升高

实验室证实的子宫颈淋病奈瑟菌或衣原体阳性



特异标准( specific criteria)

子宫内膜活检组织学证实子宫内膜炎

阴道超声或磁共振检查显示输卵管增粗，输卵管积液，伴或不伴有盆腔积液、输卵管卵巢肿块，腹腔镜检查 发现盆腔炎性疾病征象

第二十章 盆腔炎性疾病及生殖器结核

最低诊断标准提示在性活跃的年轻女性或者具有性传播疾病的高危人群，若出现下腹痛，并可排 除其他引起下腹痛的原因，妇科检查符合最低诊断标准，即可给予经验性抗生素治疗。

附加标准可增加最低诊断标准的特异性，多数盆腔炎性疾病患者有子宫颈黏液脓性分泌物，或阴 道分泌物0.9%氯化钠溶液湿片中见到大量白细胞，若子宫颈分泌物正常并且阴道分泌物镜下见不 到白细胞，盆腔炎性疾病的诊断需慎重，应考虑其他引起腹痛的疾病。阴道分泌物检查还可同时发现 是否合并阴道感染，如细菌性阴道病及滴虫阴道炎。

特异标准基本可诊断盆腔炎性疾病，但由于除超声检查及磁共振检查外，均为有创检查，特异标 准仅适用于一些有选择的病例。腹腔镜诊断盆腔炎性疾病标准包括：①输卵管表面明显充血；②输卵 管壁水肿；③输卵管伞端或浆膜面有脓性渗出物。腹腔镜诊断输卵管炎准确率高，并能直接采取感染 部位的分泌物做细菌培养，但临床应用有一定局限性，如对轻度输卵管炎的诊断准确性较低、对单独 存在的子宫内膜炎无诊断价值，因此并非所有怀疑盆腔炎性疾病的患者均需腹腔镜检查。

在做出盆腔炎性疾病的诊断后，需进一步明确病原体。子宫颈管分泌物及后穹隆穿刺液的涂片、

培养及核酸扩增检测病原体，虽不如通过剖腹探查或腹腔镜直接采取感染部位的分泌物做培养及药 敏准确，但临床较实用，对明确病原体有帮助。涂片可作革兰染色，可以根据细菌形态为及时选用抗 生素提供线索；培养阳性率高，并可做药敏试验。除病原体检查外，还可根据病史(如是否为性传播疾 病高危人群)、临床症状及体征特点初步判断病原体。

**【鉴别诊断】**

盆腔炎性疾病应与急性阑尾炎、输卵管妊娠流产或破裂、卵巢囊肿蒂扭转或破裂等急症相鉴别。

**【治疗】**

主要为抗生素药物治疗，必要时手术治疗。抗生素治疗可清除病原体，改善症状及体征，减少后

遗症。经恰当的抗生素积极治疗，绝大多数盆腔炎性疾病能彻底治愈。抗生素的治疗原则：经验性、 广谱、及时和个体化。初始治疗往往根据病史、临床表现以及当地的流行病学推断病原体，给予经验 性抗生素治疗。由于盆腔炎性疾病的病原体多为淋病奈瑟菌、衣原体以及需氧菌、厌氧菌的混合感 染，需氧菌及厌氧菌又有革兰阴性及革兰阳性之分，故抗生素的选择应涵盖以上病原体，选择广谱抗 生素或联合用药。根据药敏试验选用抗生素较合理，但通常需在获得实验室结果后才能给予。在盆 腔炎性疾病诊断48小时内及时用药将明显降低后遗症的发生。具体选用的方案根据医院的条件、患 者的病情及接受程度、药物有效性及性价比等综合考虑选择个体化治疗方案。

**1.** **门诊治疗** 若患者一般状况好，症状轻，能耐受口服抗生素，并有随访条件，可在门诊给予非

静脉应用(口服或肌内注射)抗生素，常用给药方案见表20-2。

**表20-2** **PID** **非静脉给药方案**



方案 A

头孢曲松钠250mg,单次肌内注射；或头孢西丁钠2g,单次肌内注射；(也可选用其他三代头孢类抗生素如头 孢噻肟、头孢唑肟钠)

为覆盖厌氧菌，加用硝基咪唑类药物

甲硝唑0.4g,每12小时1次，口服14日；

为覆盖沙眼衣原体或支原体，可加用

多西环素0.1g,每12小时1次，口服，10～14日；或

米诺环素0.1g,每12小时1次，口服，10～14日；或

阿奇霉素0.5g,每日1次，连服1~2日后改为0.25g,每日1次，连服5～7日

方案B

氧氟沙星400mg口服，每日2次，连用14日；或

左氧氟沙星500mg 口服，每日1次，连用14日，同时加用

甲硝唑0.4g,每日2~3次，口服，连用14日



**255**





256 第二十章 盆腔炎性疾病及生殖器结核

2. 住院治疗 若患者一般情况差，病情严重，伴有发热、恶心、呕吐；或有盆腔腹膜炎；或输卵管 卵巢脓肿；或门诊治疗无效；或不能耐受口服抗生素；或诊断不清，均应住院给予抗生素药物治疗为主 的综合治疗。

(1)支持疗法：卧床休息，半卧位有利于脓液积聚于直肠子宫陷凹而使炎症局限。给予高热量、 高蛋白、高维生素流食或半流食，补充液体，注意纠正电解质紊乱及酸碱失衡。高热时采用物理降温。 尽量避免不必要的妇科检查以免引起炎症扩散，有腹胀者应行胃肠减压。

(2)抗生素治疗：给药途径以静脉滴注收效快，常用的配伍方案见表20-3。

**表20-3** **PID** **静脉给药方案**



方案A:头霉素或头孢菌素类药物

头孢替坦2g,每12小时1次，静脉滴注或头孢西丁钠2g,每6小时1次，静脉滴注；加 多西环素100mg,每12小时1次，静脉滴注或口服

临床症状、体征改善至少24～48小时后改为口服药物治疗，多西环素100mg,每12小时1次，口服14 日；或米诺环素0.1g,每12小时1次，口服14日；或阿奇霉素0.25g,每日1次，口服7日(首次剂量加 倍)。对输卵管卵巢脓肿者，需加用克林霉素或甲硝唑从而更有效的抗厌氧菌

其他头孢类药物如头孢噻肟钠、头孢唑肟、头孢曲松钠也可以选择，但这些药物的抗厌氧菌作用稍差， 必要时加用抗厌氧菌药物

方案B:克林霉素与氨基糖苷类联合方案

克林霉素900mg,每8小时1次，静脉滴注或林可霉素剂量0.9g,每8小时1次，静脉滴注；加用

硫酸庆大霉素，首次负荷剂量为2mg/kg,每8小时1次静脉滴注或肌内注射，维持剂量1.5mg/kg,每8 小时1次；

临床症状、体征改善后继续静脉应用24～48小时，克林霉素改为口服450mg,每日4次，连用14日；或 多西环素100mg,口服，每12小时1次，口服14日



方案C:青霉素类与四环素类联合方案

氨苄西林钠舒巴坦钠3g,每6小时1次，静脉滴注或阿莫西林克拉维酸钾1.2g,每6～8小时1次，静脉 滴注；加用

多西环素0.1g,每12小时1次，口服14日；或

米诺环素0.1g,每12小时1次，口服14日；或

阿奇霉素0.25g,每日1次，口服7日(首次剂量加倍)

方案D:氟喹诺酮类药物与甲硝唑联合方案

氧氟沙星0.4g,每12小时1次，静脉滴注或左氧氟沙星0.5g,每日一次，静脉滴注；加用硝基咪唑类

药物

甲硝唑0.5g,每12小时1次，静脉滴注



目前由于耐氟喹诺酮类药物淋病奈瑟菌株的出现，氟喹诺酮类药物不作为盆腔炎性疾病的首选 药物。若存在以下因素：淋病奈瑟菌地区流行和个人危险因素低、有良好的随访条件、头孢菌素不能 应用(对头孢菌素类药物过敏)等，可考虑应用氟喹诺酮类药物，但在开始治疗前，必须进行淋病奈瑟 菌的检测。

(3)手术治疗：主要用于抗生素控制不满意的输卵管卵巢脓肿或盆腔脓肿。手术指征有：

1)脓肿经药物治疗无效：输卵管卵巢脓肿或盆腔脓肿经药物治疗48～72小时，体温持续不降， 患者中毒症状加重或包块增大者，应及时手术，以免发生脓肿破裂。

2)脓肿持续存在：经药物治疗病情有好转，继续控制炎症数日(2～3周),包块仍未消失但已局 限化，可手术治疗。

3)脓肿破裂：突然腹痛加剧，寒战、高热、恶心、呕吐、腹胀，检查腹部拒按或有中毒性休克表现， 应怀疑脓肿破裂。若脓肿破裂未及时诊治，死亡率高。因此， 一旦怀疑脓肿破裂，需立即在抗生素治

02记

第二十章 盆腔炎性疾病及生殖器结核

疗的同时行手术治疗。

手术可根据情况选择经腹手术或腹腔镜手术，也可行超声或CT 引导下的穿刺引流。手术范围应 根据病变范围、患者年龄、 一般状态等全面考虑。原则以切除病灶为主。年轻妇女应尽量保留卵巢功 能，以采用保守性手术为主；年龄大、双侧附件受累或附件脓肿屡次发作者，可行全子宫及双附件切除 术；对极度衰弱危重患者的手术范围须按具体情况决定，可在超声或CT 引导下采用经皮引流技术。 若盆腔脓肿位置低、突向阴道后穹隆时，可经阴道切开排脓，同时注入抗生素。

3. 中药治疗主要为活血化瘀、清热解毒药物，如银翘解毒汤、安宫牛黄丸或紫血丹等。

**【性伴侣的治疗】**

对于盆腔炎性疾病患者出现症状前60日内接触过的性伴侣进行检查和治疗。如果最近一次性 交发生在6个月前，则应对最后的性伴侣进行检查、治疗。在女性盆腔炎性疾病患者治疗期间应避免 无保护性性交。

**【随访】**

对于抗生素治疗的患者，应在72小时内随诊，明确有无临床情况的改善。若抗生素治疗有效，在 治疗后的72小时内患者的临床表现应有改善，如体温下降，腹部压痛、反跳痛减轻，子宫颈举痛、子宫 压痛、附件区压痛减轻。若此期间症状无改善，需进一步检查，重新进行评价，必要时腹腔镜或手术探 查。无论其性伴侣接受治疗与否，建议沙眼衣原体和淋病奈瑟菌感染者治疗后3个月复查上述病原 体。若3个月时未复查，应于治疗后1年内任意1次就诊时复查。

**【盆腔炎性疾病后遗症】**

若盆腔炎性疾病未得到及时正确的诊断或治疗，可能会发生盆腔炎性疾病后遗症(sequelae of PID)。 主要病理改变为组织破坏、广泛粘连、增生及瘢痕形成，导致：①输卵管增生、增粗，输卵管阻 塞；②输卵管卵巢粘连形成输卵管卵巢肿块；③若输卵管伞端闭锁、浆液性渗出物聚集形成输卵管积 水或输卵管积脓或输卵管卵巢脓肿的脓液吸收，被浆液性渗出物代替形成输卵管积水或输卵管卵巢 囊肿；④盆腔结缔组织表现为主、骶韧带增生、变厚，若病变广泛，可使子宫固定。

1. 临床表现

(1)不孕：输卵管粘连阻塞可致不孕。盆腔炎性疾病后不孕发生率为20%～30%。

(2)异位妊娠：盆腔炎性疾病后异位妊娠发生率是正常妇女的8～10倍。

(3)慢性盆腔痛：炎症形成的粘连、瘢痕以及盆腔充血，常引起下腹部坠胀、疼痛及腰骶部酸痛，

常在劳累、性交后及月经前后加剧。文献报道约20%急性盆腔炎发作后遗留慢性盆腔痛。慢性盆腔 痛常发生在盆腔炎性疾病急性发作后的4～8周。

(4)盆腔炎性疾病反复发作：由于盆腔炎性疾病造成的输卵管组织结构破坏，局部防御功能减 退，若患者仍处于同样的高危因素，可造成再次感染导致盆腔炎性疾病反复发作。有盆腔炎性疾病病 史者，约25%将再次发作。

2. 妇科检查 若为输卵管病变，则在子宫一侧或两侧触到呈索条状增粗的输卵管，并有轻度压 痛；若为输卵管积水或输卵管卵巢囊肿，则在盆腔一侧或两侧触及囊性肿物，活动多受限；若为盆腔结 缔组织病变，子宫常呈后倾后屈，活动受限或粘连固定，子宫一侧或两侧有片状增厚、压痛，宫骶韧带 常增粗、变硬，有触痛。

3. 治疗盆腔炎性疾病后遗症需根据不同情况选择治疗方案。不孕患者，多需要辅助生殖技术 协助受孕。对慢性盆腔痛，尚无有效的治疗方法，对症处理或给予中药、理疗等综合治疗，治疗前需排 除子宫内膜异位症等其他引起盆腔痛的疾病。盆腔炎性疾病反复发作者，抗生素药物治疗的基础上 可根据具体情况，选择手术治疗。输卵管积水者需行手术治疗。

**【预防)**

① 注意性生活卫生，减少性传播疾病。对沙眼衣原体感染高危妇女(如年龄<25岁、新的性伙伴、 多个性伴侣、性伴侣有性传播疾病、社会地位低)筛查和治疗可减少盆腔炎性疾病发生率。②及时治

**257**



**258**



第二十章 盆腔炎性疾病及生殖器结核

疗下生殖道感染。虽然细菌性阴道病与盆腔炎性疾病相关，但检测和治疗细菌性阴道病能否降低盆 腔炎性疾病发生率，至今尚不清楚。③公共卫生教育，提高公众对生殖道感染的认识及预防感染的重 要性。④严格掌握妇科手术指征，做好术前准备，术时注意无菌操作，预防感染。⑤及时治疗盆腔炎 性疾病，防止后遗症发生。

**第二节** **生殖器结核**

● 病原体为结核杆菌，血行传播为最主要的传播途径。

● 常见临床表现为不孕、月经失调、下腹坠痛及发热、盗汗等全身症状。

● 临床诊断较为困难，根据结核病史、临床表现及辅助检查进行诊断。

● 治疗主要为抗结核药物治疗，必要时手术治疗。

由结核分枝杆菌引起的女性生殖器炎症，称为生殖器结核(genital tuberculosis),又称结核性盆腔 炎。多见于20～40岁妇女，也可见于绝经后的老年妇女。近年因耐多药结核、艾滋病的增加以及对 结核病控制的松懈，生殖器结核发病率有升高趋势。 一旦确诊为生殖器结核，应转诊至结核病专科医 院治疗。

**【传染途径】**

生殖器结核是全身结核的表现之一，常继发于身体其他部位结核如肺结核、肠结核、腹膜结核等， 约10%肺结核患者伴有生殖器结核。生殖器结核潜伏期很长，可达1～10年，多数患者在日后发现生 殖器结核时，其原发病灶多已痊愈。生殖器结核常见的传染途径：

**1.** **血行传播** 为最主要的传播途径。青春期时正值生殖器发育，血供丰富，结核菌易借血行传 播。结核杆菌感染肺部后，大约1年内可感染内生殖器，由于输卵管黏膜有利于结核菌的潜伏感染， 结核杆菌首先侵犯输卵管，然后依次扩散到子宫内膜、卵巢，侵犯子宫颈、阴道、外阴者较少。

**2.** **直接蔓延** 腹膜结核、肠结核可直接蔓延到内生殖器。

**3.** **淋巴传播** 较少见。消化道结核可通过淋巴管传播感染内生殖器。

**4.** **性交传播** 极罕见。男性患泌尿系结核，通过性交传播上行感染。

**【病理】**

**1.** **输卵管结核** 占女性生殖器结核的90%～100%,即几乎所有的生殖器结核均累及输卵管，双 侧性居多，但双侧的病变程度可能不同。输卵管增粗肥大，其伞端外翻如烟斗嘴状是输卵管结核的特 有表现；也可表现为伞端封闭，管腔内充满干酪样物质；有的输卵管增粗，管壁内有结核结节；有的输 卵管僵直变粗，峡部有多个结节隆起。输卵管浆膜面可见多个粟粒结节，有时盆腔腹膜、肠管表面及 卵巢表面也布满类似结节，或并发腹腔积液型结核性腹膜炎。在输卵管管腔内见到干酪样物质，有助 于同非结核性炎症相鉴别。输卵管常与其邻近器官如卵巢、子宫、肠曲广泛粘连。

2. 子宫内膜结核 常由输卵管结核蔓延而来，占生殖器结核的50%～80%。输卵管结核患者约 半数同时有子宫内膜结核。早期病变出现在宫腔两侧角，子宫大小、形状无明显变化，随着病情进展， 子宫内膜受到不同程度结核病变破坏，最后代以瘢痕组织，可使宫腔粘连变形、缩小。

**3.** **卵巢结核** 占生殖器结核的20%～30%,主要由输卵管结核蔓延而来，因有白膜包围，通常仅 有卵巢周围炎，侵犯卵巢深层较少。少部分卵巢结核由血液循环传播而致，可在卵巢深部形成结节及 干酪样坏死性脓肿。

**4.** **子宫颈结核** 常由子宫内膜结核蔓延而来或经淋巴或血液循环传播，较少见，占生殖器结核 的10%～20%。病变可表现为乳头状增生或为溃疡，这时外观易与子宫颈癌混淆。

**5.** **盆腔腹膜结核** 盆腔腹膜结核多合并输卵管结核。根据病变特征不同分渗出型和粘连型。 渗出型以渗出为主，特点为腹膜及盆腔脏器浆膜面布满无数大小不等的散在灰黄色结节，渗出物为浆



第二十章 盆腔炎性疾病及生殖器结核 **259**

液性草黄色澄清液体，积聚于盆腔，有时因粘连形成多个包裹性囊肿；粘连型以粘连为主，特点为腹膜 增厚，与邻近脏器之间发生紧密粘连，粘连间的组织常发生干酪样坏死，易形成瘘管。

**【临床表现】**

依病情轻重、病程长短而异。有的患者无任何症状，有的患者则症状较重。

**1.** **不孕** 多数生殖器结核因不孕而就诊。在原发性不孕患者中生殖器结核为常见原因之一。 由于输卵管黏膜破坏与粘连，常使管腔阻塞；或因输卵管周围粘连，有时管腔尚保持部分通畅，但黏膜 纤毛被破坏，输卵管僵硬、蠕动受限，丧失运输功能；子宫内膜结核妨碍受精卵的着床与发育，也可致 不孕。

**2.** **月经失调** 早期因子宫内膜充血及溃疡，可有经量过多；晚期因子宫内膜遭不同程度破坏而 表现为月经稀少或闭经。多数患者就诊时已为晚期。

3. 下腹坠痛 由于盆腔炎性疾病和粘连，可有不同程度的下腹坠痛，经期加重。

4. 全身症状 若为活动期，可有结核病的一般症状，如发热、盗汗、乏力、食欲缺乏、体重减轻等。 轻者全身症状不明显，有时仅有经期发热，但症状重者可有高热等全身中毒症状。

**5.** **全身及妇科检查** 由于病变程度与范围不同而有较大差异，较多患者因不孕行诊断性刮宫、 子宫输卵管碘油造影及腹腔镜检查才发现患有盆腔结核，而无明显体征和其他自觉症状。严重盆腔 结核常合并腹膜结核，检查腹部时有柔韧感或腹腔积液征，形成包裹性积液时，可触及囊性肿块，边界 不清，不活动，表面因有肠管粘连，叩诊空响。子宫一般发育较差，往往因周围有粘连使活动受限。若 附件受累，在子宫两侧可触及条索状的输卵管或输卵管与卵巢等粘连形成的大小不等及形状不规则 的肿块，质硬、表面不平，呈结节状突起，或可触及钙化结节。

**【诊断】**

多数患者缺乏明显症状，阳性体征不多，故诊断时易被忽略。为提高确诊率，应详细询问病史，尤 其当患者有原发不孕、月经稀少或闭经时；未婚女青年有低热、盗汗、盆腔炎性疾病或腹腔积液时；既 往有结核病接触史或本人曾患肺结核、胸膜炎、肠结核时，均应考虑有生殖器结核的可能。下列辅助 检查方法，可协助诊断。若能找到病原学或组织学证据即可确诊。常用的辅助诊断方法如下：

**1.** **子宫内膜病理检查** 是诊断子宫内膜结核最可靠的依据。由于经前子宫内膜较厚，若有结核 菌，此时阳性率高，故应选择在经前1周或月经来潮6小时内行刮宫术。术前3日及术后4日应每日 肌内注射链霉素0.75g及口服异烟肼0.3g,以预防刮宫引起结核病灶扩散。由于子宫内膜结核多由 输卵管蔓延而来，故刮宫时应注意刮取子宫角部内膜，并将刮出物送病理检查，在病理切片上找到典 型结核结节，诊断即可成立，但阴性结果并不能排除结核的可能。若有条件应将部分刮出物或分泌物 作结核菌培养。遇有宫腔小而坚硬，无组织物刮出，结合临床病史及症状，也应考虑为子宫内膜结核， 并作进一步检查。若子宫颈可疑结核，应做活组织检查确诊。

**2.X** **线检查**

(1)胸部X 线摄片：必要时行消化道或泌尿系统X 线检查，以便发现原发病灶。

(2)盆腔X 线摄片：发现孤立钙化点，提示曾有盆腔淋巴结结核病灶。

(3)子宫输卵管碘油造影：可能见到下列征象：①宫腔呈不同形态和不同程度狭窄或变形，边缘

呈锯齿状；②输卵管管腔有多个狭窄部分，呈典型串珠状或显示管腔细小而僵直；③在相当于盆腔淋 巴结、输卵管、卵巢部位有钙化灶；④若碘油进入子宫一侧或两侧静脉丛，应考虑有子宫内膜结核的可 能。子宫输卵管造影对生殖器结核的诊断帮助较大，但也有可能将输卵管管腔中的干酪样物质及结 核菌带到腹腔，故造影前后应肌内注射链霉素及口服异烟肼等抗结核药物。

3. 腹腔镜检查能直接观察子宫、输卵管浆膜面有无粟粒结节，并可取腹腔液行结核菌培养，或 在病变处做活组织检查。做此项检查时应注意避免肠道损伤。

4. 结核菌检查取月经血或宫腔刮出物或腹腔液作结核菌检查，常用方法：①涂片抗酸染色查 找结核菌；②结核菌培养，此法准确，但结核菌生长缓慢，通常1～2个月才能得到结果；③分子生物学

260 第二十章 盆腔炎性疾病及生殖器结核

方法，如PCR 技术，方法快速、简便，但可能出现假阳性；④动物接种，方法复杂，需时较长，难以推广。

5. 结核菌素试验 结核菌素试验阳性说明体内曾有结核分枝杆菌感染，若为强阳性说明目前仍 有活动性病灶，但不能说明病灶部位，若为阴性一般情况下表示未有过结核分枝杆菌感染。

**6.** **γ-干扰素释放实验** **(interferon** **gamma** **release** **assays,IGRAs)** 是诊断结核病的新方 法，其原理是当体内曾经受到结核杆菌抗原刺激而致敏的T 淋巴细胞再次遇到同类抗原时能产生γ- 干扰素，可通过检测γ-干扰素浓度或从单细胞水平检测分泌γ-干扰素细胞数目来诊断肺结核及肺外 结核，具有很高的敏感性和特异性。

7. 其他 白细胞计数不高，分类中淋巴细胞增多，不同于化脓性盆腔炎性疾病；活动期红细胞沉 降率增快，但正常不能除外结核病变，这些化验检查均为非特异性，只能作为诊断参考。

**【鉴别诊断】**

结核性盆腔炎性疾病应与盆腔炎性疾病后遗症、子宫内膜异位症、卵巢恶性肿瘤，尤其是卵巢上 皮性癌鉴别，诊断困难时，可作腹腔镜检查或剖腹探查确诊。

**【治疗】**

采用抗结核药物治疗为主，休息营养为辅的治疗原则。

1. 抗结核药物治疗 抗结核药物治疗对90%女性生殖器结核有效。药物治疗应遵循早期、联 合、规律、适量、全程的原则。采用异烟肼、利福平、乙胺丁醇及吡嗪酰胺等抗结核药物联合治疗6~9 个月，可取得良好疗效。推荐两阶段短疗程药物治疗方案，前2～3个月为强化期，后4~6个月为巩 固期。2010年WHO 结核病诊疗指南指出生殖器结核的抗结核药物的选择、用法、疗程参考肺结核 病。常用的治疗方案：①强化期2个月，每日异烟肼、利福平、吡嗪酰胺及乙胺丁醇四种药物联合应 用，后4个月巩固期每日连续应用异烟肼、利福平(简称2HRZE/4HR); 或巩固期每周3次间歇应用异 烟肼、利福平(2HRZE/4H3R3)。② 强化期每日异烟肼、利福平、吡嗪酰胺、乙胺丁醇四种药联合应用 2个月，巩固期每日应用异烟肼、利福平、乙胺丁醇连续4个月(2HRZE/4HRE); 或巩固期每周3次应 用异烟肼、利福平、乙胺丁醇连续4个月(2HRZE/4H3R3E3)。 第一个方案可用于初次治疗的患者，第 二个方案多用于治疗失败或复发的患者。

2. 支持疗法 急性患者至少应休息3个月，慢性患者可以从事部分工作和学习，但要注意劳逸 结合，加强营养，适当参加体育锻炼，增强体质。

3. 手术治疗 出现以下情况应考虑手术治疗：①盆腔包块经药物治疗后缩小，但不能完全消退； ②治疗无效或治疗后又反复发作者，或难以与盆腹腔恶性肿瘤鉴别者；③盆腔结核形成较大的包块或 较大的包裹性积液者；④子宫内膜结核严重，内膜破坏广泛，药物治疗无效者。为避免手术时感染扩 散，提高手术后治疗效果，手术前后需应用抗结核药物治疗。手术范围根据患者年龄、病变部位而定， 年龄大患者手术以全子宫及双侧附件切除术为宜；对年轻妇女应尽量保留卵巢功能；对病变局限于输 卵管，而又迫切希望生育者，可行双侧输卵管切除术，保留卵巢及子宫。由于生殖器结核所致的粘连 常较广泛而紧密，术前应做好肠道清洁准备，术时应注意解剖关系，避免损伤。

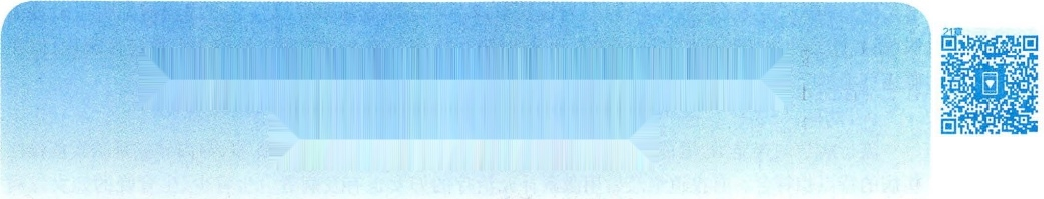
虽然生殖器结核经药物治疗取得良好疗效，但治疗后的妊娠成功率极低，对部分希望妊娠者，可 行辅助生殖技术助孕。

**【预防】**

增强体质，做好卡介苗接种，积极防治肺结核、淋巴结结核和肠结核等。

(薛凤霞)





**第二十一章子宫内膜异位**

**症与子宫腺肌病**

子宫内膜异位性疾病包括子宫内膜异位症(endometriosis,EMT) 和子宫腺肌病(adenomyosis),两 者均由具有生长功能的异位子宫内膜所致，临床上常可并存。但两者的发病机制及组织发生不尽相 同，临床表现及其对卵巢激素的敏感性亦有差异。

**第一节** **子宫内膜异位症**

● 绝大多数位于盆腔脏器和壁腹膜，以卵巢、宫骶韧带最常见。

● 主要症状为下腹痛与痛经、不孕及性交不适。

● 腹腔镜检查是确诊盆腔内异症的标准方法，病理检查阴性不能排除内异症诊断。

● 分为手术治疗和药物治疗，根据患者年龄、症状、分期、病变部位及对生育要求等给予个体化治疗。

子宫内膜组织(腺体和间质)出现在子宫体以外的部位时，称为子宫内膜异位症(endometriosis, EMT), 简称内异症。异位内膜可侵犯全身任何部位，如脐、膀胱、肾、输尿管、肺、胸膜、乳腺，甚至手 臂、大腿等处，但绝大多数位于盆腔脏器和壁腹膜，以卵巢、宫骶韧带最常见，其次为子宫及其他脏腹 膜、阴道直肠隔等部位，故有盆腔子宫内膜异位症之称(图21-1)。由于内异症是激素依赖性疾病，在

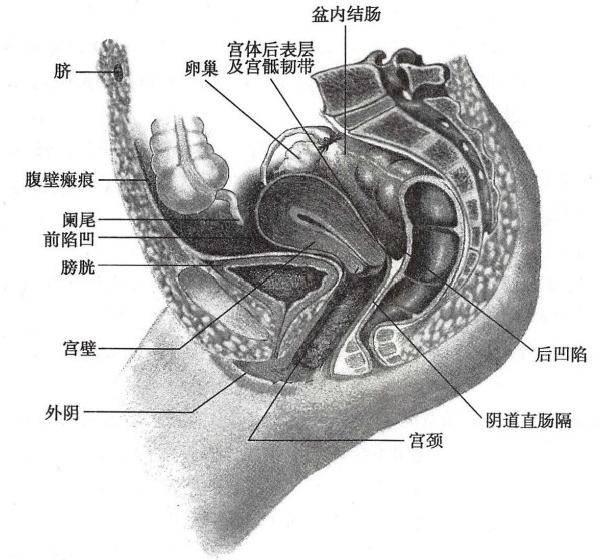


图21-1 子宫内膜异位症的发生部位

**262**

笔记

第二十一章子宫内膜异位症与子宫腺肌病

自然绝经和人工绝经(包括药物作用、射线照射或手术切除双侧卵巢)后，异位内膜病灶可逐渐萎缩 吸收；妊娠或使用性激素抑制卵巢功能，可暂时阻止疾病发展。内异症在形态学上呈良性表现，但在 临床行为学上具有类似恶性肿瘤的特点，如种植、侵袭及远处转移等。

**【发病率】**

流行病学调查显示，生育期是内异症的高发时段，其中76%在25～45岁，与内异症是激素依赖性 疾病的特点相符合。有报道绝经后用激素补充治疗的妇女也有发病者。生育少、生育晚的妇女发病 明显高于生育多、生育早者。近年来发病率呈明显上升趋势，与社会经济状况呈正相关，与剖宫产率 增高、人工流产与宫腹腔镜操作增多有关，在慢性盆腔疼痛及痛经患者中的发病率为20%～90%, 25%～35%不孕患者与内异症有关，妇科手术中有5%～15%患者被发现有内异症存在。

**【病因】**

异位子宫内膜来源至今尚未阐明，目前关于内异症的来源主要有以下3种学说。

**1.** **种植学说** 1921年，Sampson 首次提出了种植学说，其传播途径主要包括：

(1)经血逆流：Sampson 首先提出经期时子宫内膜腺上皮和间质细胞可随经血逆流，经输卵 管进入盆腔，种植于卵巢和邻近的盆腔腹膜，并在该处继续生长、蔓延，形成盆腔内异症，也称为 经血逆流学说，许多临床和实验资料均支持这一学说：①70%～90%妇女有经血逆流，在经血或 早卵泡期的腹腔液中，均可见存活的内膜细胞；②先天性阴道闭锁或宫颈狭窄等经血排出受阻 者发病率高；③动物实验能将经血中的子宫内膜移植于猕猴腹腔内存活生长，形成典型内异症。 但该学说无法解释在多数生育期女性中存在经血逆流，但仅少数(10%～15%)女性发病，也无 法解释盆腔外的内异症。

(2)淋巴及静脉播散：子宫内膜也可以通过淋巴及静脉向远处播散，发生异位种植。不少学者在 光镜检查时发现盆腔淋巴管、淋巴结和盆腔静脉中有子宫内膜组织。临床上所见远离盆腔的器官，如 肺、四肢皮肤、肌肉等发生内异症，可能就是内膜通过血行和淋巴播散的结果。但该学说无法说明子 宫内膜如何通过静脉和淋巴系统，而盆腔外内异症的发病率又极低。

(3)医源性种植：剖宫产术后腹壁切口或分娩后会阴切口出现内异症，可能是手术时将子宫内膜 带至切口直接种植所致。此途径在人猿实验中获得证实。

2. 体腔上皮化生学说 该学说由19世纪著名病理学家Robert Meyer提出。认为卵巢表面上皮、 盆腔腹膜均由胚胎期具有高度化生潜能的体腔上皮分化而来，在受到持续卵巢激素或经血及慢性炎 症的反复刺激后，能被激活转化为子宫内膜样组织。但目前仅有动物试验证实，小鼠卵巢表面上皮可 经过K-ras激活途径直接化生为卵巢内异症病变。

3. 诱导学说未分化的腹膜组织在内源性生物化学因素诱导下，可发展成为子宫内膜组织，种 植的内膜可以释放化学物质诱导未分化的间充质形成子宫内膜异位组织。此学说是体腔上皮化生学 说的延伸，在兔动物实验中已证实，而在人类尚无证据。

内异症的形成可能还与下列因素有关。

**1.** **遗传因素** 内异症具有一定的家族聚集性，某些患者的发病可能与遗传有关。患者一级亲属 的发病风险是无家族史者的7倍，人群研究发现单卵双胎姐妹中一方患有内异症时，另一方发生率可 达75%。此外，有研究发现内异症与谷胱甘肽转移酶、半乳糖转移酶和雌激素受体的基因多态性有 关，提示该病存在遗传易感性。

**2.** **免疫与炎症因素** 免疫调节异常在内异症的发生、发展各环节起重要作用，表现为免疫监视 功能、免疫杀伤细胞的细胞毒作用减弱而不能有效清除异位内膜。研究发现，内异症与某些自身免疫 性疾病如系统性红斑狼疮有关，患者的IgG及抗子宫内膜抗体明显增加；内异症也与亚临床腹膜炎有 关，表现为腹腔液中巨噬细胞、炎性细胞因子、生长因子、促血管生成物质增加。

**3.** **其他因素** 国内学者提出“在位内膜决定论”,认为在位子宫内膜的生物学特性是内异症发生 的决定因素，局部微环境是影响因素。内异症患者在位子宫内膜的特性如粘附性、侵袭性、刺激形成

第二十一章 子宫内膜异位症与子宫腺肌病

血管的能力均强于非内异症患者的在位子宫内膜。环境因素也与内异症之间存在潜在联系，二噁英 在内异症发病中有一定作用。血管生成因素也可能参与内异症的发生，患者腹腔液中VEGF 等血管 生长因子增多，使盆腔微血管生长增加，易于异位内膜种植生长。

**【病理】**

内异症的基本病理变化为异位子宫内膜随卵巢激素变化而发生周期性出血，导致周围纤维组织 增生和囊肿、粘连形成，在病变区出现紫褐色斑点或小泡，最终发展为大小不等的紫褐色实质性结节 或包块。内异症根据发生的部位不同，分为不同病理类型。

**1.** **大体病理**

(1)卵巢型内异症(ovarian endometriosis):卵巢最易被异位内膜侵犯，约80%病变累及一侧，累 及双侧占50%。卵巢的异位内膜病灶分为两种类型。①微小病变型：位于卵巢浅表层的红色、蓝色 或棕色等斑点或小囊，病灶只有数毫米大小，常导致卵巢与周围组织粘连，手术中刺破后有黏稠咖啡 色液体流出。②典型病变型：又称囊肿型。异位内膜在卵巢皮质内生长，形成单个或多个囊肿，称为 卵巢子宫内膜异位囊肿。囊肿表面呈灰蓝色，大小不一，直径多在5cm 左右，大至10～20cm。 典型情 况下，陈旧性血液聚集在囊内形成咖啡色黏稠液体，似巧克力样，俗称“卵巢巧克力囊肿”(chocolate cyst of ovary)。 因囊肿周期性出血，囊内压力增大，囊壁易反复破裂，破裂后囊内容物刺激腹膜发生局 部炎性反应和组织纤维化，导致卵巢与邻近器官、组织紧密粘连，造成囊肿固定、不活动，手术时囊壁 极易破裂。这种粘连是卵巢子宫内膜异位囊肿的临床特征之一，可借此与其他出血性卵巢囊肿相 鉴别。

(2)腹膜型内异症(peritoneal endometriosis):分布于盆腔腹膜和各脏器表面，以子宫骶骨韧带、直 肠子宫陷凹和子宫后壁下段浆膜最为常见。在病变早期，病灶局部有散在紫褐色出血点或颗粒状散 在结节。随病变发展，子宫后壁与直肠前壁粘连，直肠子宫陷凹变浅，甚至完全消失。输卵管内异症 多累及管壁浆膜层，累及黏膜者较少。输卵管常与周围组织粘连，可因粘连和扭曲而影响其正常蠕 动，严重者可致管腔不通，是内异症导致不孕的原因之一。腹膜型内异症亦分为二型：①色素沉着型： 即典型的蓝紫色或褐色腹膜异位结节，术中较易辨认；②无色素沉着型：为异位内膜的早期病变，较色 素沉着型更常见，也更具生长活性。表现形式多种多样，依其外观又可分为红色病变和白色病变。无 色素沉着病灶发展成典型的病灶需6～24个月。

(3)深部浸润型内异症(deep infiltrating endometriosis,DIE):指病灶浸润深度≥5mm 的内异症，累 及部位包括宫骶韧带、直肠子宫陷凹、阴道穹隆、阴道直肠隔、直肠或者结肠壁等，也可侵犯至膀胱壁 和输尿管。

(4)其他部位的内异症：包括瘢痕内异症(如腹壁切口、会阴切口等)以及其他少见的远处内异 症，如肺、胸膜等部位的内异症。

2. 镜下检查 典型的异位内膜组织在镜下可见子宫内膜腺体、间质、纤维素及出血等成分。无 色素型早期异位病灶一般可见到典型的内膜组织，但异位内膜反复出血后，这些组织结构可被破坏而 难以发现，出现临床表现极典型而组织学特征极少的不一致现象，约占24%。出血来自间质内血管， 镜下找到少量内膜间质细胞即可确诊内异症。临床表现和术中所见很典型，即使镜下仅能在卵巢囊 壁中发现红细胞或含铁血黄素细胞等出血证据，亦应视为内异症。肉眼正常的腹膜组织镜检时发现 子宫内膜腺体及间质，称为镜下内异症，发生率10%～15%。

异位内膜组织可随卵巢周期变化而有增殖和分泌改变，但其改变与在位子宫内膜并不一定同步， 多表现为增殖期改变。

国内外文献报道子宫内膜异位症恶变的发生率在1%左右，主要与卵巢型内异症相关。但由于 癌组织可能破坏原发的内异症病灶、病理取材不充分或病理报告不完全都可能导致诊断遗漏，故内异 症恶变的准确发生率很可能被低估。内异症恶变的主要组织类型为透明细胞癌和子宫内膜样癌，其 发生机制尚未明确。

**263**



**264**

02记

**第二十一章** **子宫内膜异位症与子宫腺肌病**

**【临床表现】**

内异症的临床表现因人和病变部位的不同而多种多样，症状特征与月经周期密切相关。有25% 患者无任何症状。

**1.** **症状**

(1)下腹痛和痛经：疼痛是内异症的主要症状，典型症状为继发性痛经、进行性加重。疼痛多位 于下腹、腰骶及盆腔中部，有时可放射至会阴部、肛门及大腿，常于月经来潮时出现，并持续至整个经 期。疼痛严重程度与病灶大小不一定呈正比，粘连严重的卵巢异位囊肿患者可能并无疼痛，而盆腔内 小的散在病灶却可引起难以忍受的疼痛。少数患者可表现为持续性下腹痛，经期加剧。但有27%~ 40%患者无痛经，因此痛经不是内异症诊断的必需症状。

(2)不孕：内异症患者不孕率高达40%。引起不孕的原因复杂，如盆腔微环境改变影响精卵结合 及运送、免疫功能异常导致抗子宫内膜抗体增加而破坏子宫内膜正常代谢及生理功能、卵巢功能异常 导致排卵障碍和黄体形成不良等。此外，未破裂卵泡黄素化综合征(luteinized unruptured follicle syn- drome,LUFS)在内异症患者中具有较高的发病率。中、重度患者可因卵巢、输卵管周围粘连而影响受 精卵运输。

(3)性交不适：多见于直肠子宫陷凹有异位病灶或因局部粘连使子宫后倾固定者。性交时碰撞 或子宫收缩上提而引起疼痛， 一般表现为深部性交痛，月经来潮前性交痛最明显。

(4)月经异常：15%～30%患者有经量增多、经期延长或月经淋漓不尽或经前期点滴出血。可能 与卵巢实质病变、无排卵、黄体功能不足或合并有子宫腺肌病和子宫肌瘤有关。

(5)其他特殊症状：盆腔外任何部位有异位内膜种植生长时，均可在局部出现周期性疼痛、出血 和肿块，并出现相应症状。肠道内异症可出现腹痛、腹泻、便秘或周期性少量便血，严重者可因肿块压 迫肠腔而出现肠梗阻症状；膀胱内异症常在经期出现尿痛和尿频，但多被痛经症状掩盖而被忽视；异 位病灶侵犯和(或)压迫输尿管时，引起输尿管狭窄、阻塞，出现腰痛和血尿，甚至形成肾盂积水和继 发性肾萎缩；手术瘢痕内异症患者常在剖宫产或会阴侧切术后数月至数年出现周期性瘢痕处疼痛和 包块，并随时间延长而加剧。

除上述症状外，卵巢子宫内膜异位囊肿破裂时，可发生急腹痛。多发生于经期前后、性交后或其 他腹压增加的情况，症状类似输卵管妊娠破裂，但无腹腔内出血。

2. 体征 卵巢异位囊肿较大时，妇科检查可扪及与子宫粘连的肿块。囊肿破裂时腹膜刺激征阳 性。典型盆腔内异症双合诊检查时，可发现子宫后倾固定，直肠子宫陷凹、宫骶韧带或子宫后壁下方 可扪及触痛性结节， 一侧或双侧附件处触及囊实性包块，活动度差。病变累及直肠阴道间隙时，可在 阴道后穹隆触及、触痛明显，或直接看到局部隆起的小结节或紫蓝色斑点。

**【诊断】**

生育期女性有继发性痛经且进行性加重、不孕或慢性盆腔痛，妇科检查扪及与子宫相连的囊性包 块或盆腔内有触痛性结节，即可初步诊断为子宫内膜异位症。但临床上常需借助下列辅助检查。经 腹腔镜检查的盆腔可见病灶和病灶的活组织病理检查是确诊依据，但病理学检查结果阴性并不能排 除内异症的诊断。

**1.** **影像学检查** 超声检查是诊断卵巢异位囊肿和膀胱、直肠内异症的重要方法，可确定异位囊 肿位置、大小和形状，其诊断敏感性和特异性均在96%以上。囊肿呈圆形或椭圆形，与周围特别与子 宫粘连，囊壁厚而粗糙，囊内有细小的絮状光点。因囊肿回声图像无特异性，不能单纯依靠超声图像 确诊。盆腔CT 及磁共振对盆腔内异症有诊断价值，但费用昂贵，不作为初选的诊断方法。

**2.** **血清** **CA125** **和人附睾蛋白4** **(HE4)** **测定** 血清CA125 水平可能升高，重症患者更为明显， 但变化范围很大，多用于重度内异症和疑有深部异位病灶者。但CA125 在其他疾病如卵巢癌、盆腔 炎性疾病中也可以出现升高，CA125 诊断内异症的敏感性和特异性均较低，不作为独立的诊断依据， 但有助于监测病情变化、评估疗效和预测复发。 HE4 在内异症多在正常水平，可用于与卵巢癌的鉴别



右 左

第二十一章子宫内膜异位症与子宫腺肌病 **265**

诊断。

**3.** **腹腔镜检查** 是目前国际公认的内异症诊断的最佳方法，除了阴道或其他部位可直视的病变 外，腹腔镜检查是确诊盆腔内异症的标准方法。对在腹腔镜下见到大体病理所述的典型病灶或可疑 病变进行活组织检查即可确诊。下列情况应首选腹腔镜检查：疑为内异症的不孕症患者、妇科检查及 超声检查无阳性发现的慢性腹痛及痛经进行性加重者、有症状特别是血清CA125 水平升高者。只有 在腹腔镜检查或剖腹探查直视下才能确定内异症临床分期。

**【鉴别诊断】**

内异症易与下述疾病混淆，应予以鉴别。

1. 卵巢恶性肿瘤 早期无症状，有症状时多呈持续性腹痛、腹胀，病情发展快， 一般情况差。超 声图像显示包块为混合性或实性。血清CA125 和 HE4 的表达水平多显著升高。腹腔镜检查或剖腹 探查可鉴别。

2. 盆腔炎性包块 多有急性或反复发作的盆腔感染史，疼痛无周期性，平时亦有下腹部隐痛，可 伴发热和白细胞增高等，抗生素治疗有效。

3. 子宫腺肌病 痛经症状与内异症相似，但多位于下腹正中且更剧烈，子宫多呈均匀性增大，质 硬。经期检查时，子宫触痛明显。此病常与内异症并存。

**【临床分期】**

内异症的分期方法很多，目前我国多采用美国生育学会(AFS) 提出的“修正子宫内膜异位症分期 法”。该分期法于1985年最初提出，1997年再次修正。内异症分期需在腹腔镜下或剖腹探查手术时 进行，要求详细观察并对异位内膜的部位、数目、大小、粘连程度等进行记录，最后进行评分(表21- 1)。该分期法有利于评估疾病严重程度、正确选择治疗方案、准确比较和评价各种治疗方法的疗效， 并有助于判断患者的预后。

**表21-1** **ASRM** **修正子宫内膜异位症分期法(1997年)**

**病灶大小** 粘连范围

**异** **位**

腹 膜

卵 巢

输卵管

**病灶**

浅

深

右 浅

右 深

左 浅

左 深

**<1cm**

1

2

1

4

1

4

**1~3cm**

2

4

2

16

2

16

**>3cm**

4

6

4

20

4

20

薄膜

致密

薄膜

致密

薄膜

薄膜

薄膜

致 密

<1/3

包 裹

1

4

1

4

1

1

1

4

1/3~2/3

包裹

2

8

2

8

2

2

2

>2/3

包裹

4

16

4

16

4

4

4

16

完全消失 40

直肠子宫陷凹部分消失

4

注：1.若输卵管全部包入应改为16分；

2.I 期(微型):1~5分；Ⅱ期(轻型):6~15分；Ⅲ期(中型):16~40分；IV期(重型):>40分

**【治疗】**

治疗内异症的根本目的是“缩减和去除病灶，减轻和控制疼痛，治疗和促进生育，预防和减少复 发”。治疗方法应根据患者年龄、症状、病变部位和范围以及对生育要求等加以选择，强调治疗个

266



第二十一章 子宫内膜异位症与子宫腺肌病

体化。

( 一)治疗方法

1. 药物治疗 治疗的目的是抑制卵巢功能，阻止内异症的发展。适用于有慢性盆腔痛、经期痛 经症状明显、有生育要求及无卵巢囊肿形成患者。对较大的卵巢内膜异位囊肿，特别是卵巢包块性质 未明者，宜采用手术治疗。

(1)非甾体类抗炎药(NSAID): 是一类不含糖皮质激素的抗炎、解热、镇痛药物，主要作用机制是 通过抑制前列腺素的合成，减轻疼痛。用法：根据需要应用，间隔不少于6小时。副作用主要为胃肠 道反应，偶有肝肾功能异常。长期应用要警惕胃溃疡的可能。

(2)口服避孕药：是最早用于治疗内异症的激素类药物，其目的是降低垂体促性腺激素水平，并 直接作用于子宫内膜和异位内膜，导致内膜萎缩和经量减少。长期连续服用避孕药造成类似妊娠的 人工闭经，称“假孕疗法”(pseudopregnancy therapy)。适用于轻度内异症患者。临床上常用低剂量高 效孕激素和炔雌醇复合制剂，用法为每日1片，连续用6~9个月。副作用主要有恶心、呕吐，并警惕 血栓形成风险。

(3)孕激素：单用人工合成高效孕激素，通过抑制垂体促性腺激素分泌，造成无周期性的低雌激 素状态，并与内源性雌激素共同作用，造成高孕激素性闭经和内膜蜕膜化形成假孕。各种制剂疗效相 近。所用剂量为避孕剂量3～4倍，连续应用6个月，如甲羟孕酮(medroxyprogesterone)30mg/d,副作 用有恶心、轻度抑郁、水钠潴留、体重增加及阴道不规则点滴出血等。患者在停药数月后痛经缓解，月 经恢复。

(4)孕激素受体拮抗剂：米非司酮(mifepristone)与子宫孕酮受体的亲和力是孕酮的5倍，具有强 抗孕激素作用，每日口服25～100mg,造成闭经使病灶萎缩。副作用轻，无雌激素样影响，亦无骨质丢 失危险，长期疗效有待证实。

(5)孕三烯酮(gestrinone):为19-去甲睾酮甾体类药物，有抗孕激素、中度抗雌激素和抗性腺效 应，也是一种假绝经疗法。每周用药两次，每次2.5mg, 于月经第1 日开始服药，6个月为1个疗程。 治疗后50%～100%患者发生闭经，症状缓解率达95%以上。孕三烯酮与达那唑相比，疗效相近，但 副作用较小，对肝功能影响较小且可逆，且用药量少、方便。

(6)达那唑(danazol):为合成的17α-乙炔睾酮衍生物。抑制FSH、LH 峰，抑制卵巢合成甾体激 素，导致子宫内膜萎缩，出现闭经。因FSH、LH 呈低水平，又称假绝经疗法。适用于轻度及中度内异 症痛经明显的患者。用法：月经第1 日开始口服200mg,每日2～3次，持续用药6个月。若痛经不缓 解或未闭经，可加至每日4次。疗程结束后约90%症状消失。停药后4~6周恢复月经及排卵。副作 用有恶心、头痛、潮热、乳房缩小、体重增加、性欲减退、多毛、痤疮、皮脂增加、肌痛性痉挛等， 一般能耐 受。药物主要在肝脏代谢，已有肝功能损害不宜使用，也不适用于高血压、心力衰竭、肾功能不全者。

(7)促性腺激素释放激素激动剂(GnRH-a): 为人工合成的十肽类化合物，对 GnRH 受体的亲和 力较天然GnRH 高百倍，在短期促进垂体LH 和 FSH 释放后持续抑制垂体分泌促性腺激素，导致卵巢 激素水平明显下降，出现暂时性闭经，此疗法又称“药物性卵巢切除”(medical oophorectomy)。 目前常 用的GnRH-a 类药物有：亮丙瑞林3.75mg,月经第1 日皮下注射后，每隔28日注射1次，共3~6次；戈 舍瑞林3.6mg, 用法同前。用药后一般第2个月开始闭经，可使痛经缓解，停药后在短期内排卵可恢 复。副作用主要有潮热、阴道干燥、性欲减退和骨质丢失等绝经症状，停药后多可消失。但骨质丢失 需时1年才能逐渐恢复正常。因此在应用GnRH-a3~6 个月时可以酌情给予反向添加治疗(add-back therapy)提高雌激素水平，预防低雌激素状态相关的血管症状和骨质丢失的发生，如妊马雌酮 0.625mg 加甲羟孕酮2mg,每日1次或替勃龙1.25mg/d。

**2.** **手术治疗** 治疗的目的是切除病灶、恢复解剖。适用于药物治疗后症状不缓解、局部病变加



第二十一章 子宫内膜异位症与子宫腺肌病 **267**

剧或生育功能未恢复者、较大的卵巢内膜异位囊肿者。腹腔镜手术是首选的手术方法，目前认为腹腔

镜确诊、手术+药物为内异症的“金标准”治疗。手术方式有：

(1)保留生育功能手术：切净或破坏所有可见的异位内膜病灶、分离粘连、恢复正常的解剖结构， 但保留子宫、 一侧或双侧卵巢，至少保留部分卵巢组织。适用于药物治疗无效、年轻和有生育要求的 患者。术后复发率约40%,因此术后宜尽早妊娠或使用药物以减少复发。

(2)保留卵巢功能手术：切除盆腔内病灶及子宫，保留至少一侧或部分卵巢。适用于Ⅲ、IV期 患 者、症状明显且无生育要求的45岁以下患者。术后复发率约5%。

(3)根治性手术：将子宫、双附件及盆腔内所有异位内膜病灶予以切除和清除，适用于45岁以上 重症患者。术后不用雌激素补充治疗者，几乎不复发。

**(二)内异症不同情况的处理**

**1.** **内异症相关疼痛**

(1)未合并不孕及无附件包块者，首选药物治疗。 一线药物包括：非甾体类抗炎药、口服避

孕药及高效孕激素。二线药物包括 GnRH-a、 左炔诺孕酮宫内缓释系统(LNG-IUS)。 一线药物

治疗无效改二线药物，若依然无效，应考虑手术治疗。所有的药物治疗都存在停药后疼痛的高 复发率。

(2)合并不孕或附件包块者，首选手术治疗。手术指征：①卵巢子宫内膜异位囊肿直径≥4cm; ②合并不孕；③痛经药物治疗无效。手术以腹腔镜为首选。但手术后症状复发率较高，年复发率高达 10%。故手术后应辅助药物治疗并长期管理。可根据病情选择一线或二线药物用于术后治疗，以减 少卵巢子宫内膜异位囊肿和疼痛复发，但停药后症状常会很快再出现。

不建议术前药物治疗。但对病变较重、估计手术困难者，术前可短暂应用GnRH-a3 个月，以减少 手术难度，提高手术的安全性。

**2.** **内异症相关不孕** 对于内异症合并不孕患者首先按照不孕的诊疗路径进行全面的不孕症检 查，排除其他不孕因素。单纯药物治疗对自然妊娠无效。腹腔镜是首选的手术治疗方式。年轻、轻中 度者，术后可期待自然妊娠6个月，并给予生育指导；有高危因素者(年龄在35岁以上、不孕年限超过 3年，尤其是原发性不孕者；重度内异症、盆腔粘连、病灶切除不彻底者；输卵管不通者),应积极行辅 助生殖技术助孕。

**3.** **内异症恶变** 主要恶变部位在卵巢，其他部位少见。临床有以下情况应警惕内异症恶 变：①绝经后内异症患者，疼痛节律改变；②卵巢囊肿直径>10cm;③ 影像学检查有恶性征象； ④血 清CA125 水平>200U/ml 。治疗应循卵巢癌的治疗原则，预后一般比非内异症恶变的卵巢 癌好。

**【预防】**

内异症病因不明确、多因素起作用，并且其组织学发生复杂，因此预防作用有限，主要注意以下几 点以减少其发病：

**1.** **防止经血逆流** 及时发现并治疗引起经血潴留的疾病，如先天性梗阻性生殖道畸形和继发性 宫颈粘连、阴道狭窄等。

**2.** **药物避孕** 口服避孕药可抑制排卵、促使子宫内膜萎缩，降低内异症的发病风险，对有高发家 族史、容易带器妊娠者，可以选择。

**3.** **防止医源性异位内膜种植** 尽量避免多次的宫腔手术操作。进入宫腔内的手术，缝合子宫壁 时避免缝线穿过子宫内膜层，手术结束后应冲洗腹壁切口。月经前禁作输卵管通畅试验，以免将内膜 碎屑推入腹腔。宫颈及阴道手术不宜在经前进行，以避免经血中内膜碎片种植于手术创面。人工流 产吸宫术时，宫腔内负压不宜过高，避免突然将吸管拔出。



**268** 第二十一章子宫内膜异位症与子宫腺肌病

**第二节** **子宫腺肌病**

● 多发生于生育年龄的经产妇，常合并内异症和子宫肌瘤。

● 主要症状是月经改变和进行性痛经。

● 无根治性的药物，手术是主要的治疗手段。

当子宫内膜腺体及间质侵入子宫肌层时，称子宫腺肌病(adenomyosis)。 多发生于30～50岁经产 妇，约15%同时合并内异症，约半数合并子宫肌瘤。虽对尸检和因病切除的子宫作连续切片检查，发 现10%～47%子宫肌层中有子宫内膜组织，但其中35%无临床症状。子宫腺肌病与子宫内膜异位症 病因不同，但均受雌激素的调节。

**【病因】**

子宫腺肌病患者部分子宫肌层中的内膜病灶与宫腔内膜直接相连，故认为是由基底层子宫内膜 侵入肌层生长所致，多次妊娠及分娩、人工流产、慢性子宫内膜炎等造成子宫内膜基底层损伤，与腺肌 病发病密切相关。由于内膜基底层缺乏黏膜下层，内膜直接与肌层接触，使得在解剖结构上子宫内膜 易于侵入肌层。腺肌病常合并有子宫肌瘤和子宫内膜增生，提示高水平雌孕激素刺激，也可能是促进 内膜向肌层生长的原因之一。

**【病理】**

异位内膜在子宫肌层多呈弥漫性生长，累及后壁居多，故子宫呈均匀性增大，前后径增大明 显，呈球形， 一般不超过12周妊娠子宫大小。剖面见子宫肌壁显著增厚且硬，无旋涡状结构，于肌 壁中见粗厚肌纤维带和微囊腔，腔内偶有陈旧血液。少数腺肌病病灶呈局限性生长形成结节或团 块，似肌壁间肌瘤，称为子宫腺肌瘤(adenomyoma)。 因局部反复出血导致病灶周围纤维组织增生 所致，故与周围肌层无明显界限，手术时难以剥除。镜下特征为肌层内有呈岛状分布的异位内膜 腺体及间质，特征性的小岛由典型的子宫内膜腺体与间质组成，且为不成熟的内膜，属基底层内 膜，对雌激素有反应性改变，但对孕激素无反应或不敏感，故异位腺体常呈增殖期改变，偶尔见到 局部区域有分泌期改变。

**【临床表现】**

主要症状是经量过多、经期延长和逐渐加重的进行性痛经，疼痛位于下腹正中，常于经前1 周开始，直至月经结束。有35%患者无典型症状，子宫腺肌病患者中月经过多发生率为40%~ 50%,表现为连续数个月经周期中月经量增多， 一般大于80ml,并影响女性身体、心理、社会和 经济等方面的生活质量。月经过多主要与子宫内膜面积增加、子宫肌层纤维增生使子宫肌层收 缩不良、子宫内膜增生等因素有关。子宫腺肌病痛经的发生率为15%～30%。妇科检查子宫呈 均匀增大或有局限性结节隆起，质硬且有压痛，经期压痛更甚。无症状者有时与子宫肌瘤不易 鉴别。

**【诊断】**

可依据典型的进行性痛经和月经过多史、妇科检查子宫均匀增大或局限性隆起、质硬且有压痛而 作出初步诊断。影像学检查有一定帮助，可酌情选择，确诊取决于术后的病理学检查。

**【治疗】**

应视患者症状、年龄和生育要求而定。目前无根治性的有效药物，对于症状较轻、有生育要求及 近绝经期患者可试用达那唑、孕三烯酮、GnRH-a 或左炔诺孕酮宫内缓释系统(LNG-IUS) 治疗，均可缓 解症状，但需要注意药物的副作用，并且停药后症状可复现。在GnRH-a 治疗时应注意患者骨丢失的

第二十一章子宫内膜异位症与子宫腺肌病

**269**

风险，可以给予反向添加治疗和钙剂补充。年轻或希望生育的子宫腺肌瘤患者，可试行病灶切除术， 但术后有复发风险。对症状严重、无生育要求或药物治疗无效者，应行全子宫切除术。是否保留卵 巢，取决于卵巢有无病变和患者年龄。

( 狄 文 )







**第二十二章** **女性生殖器发育异常**

女性生殖器异常主要因染色体、性腺或生殖器发育过程异常所致。染色体和性腺异常最常见的 临床表现是外生殖器性别模糊和青春期后性征发育异常，而生殖器发育过程异常主要表现为解剖结 构异常。女性生殖器与泌尿器官在起源上密切相关，两者的发育可相互影响，因此在诊断生殖器异常 时，要考虑是否伴有泌尿器官异常。

**第一节** **女性生殖器的发生**

● 女性生殖器发育与泌尿系发育关系密切，相互影响。

● 性腺由未分化生殖细胞分化形成，主要由性染色体和性激素决定。

● 输卵管、子宫、宫颈及阴道上2/3段由副中肾管发育形成。

● 女性外生殖器主要由泄殖腔膜和尿生殖窦末端发育形成。

正常的女性生殖器发育是一个非常复杂的过程。未分化的性腺分化发育成卵巢。中肾(meso- nephros)、中肾管(mesonephric duct)或称沃尔夫管(Wolffian duct)、和副中肾管(paramesonephric ducts) 或称米勒管(Mullerian duct)通过复杂的联合作用形成子宫、阴道和上泌尿道。

**一、性腺的发育**

在胚胎第5周，由两侧中肾内侧的间皮增厚，形成原始生殖嵴(gonadal ridges),也称泌尿生 殖嵴。此时并无性别分化，直至胚胎第7周时，男性与女性生殖嵴相同。性腺发育自原始生殖 细胞(primary germ cell)。 在胚胎第4周，原始性腺细胞自胚胎卵黄囊沿背部上皮凹陷迁移，于 胚胎第6周达性腺原始生殖嵴的间充质内整合入原始性腺(primary sex cords)中。原始性索于 胚胎第8周萎缩。

性腺发育决定于胎儿的基因型和性染色体，而最终性别表型取决于性染色体和占优势的生 化和激素环境。在两个X 染色体作用下，未分化性腺的皮质更倾向于分化成女性胎儿。在胎儿 第10周，分化出卵巢结构。而在男性胎儿，由于 Y 染色体编码的性决定区(sex-determining region of the Y chromosome,SRY)蛋白能够诱导未分化性腺向睾丸分化并产生雄激素。除 SRY 蛋白和雄激素外，抗米勒管激素(anti-Mullerian hormone,AMH)对于男性发育也至关重要，在三 种物质缺乏的环境中，生殖器倾向于向女性发育。之后，女性生殖器发育成熟主要受雌激素 影响。

**二、女性生殖管道的发育**

**(一)输卵管、子宫、宫颈和阴道上段的发育**

胚胎第7周，副中肾管起源于中胚层，位于中肾管外侧，与中肾管同步发育，最终形成输卵管、子 宫、宫颈和阴道上段。胚胎第8周，两侧副中肾管迁移至中肾管内侧并在中线处汇合，中段管腔完成

第二十二章 女性生殖器发育异常

**271**

融合和再吸收形成子宫，其中的中胚层部分形成子宫内膜和肌层。在融合的最初阶段，子宫腔内存在 一纵隔， 一般在胎儿20周吸收消失，若持续存在则形成子宫纵隔畸形。未融合的两侧副中肾管头段 仍保持管状结构，经后续发育成为输卵管，头端开口成为输卵管伞端。融合部分的尾段形成阴道上 2/3。

**(二)下生殖道的发育**

于胚胎3周，在脐索(umbilical cord)下方形成泄殖腔膜(cloacal membrane),于胚胎4周时泄殖腔 皱褶在前方融合形成生殖结节(genital tubercle)。胚胎7周时，尿直肠隔融入泄殖腔膜，将直肠与泌尿 生殖道隔开。尿生殖膜上形成孔道与羊膜腔相通，形成原始的尿生殖窦。原始尿生殖窦最终分化为 尾端的盆腔外部分和盆腔内部分。女性尿生殖窦盆腔内部分的远端形成尿道和阴道下1/3段。

**三、女性外生殖器的发育**

胚胎第4周，生殖结节形成。胚胎第6周，泄殖腔膜局部内陷分别形成尿道和肛门凹陷。原始尿 道沟周围围绕原始尿道皱褶，阴唇隆起位于尿道周围外侧。胚胎第7周，泄殖腔膜消失，原始尿道沟 与泌尿生殖窦相通。

外生殖器于胎儿第10周开始出现性别差异，至胎儿12周基本完成性别分化。女性未融合的阴 唇阴囊隆起(labioscrotal swelling)形成两侧大阴唇，前端融合的部分形成阴阜和阴唇前端的联合。尿 道皱褶后端融合形成小阴唇系带。未融合的尿道皱褶部分称为小阴唇。未融合的生殖隆起部分为尿 生殖窦开口的阴道下端和阴道前庭。于胎儿14周，生殖结节发育形成阴蒂。

**第二节** **常见的女性生殖器发育异常**

● 处女膜闭锁以生育期周期性下腹痛为主要症状，治疗为手术切开造口。

● 阴道发育异常有症状的患者可以通过手术矫正。

● 宫颈发育异常患者症状明显，但手术矫正比较困难。

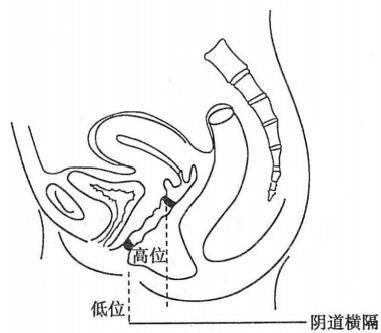
● 子宫畸形是女性生殖道畸形的主要种类，大多数无症状，无需手术矫正，梗阻型畸形或影响生育者 需要手术治疗。

**一、外生殖器发育异常**

外生殖器异常最常见的是处女膜闭锁(imperforate hymen),又称无孔处女膜。系发育过程中，阴 道末端的泌尿生殖窦组织未腔化所致。由于处女膜无孔，故阴道分泌物或月经初潮的经血排出受阻， 积聚在阴道内。有时经血可经输卵管逆流至腹腔。若不及时切开，反复多次的月经来潮使积血增多， 发展为子宫腔、输卵管和盆腔积血，输卵管可因积血粘连而致伞端闭锁，经血逆流至盆腔易发生子宫 内膜异位症。少部分处女膜发育异常可表现小孔的筛孔处女膜和纵隔处女膜。

绝大多数患者至青春期发生周期性下腹坠痛，进行性加剧。严重者可引起肛门胀痛和尿频 等症状。检查可见处女膜膨出，表面呈紫蓝色；肛诊可扪及盆腔囊性包块。偶有幼女因大量黏 液潴留在阴道内，导致处女膜向外凸出、下腹坠痛而就诊。盆腔超声检查可见阴道内有积液。 确诊后应及时手术治疗。先用粗针穿刺处女膜中部膨隆部，抽出陈旧积血后再进行“X”形切 开，排出积血；常规检查宫颈是否正常，切除多余的处女膜瓣，修剪处女膜，再用可吸收缝线缝合 切口边缘。





**272**



第二十二章 女性生殖器发育异常

**二、阴道发育异常**

阴道发育异常因副中肾管的形成和融合过程异常以及其他致畸因素所致，根据1998年美国生殖 学会提出的分类法，可分为：①副中肾管发育不良，包括子宫、阴道未发育(MRKH 综合征),即为常见 的先天性无阴道；②泌尿生殖窦发育不良，典型患者表现为部分阴道闭锁；③副中肾管融合异常，又分 为垂直融合异常和侧面融合异常，垂直融合异常表现为阴道横隔，侧面融合异常表现为阴道纵隔和阴 道斜隔综合征。

**(** **一** **)** **MRKH** **综合征** **(Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser** **syndrome)**

系双侧副中肾管发育不全或双侧副中肾管尾端发育不良所致。表现为先天性无阴道，发生率约 为1/4000～1/5000,几乎均合并无子宫或仅有始基子宫，卵巢功能多为正常。症状为原发性闭经及性 生活困难。因子宫为始基状况而无周期性腹痛。检查见患者体格、第二性征以及外阴发育正常，但无 阴道口，或仅在前庭后部见一浅凹，偶见短浅阴道盲端。可伴有泌尿道发育异常，个别伴有脊椎异常。 染色体核型为46,XX, 血内分泌检查为正常女性水平。

建议18岁后进行治疗。非手术治疗有顶压法，即用阴道模具压迫阴道凹陷，使其扩张并延伸到 接近正常阴道的长度。手术治疗为阴道成形术，即采用各种方法在膀胱直肠间造穴，如生物补片法阴 道成形术、腹膜法阴道成形术、乙状结肠法阴道成形术等。

**(二)阴道闭锁** **(atresia** **of** **vagina)**

为泌尿生殖窦未参与形成阴道下段所致。根据阴道闭锁的解剖学特点可将其分为：①阴道下段 闭锁，也称为阴道I 型阴道闭锁，阴道上段及宫颈、子宫体均正常；②阴道完全闭锁，也称为阴道Ⅱ型 阴道闭锁，多合并宫颈发育不良，子宫体发育不良或子宫畸形。

阴道下段闭锁因子宫内膜功能多为正常，因此症状出现较早，主要表现为阴道上段扩张，严重 时可以合并宫颈、宫腔积血，妇科检查发现包块位置较低，位于直肠前方，无阴道开口，闭锁处黏膜 表面色泽正常，亦不向外隆起，肛诊可扪及凸向直肠包块，位置较处女膜闭锁高。较少由于盆腔经 血逆流引发子宫内膜异位症。阴道完全闭锁多合并宫颈发育不良，子宫体发育不良或子宫畸形， 子宫内膜功能不正常，经血容易逆流至盆腔，常常发生子宫内膜异位症。磁共振显像和超声检查 可帮助诊断。

一旦明确诊断，应尽早手术切除。手术以解除阴道阻塞，使经血引流通畅为原则。阴道下段闭锁 手术与处女膜闭锁手术相似，术后定期扩张阴道以防挛缩。阴道完全闭锁应充分评价宫颈发育不良 状况，手术方法有子宫切除术、子宫阴道贯通术、宫颈端端贯通术。

**(三)阴道横隔** **(transverse** **vaginal** **septum)**

为两侧副中肾管会合后的尾端与尿生殖窦相接处

未贯通或部分贯通所致。很少伴有泌尿系统和其他器

官的异常，横隔位于阴道上、中段交界处为多见。阴道

横隔无孔称完全性横隔，隔上有小孔称不全性横隔(图

22-1)。

不全性横隔位于阴道上段者多无症状，位置偏低者

可影响性生活，阴道分娩时影响胎先露部下降。完全性

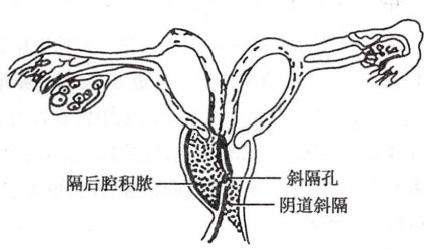
横隔有原发性闭经伴周期性腹痛，并呈进行性加剧。妇

科检查见阴道较短或仅见盲端，横隔中部可见小孔，肛诊

时可扪及宫颈及宫体。完全性横隔由于经血潴留，可在

图22-1 阴道横隔示意图

相当于横隔上方部位触及块物。



第二十二章 女性生殖器发育异常 **273**

治疗为手术切除横隔，缝合止血。分娩时，若横隔薄者可于胎先露部下降压迫横隔时切开横隔， 胎儿娩出后再切除横隔；横隔厚者应行剖宫产术。术后要定期扩张阴道或放置阴道模具，防止横隔残 端挛缩。

**(** **四** **)** **阴** **道** **纵** **隔** **(longitudinal** **vaginal** **septum)**

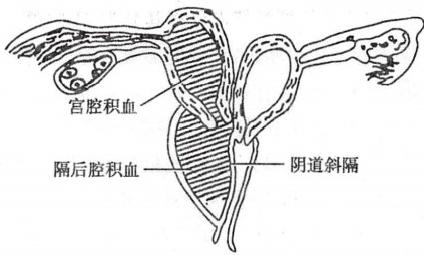
为双侧副中肾管会合后，尾端纵隔未消失或部分消失所致，常伴有双子宫、双宫颈、同侧肾脏发育 不良。可分为完全纵隔和不全纵隔，前者下端达阴道口，后者未达阴道口。

阴道完全纵隔者无症状，性生活和阴道分娩无影响。不全纵隔者可有性生活困难或不适，分娩时 胎先露下降可能受阻。阴道检查可见阴道被一纵形黏膜壁分为两条纵形通道，黏膜壁上端近宫颈。 阴道纵隔影响性生活者，应将纵隔切除。若阴道分娩时发现阴道纵隔，可当先露下降压迫纵隔时先切 断纵隔的中部，待胎儿娩出后再切除纵隔。

**(五)阴道斜隔综合征**

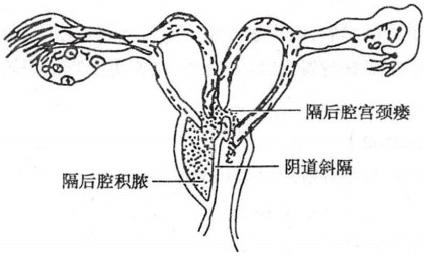
病因尚不明确，可能由于一侧副中肾管向下延伸未达到泌尿生殖窦而形成盲端。常伴有同侧泌 尿系发育异常，多为双宫体、双宫颈及斜隔侧肾缺如。

可分为三个类型(图22-2):① I 型为无孔斜隔，隔后的子宫与外界及另侧子宫完全隔离，宫腔积 血聚积在隔后腔；②Ⅱ型为有孔斜隔，隔上有小孔，隔后子宫与另侧子宫隔绝，经血通过小孔滴出，引 流不畅；③Ⅲ型为无孔斜隔合并宫颈瘘管，在两侧宫颈间或隔后腔与对侧宫颈之间有小瘘管，有隔一 侧子宫经血可通过另一侧宫颈排出，但引流亦不通畅。



b.阴道斜隔Ⅱ型

a.阴道斜隔I型



c.阴道斜隔Ⅲ型

图22-2 阴道斜隔综合征3种类型示意图

发病年龄较轻，月经周期正常，三型均有痛经， I 型较重，平时一侧下腹痛；Ⅱ型有月经间期少量 出血；Ⅲ型经期延长、也有月经间期少量出血。Ⅱ型和Ⅲ型若合并感染，可有脓性分泌物。妇科检查 一侧穹隆或阴道壁可触及囊性肿物， I 型肿物较硬，伴增大子宫及附件肿物；Ⅱ、Ⅲ型囊性肿物张力较 小，压迫时有陈旧血流出。局部消毒后在囊肿下部穿刺，抽出陈旧血，即可诊断。超声检查可见一侧 宫腔积血，阴道旁囊肿，同侧肾缺如。必要时应做泌尿系造影检查。手术时机以经期为宜。做最大范 围的隔切除，术后不需放置阴道模具。

K0E○

**274**

笔 记

第二十二章 女性生殖器发育异常

**三、** **宫颈及子宫发育异常**

多因形成子宫段副中肾管发育及融合异常所致。

**(一)先天性宫颈发育异常** **(congenital** **abnormal** **of** **the** **cervix)**

主要包括宫颈缺如、宫颈闭锁、先天性宫颈管狭窄、宫颈角度异常、先天性宫颈延长症伴宫 颈管狭窄、双宫颈等，临床上罕见。若患者子宫内膜有功能，则青春期后可因宫腔积血而出现周 期性腹痛，经血还可经输卵管逆流入腹腔，引起盆腔子宫内膜异位症。磁共振和超声检查有助 于诊断。可手术穿通宫颈，建立人工子宫阴道通道，但成功率低，故有建议直接进行子宫切 除术。

**(二)子宫未发育或发育不良**

包括：①先天性无子宫(congenital absence of the uterus):常合并无阴道；②始基子宫(primordial uterus):子宫极小，多数无宫腔或为一实体肌性子宫；③幼稚子宫(infantile uterus):可有宫腔和内 膜。三者均卵巢发育正常。先天性无子宫或实体性始基子宫无症状，常因青春期后无月经就诊， 经检查诊断。具有宫腔和内膜的幼稚子宫若宫颈发育不良或无阴道者可因月经血潴留或经血逆流 出现周期性腹痛；幼稚子宫月经稀少或初潮延迟，常伴痛经。检查可见子宫体小，宫颈相对较长。先 天性无子宫、实体性始基子宫可不予处理；幼稚子宫有周期性腹痛或宫腔积血者需手术切除；幼稚子 宫主张雌激素加孕激素序贯周期治疗。

**(三)单角子宫与残角子宫**

单角子宫(unicornous uterus):仅一侧副中肾管正常发育形成单角子宫，同侧卵巢功能正常；另侧 副中肾管完全未发育或未形成管道，未发育侧卵巢、输卵管和肾脏亦往往同时缺如。残角子宫(rudi- mentary horn of the uterus):系一侧副中肾管发育，另一侧副中肾管中下段发育缺陷，形成残角子宫。 有正常输卵管和卵巢，但常伴有同侧泌尿器官发育畸形。残角子宫可分为：①残角子宫有宫腔，并与 单角子宫腔相通；②残角子宫有宫腔，但与单角子宫腔不相通；③残角子宫为无宫腔实体，仅以纤维带 与单角子宫相连。

单角子宫常无症状。残角子宫若内膜有功能，但其宫腔与单角宫腔不相通者，常因月经血逆流或 宫腔积血出现痛经，也可发生子宫内膜异位症。子宫输卵管碘油造影、超声和磁共振检查有助于诊 断。单角子宫不予处理。残角子宫确诊后，应切除残角子宫及同侧输卵管切除，避免输卵管妊娠的发 生。妊娠的残角子宫，若在早、中期妊娠时发现，应及时切除，避免子宫破裂；若在晚期妊娠时发现，则 在剖宫产分娩后，切除残角子宫。

**(四)双子宫** **(didelphic** **uterus)**

为两侧副中肾管未融合，各自发育形成两个子宫和两个宫颈，也可为一侧子宫颈发育不良、缺如。 双子宫可伴有阴道纵隔或斜隔。患者多无自觉症状。伴有阴道纵隔者可有相应症状。检查可扪及子 宫呈分叉状。宫腔探查或子宫输卵管碘油造影可见两个宫腔。 一般不予处理。当有反复流产，应除 外染色体、黄体功能以及免疫等因素后行矫形手术。

**(五)双角子宫** **(bicornuate** **uterus)**

根据宫角在宫底水平融合不全的程度分为完全双角子宫和不全双角子宫。 一般无症状。有时双 角子宫月经量较多并伴有程度不等的痛经。检查可扪及宫底部有凹陷。超声检查、磁共振显像和子 宫输卵管碘油造影有助于诊断。 一般不予处理。若双角子宫出现反复流产时，可行子宫整形术。

**(六)纵隔子宫** **(septate** **uterus)**

是最常见的子宫畸形。分2类：①完全纵隔子宫：纵隔末端到达或超过宫颈内口，外观似双宫颈；

②不全纵隔子宫：纵隔末端终止在内口以上水平。



**第二十二章** **女性生殖器发育异常** **275**

一般无症状。临床上主要表现为影响生育期妇女的妊娠结局，包括反复流产、早产、胎膜早破等 表现，其中以反复流产为最常见。经阴道超声检查是目前最常用的诊断方法，表现为两个内膜回声区 域，子宫底部无明显凹陷切迹。子宫输卵管碘油造影(HSC) 有助于了解宫腔形态，评估双侧输卵管通 畅与否。宫腹腔镜联合检查是诊断纵隔子宫的“金标准”方法。

纵隔子宫影响生育时，应予手术治疗。可在腹腔镜监视下通过宫腔镜切除纵隔，通常于手术后3 个月即可妊娠，妊娠结局良好。

**(七)弓形子宫** **(arcuate** **uterus)**

指宫底中间有一浅凹陷，但多大程度的凹陷可定义弓形子宫尚有争议。 一般无症状。检查可扪 及宫底部有凹陷。超声和磁共振检查及子宫输卵管碘油造影有助于诊断。 一般不予处理。若出现反 复流产时，应行子宫整形术。

**四、** **输卵管发育异常**

输卵管发育异常罕见，是副中肾管头端发育受阻所致，常与子宫发育异常同时存在，几乎均 在因其他病因手术时偶然发现。常见的类型有：①输卵管缺失或输卵管痕迹(rudimentary fallopian tube);②输卵管发育不全；③副输卵管；④单侧或双侧双输卵管。若不影响妊娠，无需 处理。

**五、** **卵巢发育异常**

包括：①卵巢未发育或发育不良：其中卵巢发育不良又称条索状卵巢(streak ovary);②异位卵巢： 卵巢形成后仍停留在原生殖嵴部位，未下降至盆腔内；③副卵巢(supernumerary ovary)。

**第三节** **女性性发育异常**

● 为一组疾病，分类倾向于依据染色体核型。

● 各类疾病的临床特征主要体现于第二性征发育与否、男性化程度及性染色体、性腺或生殖器之间 的相符程度。

女性性发育异常(disorders of sex development,DSD)包括一大组疾病，这组疾病的患者在性染色 体、性腺、外生殖器或性征方面存在一种或多种先天性异常或不一致。

**【分类】**

DSD 的分类较为复杂，目前倾向于根据染色体核型分成3大类，即染色体异常型DSD、46,XX 型 DSD 和46,XY 型 DSD (表22-1)。

**【常见的临床病变】**

根据第二性征与性染色体、性腺或生殖器的相符性，本节以前者为特征，简要介绍部分性分化异 常的常见病变

**1.** **第二性征发育正常的性发育异常** 此类病变的性染色体为XX 型，第二性征发育、卵巢多属正 常，但内生殖器发育异常，如MRKH 综合征。

**2.** **第二性征发育不全的性发育异常** 此组病变多为染色体异常，核型可为45,XO 、45,XO 的嵌 合型或47 ,XXX 等。

(1)特纳综合征(Turer's syndrome):最为常见的性发育异常，其染色体核型异常包括45,X0、 45,XO 的嵌合型、X 短臂和长臂缺失、47,XXX 等。其主要病变为卵巢不发育伴有体格发育异常。临 床表现为：面容呆板、两眼间距宽、身材矮小(不足150cm)、蹼颈、盾状胸、肘外翻；第二性征不发育、子

0me



第二十二章 女性生殖器发育异常

**276**

宫发育不良及原发性闭经。特纳综合征治疗原则为促进身高、刺激乳房与生殖器发育及预防骨质 疏松。

**表22-1** **性发育异常的分类**



性腺发育异常性腺发育不全

卵睾型DSD

睾丸型DSD

雄激素过多

21-羟化酶缺陷

11β-羟化酶缺陷

3β-脱氢酶缺陷

外源性雄激素

其他

17α-羟化酶缺陷

先天性低促性腺激素性性腺功能低下 米勒管发育异常

尿生殖窦发育异常

46,XX 型DSD

性腺发育异常性腺发育不全(完全型或部分型) 卵睾型DSD

46,XY 型DSD

睾丸退化

雄激素合成异常

5α-还原酶缺陷

StAR缺陷

CYP11A1缺陷

3β-HSD缺陷

CYP17缺陷

17βHSD缺陷

雄激素作用异常雄激素不敏感综合征(完全型和部分型) 其他米勒管持续存在综合征

先天性低促性腺激素性性腺功能低下

环境因素

Turner综合征

染色体异常型DSD

Klinefelter综合征

45,X/46,XY综合征

染色体为46,XX/46,XY 的卵睾型DSD

(2)46,XY 单纯性腺发育不全：又称Swyer综合征。染色体核型为46,XY。 因原始性腺未能分化 为睾丸，其既不分泌副中肾管抑制因子(MIF), 也不产生雄激素。副中肾管虽不退化，但发育不良。 两侧性腺呈条索状，合成雌激素能力低下。患者主要表现为第二性征发育不全与原发性闭经。妇科 检查可见发育不良的子宫、输卵管；性腺为条索状或发育不良的睾丸。

因染色体为46,XY 的条索状性腺易发生肿瘤，应尽早切除性腺。外阴性别模糊者可予以整形，

使之成为女性外阴。患者子宫虽发育不全，若应用雌、孕激素仍可使月经来潮。

**3.** **女性男性化的性发育异常** 此类患者染色体核型为46,XX, 性腺为卵巢，内生殖器为子宫、输 卵管、阴道，但于胚胎或胎儿期暴露于过多的雄激素，故其外生殖器可有不同程度的男性化。外生殖 器男性化程度取决于胚胎或胎儿暴露于雄激素的时期和雄激素剂量，阴蒂可从中度直至阴唇后部融 合和出现阴茎，阴道下段狭窄，难以发现阴道口。雄激素过高的原因主要为先天性皮质增生症和其他 来源雄激素。

62比

(1)肾上腺皮质增生症：是一种常染色体隐性遗传性疾病，胎儿合成皮质醇所必需的肾上腺皮质

第二十二章 女性生殖器发育异常 **277**

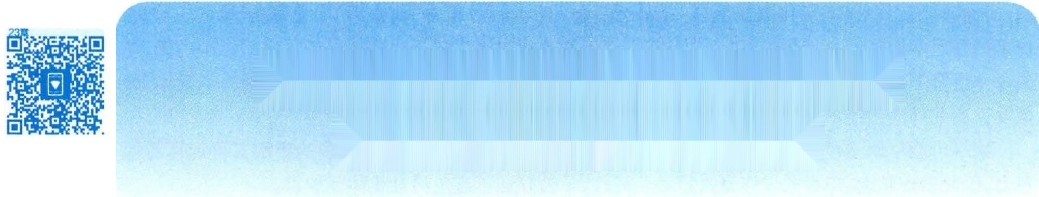
的几种酶缺陷，其中21-羟化酶缺陷(21-hydroxylase deficiency)最常见，占 CAH 总数的90%～95%。 由于酶缺乏不能将17a-羟孕酮转化为皮质醇，皮质醇合成量减少对下丘脑和垂体负反馈作用消失，导 致垂体促肾上腺皮质激素分泌增加，刺激肾上腺增生，同时也刺激肾上腺皮质分泌大量的雄激素，致 使女性胎儿外生殖器不同程度男性化。

应尽可能早地治疗单纯男性化型21-羟化酶缺陷。肾上腺皮质分泌的过多的雄激素可加速骨骺 愈合，因此治疗越晚，患者的最终身高越矮。另外，早治疗还可避免男性化体征加重。

(2)其他来源雄激素：孕妇于妊娠早期服用具有雄激素作用的药物，可致使女胎外生殖器男性 化，但程度较轻，且在出生后至青春期月经来潮期间男性化不再加重；生殖内分泌激素均在正常范围。

( 朱 兰 )





**第二十三章盆底功能障碍** **性及生殖器损伤疾病**



女性盆底支持组织因退化、创伤等因素导致其支持薄弱，从而发生盆底功能障碍(pelvic floor dys- function,PFD)。 盆底功能障碍性疾病的治疗与否取决于是否影响患者的生活质量，治疗有非手术和 手术治疗两种方法。

当损伤导致女性生殖器与相邻的泌尿道、肠道出现异常通道时，临床上表现为尿瘘和粪瘘。尿瘘 和粪痿的诊断和定位取决于各种检查，手术是主要的治疗方法。

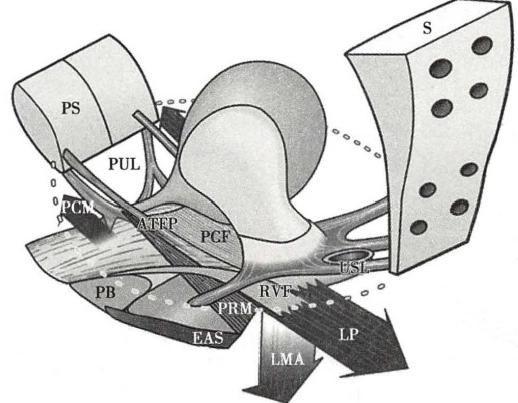
**第一节** **女性盆底组织解剖及功能**

● 盆底组织承托盆腔脏器并保持其正常位置。

● 盆底结构可分为垂直方向的三个腔室和水平方向上的三个水平。

女性盆底是由封闭骨盆出口的多层肌肉和筋膜组成，尿道、阴道和直肠则经此贯穿而出。盆底组 织承托子宫、膀胱和直肠等盆腔脏器并保持其正常位置。

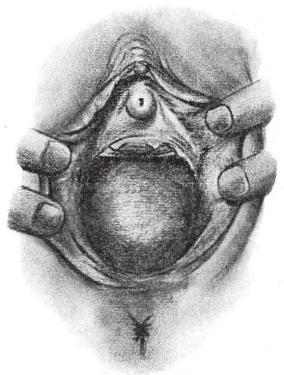
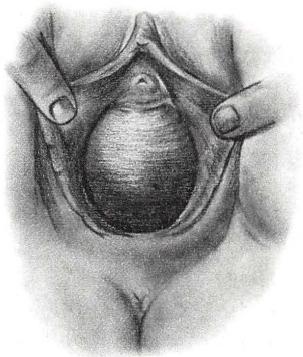
现代解剖学对盆底结构描述日趋细致，腔室理论是代表，其要点是：在垂直方向上将盆底分为前、 中、后三个腔室，前腔室包括阴道前壁、膀胱、尿道；中腔室包括阴道顶部、子宫；后腔室包括阴道后壁、 直肠。由此将脱垂量化到各个腔室。在水平方向上，DeLancey 于1994年提出了盆底支持结构的三个 水平的理论：水平1为上层支持结构(主韧带-宫骶韧带复合体);水平2为旁侧支持结构(肛提肌群及 膀胱、直肠阴道筋膜);水平3为远端支持结构(会阴体及括约肌)(图23-1)。



ps—耻骨联合； PUL— 耻骨尿道韧带； PCM— 耻骨尾骨肌； ATFP— 盆腱弓筋膜； PB— 会阴体； PCF— 耻骨宫颈筋膜； EAS— 肛门外括约肌； PRM— 耻骨直肠肌；

RVF 一直肠阴道筋膜；LMA— 肛门纵肌；LP—提肌板；USL—子宫骶骨韧带；S—骶骨

图23-1 DeLancey 阴道支持结构的三个水平理论



第二十三章 盆底功能障碍性及生殖器损伤疾病

**279**

**第二节** **盆腔器官脱垂**

● 女性盆底组织退化、创伤等因素导致其支持薄弱，发生盆腔器脱垂和压力性尿失禁等盆底功能障 碍性疾病。

● 盆底功能障碍性疾病的治疗与否取决于对患者的生活质量影响，治疗有非手术和手术治疗两种 方法。

● 盆底功能障碍性疾病的预防主要是提高产科质量、治疗导致慢性腹压增加的疾病，避免肥胖和重 体力劳动。

盆底肌肉群、筋膜、韧带及其神经构成复杂的盆底支持系统，其互相作用和支持以维持盆腔器官 的正常位置。 PFD 又称盆底缺陷(pelvic floor defects)或盆底支持组织松弛(relaxation of pelvic sup- ports),是各种病因导致的盆底支持薄弱，进而盆腔脏器移位，连锁引发其他盆腔器官的位置和功能

异常。

盆腔器官脱垂(pelvic organ prolapse,POP)指盆腔器官脱出

于阴道内或阴道外。2001年美国国立卫生研究院(National Insti-

tutes of Health,NIH)提出：POP 指任何阴道节段的前缘达到或超

过处女膜缘外1cm 以上。可单独发生，但一般情况下是联合

发生。

阴道前壁脱垂也即阴道前壁膨出，阴道内2/3膀胱区域

图23-2 膀胱膨出示意图

脱出称之膀胱膨出(cystocele)(图23-2)。若支持尿道的膀胱

宫颈筋膜受损严重，尿道紧连的阴道前壁下1/3以尿道口为

支点向下膨出，称尿道膨出(urethrocele)。 阴道后壁膨出又

称为直肠膨出(rectocele)(图23-3),阴道后壁膨出常伴随子

宫直肠陷凹疝，如内容为肠管，称之为肠疝(图23-4)。子宫

从正常位置沿阴道下降，宫颈外口达坐骨棘水平以下，甚至

子宫全部脱出阴道口以外，称子宫脱垂(uterine prolapse)( 图

23-5)。子宫切除术后若阴道顶端支持结构缺损，则发生阴道穹隆脱垂(vault prolapse)(图23 -

6)。

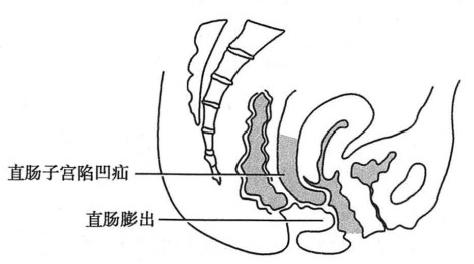
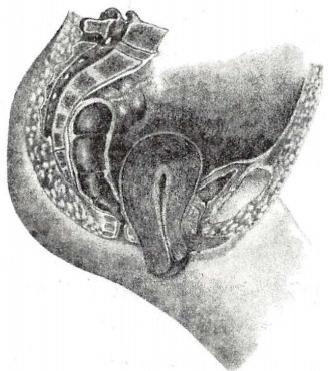
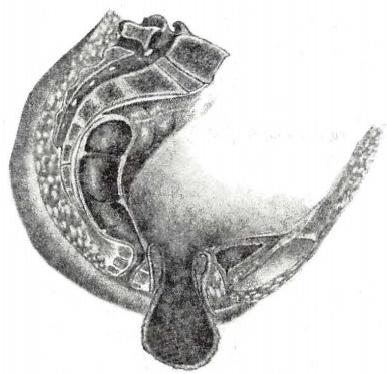


图23-3 直肠膨出示意图



280 第二十三章 盆底功能障碍性及生殖器损伤疾病

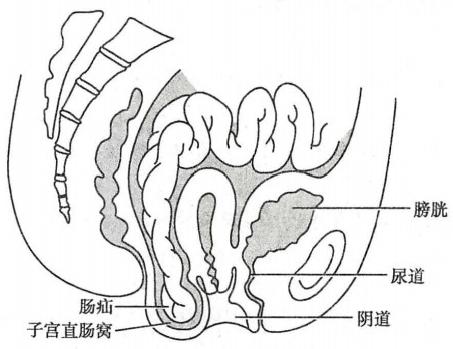


图23-4 肠膨出示意图

图23-5 子宫脱垂示意图

**【病因】**

1. 妊娠、分娩，特别是产钳或胎吸下困难的阴道

分娩，盆腔筋膜、韧带和肌肉可能因过度牵拉而被削

弱其支撑力量。若产后过早参加体力劳动，特别是重

体力劳动，将影响盆底组织张力的恢复而发生盆腔

器官脱垂。

2. 衰老，随着年龄的增长，特别是绝经后出现的支

持结构的萎缩，在盆底松弛的发生或发展中也具有重要

作用。

3. 慢性咳嗽、腹腔积液、腹型肥胖、持续负重或

便秘而造成腹腔内压力增加，可致腹压增加导致

脱垂。

4. 医源性原因包括没有充分纠正手术时所造成的

图23-6 阴道穹隆脱垂示意图

盆腔支持结构的缺损

**【临床表现】**

**1.** **症状** 轻症患者一般无症状。重度脱垂韧带筋膜有牵拉，盆腔充血，患者有不同程度的腰 骶部酸痛或下坠感，站立过久或劳累后症状明显，卧床休息则症状减轻。阴道前壁膨出常伴有尿 频、排尿困难、残余尿增加，部分患者可发生压力性尿失禁，但随着膨出的加重，其压力性尿失禁症 状可消失，甚至需要手助压迫阴道前壁帮助排尿，易并发尿路感染。阴道后壁膨出常表现为便秘， 甚至需要手助压迫阴道后壁帮助排便。外阴肿物脱出后轻者经卧床休息，能自行回纳，重者则不 能还纳。暴露在外的宫颈和阴道黏膜长期与衣裤摩擦，可致宫颈和阴道壁发生溃疡而出血，如感 染则有脓性分泌物。子宫脱垂不管程度多重一般不影响月经，轻度子宫脱垂也不影响受孕、妊娠 和分娩。

**2.** **体征** 阴道内前后壁组织或子宫颈及宫体可脱出阴道口外。脱垂的阴道前后壁、宫颈黏膜常 增厚角化，可有溃疡和出血。阴道后壁膨出肛门检查手指向前方可触及向阴道凸出的直肠，呈盲袋 状。位于后穹隆部的球形突出是肠膨出，指诊可触及疝囊内的小肠。

年轻的子宫脱垂常伴有宫颈延长并肥大。随脱垂子宫的下移，膀胱、输尿管下移与尿道开口形成

笔记

正三角区(图23-7)



第二十三章 盆底功能障碍性及生殖器损伤疾病 281

**【临床分度】**

临床分度有几种方法，国际上应用最多的是POP-Q 分 度。临床诊疗中时并不绝对强调一种分度。手术治疗前 后采用同一种即可。程度评价均以患者平卧最大用力向 下屏气(Vasalva动作)时程度为准。

目前国外多采用Bump 提出的盆腔器官脱垂定量分期 法(pelvic organ prolapse quantitation,POP-Q)(表23- 1,表 23-2)。此分期系统是分别利用阴道前壁、阴道顶端、阴道 后壁上的2个解剖指示点与处女膜的关系来界定盆腔器官 的脱垂程度。与处女膜平行以0表示，位于处女膜以上用 负数表示，处女膜以下则用正数表示。阴道前壁上的2个

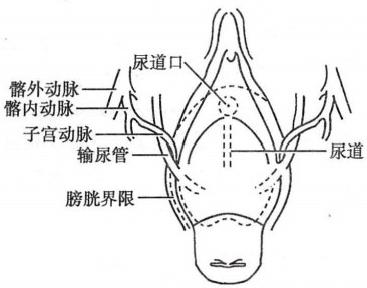


图23-7 输尿管移位示意图

点分别为Aa 和 Ba 点；阴道顶端的2个点分别为C 和 D 点；阴道后壁的Ap、Bp两点与阴道前壁Aa、Ba 点是对应的。另外还包括阴裂(gh) 的长度、会阴体(pb) 的长度，以及阴道的总长度(TVL)。 测量值 均用厘米表示。

表23-1 盆腔器官脱垂评估指示点(POP-Q分期)

**指示点**

Aa

Ba

C

D

Ap

Bp

**内** **容** **描** **述**

阴道前壁中线距处女膜3cm处，相当于尿道膀胱沟处

阴道顶端或前穹隆到Aa点之间阴道前壁上段中的最

远点

宫颈或子宫切除后阴道顶端所处的最远端

有宫颈时的后穹隆的位置，它提示了子宫骶骨韧带附 着到近端宫颈后壁的水平

阴道后壁中线距处女膜3cm处，Ap与Aa点相对应

阴道顶端或后穹隆到Ap点之间阴道后壁上段中的最 远点，Bp与Ba点相对应

范 围

-3~+3cm

在无阴道脱垂时，此点位于-3cm,在子宫

切除术后阴道完全外翻时，此点将为+TVL

-TVL~+TVL

-TVL～+TVL

或空缺(子宫切除后)

-3～+3cm

在无阴道脱垂时，此点位于-3cm,在子宫

切除术后阴道完全外翻时，此点将为+TVL

阴裂的长度(gh)为尿道外口中线到处女膜后缘的中线距离。

会阴体的长度(pb)为阴裂的后端边缘到肛门中点距离。

阴道总长度(TVL)为总阴道长度。

注：POP-Q分期应在向下用力屏气时，以脱垂最大限度出现时的最远端部位距离处女膜的正负值计算

**表23-2盆腔器官脱垂分期(POP-Q分期法)**

**分度** **内** **容**

0 无脱垂，Aa、Ap、Ba、Bp均在-3cm处，C、D两点在阴道总长度和阴道总长度-2cm之间，即C 或D点量化值<(TVL-2)cm

I 脱垂最远端在处女膜平面上>1cm,即量化值<-1cm

Ⅱ 脱垂最远端在处女膜平面上<1cm,即量化值>-1cm,但<+1cm

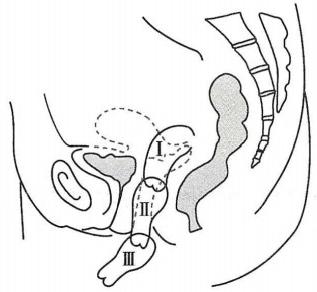
Ⅲ 脱垂最远端超过处女膜平面>1cm,但<阴道总长度-2cm,即量化值>+1cm,但<(TVL-2)cm

IV 下生殖道呈全长外翻，脱垂最远端即宫颈或阴道残端脱垂超过阴道总长度-2cm,即量化值

(TVL-2)cm

注：POP-Q分期应在向下用力屏气时，以脱垂完全呈现出来时的最远端部位计算。应针对每个个体先用3×3表格量化描 述，再进行分期。为了补偿阴道的伸展性及内在测量上的误差，在0和IV度中的TVL 值允许有2cm 的误差

POP-Q 通过3×3格表记录以上各测量值，客观地反映盆腔器官脱垂变化的各个部位的具体数值 (图23-8)。



第二十三章 盆底功能障碍性及生殖器损伤疾病

282

除以上解剖学分期，还应建立一套标准有效的描述性盆腔器官脱垂引起功能症状的程度分级，手 术前后分别询问患者泌尿系症状、肠道症状、性生活情况等症状，推荐应用经中文验证过的问卷：盆底 功能影响问卷简表(pelvic floor impact questionnaire-short form 7,PFIQ-7)和盆腔器官脱垂及尿失禁性 生活问卷(pelvic organ prolapse-urinary incontinence sexual questionnaire,PISQ-12)评估上述症状的严重 程度及对生活质量的影响。才能更精确地评价盆腔器官的功能及手术效果。

中国沿用的传统分度是根据我国在1981年部分省、市、自治区“两病”科研协作组的意见，将子宫 脱垂分为3度(图23-9)。

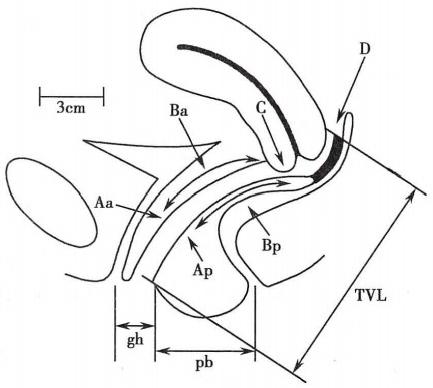


图23-8 POP-Q盆腔器官膨出分期图解

图23-9 子宫脱垂分度示意图

I 度轻型：宫颈外口距处女膜缘<4cm,未达处女膜缘；

重型：宫颈已达处女膜缘，阴道口可见子宫颈。

Ⅱ度轻型：宫颈脱出阴道口，宫体仍在阴道内；

重型：部分宫体脱出阴道口。

Ⅲ度宫颈与宫体全部脱出阴道口外。

阴道前壁膨出中国传统分度为3度：

I 度：阴道前壁形成球状物，向下突出，达处女膜缘，但仍在阴道内；

Ⅱ度：阴道壁展平或消失，部分阴道前壁突出于阴道口外；

Ⅲ 度：阴道前壁全部突出于阴道口外。

阴道后壁膨出中国传统分度为3度：

I度：阴道后壁达处女膜缘，但仍在阴道内；

Ⅱ度：阴道后壁部分脱出阴道口；

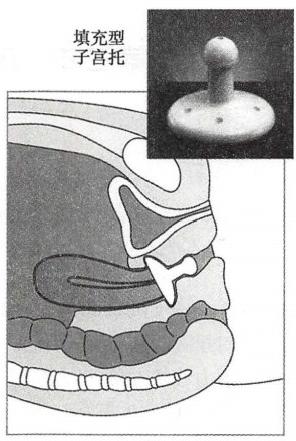
Ⅲ度：阴道后壁全部脱出阴道口外。

**【诊断】**

根据病史及检查所见容易确诊。妇科检查前，应嘱咐患者向下屏气判断脱垂的最重程度，并予以分 度。同时注意有无溃疡存在，及其部位、大小、深浅、有无感染等。嘱患者在膀胱充盈时咳嗽，观察有无溢 尿情况，即压力性尿失禁情况。注意子宫颈的长短，行宫颈细胞学检查。若为重症子宫脱垂，可触摸子 宫大小，将脱出的子宫还纳，行双合诊检查子宫两侧有无包块。应用单叶窥器可辅助阴道全面检查，压 住阴道前壁时嘱患者向下用力，可显示肠疝和直肠膨出。妇科检查还应注意盆底肌肉组织的检查，主要 了解肛提肌的肌力和生殖裂隙宽度。若有大便失禁还应肛门指诊时注意肛门括约肌功能。

**【鉴别诊断】**

**1.** **阴道壁肿物** 阴道壁肿物在阴道壁内，固定、边界清楚。膀胱膨出时可见阴道前壁有半球形



第二十三章盆底功能障碍性及生殖器损伤疾病

**283**

块状物膨出，柔软，指诊时可于肿块上方触及宫颈和宫体。

2. 宫颈延长 双合诊检查阴道内宫颈虽长，但宫体在盆腔内，屏气并不下移。

3. 子宫黏膜下肌瘤 患者有月经过多病史，宫颈口见红色、质硬之肿块，表面找不到宫颈口，但 在其周围或一侧可扪及被扩张变薄的宫颈边缘。

4. 慢性子宫内翻 罕见。阴道内见翻出的宫体，被覆暗红色绒样子宫内膜，两侧角可见输卵管 开口，三合诊检查盆腔内无宫体。

【治疗】

1. 非手术疗法 为盆腔器官脱垂的一线治疗方法。非手术治疗对于所有POP 患者都是应该首 先推荐的一线治疗方法。通常用于POP-QI~Ⅱ 度有症状的患者，也适用于希望保留生育功能、不能 耐受手术治疗或者不愿意手术治疗的重度(POP-QⅢ~IV 度，或传统Ⅱ度轻及以下)脱垂患者。非手 术治疗的目标为缓解症状，增加盆底肌肉的强度、耐力和支持力，预防脱垂加重，避免或延缓手术干 预。目前的非手术治疗方法包括应用子宫托、盆底康复治疗(pelvic floor rehabilitation)和行为指导。

(1)盆底肌肉锻炼和物理疗法可增加盆底肌肉群的张力。盆底肌肉(肛提肌)锻炼适用于国内 分期轻度或POP-Q 分期 I 度和Ⅱ度的盆腔器官脱垂者。也可作为重度手术前后的辅助治疗方法。 嘱咐患者行收缩肛门运动，用力收缩盆底肌肉3秒以上后放松，每次10～15分钟，每日2～3次。

(2)子宫托是一种支持子宫和阴道壁并使其维持在阴道内而不脱出的工具。有支撑型和填充型 (图23-10)。以下情况尤其适用子宫托治疗：患者全身状况不适宜做手术；妊娠期和产后；膨出面溃 疡手术前促进溃疡面的愈合。

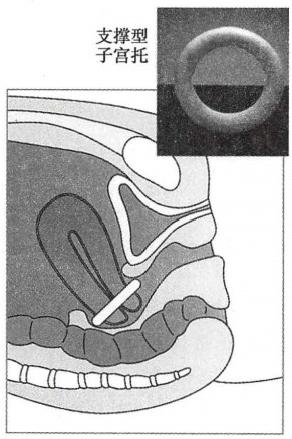


图23-10 各种子宫托示意图

子宫托也可能造成阴道刺激和溃疡。子宫托应间断性地取出、清洗并重新放置，否则会出现包括 痿的形成、嵌顿、出血和感染等严重后果。

(3)中药和针灸：补中益气汤(丸)等有促进盆底肌张力恢复、缓解局部症状的作用。

2. 手术治疗对脱垂超出处女膜的有症状的患者可考虑手术治疗。根据患者不同年龄、生育要 求及全身健康状况，治疗应个体化。手术的主要目的是缓解症状，恢复正常的解剖位置和脏器功能， 有满意的性功能并能够维持效果。可以选择以下常用的手术方法，合并压力性尿失禁患者应同时行 膀胱颈悬吊手术或阴道无张力尿道悬带吊术。手术分封闭手术和重建手术。

阴道封闭术分阴道半封闭术(又称LeFort手术)和阴道全封闭术。该手术将阴道前后壁分别剥 离长方形黏膜面，然后将阴道前后壁剥离创面相对缝合以部分或完全封闭阴道。术后失去性交功能，

**284**



第二十三章 盆底功能障碍性及生殖器损伤疾病

故仅适用于年老体弱不能耐受较大手术者。

盆底重建手术主要针对中盆腔的建设，通过吊带、网片和缝线把阴道穹隆组织或宫骶韧带悬吊固 定于骶骨前、骶棘韧带，也可行自身宫骶韧带缩短缝合术，子宫可以切除或保留。手术可经阴道或经 腹腔镜或开腹完成，目前应用较多的是子宫/阴道骶前固定术、骶棘韧带固定术、高位骶韧带悬吊术和 经阴道植入网片盆底重建手术。

(1)自身组织修复重建手术：①阴道前后壁修补术，主要针对筋膜修补，为Ⅱ水平重建；②骶棘韧 带缝合固定术，通过对顶端悬吊骶棘韧带进行 I 水平重建；③宫骶韧带悬吊术，通过自身宫骶韧带缩 短缝合达到顶端悬吊，I 水平重建目的。

(2)经腹或腹腔镜阴道/子宫骶骨固定术：通过将顶端悬吊于骶骨前纵韧带达到 I 水平重建。

(3)经阴道网片置入手术：顶端植入吊带悬吊至骶棘韧带水平达到 I 水平重建，阴道前后壁植入 网片达Ⅱ水平筋膜重建。

(4)对于年轻宫颈延长子宫脱垂脱垂患者可行曼氏手术(Manchester手术):包括阴道前后壁修 补、主韧带缩短及宫颈部分切除术。

3. 术后处理及随诊 绝经后阴道黏膜萎缩者建议术后开始局部使用雌激素制剂，每周2次，至 少半年以上。术后3个月内避免增加腹压及负重。禁性生活3个月，或者确认阴道黏膜修复完好为 止。术后建议规律随访终生，及时发现复发、处理手术并发症。

**【预防】**

避免腹压增加的疾病和劳作。有子宫脱垂者应在行子宫切除同时顶端重建，以免术后发生穹隆 膨出和肠膨出。

**第三节** **压力性尿失禁**

● 80%的患者伴有阴道前壁膨出。

● 尿失禁程度有主观分度和客观分度，客观分度主要基于尿垫试验。

● 压力试验、指压试验和尿动力学检查是主要的辅助检查。

● 盆底肌肉锻炼等非手术治疗适用于轻、中度患者和手术前后的辅助治疗。手术适用于重度患者。

压力性尿失禁(stress urinary incontinence,SUI)指腹压突然增加导致的尿液不自主流出，但不是由 逼尿肌收缩压或膀胱壁对尿液的张力压所引起。其特点是正常状态下无遗尿，而腹压突然增高时尿 液自动流出。也称真性压力性尿失禁、张力性尿失禁、应力性尿失禁。2006年中国流行病学调查显 示，压力性尿失禁在成年女性的发生率为18.9%,是一个重要的卫生和社会问题。

**【病因】**

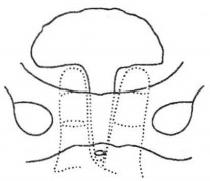
压力性尿失禁分为两型。90%以上为解剖型压力性尿失禁，为盆底组织松弛引起。盆底组织松 弛的原因主要有妊娠与阴道分娩损伤、绝经后雌激素水平降低等。最为广泛接受的压力传导理论认 为压力性尿失禁的病因在于盆底支持结构缺损而使膀胱颈/近端尿道脱出于盆底外。因此，咳嗽时腹 腔内压力不能被平均地传递到膀胱和近端的尿道，导致增加的膀胱内压力大于尿道内压力而出现漏 尿。不足10%的患者为尿道内括约肌障碍型，为先天发育异常所致。

**【临床表现】**

几乎所有的下尿路症状及许多阴道症状都可见于压力性尿失禁。腹压增加下不自主溢尿是最典 型的症状，而尿急、尿频，急迫性尿失禁和排尿后膀胱区胀满感亦是常见的症状。80%的压力性尿失 禁患者伴有阴道膨出。

**【分度】**

有主观分度和客观分度。客观分度主要基于尿垫试验，临床常用简单的主观分度。



**第二十三章** **盆底功能障碍性及生殖器损伤疾病** **285**

I 级尿失禁：只有发生在剧烈压力下，如咳嗽、打喷嚏或慢跑。

Ⅱ级尿失禁：发生在中度压力下，如快速运动或上下楼梯。

Ⅲ级尿失禁：发生在轻度压力下，如站立时，但患者在仰卧位时可控制尿液。

**【诊断】**

无单一的压力性尿失禁的诊断性试验。以患者的症状为主要依据，压力性尿失禁除常规体格检 查、妇科检查及相关的神经系统检查外，还需相关压力试验、指压试验、棉签试验和尿动力学检查等辅 助检查，排除急迫性尿失禁、充盈性尿失禁及感染等情况。

压力试验(stress test):患者膀胱充盈时，取截石位检查。嘱患者咳嗽的同时，医师观察尿道 口。如果每次咳嗽时均伴随着尿液的不自主溢出，则可提示SUI。 延迟溢尿，或有大量的尿液溢 出提示非抑制性的膀胱收缩。如果截石位状态下没有尿液溢出，应让患者站立位时重复压力 试验。

指压试验(Bonney test):检查者把中、示指放入阴道前壁的尿道两侧，指尖位于膀胱与尿道交接 处，向前上抬高膀胱颈，再行诱发压力试验，如压力性尿失禁现象消失，则为阳性(图23-11)。

棉签试验(Q-tip test):患者仰卧位，将涂有利多卡因凝胶的棉签置入尿道，使棉签头处于尿道膀 胱交界处，分别测量患者在静息时及Valsalva动作(紧闭声门)时棉签棒与地面之间形成的角度。在 静息及做Valsalva动作时该角度差小于15°为良好结果，说明有良好的解剖学支持；如角度差大于 30°,说明解剖学支持薄弱；15°~30°时，结果不能确定(图23-12)。

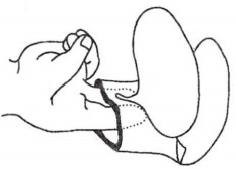


图23-11 指压试验示意图

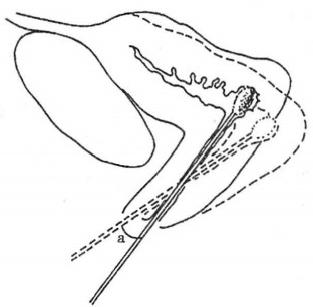


图23-12 棉签试验示意图

尿动力学检查(urodynamics):包括膀胱内压测定和尿流率测定，膀胱内压测定主要观察逼尿肌的 反射以及患者控制或抑制这种反射的能力，膀胱内压力的测定可以区别患者是因为非抑制性逼尿肌 收缩还是SUI 而引起的尿失禁。尿流率测定可以了解膀胱排尿速度和排空能力。

尿道膀胱镜检查(cystoscopy)和超声检查可辅助诊断。

【鉴别诊断】

急迫性尿失禁在症状和体征上最易与压力性尿失禁混淆，可通过尿动力学检查来鉴别明确诊断。

**【治疗】**

1. 非手术治疗 用于轻、中度压力性尿失禁治疗和手术治疗前后的辅助治疗。非手术治疗包括 盆底肌肉锻炼、盆底电刺激、膀胱训练、α-肾上腺素能激动剂(alpha-adrenergic agonist)和阴道局部雌激 素治疗。30%～60%的患者经非手术治疗能改善症状，并治愈轻度的压力性尿失禁。产后进行Kegel 锻炼对产后尿失禁的妇女有所帮助。

2. 手术治疗压力性尿失禁的手术方法很多，有100余种。目前公认的“金标准”术式为耻骨后 膀胱尿道悬吊术和阴道无张力尿道中段悬吊带术。因阴道无张力尿道中段悬吊带术更为微创，现已 成为一线手术治疗方法。压力性尿失禁的手术治疗一般在患者完成生育后进行。

286 第二十三章 盆底功能障碍性及生殖器损伤疾病

(1)耻骨后膀胱尿道悬吊术：手术操作在腹膜外(Retzius间隙)进行，缝合膀胱颈和近端尿道两 侧的筋膜至耻骨联合(Marshall-Marchetti-Krantz手术)或Cooper韧带(Burch 手术)而提高膀胱尿道连 接处的角度。 Burch手术应用稍多，有开腹途径、腹腔镜途径和“缝针法”。手术适用于解剖型压力性 尿失禁。手术后1年治愈率为85%～90%,随着时间推移会稍有下降。

(2)阴道无张力尿道中段悬吊带术：除解剖型压力性尿失禁外，尿道内括约肌障碍型压力性尿失 禁和合并有急迫性尿失禁的混合性尿失禁也为该手术适应证。悬吊带术可用自身筋膜或合成材料。 合成材料的悬吊带术现已成为一线治疗压力性尿失禁的方法，术后1年治愈率在90%左右，最长术后 11年随诊的治愈率在70%以上。

以 Kelly手术为代表的阴道前壁修补术方法简单，通过对尿道近膀胱颈部折叠筋膜缝合达到增加 膀胱尿道阻力作用， 一直为治疗压力性尿失禁的主要术式。但解剖学和临床效果均较差，术后1年治 愈率约30%,并随时间推移而下降，目前已不再作为治疗压力性尿失禁的有效术式。

**【预防】**

同阴道前壁膨出。

**第四节** **生** **殖** **道** **瘘**

● 典型症状为尿液或粪便自阴道排出，不能控制。

● 治疗前应明确诊断，并确定瘘管部位。

● 手术修补是治疗生殖道瘘的主要方法。

由于各种原因导致生殖器与其毗邻器官之间形成异常通道称为生殖道瘘。临床上以尿瘘 (urinary fistula),又称泌尿生殖瘘(urogenital fistula)最常见，其次为粪瘘(fecal fistula)。两者可同时存 在，称混合性瘘(combined fistula)(图23-13)。

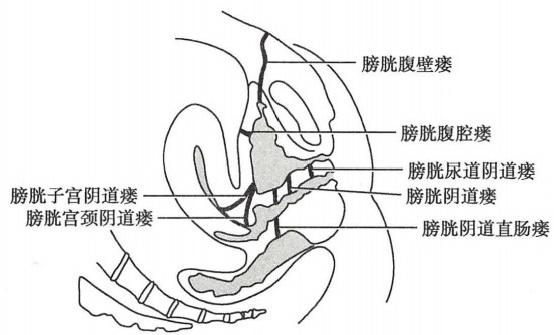


图23-13 尿痿及粪痿示意图

**一、尿瘘**

尿瘘指生殖道与泌尿道之间形成异常通道，尿液自阴道排出，不能控制。尿瘘可发生在生殖道与 泌尿道之间的任何部位，根据解剖位置分为膀胱阴道瘘(vesico-vaginal fistula)、尿道阴道瘘(urethro- vaginal fistula)、膀胱尿道阴道瘘(vesico-urethro-vaginal fistula)、膀胱宫颈瘘(vesico-cervical fistula)、膀 胱宫颈阴道瘘(vesico-cervical-vaginal fistula)、输尿管阴道瘘(uretero-vaginal fistula)及膀胱子宫痿 (vesico-uterine fistula)。

0%记

**第二十三章盆底功能障碍性及生殖器损伤疾病**

**【病因】**

常见尿瘘为产伤和盆腔手术损伤所致的膀胱阴道瘘和输尿管阴道瘘。尿道阴道瘘通常是尿道憩 室、阴道前壁膨出或压力性尿失禁的手术并发症。

1. 产伤 产伤曾经作为引起尿瘘的主要原因，如今在发达国家已不存在，现仅发生在医疗条件 落后的地区。根据发病机制分为：

(1)坏死型尿瘘：由于骨盆狭窄、胎儿过大或胎位异常所致头盆不称，产程延长，特别是第二产程 延长者，阴道前壁、膀胱、尿道被挤压在胎头和耻骨联合之间，导致局部组织缺血坏死形成尿瘘。

(2)创伤型尿瘘：产科助产手术，尤其产钳助娩直接损伤。创伤型尿瘘远多于坏死型尿瘘。

2. 妇科手术损伤 经腹手术和经阴道手术损伤均有可能导致尿瘘。通常是由于手术时分离组 织粘连，伤及膀胱、输尿管或输尿管末端游离过度，造成膀胱阴道瘘和输尿管阴道瘘。主要原因是术 后输尿管血供减少引发迟发性缺血性坏死。

3. 其他 外伤、放射治疗后、膀胱结核、晚期生殖泌尿道肿瘤、子宫托安放不当、局部药物注射治 疗等均能导致尿瘘。

**【临床表现】**

1. 漏尿 产后或盆腔手术后出现阴道无痛性持续性流液是最常见、最典型的临床症状。根据痿 孔的位置，可表现为持续漏尿、体位性漏尿、压力性尿失禁或膀胱充盈性漏尿等，如较高位的膀胱瘘孔 患者在站立时无漏尿，而平卧时则漏尿不止；瘘孔极小者在膀胱充盈时方漏尿； 一侧输尿管阴道瘘由 于健侧输尿管的尿液进入膀胱，因此在漏尿同时仍有自主排尿。漏尿发生的时间也因病因不同而有 区别，坏死型尿瘘多在产后及手术后3～7日开始漏尿；手术直接损伤者术后即开始漏尿；腹腔镜下子 宫切除中使用能量器械所致的尿瘘常在术后1～2周发生；根治性子宫切除的患者常在术后10～21 日发生尿痿，多为输尿管阴道瘘；放射损伤所致漏尿发生时间晚且常合并粪痿。

2. 外阴瘙痒和疼痛 局部刺激、组织炎症增生及感染和尿液刺激、浸渍，可引起外阴部痒和烧灼 痛，外阴呈皮炎改变。若一侧输尿管下段断裂而致阴道漏尿，由于尿液刺激阴道一侧顶端，周围组织 引起增生，妇科检查可触及局部增厚。

3. 尿路感染 合并尿路感染者有尿频、尿急、尿痛及下腹部不适等症状。

**【诊断】**

应仔细询问病史、手术史、漏尿发生时间和漏尿表现。首先需要明确的是漏出的液体为尿液，可 通过生化检查来比较漏出液与尿液、血液中的电解质和肌酐来明确。尿液中的电解质和肌酐水平应 为血液中的数倍，若漏出液中的电解质和肌酐水平接近尿液则高度怀疑有尿瘘可能。

大瘘孔时阴道检查即可发现，小痿孔则通过触摸瘘孔边缘的瘢痕组织也可初步诊断。如患者系 盆腔手术后，检查未发现瘘孔，仅见尿液自阴道穹隆一侧流出，多为输尿管阴道瘘。检查暴露不满意 时，患者可取胸膝卧位，用单叶拉钩将阴道后壁向上拉开，可查见位于阴道上段或近穹隆处的瘘孔。 下列辅助检查可协助明确诊断：

1. 亚甲蓝试验 将三个棉球逐一放在阴道顶端、中1/3处和远端。用稀释的亚甲蓝溶液300ml 充盈膀胱，然后逐一取出棉球，根据蓝染海绵是在阴道上、中、下段估计瘘孔的位置。若染色液体经阴 道壁小孔流出为膀胱阴道瘘；自宫颈口流出为膀胱宫颈瘘或膀胱子宫瘘；海绵无色或黄染提示可能输 尿管阴道痿。未见蓝染又临床怀疑痿的存在，可重置三个棉球后嘱患者走动30分钟再取出棉球 查看。

2. 靛胭脂试验 (indigo carmine test) 静脉推注靛胭脂5ml,5～10分钟见蓝色液体自阴道顶 端流出者为输尿管阴道瘘。

3. 膀胱镜、输尿管镜检查 了解膀胱容积、黏膜情况，有无炎症、结石、憩室，明确瘘孔的位置、 大小、数目及瘘孔和膀胱三角的关系等。从膀胱向输尿管插入输尿管导管或行输尿管镜检查，可以明 确输尿管受阻的部位

**287**



288

62记

第二十三章 盆底功能障碍性及生殖器损伤疾病

4. 影像学检查 静脉肾盂造影为静脉注入造影剂，于注射后动态观察和泌尿系统摄片，根据肾 盂、输尿管及膀胱显影情况，了解肾脏功能、输尿管通畅情况，有助于输尿管阴道瘘及膀胱阴道瘘的诊 断。逆行输尿管肾盂造影对于静脉肾盂造影没有发现的输尿管阴道瘘有辅助诊断作用。64层螺旋 CT 尿路造影(CTU) 通过1次屏气6～10秒，即可清楚地显示肾盂、输尿管及膀胱的全貌，已成为一种 新的、非侵入性检查尿痿的方法。

5. 肾图 能了解肾功能和输尿管功能情况。

**【治疗】**

手术修补为主要治疗方法。非手术治疗仅限于分娩或手术后1周内发生的膀胱阴道瘘和输尿管 小瘘孔，留置导尿管于膀胱内或在膀胱镜下插入输尿管导管，4周至3个月有愈合可能。由于长期放 置导尿管会刺激尿道黏膜引起疼痛，并且干扰患者的日常活动，影响患者的生活质量，因此，膀胱阴道 瘘如采用非手术治疗则建议行耻骨上膀胱造瘘，进行膀胱引流。长期放置引流管拔除前，应重复诊断 检查(如亚甲蓝试验)明确瘘孔是否愈合。引流期间，要经常对病情进行评价。引流的同时保证患者 营养和液体的摄入，促进瘘孔愈合。治疗中要注意治疗外阴皮炎和泌尿系统感染，改善患者生活质 量。绝经后妇女可以给予雌激素，促进阴道黏膜上皮增生，有利于伤口愈合。对于术后早期出现的直 径仅数毫米的微小尿瘘瘘孔，15%～20%的患者可以非手术治疗自行愈合。对于瘘管已经形成并且 上皮化者，非手术治疗则通常失败。

手术治疗要注意时间的选择。直接损伤的尿瘘应尽早手术修补；其他原因所致尿瘘应等待3个 月，待组织水肿消退、局部血液供应恢复正常再行手术；瘘修补失败后至少应等待3个月后再次手术。 由于放疗所致的尿瘘可能需要更长的时间形成结痂，因此有学者推荐12个月后再修补。手术后的瘘 孔，需要等待数周，病灶周围炎症反应消退，瘢痕软化并有良好的血供后方可修补。该段时间内需要 进行抗泌尿系统感染治疗，对绝经后患者可补充雌激素治疗。

膀胱阴道瘘和尿道阴道瘘手术修补首选经阴道手术，不能经阴道手术或复杂尿瘘者，应选择经腹 或经腹-阴道联合手术。

输尿管阴道瘘的治疗取决于位置和大小。小的痿孔通常在放置输尿管支架(double J)后能自然 愈合，但不适用于放疗后瘘孔。如果瘘孔接近输尿管膀胱入口处，可行输尿管膀胱植入术。如果输尿 管瘘孔距离膀胱有一定距离，切除含瘘孔的一段输尿管，断端行输尿管端端吻合术。放置输尿管导管 者，术后一般留置3个月。

**【预防】**

绝大多数尿瘘可以预防，提高产科质量，预防产科因素所致的尿瘘是关键。疑有损伤者，留置导 尿管10日，保证膀胱空虚，有利于膀胱受压部位血液循环恢复，预防尿瘘发生。妇科手术时，对盆腔 粘连严重、恶性肿瘤有广泛浸润等估计手术困难时，术前经膀胱镜放入输尿管导管，使术中易于辨认。 即使是容易进行的全子宫切除术，术中也须明确解剖关系后再行手术操作。术中发现输尿管或膀胱 损伤，必须及时修补。使用子宫托须定期取出。子宫颈癌进行放射治疗时注意阴道内放射源的安放 和固定，放射剂量不能过大。

**二、粪瘘**

粪瘘(fecal fistula)指肠道与生殖道之间的异常通道，最常见的是直肠阴道瘘(rectal-vaginal fistula)。可以根据瘘孔在阴道的位置，将其分为低位、中位和高位痿。

**【病因】**

1. 产伤可因胎头在阴道内停滞过久，直肠受压坏死而形成粪痿。粗暴的难产手术操作、手术 损伤导致Ⅲ度会阴撕裂，修补后直肠未愈合及会阴撕裂后缝合缝线穿直肠黏膜未发现也可导致直肠 阴道瘘。

**2.** **盆腔手术损伤** 行子宫切除术或严重盆腔粘连分离手术时易损伤直肠，瘘孔位置一般在阴道

第二十三章 盆底功能障碍性及生殖器损伤疾病

**289**

穹隆处。

3. 感染性肠病 如克罗恩病或溃疡性结肠炎是引起直肠阴道瘘的另一重要原因。炎性肠病多 数累及小肠，但结肠和直肠也可发生。

4. 先天畸形 为非损伤性直肠阴道瘘，生殖道发育畸形的手术易发生直肠阴道瘘。

5. 其他 长期安放子宫托不取、生殖器恶性肿瘤晚期浸润或放疗，均可导致粪痿。

【临床表现)

阴道内排出粪便为主要症状。瘘孔大者，成形粪便可经阴道排出，稀便时呈持续外流。瘘孔小 者，阴道内可无粪便污染，但肠内气体可自瘘孔经阴道排出，稀便时则从阴道流出。

**【诊断】**

根据病史、症状及妇科检查不难诊断。阴道检查时，大的粪痿显而易见，小的粪痿在阴道后壁可 见瘘孔处有鲜红的肉芽组织，用示指行直肠指诊，可以触及瘘孔，如瘘孔极小，用一探针从阴道肉芽样 处向直肠方向探查，直肠内手指可以触及探针。阴道穹隆处小的瘘孔、小肠和结肠阴道瘘需行钡剂灌 肠检查方能确诊，必要时可借助下消化道内镜检查。如果诊断成立，则要针对其原发病因采取相应的 内科或外科处理措施。 一旦通过内科手段使疾病得到控制，瘘孔可能会自行愈合。

**【治疗】**

手术修补为主要治疗方法。手术损伤者应术中立即修补，手术方式可以经阴道、经直肠或经开腹 途径完成瘘的修补。手术方式的选择主要根据形成瘘管的原因，位置与大小，是否存在多个瘘管，以 及医师的手术经验和技巧。瘘修补术主要是切除瘘管，游离周围组织后进行多层缝合。高位巨大直 肠阴道瘘合并尿瘘者、前次手术失败阴道瘢痕严重者，应先行暂时性乙状结肠造瘘，之后再行修补 手术。

粪瘘手术应掌握手术时机。先天性粪瘘应在患者15岁左右月经来潮后再行手术，过早手术容易 造成阴道狭窄。压迫坏死性粪瘘，应等待3~6个月后再行手术修补。术前严格肠道准备，同时口服 肠道抗生素。术后给予静脉高营养，同时口服肠蠕动抑制药物。5～7日后逐渐从进水过渡饮食。保 持会阴清洁。

**【预防】**

原则上与尿瘘的预防相同。分娩时注意保护会阴，防止会阴IV度裂伤发生。会阴缝合后常规进 行肛门指诊，发现有缝线穿透直肠黏膜，应立即拆除重新缝合。

(朱 兰)







**第二十四章外阴肿瘤**

外阴肿瘤包括良性肿瘤和恶性肿瘤。鳞状上皮内病变与外阴鳞状细胞癌关系密切，其中高级别 鳞状上皮内病变为癌前病变，故在本章一并介绍。

**第一节** **外阴良性肿瘤**

● 较少见，包括上皮来源和中胚叶来源两类。

● 确诊靠组织学诊断，治疗多采用局部肿瘤切除。

外阴良性肿瘤较少见，主要有来源于上皮的外阴乳头瘤、汗腺腺瘤及来源于中胚叶的纤维瘤、脂 肪瘤、平滑肌瘤和神经纤维瘤，而淋巴管瘤、血管瘤等罕见。

**1.外阴乳头瘤** **(vulvar** **papillomatosis)** 常见于围绝经期和绝经后妇女，症状有外阴肿物和 瘙痒。肿物多发生于大阴唇，呈多个或单个乳头状突出皮肤表面，可有破溃、出血和感染。需与疣状 乳头状瘤、外阴湿疣、外阴癌等鉴别。因2%～3%有恶变倾向，应行局部肿瘤切除，术时行快速病理 检查，有恶变者应扩大手术范围。

2. 纤维瘤 (fibroma) 由成纤维细胞增生而成。常单发，多位于大阴唇，初起为皮下硬结，继 而可增大，形成光滑、质硬的带蒂肿块，大小不一，表面可有溃疡和坏死。切面为致密、灰白色纤维结 构。肿瘤恶变少见。治疗原则为沿肿瘤局部切除。

3. 汗腺瘤 (hidradenoma) 是一种表皮内的汗腺肿瘤，由汗腺上皮增生而成。较少见，常发

生于青春期，与激素有关，可伴有下眼睑及颧骨部位病灶。呈多发的淡黄色丘疹样隆起，边界清楚，生 长缓慢，直径在1～2cm 内。确诊需活检。小病灶可行激光治疗，较大的病灶可行手术切除。

4. 脂肪瘤 (lipoma) 来自大阴唇或阴阜脂肪组织，生长缓慢。位于皮下组织内，质软，呈分叶 状，大小不等，也可形成带蒂肿物。小脂肪瘤无需处理；肿瘤较大，有不适症状、影响活动或性生活者， 需手术切除。

5. 平滑肌瘤 (leiomyoma) 来源于外阴平滑肌、毛囊立毛肌或血管平滑肌。多见于生育期妇

女。常位于大阴唇、阴蒂及小阴唇，突出于皮肤表面，表面光滑，质硬，可活动。治疗原则为手术切除。

**第二节** **外阴鳞状上皮内病变**

● 高级别鳞状上皮内病变和分化型上皮内瘤变有进展为浸润癌的风险。

● 活组织病理检查是确诊依据。

● 病灶切除是主要治疗方式，根据患者年龄、病变程度和组织学类型实施个体化治疗。

外阴鳞状上皮内病变( vulvar squamous intraepithelial lesion)指与 HPV 感染相关的临床和病理改 变，或有进展为浸润癌潜在风险的局限于外阴鳞状上皮内的一组病变。多见于45岁左右妇女，近年 在年轻妇女中有增加趋势。约50%的患者伴有其他部位的上皮内病变，约38%患者的病变可自行消



第二十四章外阴肿瘤 **291**

退，仅2%～4%进展为浸润癌。

**【命名及病理】**

外阴鳞状上皮内病变以往称为外阴鳞状上皮内瘤变(VIN)、 原位癌、外阴鲍文病(Bowen disease) 和 Queyral增殖性红斑。2014年世界卫生组织(WHO) 女性生殖器肿瘤分类将外阴鳞状上皮内病变分 为：低级别鳞状上皮内病变、高级别鳞状上皮内病变和分化型外阴上皮内瘤变。其主要病理特征为上 皮层内细胞有不同程度的增生伴核异型、核分裂增加，排列紊乱。

1. 低级别鳞状上皮内病变 (low-grade squamous intraepithelial lesion,LSIL) 以往称为 普通型VINI、 轻度不典型增生、扁平湿疣、不典型挖空细胞等。与低危和高危型HPV 感染均相关，是 HPV 感染所致的临床表现和病理改变。多见于年轻女性，超过30%的病例合并下生殖道其他部位上 皮内病变(以宫颈部位最常见)。病变常常自行退化，进展为浸润癌的风险极低。

2. 高级别鳞状上皮内病变 (high-grade squamous intraepithelial lesion,HSIL) 包括以往 所称的VIN Ⅱ(中度不典型增生)、VINⅢ(重度不典型增生)、原位癌、鲍文病、鲍文样不典型增生等。 多发生于绝经前女性，绝大部分为HPV16 型感染所致，若不治疗进展为浸润癌的风险很高。局部完 全切除后的复发率为15%;若切缘受累，则复发率达高50%。

3. 分化型外阴上皮内瘤变 (differentiated-type vulvar intraepithelial neoplasia) 以往称为 分化型VIN、单纯性原位癌。和HPV 感染无关，可能系p53 突变所致。多发生于老年女性，常伴硬化 性苔藓、扁平苔藓，有时伴有角化型鳞癌。虽然进展为浸润癌的风险尚不清楚，但一旦发生，常在半年 以内进展为浸润癌。

**【临床表现】**

症状无特异性，多表现为外阴瘙痒、皮肤破损及溃疡。部分患者无症状。病变可发生于外阴任何 部位，最常见外阴病变为丘疹、斑点、斑块或乳头状疣，单个或多个，呈灰白、粉红色、少数为略高出皮 肤的黑色素沉着，严重者可弥漫状覆盖整个外阴。

**【诊断】**

确诊需依据病理学检查。对任何可疑病灶应作多点活组织病理检查，也可在阴道镜下定点活检。 取材时应注意避免遗漏浸润癌，采用局部涂抹3%～5%醋酸或1%甲苯胺蓝，有助于提高病灶活检的 准确率。需与外阴湿疹、外阴白色病变、痣、黑色素瘤、棘皮瘤等疾病相鉴别。生殖道HPV 检测可协 助诊断。

**【处理】**

治疗目的在于消除病灶，缓解症状，阻断浸润癌发生。治疗决策时应综合考虑：①疾病因素：包括 患者年龄、症状，病变的位置和大小、病理类型、病变级别；②治疗方式对外阴形态和功能的影响。从 而制订个体化方案。

**1.LSIL** **的处理** 若无明显症状可暂不予治疗，定期随访。有症状者，可选择局部用药，如咪喹 莫特软膏、5-氟尿嘧啶软膏、1%西多福韦。激光治疗适用于病灶广泛的年轻患者。

**2.HSIL** **的处理** 病灶局限的病变可采用病灶局部表浅切除术，切缘超过病灶外至少0.5cm。 较大融合型病灶或病变较广泛或为多灶性，尤其疑为浸润癌时，可考虑行外阴皮肤切除术(skinning vulvectomy)。 病变累及阴蒂周围或肛周可采用CO₂ 激光消融术。

**3.** **分化型外阴上皮内瘤变的处理** 由于病变会迅速发展为浸润癌，需彻底切除病灶，老年、病灶 广泛的患者可采用单纯外阴切除术(simple vulvectomy),手术切除范围包括外阴皮肤及部分皮下组 织，不切除会阴筋膜。合并外阴浸润癌者，则按外阴癌处理。

**【随访】**

各类外阴鳞状上皮内病变治疗后均有不同程度的复发率，复发的高危因素为高级别病变、切缘阳 性、高危HPV 持续感染等，所以治疗后应定期随访。



**292** 第二十四章 外 阴 肿 瘤

**第三节** **外阴恶性肿瘤**

● 以鳞状细胞癌最为常见，确诊依靠组织学检查。

● 外阴鳞状细胞癌治疗以手术为主，辅以放疗及化疗。强调尽量缩小手术范围，以保留外阴的正常 结构。

● 外阴黑色素瘤恶性程度高，采用手术为主的综合治疗。

● 外阴基底细胞癌为低度恶性肿瘤，治疗以局部病灶切除为主。

外阴恶性肿瘤约占女性生殖道原发恶性肿瘤的3%～5%,以鳞状细胞癌最常见，其他包括恶性 黑色素瘤、基底细胞癌、前庭大腺癌、疣状癌、肉瘤等。

**一** **、外阴鳞状细胞癌**

外阴鳞状细胞癌(vulvar squamous cell carcinoma)占全部外阴恶性肿瘤的80%～90%,主要发生 于绝经后妇女，年轻女性发病率有升高趋势。

**【发病相关因素】**

与以下因素相关：①人乳头瘤病毒(HPV) 感染：40%~60%的外阴癌与 HPV 感染相关，其中16 型感染超过50%;②非HPV 感染相关病变，如外阴硬化性苔癣、分化型外阴鳞状上皮内瘤变等。

**【病理】**

癌灶为浅表溃疡或硬结节，可伴感染、坏死、出血，周围皮肤可增厚及色素改变。镜下见多数外阴 鳞癌分化好，有角化珠和细胞间桥。前庭和阴蒂部位的病灶倾向于分化差或未分化，常有淋巴管和神 经周围的侵犯。

**【临床表现】**

1. 症状 最常见的症状是外阴瘙痒、局部肿块或溃疡，合并感染或较晚期癌可出现疼痛、渗液和 出血。

**2.** **体征** 癌灶以大阴唇最多见，其次为小阴唇、阴蒂、会阴、尿道口、肛门周围等。若已转移至腹 股沟淋巴结，可扪及增大、质硬、固定淋巴结。

**【转移途径】**

直接浸润、淋巴转移较常见，晚期可经血行播散。

1. 直接浸润 癌灶逐渐增大，沿皮肤及邻近黏膜浸润至尿道、阴道、肛门，晚期可累及膀胱、直 肠等、

2. 淋巴转移癌细胞通常沿淋巴管扩散，汇入腹股沟浅淋巴结，再至腹股沟深淋巴结，进入髂 外、闭孔和髂内淋巴结，最终转移至腹主动脉旁淋巴结和左锁骨下淋巴结。肿瘤一般向同侧淋巴结转 移，但中线部位的癌灶常向两侧转移并可绕过腹股沟浅淋巴结直接至腹股沟深淋巴结，外阴后部及阴 道下段癌可避开腹股沟浅层淋巴结而直接转移至盆腔淋巴结。若癌灶累及尿道、阴道、直肠、膀胱可 直接转移至盆腔淋巴结。

**3.** **血行播散** 晚期经血行播散至肺、骨等。

**【诊断】**

诊断主要根据下述几个方面进行全面评估：①病史及症状结合妇科检查：早期可为外阴结节或小 溃疡、晚期可累及全外阴伴溃破、出血、感染。应注意病灶部位、大小、质地、活动度、色素改变，与邻近 器官关系(尿道、阴道、肛门直肠有无受累)及双侧腹股沟区是否有肿大的淋巴结，并应仔细检查阴 道、宫颈以排除有无肿瘤。②组织学检查：是确诊外阴癌的唯一方法。对一切外阴赘生物、溃疡和可 疑病灶均需尽早作活组织病理检查，取材应有足够的深度，建议包含邻近的正常皮肤及皮下组织，可

笔记

第二十四章 外 阴 肿 瘤

在阴道镜指引下在可疑病灶部位活检。③其他：外阴细胞学检查、影像检查(超声、磁共振、CT、全身 PET-CT)、膀胱镜和直肠镜检查、HPV 检测、血清HIV 检测等有助于诊断。

**【分期】**

采用国际妇产科联盟的手术病理分期(FIGO,2009 年),见表24-1。

**表24-1** **外阴癌FIGO分期(2009年)**

**FIGO** **肿瘤累及范围**

I期 肿瘤局限于外阴和(或)会阴，淋巴结无转移

IA期 肿瘤最大直径≤2cm且间质浸润≤1.0mm°

IB期 肿瘤最大直径>2cm或间质浸润>1.0mm\*

Ⅱ期 肿瘤侵犯下列任何部位：下1/3尿道、下1/3阴道、肛门，无淋巴结转移

Ⅲ期 肿瘤有或无侵犯下列任何部位：下1/3尿道、下1/3阴道、肛门，有腹股沟-股淋巴结转移

ⅢA期 (i)1个淋巴结转移(≥5mm),或(ii)1～2个淋巴结转移(<5mm)

ⅢB期 (i)≥2淋巴结转移(≥5mm),或(ii)≥3个淋巴结转移(<5mm)

ⅢC期 淋巴结阳性伴淋巴结囊外扩散

IV期 肿瘤侵犯其他区域(上2/3尿道、上2/3阴道)或远处转移

IVA期 肿瘤侵犯下列任何部位：(i)上尿道和(或)阴道黏膜、膀胱黏膜、直肠黏膜，或固定在骨盆

壁，或(ii)腹股沟-股淋巴结出现固定或溃疡形成

IVB期 包括盆腔淋巴结的任何部位远处转移

注：浸润深度指肿瘤邻近最表浅真皮乳头的表皮-间质连续处至浸润最深点

**【治疗】**

早期肿瘤以手术为主，局部晚期肿瘤手术结合放化疗，转移病例姑息、对症及支持治疗。对早期 患者在不影响预后的前提下，尽量缩小手术范围，最大限度保留外阴的正常结构，以提高生活质量。

**1.手术治疗**

(1)早期肿瘤(I 期和小病灶Ⅱ期):先行病灶活检，根据病变大小及浸润深度分期，然后按分期 决定术式。要求手术切缘距离肿瘤边缘至少1cm,深度应达会阴深筋膜(一般2～3cm),即位于阔筋 膜水平面且覆盖耻骨联合的筋膜层。 IA 期行外阴局部扩大切除术(wide local excision),术后随访即 可 。IB 期者根据病灶位置决定术式：①单侧病变(病灶距外阴中线≥2cm), 行局部广泛切除术 (radical local resection)或改良广泛外阴切除术(modified radical vulvectomy)及单侧腹股沟淋巴结评估 (前哨淋巴结绘图活检或单侧腹股沟/股淋巴结切除术);②中线部位病变(前部或后部),行局部广泛 切除术或改良广泛外阴切除术及双侧腹股沟/股淋巴结评估(前哨淋巴结绘图活检或双侧腹股沟/股 淋巴结切除术)。术后均根据原发灶及淋巴结的病理结果决定辅助治疗。

(2)局部晚期肿瘤(病灶>4cm 的Ⅱ期和Ⅲ期):腹股沟淋巴结和外阴病灶分步处理。先行影像 学评估和淋巴结病理检查，再根据结果采取个体化的手术或与放化疗结合的综合治疗。

(3)肿瘤转移超出盆腔：可考虑局部控制或姑息性外照射放疗和(或)全身治疗，或者采用最佳 的支持治疗。

2. 放射治疗虽然鳞癌对放射治疗较敏感，但外阴皮肤对放射线耐受性极差，易发生放射皮肤 反应(肿胀、糜烂、剧痛),难以达到放射根治剂量。因此，外阴癌放射治疗常用于：①术前辅助治疗； ②转移淋巴结区域照射；③术后辅助治疗。

3. 化学药物或靶向治疗多用于同步放化疗及晚期癌或复发癌的综合治疗。常用化疗药物：铂 类、紫杉醇、氟尿嘧啶、丝裂霉素C、吉西他滨等，常采用静脉注射或局部动脉灌注。靶向治疗药物：埃 罗替尼(erlotinib)、帕姆单抗等。

**293**



**294** 第二十四章 外 阴 肿 瘤

**【随访及预后】**

术后应定期随访。外阴癌的预后与分期有关，其中以淋巴结转移最为密切。

**二、外阴恶性黑色素瘤**

外阴恶性黑色素瘤(malignant melanoma of the vulva)较少见，居外阴原发恶性肿瘤的第2位 (2%～4%)。肿瘤恶性程度高，预后差。多见于65～75岁妇女，常诉外阴瘙痒、出血、色素沉着范围 增大。病灶常位于小阴唇，其次是阴蒂周围，呈痣样、结节状生长、有色素沉着(肿瘤多为棕褐色或蓝 黑色),可伴溃疡。诊断需活组织病理检查。分期参照皮肤恶性黑色素瘤Clark分期、Chung 分期和 Breslow分期系统。治疗：①手术：真皮层浸润≤1mm 者，手术切缘距离病变边缘至少1cm, 不必行淋 巴结切除术；真皮层浸润>1mm 者，手术切缘应距离病变边缘至少2～3cm, 并切除腹股沟淋巴结；②免 疫治疗：可选用α-干扰素、免疫检测点抑制剂等，后者目前FDA 批准应用于临床的有PD-1/PD-L1 抑 制剂、CTLA4 基因工程单克隆抗体，可用于术前后辅助治疗或不能手术的晚期患者；③化疗： 一般用于 晚期患者的姑息治疗。

**三、外阴基底细胞癌**

外阴基底细胞癌(basal cell carcinoma of the vulva)罕见，发病平均年龄70岁。病灶多位于大阴 唇，其次是小阴唇、阴蒂和阴唇系带，可有局部瘙痒或无症状，病灶呈湿疹或癣样改变伴有色素沉着， 亦可呈结节状肿物。因症状不典型，诊断常延误，确诊需作活组织病理检查。应检查全身皮肤有无基 底细胞癌。外阴基底细胞癌是一种局限于真皮层内、生长缓慢的肿瘤，可行病灶广泛局部切除，手术 切缘应距离病变边缘至少1cm,不需行腹股沟淋巴结切除术。

(陶光实)







**第二十五章** **子宫颈肿瘤**



子宫颈肿瘤包括良性肿瘤和恶性肿瘤。子宫颈癌是最常见的妇科恶性肿瘤，起源于子宫颈上皮 内病变，两者病因相同，均为高危型HPV 感染所致，在本章一并介绍。

子宫颈良性肿瘤以肌瘤为常见，在相应章节叙述，其余较为少见，不在本章范围。

**第一节** **子宫颈鳞状上皮内病变**



● 可分为低级别和高级别病变，高级别病变为癌前病变。

● 发病与高危型 HPV 持续感染密切相关，转化区是子宫颈鳞状上皮内病变及子宫颈癌的好发部位。

● 组织学诊断是确诊和分级的依据。子宫颈锥切术是治疗高级别病变的主要手段。

● 疫苗接种和筛查是预防子宫颈癌的有效措施。

子宫颈鳞状上皮内病变(cervical squamous intraepithelial lesion,SIL),是与子宫颈浸润癌密切相关 的一组子宫颈病变，常发生于25～35岁妇女。大部分低级别鳞状上皮内病变(low-grade squamous in- traepithelial lesion,LSIL)可自然消退，但高级别鳞状上皮内病变(high-grade squamous intraepithelial le- sion,HSIL)具有癌变潜能。 SIL反映了子宫颈癌发生发展中的连续过程，通过筛查发现SIL,及时治疗 高级别病变，是预防子宫颈浸润癌行之有效的措施。

高级别子宫颈腺上皮内瘤变(high-grade cervical glandular intraepithelial neoplasia,HG-CGIN)比 较 少见，本节仅介绍SIL。

**【发病相关因素】**

SIL和子宫颈癌与人乳头瘤病毒(human papilloma virus,HPV)感染、多个性伴侣、吸烟、性生活过 早(<16岁)、性传播疾病、经济状况低下、口服避孕药和免疫抑制等因素相关。

**1.HPV** **感染** 目前已知HPV 共有160多个型别，40余种与生殖道感染有关，其中13～15种与 SIL和子宫颈癌发病密切相关。已在接近90%的SIL 和99%的子宫颈癌组织发现有高危型HPV 感 染，其中约70%与HPV16 和18型相关。高危型HPV 产生病毒癌蛋白，其中E6 和 E7 分别作用于宿 主细胞的抑癌基因p53 和Rb 使之失活或降解，继而通过一系列分子事件导致癌变。接种HPV 预防 性疫苗可以实现子宫颈癌的一级预防。

**2.** **性行为及分娩次数** 多个性伴侣、初次性生活<16岁、早年分娩、多产与子宫颈癌发生有 关。与有阴茎癌、前列腺癌或其性伴侣曾患子宫颈癌的高危男子性接触的妇女，也易患子宫 颈癌。

3. 其 他 吸烟可增加感染HPV 效应，屏障避孕法有一定的保护作用。

**【子宫颈组织学特点)**

子宫颈上皮由子宫颈阴道部鳞状上皮和子宫颈管柱状上皮组成。

**1.** **子宫颈阴道部鳞状上皮** 由深至浅可分为基底带、中间带及浅表带3个带。基底带由基底细 胞和旁基底细胞组成。基底细胞为储备细胞，无明显细胞增殖表现，在某些因素刺激下可以增生，也 可以增生成为不典型鳞状细胞或分化为成熟鳞状细胞。旁基底细胞为增生活跃的细胞，偶见核分裂 象。中间带与浅表带为完全不增生的分化细胞，细胞渐趋死亡、脱落。

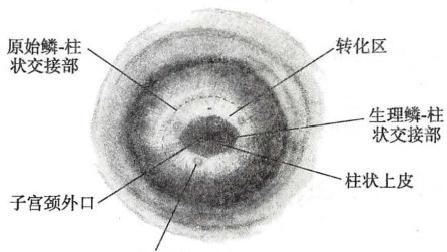


第二十五章 子宫颈肿瘤

**296**

2. 子宫颈管柱状上皮 柱状上皮为分化良好细胞，而柱状上皮下细胞为储备细胞，具有分化或 增殖能力。

3. 转化区(transformation zone) 也称为移行带，因其位于子宫颈鳞状上皮与柱状上皮交接 部，又称为鳞-柱状交接部或鳞-柱交接。鳞-柱状交接部又分为原始鳞-柱状交接部和生理鳞-柱状交 接部(图25-1)。



子宫颈腺口

图25-1 子宫颈转化区部和生理鳞-柱状交接部

在胎儿期，来源于泌尿生殖窦的鳞状上皮 向头侧生长，至子宫颈外口与子宫颈管柱状上 皮相邻，形成原始鳞-柱状交接部。青春期后，在 雌激素作用下，子宫颈发育增大，子宫颈管黏膜 组织向尾侧移动，即子宫颈管柱状上皮及其下 的间质成分到达子宫颈阴道部，使原始鳞-柱状 交接部外移。原始鳞-柱状交接的内侧，由于覆 盖的子宫颈管单层柱状上皮菲薄，其下间质透 出呈红色，外观呈细颗粒状的红色区，称为柱状 上皮异位(columnar ectopy)。 由于肉眼观似糜 烂，过去称为“宫颈糜烂”,实际上并非真性糜

烂；此后，在阴道酸性环境或致病菌作用下，外移的柱状上皮由原始鳞-柱状交接部的内侧向子宫颈 口方向逐渐被鳞状上皮替代，形成新的鳞-柱状交接部，即生理鳞-柱状交接部。原始鳞-柱状交接 部和生理鳞-柱状交接部之间的区域，称为转化区。在转化区形成过程中，新生的鳞状上皮覆盖子 宫颈腺管口或伸入腺管，将腺管口堵塞，腺管周围的结缔组织增生或形成瘢痕压迫腺管，使腺管变 窄或堵塞，腺体分泌物潴留于腺管内形成囊肿，称为子宫颈腺囊肿(Naboth cyst)。 子宫颈腺囊肿可 作为辨认转化区的一个标志。绝经后雌激素水平下降，子宫颈萎缩，原始鳞-柱状交接部退回至子 宫颈管内。转化区表面被覆的柱状上皮被鳞状上皮替代的机制有：①鳞状上皮化生( squamous met- aplasia):暴露于子宫颈阴道部的柱状上皮受阴道酸性影响，柱状上皮下未分化储备细胞(reserve cell)开始增殖，并逐渐转化为鳞状上皮，继之柱状上皮脱落，被复层鳞状细胞所替代；②鳞状上皮 化(squamous epithelization):子宫颈阴道部鳞状上皮直接长入柱状上皮与其基底膜之间，直至柱状 上皮完全脱落而被鳞状上皮替代。

转化区成熟的化生鳞状上皮对致癌物的刺激相对不敏感，但未成熟的化生鳞状上皮却代谢活跃， 在人乳头瘤病毒等的作用下，发生细胞异常增生、分化不良、排列紊乱、细胞核异常、有丝分裂增加，最 后形成 SIL。

**【病理学诊断和分级】**

SIL 既往称为“子宫颈上皮内瘤变”(cervical intraepithelial neoplasia,CIN),分为3级。 WHO 女性 生殖器肿瘤分类(2014)建议采用与细胞学分类相同的二级分类法(即LSIL 和 HSIL),LSIL 相当于 CIN1,HSIL 包括CIN3 和大部分CIN 2。CIN 2可 用p16 免疫组化染色进行分流，p16 染色阴性者按 LSIL处理，阳性者按HSIL 处理。二级分类法简便实用，提高了病理诊断的可重复性，较好地反映了 HPV 相关病变的生物学过程，能更好地指导临床处理及判断预后。

LSIL:鳞状上皮基底及副基底样细胞增生，细胞核极性轻度紊乱，有轻度异型性，核分裂象少，局 限于上皮下1/3层，p16 染色阴性或在上皮内散在点状阳性(图25-2)。

HSIL:细胞核极性紊乱，核浆比例增加，核分裂象增多，异型细胞扩展到上皮下2/3层甚至全层， p16 在上皮>2/3层面内呈弥漫连续阳性(图25-3)。

**【临床表现】**

无特殊症状。偶有阴道排液增多，伴或不伴臭味。也可在性生活或妇科检查后发生接触性出血。 检查子宫颈可光滑，或仅见局部红斑、白色上皮，或子宫颈糜烂样表现，未见明显病灶。

0笔记



第二十五章 子宫颈肿瘤 297

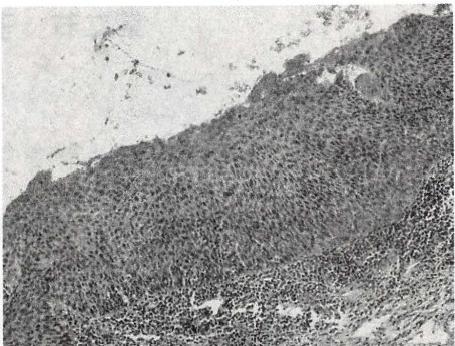


图25-2 LSIL 图25-3 HSIL

【诊断】

1. 子宫颈细胞学检查 是 SIL及早期子宫颈癌筛查的基本方法，细胞学检查特异性高，但敏感性 较低。可选用巴氏涂片法或液基细胞涂片法(详见第三十四章第三节“生殖道脱落细胞学检查”)。 筛查应在性生活开始3年后开始，或21岁以后开始，并定期复查。子宫颈细胞学检查的报告形式主 要有TBS(the Bethesda system)分类系统，该系统较好地结合了细胞学、组织学与临床处理方案，推荐 使用。

2.HPV 检 测 敏感性较高，特异性较低。可与细胞学检查联合应用于25岁以上女性的子 宫颈癌筛查；也可用于21～25岁女性细胞学初筛为轻度异常的分流，当细胞学为意义未明的 不典型鳞状细胞(ASCUS) 时进行高危型 HPV 检测，阳性者行阴道镜检查，阴性者12个月后 行细胞学检查；也可作为25岁以上女性的子宫颈癌初筛，阳性者用细胞学分流，阴性者常规 随访。

3. 阴道镜检查 筛查发现有异常，如细胞学ASCUS 伴 HPV 检测阳性、或细胞学LSIL及以上、或 HPV 检测16/18型阳性者，建议行阴道镜检查。

4. 子宫颈活组织检查 是确诊子宫颈鳞状上皮内病变的可靠方法。任何肉眼可疑病灶，或阴道 镜诊断为高级别病变者均应行单点或多点活检。若需要了解子宫颈管的病变情况，应行子宫颈管搔 刮术(endocervical curettage,ECC)。

**【治疗】**

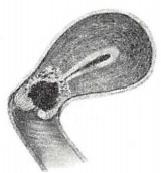
1.LSIL 约60%会自然消退，细胞学检查为LSIL及以下者可仅观察随访。在随访过程中病变

发展或持续存在2年者宜进行治疗。细胞学为HSIL,阴道镜检查充分者可采用冷冻和激光等消融治 疗；若阴道镜检查不充分、或不能排除HSIL、或 ECC 阳性者采用子宫颈锥切术。

2.HSIL 可发展为浸润癌，需要治疗。阴道镜检查充分者可用子宫颈锥切术或消融治疗；阴道 镜检查不充分者宜采用子宫颈锥切术，包括子宫颈环形电切除术(loop electrosurgical excision procedure,LEEP)和冷刀锥切术。经子宫颈锥切确诊、年龄较大、无生育要求、合并有其他妇科良性疾 病手术指征的HSIL 也可行筋膜外全子宫切除术。

**【妊娠合并子宫颈鳞状上皮内病变】**

妊娠期间，增高的雌激素使柱状上皮外移至子宫颈阴道部，转化区的基底细胞出现不典型增生改 变；妊娠期免疫功能可能低下，易患HPV 感染。诊断时应注意妊娠时转化区的基底细胞可有核增大、 深染等表现，细胞学检查易误诊，但产后6周可恢复正常。大部分妊娠期患者为LSIL,仅约14%为 HSIL。 妊娠期SIL仅作观察，产后复查后再处理。



**298** 第二十五章 子宫颈肿瘤

**第二节** **子** **宫** **颈** **癌**

● 主要组织学类型是鳞癌，腺癌次之。

● 直接蔓延和淋巴转移是子宫颈癌的主要转移途径。

● 接触性出血是外生型子宫颈癌的早期症状。

● 根 据FIGO 临床分期选择治疗方法。 一般早期采用手术治疗，晚期采用放射治疗。

子宫颈癌(cervical cancer)是最常见的妇科恶性肿瘤。高发年龄为50～55岁。由于子宫颈癌筛

查的普及，得以早期发现和治疗子宫颈癌和癌前病变，其发病率和死亡率明显下降。

**【发病相关因素】**

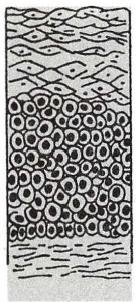
同“子宫颈鳞状上皮内病变”。

**【组织发生和发展】**

SIL 形成后继续发展，突破上皮下基底膜，浸润间质，形成子宫颈浸润癌(图25-4)。



正常上皮



上皮内病变



原位癌



微小浸润癌



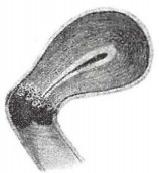
浸润癌

图25-4 子宫颈正常上皮-上皮内病变-浸润癌

**【病理】**

1. 浸润性鳞状细胞癌 占子宫颈癌的75%～80%。

(1)巨检：微小浸润性鳞状细胞癌肉眼观察无明显异常，或类似子宫颈柱状上皮异位。随病变发 展，可形成4种类型(图25-5)。



(1)外生型 (2)内生型 (3)溃疡型 (4)颈管型 图25-5 子宫颈癌类型(巨检)

1)外生型：最常见，癌灶向外生长呈乳头状或菜花样，组织脆，触之易出血。常累及阴道。

2)内生型：癌灶向子宫颈深部组织浸润，子宫颈表面光滑或仅有柱状上皮异位，子宫颈肥大变 硬，呈桶状。常累及宫旁组织。

第二十五章 子宫颈肿瘤

3)溃疡型：上述两型癌组织继续发展合并感染坏死，脱落后形成溃疡或空洞，似火山口状。

4)颈管型：癌灶发生于子宫颈管内，常侵入子宫颈管和子宫峡部供血层及转移至盆腔淋巴结。

(2)显微镜检

1)微小浸润性鳞状细胞癌：指在HSIL(CIN3) 基础上镜检发现小滴状、锯齿状癌细胞团突破基底 膜，浸润间质。诊断标准见临床分期。

2)浸润性鳞状细胞癌：指癌灶浸润间质范围超出微小浸润癌，多呈网状或团块状浸润间质。根 据癌细胞核的多形性与大小及核分裂程度等可将鳞状细胞癌分为高(I 级)、中(Ⅱ级)、低分化(Ⅲ 级)3种，这种分级法可能提供了肿瘤对化疗和放疗相关的预后信息，但目前更倾向于分为角化型和 非角化型。角化型：大致相当于高分化鳞癌，细胞体积大，有明显角化珠形成，可见细胞间桥，细胞异 型性较轻，无核分裂或核分裂罕见。非角化型：大致相当于中分化和低分化鳞癌。细胞体积大或较 小，可有单细胞角化但无角化珠，细胞间桥不明显，细胞异型性常明显，核分裂象多见。除上述最常见 的两种亚型外还有以下多种亚型：乳头状鳞状细胞癌、基底细胞样鳞状细胞癌、湿疣样癌、疣状癌、鳞 状移形细胞癌和淋巴上皮样瘤样癌。

**2.** **腺癌** 近年来子宫颈腺癌的发生率有上升趋势，占子宫颈癌的20%～25%。

(1)巨检：来自子宫颈管内，浸润管壁；或自子宫颈管内向子宫颈外口突出生长；常可侵犯宫旁组 织；病灶向子宫颈管内生长时，子宫颈外观可正常，但因子宫颈管膨大，形如桶状。

(2)显微镜检

1)普通型宫颈腺癌：最常见的组织学亚型，约占宫颈腺癌的90%。虽然来源于子宫颈管柱状黏 液细胞、偶尔间质内可见黏液池形成，但肿瘤细胞内见不到明确黏液，胞浆双嗜性或嗜酸性。镜下见 腺体结构复杂、呈筛状和乳头状，腺上皮细胞增生呈复层，核异型性明显，核分裂象多见。该亚型绝大 部分呈高-中分化。

2)黏液性腺癌：该亚型的特征是细胞内可见明确黏液，又进一步分为胃型、肠型、印戒细胞样和 非特指型。其中，高分化的胃型腺癌，既往称为微偏腺癌(minimal deviation adenocarcinoma,MDA),虽 然分化非常好，但几乎是所有宫颈腺癌中预后最差的一种亚型，5年生存率仅为普通宫颈腺癌的 一半。

**3.** **其他** 少见类型如腺鳞癌、腺样基底细胞癌、绒毛状管状腺癌、内膜样癌等上皮性癌，神经内 分泌肿瘤，间叶性肿瘤等。

**【转移途径】**

主要为直接蔓延和淋巴转移，血行转移极少见。

**1.** **直接蔓延** 最常见，癌组织向邻近器官及组织扩散。常向下累及阴道壁，极少向上累及宫腔。 向两侧扩散可累及主韧带及子宫颈旁、阴道旁组织直至骨盆壁；癌灶压迫或侵及输尿管时，可引起输 尿管阻塞及肾积水。晚期可向前、后蔓延侵及膀胱或直肠。

2. 淋巴转移 癌灶侵入淋巴管，形成瘤栓，随淋巴液引流进入局部淋巴结。淋巴转移一级组包 括子宫旁、闭孔、髂内、髂外、髂总、骶前淋巴结；二级组包括腹股沟深浅淋巴结、腹主动脉旁淋巴结。

**3.** **血行转移** 极少见，晚期可转移至肺、肝或骨骼等。

**【临床分期】**

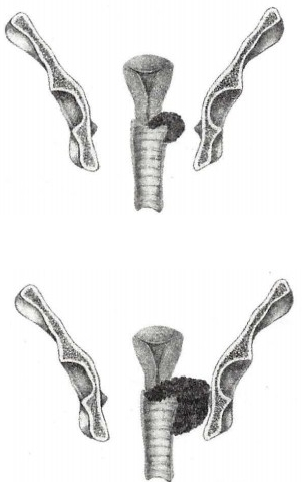
采用国际妇产科联盟(FICO,2009 年)的临床分期标准(表25-1)。临床分期在治疗前进行，治疗 后不再更改(图25-6)。

**【临床表现】**

早期子宫颈癌常无明显症状和体征。子宫颈管型患者因子宫颈外观正常易漏诊或误诊。随病变 发展，可出现以下表现：

**299**





**300** 第二十五章 子宫颈肿瘤

**表25-1** **子宫颈癌临床分期(FIGO,2009** **年** **)**

|  |
| --- |
| I 期 肿瘤局限在子宫颈(扩展至宫体应被忽略)  IA 镜下浸润癌。(所有肉眼可见的病灶，包括表浅浸润，均为IB期) 间质浸润深度<5mm,宽度≤7mm  I A1 间质浸润深度≤3mm,宽度≤7mm  I A2 间质浸润深度>3mm且<5mm,宽度≤7mm  I B 肉眼可见癌灶局限于子宫颈，或者镜下病灶>IA  I B1 肉眼可见癌灶≤4cm  I B2 肉眼可见癌灶>4cm |

Ⅱ 期

ⅡA

ⅡA1

ⅡⅡA2 ⅡB

肿瘤超越子宫，但未达骨盆壁或未达阴道下1/3

肿瘤侵犯阴道上2/3,无明显宫旁浸润

肉眼可见癌灶≤4cm

肉眼可见癌灶>4cm

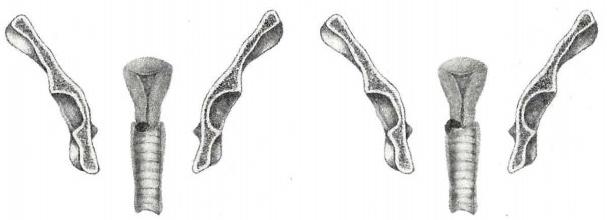
有明显宫旁浸润，但未达到盆壁

|  |
| --- |
| Ⅲ期 肿瘤已扩展到骨盆壁，在进行直肠指诊时，在肿瘤和盆壁之间无间隙。肿瘤累及阴道下  1/3。由肿瘤引起的肾盂积水或肾无功能的所有病例，除非已知道由其他原因所引起 ⅢA 肿瘤累及阴道下1/3,没有扩展到骨盆壁  ⅢB 肿瘤扩展到骨盆壁，或引起肾盂积水或肾无功能 |

IV期 肿瘤超出了真骨盆范围，或侵犯膀胱和/或直肠黏膜

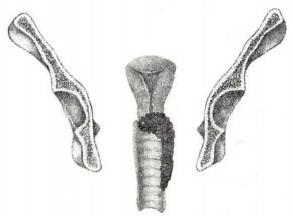
IVA 肿瘤侵犯邻近的盆腔器官

IVB 远处转移



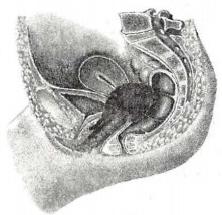
I期

ⅡA期



Ⅱ B期

ⅢA期



ⅢB期

IV期

图25- 6 子宫颈癌临床分期示意图

第二十五章子宫颈肿瘤

**1.** **症状**

(1)阴道流血：常表现为接触性出血，即性生活或妇科检查后阴道流血。也可表现为不规则阴道 流血，或经期延长、经量增多。老年患者常为绝经后不规则阴道流血。出血量根据病灶大小、侵及间 质内血管情况而不同，若侵蚀大血管可引起大出血。 一般外生型癌出血较早，量多；内生型癌出血 较晚。

(2)阴道排液：多数患者有白色或血性、稀薄如水样或米泔状、有腥臭味的阴道排液。晚期患者 因癌组织坏死伴感染，可有大量米泔样或脓性恶臭白带。

(3)晚期症状：根据癌灶累及范围出现不同的继发性症状。如尿频、尿急、便秘、下肢肿痛等；癌 肿压迫或累及输尿管时，可引起输尿管梗阻、肾盂积水及尿毒症；晚期可有贫血、恶病质等全身衰竭 症状。

2. 体征 微小浸润癌可无明显病灶，子宫颈光滑或糜烂样改变。随病情发展，可出现不同体征。 外生型子宫颈癌可见息肉状、菜花状赘生物，常伴感染，质脆易出血；内生型表现为子宫颈肥大、质硬、 子宫颈管膨大；晚期癌组织坏死脱落，形成溃疡或空洞伴恶臭。阴道壁受累时，可见赘生物生长或阴 道壁变硬；宫旁组织受累时，双合诊、三合诊检查可扪及子宫颈旁组织增厚、结节状、质硬或形成冰冻 骨盆状。

**【诊断】**

早期病例的诊断应采用子宫颈细胞学检查和(或)HPV 检测、阴道镜检查、子宫颈活组织检查的 “三阶梯”程序，确诊依据为组织学诊断。检查方法同本章第一节“子宫颈鳞状上皮内病变”。子宫颈 有明显病灶者，可直接在癌灶取材。

对子宫颈活检为HSIL但不能除外浸润癌者、或活检为可疑微小浸润癌需要测量肿瘤范围或除外 进展期浸润癌者，需行子宫颈锥切术。切除组织应作连续病理切片(24～36张)检查。

确诊后根据具体情况选择胸部X 线或 CT 平扫、静脉肾盂造影、膀胱镜检查、直肠镜检查、超声检 查及盆腔或腹腔增强CT 或磁共振、PET-CT 等影像学检查。

**【鉴别诊断】**

主要依据子宫颈活组织病理检查，与有类似临床症状或体征的各种子宫颈病变鉴别。包括：①子 宫颈良性病变：子宫颈柱状上皮异位、子宫颈息肉、子宫颈子宫内膜异位症和子宫颈结核性溃疡等；

②子宫颈良性肿瘤：子宫颈管肌瘤、子宫颈乳头瘤等；③子宫颈转移性癌等。

**【处理】**

根据临床分期、患者年龄、生育要求、全身情况、医疗技术水平及设备条件等，综合考虑制定适当 的个体化治疗方案。采用手术和放疗为主、化疗为辅的综合治疗。

1. 手术治疗 手术的优点是年轻患者可保留卵巢及阴道功能。主要用于早期子宫颈癌(IA~

ⅡA 期)患者。① IA1 期：无淋巴脉管间隙浸润者行筋膜外全子宫切除术，有淋巴脉管间隙浸润者按 IA2 期处理。② IA2 期：行改良广泛性子宫切除术及盆腔淋巴结切除术或考虑前哨淋巴结绘图活 检(sentinel lymphnode mapping)。③IB1期和ⅡA1 期：行广泛性子宫切除术及盆腔淋巴结切除术或 考虑前哨淋巴结绘图活检，必要时行腹主动脉旁淋巴取样。④部分IB2 期和ⅡA2 期：行广泛性子宫 切除术及盆腔淋巴结切除术和选择性腹主动脉旁淋巴结取样；或同期放、化疗后行全子宫切除术；也 有采用新辅助化疗后行广泛性子宫切除术及盆腔淋巴结切除术和选择性腹主动脉旁淋巴结取样。未 绝经、<45岁的鳞癌患者可保留卵巢。要求保留生育功能的年轻患者， IA1 期无淋巴脉管间隙浸润者 可行子宫颈锥形切除术(至少3mm 阴性切缘);IAl 期有淋巴脉管间隙浸润和IA2 期可行子宫颈锥 形切除术加盆腔淋巴结切除术或考虑前哨淋巴结绘图活检，或和IB1 期处理相同； 一般推荐肿瘤直 径<2cm 的 IB1 期行广泛性子宫颈切除术及盆腔淋巴结切除术或考虑前哨淋巴结绘图活检，但若经 腹或腹腔镜途径手术，肿瘤直径也可扩展至2～4cm。

2. 放射治疗①根治性放疗：适用于部分IB2 期和ⅡA2 期和ⅡB～IVA 期患者和全身情况不适

**301**



302 第二十五章 子宫颈肿瘤

宜手术的IA1～IB1/ⅡA1 期患者；②辅助放疗：适用于手术后病理检查发现有中、高危因素的患 者；③姑息性放疗：适用于晚期患者局部减瘤放疗或对转移病灶姑息放疗。放射治疗包括体外照射和 腔内放疗。外照射放疗以三维适形放疗及调强放疗为主，主要针对子宫、宫旁及转移淋巴结。腔内放 疗多采用铱-192(Ir) 高剂量率腔内及组织间插值放疗，主要针对宫颈、阴道及部分宫旁组织给以大 剂量照射。外照射和腔内放疗的合理结合，使病变部位的剂量分布更符合肿瘤生物学特点，可提高局 部控制率。

3. 全身治疗 包括全身化疗和靶向治疗、免疫治疗。化疗主要用于晚期、复发转移患者和根治 性同期放化疗，也可用于手术前后的辅助治疗。常用抗癌药物有顺铂、卡铂、紫杉醇、拓扑替康等，多 采用静脉联合化疗，也可用动脉局部灌注化疗。靶向药物主要是贝伐珠单抗，常与化疗联合应用。方 案如顺铂/紫杉醇/贝伐珠单抗、顺铂/紫杉醇、拓扑替康/紫杉醇/贝伐珠单抗、卡铂/紫杉醇方案等。 免疫治疗如PD-1/PD-L1抑制剂等也已在临床试用中。

**【预后】**

与临床期别、病理类型等密切相关，有淋巴结转移者预后差。

**【随访】**

治疗后2年内应每3~6个月复查1次；3～5年内每6个月复查1次；第6年开始每年复查1次。 随访内容包括妇科检查、阴道脱落细胞学检查、胸部X 线摄片、血常规及子宫颈鳞状细胞癌抗原(SC- CA)、超声、CT 或磁共振等。

**【预防】**

子宫颈癌是可以预防的肿瘤。①推广HPV 预防性疫苗接种(一级预防),通过阻断HPV 感染预 防子宫颈癌的发生；②普及、规范子宫颈癌筛查，早期发现SIL(二级预防);及时治疗高级别病变，阻 断子宫颈浸润癌的发生(三级预防);③开展预防子宫颈癌知识宣教，提高预防性疫苗注射率和筛查 率，建立健康的生活方式。

**【子宫颈癌合并妊娠】**

较少见。妊娠期出现阴道流血时，在排除产科因素引起的出血后，应做详细的妇科检查，对子宫 颈可疑病变作子宫颈细胞学检查、HPV 检测、阴道镜检查，必要时行子宫颈活检明确诊断。因子宫颈 锥切可能引起出血、流产和早产，只有在细胞学和组织学提示可能是浸润癌时，才作子宫颈锥切。

治疗方案的选择取决于患者期别、孕周和本人及家属对维持妊娠的意愿，采用个体化治疗。对于 不要求维持妊娠者，其治疗原则和非妊娠期子宫颈癌基本相同。对于要求维持妊娠者，妊娠20周之 前经锥切确诊的IA1 期可以延迟治疗， 一般不影响孕妇的预后，其中锥切切缘阴性可延迟到产后治 疗；妊娠20周之前诊断的IA2 期及其以上患者应终止妊娠并立即接受治疗。妊娠28周后诊断的各 期子宫颈癌可以延迟至胎儿成熟再行治疗。对于妊娠20~28周诊断的患者，可以根据患者及家属的 意愿采用延迟治疗或终止妊娠立即接受治疗，延迟治疗至少不明显影响IA2 期及IB1 期子宫颈癌 的预后。 IB2 期及以上期别决定延迟治疗者，建议采用新辅助化疗来延缓疾病进展。在延迟治疗期 间，应密切观察病情，如肿瘤进展，应及时终止妊娠。除IA1 期外，延迟治疗应在妊娠34周前终止妊 娠。分娩方式一般采用子宫体部剖宫产。

(林仲秋)







**第二十六章** **子** **宫** **肿** **瘤**

子宫肿瘤有良性和恶性之分。常见的良性肿瘤为子宫平滑肌瘤，常见的恶性肿瘤为子宫内膜癌 和子宫肉瘤。

**第一节** **子** **宫** **肌** **瘤**

● 临床表现与肌瘤的类型、大小和有无变性相关，最常见的症状是月经改变。

● 超声检查是常用、准确的辅助检查手段。

● 无症状者一般不需治疗，症状轻、近绝经年龄者可采用非手术治疗。

● 手术是最有效的治疗方法，适用于有症状或疑有肉瘤变者。

子宫肌瘤(uterine myoma,fibroid)是女性生殖器最常见的良性肿瘤，由平滑肌及结缔组织组成。 常见于30~50岁妇女，20岁以下少见。据尸检统计，30岁以上妇女约20%有子宫肌瘤。因肌瘤多无 症状或很少有症状，临床报道发病率远低于肌瘤真实发病率。

**【发病相关因素】**

确切病因尚未明了。因肌瘤好发于生育期，青春期前少见，绝经后萎缩或消退，提示其发生可能 与女性激素相关。生物化学检测证实肌瘤中雌二醇的雌酮转化明显低于正常肌组织；肌瘤中雌激素 受体浓度明显高于周边肌组织，故认为肌瘤组织局部对雌激素的高敏感性是肌瘤发生的重要因素之 一。此外，研究还证实孕激素有促进肌瘤有丝分裂、刺激肌瘤生长的作用。细胞遗传学研究显示 25%～50%子宫肌瘤存在细胞遗传学的异常，包括12号和14号染色体长臂片段相互换位、12号染色 体长臂重排、7号染色体长臂部分缺失等。分子生物学研究提示子宫肌瘤是由单克隆平滑肌细胞增 殖而成，多发性子宫肌瘤是由不同克隆平滑肌细胞增殖形成。

**【分类】**

1. 按肌瘤生长部位 分为宫体肌瘤(约90%)和宫颈肌瘤(约10%)。

2. 按肌瘤与子宫肌壁的关系 分为3类：

(1)肌壁间肌瘤(intramural myoma):占60%～~70%,肌瘤位于子宫肌壁间，周围均被肌层包围。

(2)浆膜下肌瘤(subserous myoma):约占20%,肌瘤向子宫浆膜面生长，并突出于子宫表面，肌瘤

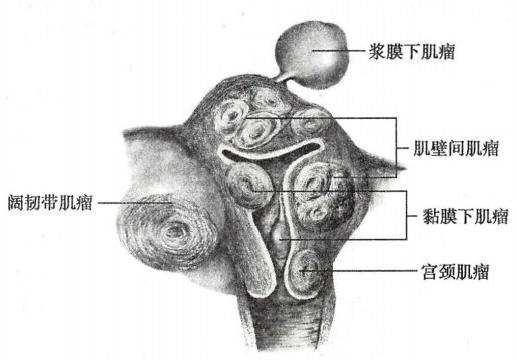
表面仅由子宫浆膜覆盖。若瘤体继续向浆膜面生长，仅有一蒂与子宫相连，称为带蒂浆膜下肌瘤，营 养由蒂部血管供应。若血供不足肌瘤可变性坏死。若蒂扭转断裂，肌瘤脱落形成游离性肌瘤。若肌 瘤位于子宫体侧壁向宫旁生长突出于阔韧带两叶之间，称为阔韧带肌瘤。

(3)黏膜下肌瘤(submucous myoma):占10%～15%。肌瘤向宫腔方向生长，突出于宫腔，表面仅 为子宫内膜覆盖。黏膜下肌瘤易形成蒂，在宫腔内生长犹如异物，常引起子宫收缩，肌瘤可被挤出宫 颈外口而突入阴道。

子宫肌瘤常为多个，各种类型的肌瘤可发生在同一子宫，称为多发性子宫肌瘤(图26-1)。

**【病理】**

**1.** **巨检** 肌瘤为实质性球形包块，表面光滑，质地较子宫肌层硬，压迫周围肌壁纤维形成假包 膜，肌瘤与假包膜间有一层疏松网状间隙，故易剥出。肌瘤长大或多个相融合时，呈不规则形状。切



**第二十六章** **子** **宫** **肿** **瘤**

**304**

面呈灰白色，可见漩涡状或编织状结构。

颜色和硬度与纤维结缔组织多少有关。

**2.** **镜** **检** 主要由梭形平滑肌细胞和 不等量纤维结缔组织构成。肌细胞大小均 匀，排列成漩涡状或棚状，核为杆状。极少 情况下尚有一些特殊的组织学类型，如富 细胞性、奇异型、核分裂活跃、上皮样平滑 肌瘤及静脉内和播散性腹膜平滑肌瘤等， 这些特殊类型平滑肌瘤的性质及恶性潜能 尚有待确定。

**【肌瘤变性】**

肌瘤变性是肌瘤失去原有的典型结

图26-1 子宫肌瘤分类示意图

构。常见的变性有：

1. 玻璃样变 (hyaline degeneration) 又称透明变性，最常见。肌瘤剖面漩涡状结构消失，由 均匀透明样物质取代。镜下见病变区肌细胞消失，为均匀透明无结构区。

2. 囊性变 (cystic degeneration) 子宫肌瘤玻璃样变继续发展，肌细胞坏死液化即可发生囊 性变，此时子宫肌瘤变软，很难与妊娠子宫或卵巢囊肿区别。肌瘤内出现大小不等的囊腔，其间有结 缔组织相隔，数个囊腔也可融合成大囊腔，腔内含清亮无色液体，也可凝固成胶冻状。镜下见囊腔为 玻璃样变的肌瘤组织构成，内壁无上皮覆盖。

3. 红色变性 (red degeneration) 多见于妊娠期或产褥期，为肌瘤的一种特殊类型坏死，发

生机制不清，可能与肌瘤内小血管退行性变引起血栓及溶血、血红蛋白渗入肌纤维间有关。患者可有 剧烈腹痛伴恶心、呕吐、发热，白细胞计数升高，检查发现肌瘤增大、压痛。肌瘤剖面为暗红色，如半熟 的牛肉，质软，漩涡状结构消失。镜检见组织高度水肿，假包膜内大静脉及瘤体内小静脉血栓形成，广 泛出血伴溶血，肌细胞减少，细胞核常溶解消失，并有较多脂肪小球沉积。

**4.** **肉瘤样变** **(sarcomatous** **change)** 较少见，仅为0.4%～0.8%,多见于绝经后子宫肌瘤伴

疼痛和出血的患者。没有证据表明绝经前快速增长的肌瘤有肉瘤变的可能，但若绝经后妇女肌瘤增 大仍应警惕恶变可能。肌瘤恶变后，组织变软且脆，切面灰黄色，似生鱼肉状，与周围组织界限不清。 镜下见平滑肌细胞增生活跃，排列紊乱，漩涡状结构消失，细胞有异型性，核分裂像易见(>10个/ 10HPF), 并可出现肿瘤细胞凝固性坏死。

**5.** **钙** **化** **(degeneration** **with** **calcification)** 多见于蒂部细小、血供不足的浆膜下肌瘤以及绝 经后妇女的肌瘤。常在脂肪变性后进一步分解成甘油三酯，再与钙盐结合，沉积在肌瘤内。 X 线摄片

可清楚看到钙化阴影。镜下可见钙化区为层状沉积，呈圆形，有深蓝色微细颗粒。

**【临床表现】**

1. 症 状 多无明显症状，仅在体检时发现。症状与肌瘤部位、大小和有无变性相关，而与肌瘤数 目关系不大。常见症状有：

(1)经量增多及经期延长：是子宫肌瘤最常见的症状。多见于大的肌壁间肌瘤及黏膜下肌瘤，肌 瘤使宫腔增大，子宫内膜面积增加并影响子宫收缩，此外肌瘤可能使肿瘤附近的静脉受挤压，导致子 宫内膜静脉丛充血与扩张，从而引起经量增多、经期延长。黏膜下肌瘤伴有坏死感染时，可有不规则 阴道流血或血样脓性排液。长期经量增多可继发贫血，出现乏力、心悸等症状。

(2)下腹包块：肌瘤较小时在腹部摸不到肿块，当肌瘤逐渐增大使子宫超过3个月妊娠大时，可 从腹部触及。较大的黏膜下肌瘤可脱出于阴道外，患者可因外阴脱出肿物就诊。

(3)白带增多：肌壁间肌瘤使宫腔面积增大，内膜腺体分泌增多，致使白带增多；子宫黏膜下肌瘤 一旦感染，可有大量脓样白带。若有溃烂、坏死、出血时，可有血性或脓血性、伴有恶臭的阴道流液。

第二十六章 子 宫 肿 瘤

(4)压迫症状：子宫前壁下段肌瘤可压迫膀胱引起尿频；宫颈肌瘤可引起排尿困难、尿潴留；子宫 后壁肌瘤可引起便秘等症状。阔韧带肌瘤或宫颈巨大肌瘤向侧方发展，嵌入盆腔内压迫输尿管使上 泌尿道受阻，造成输尿管扩张甚至肾盂积水。

(5)其他：包括下腹坠胀、腰酸背痛。肌瘤红色样变时有急性下腹痛，伴呕吐、发热及肿瘤局部压 痛；浆膜下肌瘤蒂扭转可有急性腹痛；子宫黏膜下肌瘤由宫腔向外排出时也可引起腹痛。黏膜下肌瘤 和引起宫腔变形的肌壁间肌瘤可引起不孕或流产。

2. 体征 与肌瘤大小、位置、数目及有无变性相关。较大肌瘤可在下腹部扪及实质性肿块。 妇科检查扪及子宫增大，表面不规则单个或多个结节状突起。浆膜下肌瘤可扪及单个实质性球状 肿块与子宫有蒂相连。黏膜下肌瘤位于宫腔内者子宫均匀增大，脱出于宫颈外口者，阴道窥器检 查即可看到宫颈口处有肿物，粉红色，表面光滑，宫颈外口边缘清楚。若伴感染时可有坏死、出血 及脓性分泌物。

**【诊断及鉴别诊断】**

根据病史、体征和超声检查，诊断多无困难。超声检查能区分子宫肌瘤与其他盆腔肿块。磁共振 检查可准确判断肌瘤大小、数目和位置。若有需要，还可选择宫腔镜、腹腔镜、子宫输卵管造影等协助 诊断。子宫肌瘤应与下列疾病鉴别：

1. 妊娠子宫 肌瘤囊性变时质地较软，应注意与妊娠子宫相鉴别。妊娠者有停经史及早孕反 应，子宫随停经月份增大变软，借助尿或血hCG 测定、超声检查可确诊。

2. 卵巢肿瘤 多无月经改变，肿块多呈囊性，位于子宫一侧。注意实质性卵巢肿瘤与带蒂浆膜 下肌瘤鉴别，肌瘤囊性变与卵巢囊肿鉴别。注意肿块与子宫的关系，可借助超声检查协助诊断，必要 时腹腔镜检查可明确诊断。

3. 子宫腺肌病 可有子宫增大、月经增多等。局限型子宫腺肌病类似子宫肌壁间肌瘤，质硬。 但子宫腺肌病继发性痛经明显，子宫多呈均匀增大，较少超过3个月妊娠子宫大小。超声检查及外周 血CA125 检测有助于诊断。但有时两者可以并存。

4. 子宫恶性肿瘤

(1)子宫肉瘤：好发于老年妇女，生长迅速，多有腹痛、腹部包块及不规则阴道流血，超声及磁共 振检查有助于鉴别，但通常术前较难明确诊断。

(2)子宫内膜癌：以绝经后阴道流血为主要症状，好发于老年女性，子宫呈均匀增大或正常。应 注意围绝经期妇女肌瘤可合并子宫内膜癌。诊刮或宫腔镜检查有助于鉴别。

(3)子宫颈癌：有不规则阴道流血及白带增多或不正常阴道排液等症状，外生型较易鉴别，内生 型宫颈癌应与宫颈黏膜下肌瘤鉴别。可借助于超声检查、宫颈脱落细胞学检查、HPV 检测、宫颈活检、 宫颈管搔刮等鉴别。

5. 其他卵巢子宫内膜异位囊肿、盆腔炎性包块、子宫畸形等，可根据病史、体征及超声等影像 学检查鉴别。

**【治疗】**

治疗应根据患者年龄、症状和生育要求，以及肌瘤的类型、大小、数目全面考虑。

1. 观察 无症状肌瘤一般不需治疗，特别是近绝经期妇女。绝经后肌瘤多可萎缩和症状消失。 每3～6个月随访一次，若出现症状可考虑进一步治疗。

2. 药物治疗 适用于症状轻、近绝经年龄或全身情况不宜手术者。

(1)促性腺激素释放激素类似物(gonadotropin-releasing hormone agonist,GnRH-a):采用大剂量连 续或长期非脉冲式给药，可抑制FSH 和LH 分泌，降低雌激素至绝经后水平，以缓解症状并抑制肌瘤 生长使其萎缩，但停药后又逐渐增大。用药后可引起绝经综合征，长期使用可引起骨质疏松等副作 用，故不推荐长期用药。应用指征：①缩小肌瘤以利于妊娠；②术前用药控制症状、纠正贫血；③术前 用药缩小肌瘤，降低手术难度，或使经阴道或腹腔镜手术成为可能；④对近绝经妇女，提前过渡到自然

**305**



306



第二十六章子宫肿瘤

绝经，避免手术。 一般应用长效制剂，每月1次。

(2)其他药物：米非司酮(mifepristone),每日10mg 或12.5mg 口服，可作为术前用药或提前绝经 使用。但不宜长期使用，因其拮抗孕激素后，子宫内膜长期受雌激素刺激，增加子宫内膜病变的风险。

3. 手术治疗 手术适应证：①因肌瘤导致月经过多，致继发贫血；②严重腹痛、性交痛或慢性腹 痛、有蒂肌瘤扭转引起的急性腹痛；③肌瘤体积大压迫膀胱、直肠等引起相应症状；④因肌瘤造成不孕 或反复流产；⑤疑有肉瘤变。

手术方式：

(1)肌瘤切除术(myomectomy): 适用于希望保留生育功能的患者，包括肌瘤经腹剔除、黏膜下肌 瘤和突向宫腔的肌壁间肌瘤宫腔镜下切除、及突入阴道的黏膜下肌瘤阴道内摘除。术后有残留或复 发可能。

(2)子宫切除术(hysterectomy):不要求保留生育功能或疑有恶变者，可行子宫切除术，包括全子 宫切除和次全子宫切除。术前应行宫颈细胞学检查，排除子宫颈鳞状上皮内病变或子宫颈癌。发生 于围绝经期的子宫肌瘤要注意排除合并子宫内膜癌。

手术可经腹、经阴道或经宫腔镜及腹腔镜进行。若选择腹腔镜手术行肌瘤剔除或子宫次全切除， 需要使用粉碎器取出切除的肌瘤或子宫体，因此，术前应尽可能排除子宫肉瘤或合并子宫内膜癌，并 向患者及家属说明其风险。

4. 其他治疗 为非主流治疗方法，主要适用于不能耐受或不愿手术者。

(1)子宫动脉栓塞术(uterine artery embolization,UAE):通过阻断子宫动脉及其分支，减少肌瘤的 血供，从而延缓肌瘤的生长，缓解症状。但该方法可能引起卵巢功能减退并增加潜在的妊娠并发症的 风险，对有生育要求的妇女一般不建议使用。

(2)高能聚焦超声(high-intensity focused ultrasound,HIFU):通过物理能量使肌瘤组织坏死，逐渐 吸收或瘢痕化，但存在肌瘤残留、复发，并需要除外恶性病变。类似治疗方法还有微波消融等。

(3)子宫内膜切除术(transcervical resection of endometrium,TCRE):经宫腔镜切除子宫内膜以减 少月经量或造成闭经。

**【子宫肌瘤合并妊娠】**

肌瘤合并妊娠占肌瘤患者0.5%～1%,占妊娠0.3%~0.5%,肌瘤小且无症状者常被忽略，实际 发病率高于报道。

肌瘤对妊娠及分娩的影响与肌瘤类型及大小有关。黏膜下肌瘤可影响受精卵着床，导致早期流 产；肌壁间肌瘤过大可使宫腔变形或内膜供血不足引起流产。生长位置较低的肌瘤可妨碍胎先露下 降，使妊娠后期及分娩时胎位异常、胎盘早剥、产道梗阻等。胎儿娩出后易因胎盘附着面大或排出困 难及子宫收缩不良导致产后出血。妊娠期及产褥期肌瘤易发生红色变，通常采用保守治疗，可缓解症 状。妊娠合并子宫肌瘤多能自然分娩，但应预防产后出血。若肌瘤阻碍胎儿下降应行剖宫产术，术中 是否同时切除肌瘤，需根据肌瘤大小、部位和患者情况而定。

**第二节** **子宫内膜癌**

● 可分为雌激素依赖型(I 型)和非雌激素依赖型(Ⅱ型),Ⅱ型预后不良。

● 绝大多数为子宫内膜样癌，组织学分级分为3级，分级越高，预后越差。

● 异常阴道流血为最常见症状，诊断性刮宫及宫腔镜下活检为最常用诊断方法，确诊依据是组织学 检查。

● 早期患者首选手术，根据有无影响预后的高危因素选择相应的辅助治疗；晚期患者采用手术、放 射、药物等综合治疗。

第二十六章子宫肿瘤

子宫内膜癌(endometrial carcinoma)是发生于子宫内膜的一组上皮性恶性肿瘤，以来源于子宫内 膜腺体的腺癌最常见。为女性生殖道三大恶性肿瘤之一，占女性全身恶性肿瘤7%,占女性生殖道恶 性肿瘤20%～30%。近年来发病率在世界范围内呈上升趋势。平均发病年龄为60岁，其中75%发 生于50岁以上妇女。

**【发病相关因素)**

病因不十分清楚。通常将子宫内膜癌分为两种类型， I 型是雌激素依赖型(estrogen-dependent), 其发生可能是在无孕激素拮抗的雌激素长期作用下，发生子宫内膜增生、不典型增生，继而癌变。子 宫内膜增生主要分为两类：不伴有不典型的增生( hyperplasia without atypia)和不典型增生(atypical hy- perplasia,AH),前者属良性病变，后者属癌前病变，有可能发展为癌。 I 型子宫内膜癌多见，均为子宫 内膜样癌，患者较年轻，常伴有肥胖、高血压、糖尿病、不孕或不育及绝经延迟，或伴有无排卵性疾病、 功能性卵巢肿瘤、长期服用单一雌激素或他莫昔芬等病史，肿瘤分化较好，雌、孕激素受体阳性率高， 预后好。 PTEN 基因失活和微卫星不稳定是常见的分子事件。Ⅱ型子宫内膜癌是非雌激素依赖型 (estrogen-independent),发病与雌激素无明确关系。这类子宫内膜癌的病理形态属少见类型，如子宫 内膜浆液性癌、透明细胞癌、癌肉瘤等。多见于老年妇女，在癌灶周围可以是萎缩的子宫内膜，肿瘤恶 性度高，分化差，雌、孕激素受体多呈阴性或低表达，预后不良。 p53 基因突变和 HER2 基因过度表达 为常见的分子事件。

近年研究发现，这种子宫内膜癌的二元论分型存在分子特征的交叉，部分病例与病理特征并不完 全一致，因此有学者通过基因组序列分析，根据分子特征将子宫内膜癌分为四种亚型：POLE 突变型、 微卫星不稳定型(MSI)、 低拷贝型(CN-low)和高拷贝型(CN-high)。 该分子分型对子宫内膜癌的预后 有较高的预测价值，POLE 突变型预后较好，而高拷贝型预后最差。

大多数子宫内膜癌为散发性，但约有5%与遗传有关，其中关系最密切的遗传综合征是林奇综合 征(Lynch syndrome),也称遗传性非息肉结直肠癌综合征(hereditary non-polyposis colorectal cancer syn- drome,HNPCC),是一种由错配修复基因突变引起的常染色体显性遗传病，与年轻女性的子宫内膜癌 发病有关。

**【病理】**

1. 巨检 不同组织学类型内膜癌的肉眼观无明显区别。大体可分为弥散型和局灶型。①弥散 型：子宫内膜大部或全部为癌组织侵犯，并突向宫腔，常伴有出血、坏死；癌灶也可侵入深肌层或宫颈， 若阻塞宫颈管可引起宫腔积脓。②局灶型：多见于宫腔底部或宫角部，癌灶小，呈息肉或菜花状，易浸 润肌层。

**2.** **镜检及病理类型**

(1)内膜样癌(endometrioid carcinoma):占80%~90%,内膜腺体高度异常增生，上皮复层，并形 成筛孔状结构。癌细胞异型明显，核大、不规则、深染，核分裂活跃，分化差的内膜样癌腺体少，腺结构 消失，成实性癌块。根据细胞分化程度或实性成分所占比例分为三级，高分化(C1)、 中分化(C2) 和 低分化(G3), 低分化肿瘤的恶性程度高。

(2)浆液性癌(serous carcinoma):占1%～9%。癌细胞异型性明显，多为不规则复层排列，呈乳 头状、腺样及实性巢片生长，1/3可伴砂粒体。恶性程度高，易有深肌层浸润和腹腔播散，以及淋巴结 及远处转移，无明显肌层浸润时也可能发生腹腔播散，预后差。

(3)黏液性癌(mucinous carcinoma):约占5%,肿瘤半数以上由胞质内充满黏液的细胞组成，大 多腺体结构分化良好，生物学行为与内膜样癌相似，预后较好。

(4)透明细胞癌(clear cell carcinoma):占不足5%,多呈实性片状、腺管样或乳头状排列，细胞质 丰富、透亮，核呈异型性，或由靴钉状细胞组成。恶性程度高，易早期转移。

(5)癌肉瘤(carcinosarcoma):较少见，是一种由恶性上皮和恶性间叶成分混合组成的子宫恶性肿 瘤，也称恶性米勒管混合瘤(malignant Mullerial mixed tumor,MMMT),现认为其为上皮来源恶性肿瘤

**307**



308

笔记

第二十六章子宫肿瘤

向间叶转化。常见于绝经后妇女。肿瘤体积可以很大，并侵犯子宫肌层，伴出血坏死。镜下见恶性上 皮成分通常为米勒管型上皮，间叶成分分为同源性和异源性，后者常见恶性软骨、横纹肌成分，恶性程 度高。

【转移途径】

多数子宫内膜癌生长缓慢，局限于内膜或在宫腔内时间较长，部分特殊病理类型(浆液性癌、透明 细胞癌、癌肉瘤)和高级别(G3) 内膜样癌可发展很快，短期内出现转移。其主要转移途径为直接蔓 延、淋巴转移和血行转移。

1. 直接蔓延 癌灶初期沿子宫内膜蔓延生长，向上可沿子宫角波及输卵管，向下可累及宫颈管 及阴道。若癌瘤向肌壁浸润，可穿透子宫肌层，累及子宫浆膜，种植于盆腹腔腹膜、直肠子宫陷凹及大 网膜等部位。

2. 淋巴转移 为子宫内膜癌的主要转移途径。当肿瘤累及子宫深肌层、宫颈间质或为高级别 时，易发生淋巴转移。转移途径与癌肿生长部位有关：宫底部癌灶常沿阔韧带上部淋巴管网经骨盆漏 斗韧带转移至腹主动脉旁淋巴结。子宫角或前壁上部病灶沿圆韧带淋巴管转移至腹股沟淋巴结。子 宫下段或已累及子宫颈管癌灶的淋巴转移途径与子宫颈癌相同，可累及宫旁、闭孔、髂内、髂外及髂总 淋巴结。子宫后壁癌灶可沿宫骶韧带转移至直肠旁淋巴结。约10%内膜癌经淋巴管逆行引流累及 阴道前壁。

3. 血行转移 晚期患者经血行转移至全身各器官，常见部位为肺、肝、骨等。

**【分期】**

子宫内膜癌的分期，采用国际妇产科联盟(FIGO,2009 年)修订的手术-病理分期，见表26-1。

**表26-1** **子宫内膜癌手术病理分期(FIGO,2009** **年)**

|  |
| --- |
| I期 肿瘤局限于子宫体  IA 肿瘤浸润深度<1/2肌层  I B 肿瘤浸润深度≥1/2肌层 |

Ⅱ 期 肿瘤侵犯宫颈间质，但无宫体外蔓延

|  |
| --- |
| Ⅲ期 肿瘤局部和(或)区域扩散  Ⅲ A 肿瘤累及子宫浆膜和(或)附件  Ⅲ B 肿瘤累及阴道和(或)宫旁组织  Ⅲ C 盆腔淋巴结和(或)腹主动脉旁淋巴结转移  Ⅲ C1 盆腔淋巴结转移  Ⅲ C2 腹主动脉旁淋巴结转移伴(或不伴)盆腔淋巴结转移 |

IV期 肿瘤侵及膀胱和(或)直肠黏膜，和(或)远处转移

IV A 肿瘤侵及膀胱和(或)直肠黏膜

IV B 远处转移，包括腹腔内和(或)腹股沟淋巴结转移

**【临床表现】**

1. 症状 约90%的患者出现阴道流血或阴道排液症状。

(1)阴道流血：主要表现为绝经后阴道流血，量一般不多。尚未绝经者可表现为经量增多、经期 延长或月经紊乱。

(2)阴道排液：多为血性液体或浆液性分泌物，合并感染则有脓血性排液，恶臭。因异常阴道排 液就诊者约占25%。

(3)下腹疼痛及其他：若肿瘤累及宫颈内口，可引起宫腔积脓，出现下腹胀痛及痉挛样疼痛。肿 瘤浸润子宫周围组织或压迫神经可引起下腹及腰骶部疼痛。晚期可出现贫血、消瘦及恶病质等相应 症状。

2. 体征早期患者妇科检查可无异常发现。晚期可有子宫增大，合并宫腔积脓时可有明显压



第二十六章 子 宫 肿 瘤 **309**

痛，宫颈管内偶有癌组织脱出，触之易出血。癌灶浸润周围组织时，子宫固定或在宫旁扪及不规则结 节状物。

**【诊断】**

1. 病史及临床表现 对于绝经后阴道流血、绝经过渡期月经紊乱，均应排除子宫内膜癌后再按 良性疾病处理。对有以下情况的异常阴道流血妇女要警惕子宫内膜癌：①有子宫内膜癌发病高危因 素如肥胖、不育、绝经延迟者；②有长期应用雌激素、他莫昔芬或雌激素增高疾病史者；③有乳腺癌、子 宫内膜癌家族史者。

2. 影像学检查 经阴道超声检查可了解子宫大小、宫腔形状、宫腔内有无赘生物、子宫内膜厚 度、肌层有无浸润及深度，可对异常阴道流血的原因作出初步判断，并为选择进一步检查提供参考。 典型子宫内膜癌的超声图像有宫腔内不均回声区，或宫腔线消失、肌层内有不均回声区。彩色多普勒 显像可显示丰富血流信号。其他影像学检查更多用于治疗前评估，磁共振成像对肌层浸润深度和宫 颈间质浸润有较准确的判断，腹部CT 可协助判断有无子宫外转移。

**3.** **诊断性刮宫** **(diagnostic** **curettage)** 是常用而有价值的诊断方法。常行分段诊刮 (fractional curettage),以同时了解宫腔和宫颈的情况。对病灶较小者，诊断性刮宫可能会漏诊。组织 学检查是子宫内膜癌的确诊依据。

**4.** **宫腔镜检查** 可直接观察宫腔及宫颈管内有无癌灶存在，癌灶大小及部位，直视下活检，对局 灶型子宫内膜癌的诊断和评估宫颈是否受侵更为准确。

**5.** **其** **他**

(1)子宫内膜微量组织学或细胞学检查：操作方法简便，国外文献报道其诊断的准确性与诊断性 刮宫相当。

(2)血清CA125 测定：有子宫外转移者或浆液性癌，血清CA125 值可升高。也可作为疗效观察 的指标。

**【鉴别诊断】**

绝经后及绝经过渡期异常子宫出血为子宫内膜癌最常见的症状，故子宫内膜癌应与引起阴道流 血的各种疾病相鉴别。

**1.** **萎缩性阴道炎** 主要表现为血性白带。检查时可见阴道黏膜变薄、充血或有出血点、分泌物 增多等表现。超声检查宫腔内无异常发现，治疗后可好转。必要时可先抗炎治疗后，再作诊断性 刮宫。

**2.** **子宫黏膜下肌瘤或内膜息肉** 有月经过多或不规则阴道流血，可行超声检查、宫腔镜检查以 及诊断性刮宫以明确诊断。

**3.** **内生型子宫颈癌、子宫肉瘤及输卵管癌** 均可有阴道排液增多或不规则流血。内生型子宫 颈癌因癌灶位于宫颈管内，宫颈管变粗、硬或呈桶状。子宫肉瘤可有子宫明显增大、质软。输卵管癌 以阴道流血、下腹隐痛、间歇性阴道排液为主要症状，可有附件包块。分段诊刮及影像学检查可协助 鉴别。

**【治疗】**

根据肿瘤累及范围及组织学类型，结合患者年龄及全身情况制定适宜的治疗方案。早期患者以 手术为主，术后根据高危因素选择辅助治疗。影响子宫内膜癌预后的高危因素有：非子宫内膜样腺 癌、高级别腺癌、肌层浸润超过1/2、脉管间隙受侵、肿瘤直径大于2cm、宫颈间质受侵、淋巴结转移和 子宫外转移等。晚期患者采用手术、放射、药物等综合治疗。对于影像学评估病灶局限于子宫内膜的 高分化的年轻子宫内膜样癌患者，可考虑采用孕激素治疗为主的保留生育功能治疗。

1. 手术治疗为首选治疗方法。手术目的： 一是进行手术-病理分期，确定病变范围及预后相关 因素，二是切除病变子宫及其他可能存在的转移病灶。分期手术(surgical staging)步骤包括：①留取 腹腔积液或盆腔冲洗液，行细胞学检查；②全面探查盆腹腔，对可疑病变取样送病理检查；③切除子宫

310



第二十六章子宫肿瘤

及双侧附件，术中常规剖检子宫标本，必要时行冰冻切片检查，以确定肌层侵犯程度；④切除盆腔及腹 主动脉旁淋巴结。手术可经腹或腹腔镜途径进行。切除的标本应常规进行病理学检查，癌组织还应 行雌、孕激素受体检测，作为术后选用辅助治疗的依据。

病灶局限于子宫体者的基本术式是筋膜外全子宫切除及双侧附件切除术，但对年轻、无高危因素 者，可考虑保留卵巢；对于伴有高危因素者应同时行盆腔和腹主动脉旁淋巴结切除，也可以考虑前哨 淋巴结绘图活检(sentinel lymphnode mapping),以避免系统淋巴结切除引起的并发症。病变侵犯宫颈 间质者行改良广泛性子宫切除、双侧附件切除及盆腔和腹主动脉旁淋巴结切除。病变超出子宫者实 施肿瘤细胞减灭术，以尽可能切除所有肉眼可见病灶为目的。

2. 放疗 是治疗子宫内膜癌有效方法之一，分近距离照射及体外照射两种。近距离照射多用后 装治疗机，放射源多为铱-192、钴-60或铯-137。体外照射以三维适形放疗及调强放疗为主，常用直线 加速器或钴-60治疗机。

单纯放疗：仅用于有手术禁忌证的患者或无法手术切除的晚期患者。近距离照射总剂量按低剂 量率计算为40~50Gy。 体外照射总剂量40～45Gy。 对 I 期、高分化者选用单纯腔内近距离照射外， 其他各期均应采用腔内联合体外照射治疗。

放疗联合手术：Ⅱ期、ⅢC 和伴有高危因素的 I 期(深肌层浸润、G3)患者，术后应辅助放疗，可降 低局部复发，改善无瘤生存期。对Ⅲ期和IV期病例，通过手术、放疗和化疗联合应用，可提高疗效。

3. 化疗 为全身治疗，适用于晚期或复发子宫内膜癌，也可用于术后有复发高危因素患者的治 疗，以期减少盆腔外的远处转移。常用化疗药物有顺铂、多柔比星、紫杉醇等。可单独或联合应用，也 可与孕激素合并应用。子宫浆液性癌术后应常规给予化疗，方案同卵巢上皮性癌。

4. 孕激素治疗 主要用于保留生育功能的早期子宫内膜癌患者，也可作为晚期或复发子宫内膜 癌患者的综合治疗方法之一。以高效、大剂量、长期应用为宜，至少应用12周以上方可评定疗效。孕 激素受体(PR) 阳性者有效率可达80%。常用药物及用法：醋酸甲羟孕酮250～500mg/d 口服；甲地孕 酮160～320mg/d 口服；己酸孕酮500mg 肌内注射，每周2次。长期使用可有水钠潴留或药物性肝炎 等副作用，停药后可恢复。有血栓性疾病史者慎用。

**【预后】**

影响预后的因素主要有：①肿瘤的恶性程度及病变范围，包括手术病理分期、组织学类型、肿瘤分 级、肌层浸润深度、淋巴转移及子宫外转移等；②患者全身状况；③治疗方案的选择等。

**【随访】**

治疗后应定期随访，75%～95%复发在术后2～3年内。随访内容应包括详细询问病史、盆腔检 查、阴道细胞学检查、胸部X 线摄片、腹盆腔超声、血清CA125 检测等，必要时可作CT 及磁共振检查。 一般术后2～3年内每3个月随访1次，3年后每6个月1次，5年后每年1次。

**【预防】**

预防措施：①重视绝经后妇女阴道流血和绝经过渡期妇女月经紊乱的诊治；②正确掌握雌激素应 用指征及方法；③对有高危因素的人群，如肥胖、不育、绝经延迟、长期应用雌激素及他莫昔芬等，应密 切随访或监测；④加强对林奇综合征妇女的监测，有建议可在30～35岁后开展每年一次的妇科检查、 经阴道超声和内膜活检，甚至建议在完成生育后可预防性切除子宫和双侧附件。

**第三节** **子** **宫** **肉** **瘤**

● 比较少见，大多数预后极差。

● 最常见的症状为阴道不规则流血伴腹痛，确诊依据是组织学诊断。

● 手术是主要的治疗方法，根据手术-病理分期和病理类型，选择术后辅助治疗。

第二十六章 子 宫 肿 瘤

子宫肉瘤(uterine sarcoma)少见，恶性程度高，占子宫恶性肿瘤2%～4%,占女性生殖道恶性肿瘤 1%。来源于子宫肌层、肌层内结缔组织和内膜间质，也可继发于子宫平滑肌瘤。多见于40～60岁以 上妇女。

**【组织发生及病理】**

根据不同的组织发生来源，分为单一间叶来源和混合性上皮间叶来源。

**1.** **子宫平滑肌肉瘤** **(leiomyosarcoma,LMS)** 分为原发性和继发性两种。原发性平滑肌肉

瘤是指由具有平滑肌分化的细胞组成的恶性肿瘤，是子宫最常见的恶性间叶性肿瘤，发自子宫肌层或 肌壁间血管壁的平滑肌组织。此种肉瘤呈弥漫性生长，与子宫壁之间无明显界限，无包膜。继发性平 滑肌肉瘤为原已存在的平滑肌瘤恶变，很少见。肌瘤恶变常自肌瘤中心部分开始，向周围扩展直到整 个肌瘤发展为肉瘤，可侵及包膜。通常肿瘤的体积较大，切面为均匀一致的黄色或红色结构，呈鱼肉 状或豆渣样。镜下平滑肌肉瘤细胞呈梭形，细胞大小不一致，形态各异，排列紊乱，有核异型，染色质 深，核仁明显，细胞质呈碱性，有时有巨细胞出现。核分裂象>10/10HPF,有凝固性坏死。子宫平滑肌 肉瘤易发生血行转移，如肺转移。继发性平滑肌肉瘤的预后比原发性好。

**2.** **子宫内膜间质肉瘤** **(endometrial** **stromal** **sarcoma,ESS)** 来自子宫内膜间质细胞，按 照核分裂象、血管侵袭及预后情况分为三种类型。

(1)低级别子宫内膜间质肉瘤：大体见肿瘤呈息肉状或结节状，突向宫腔或侵及肌层，但边界欠 清。镜下见子宫内膜间质细胞侵入肌层肌束间，细胞形态大小一致，无明显的不典型和多形性，核分 裂象一般<10/10HPF,无坏死或坏死不明显。有向宫旁组织转移倾向，较少发生淋巴及肺转移。复发 迟，平均在初始治疗后5年复发。

(2)高级别子宫内膜间质肉瘤：大体见宫壁有多发性息肉状赘生物，侵入宫腔。镜下见肿瘤细胞 缺乏均匀一致，具有渗透样浸润性生长方式，肿瘤细胞大，核异型明显，核分裂象通常>10个/10HPF。 易子宫外转移，预后差。

(3)未分化子宫肉瘤：大体见侵入宫腔内息肉状肿块，伴有出血坏死。肿瘤细胞分化程度差，细 胞大小不一致，核异型明显，核分裂活跃，多伴脉管侵犯。恶性度高，预后差。

**3.** **腺肉瘤** **(adenosarcoma)** 指含有良性腺上皮成分及肉瘤样间叶成分的恶性肿瘤。多见

于绝经后妇女，也可见于青春期或育龄期女性。腺肉瘤呈息肉样生长，突入宫腔，较少侵犯肌层，切面 常呈灰红色，伴出血坏死，可见小囊腔。镜下可见被间质挤压呈裂隙状的腺上皮成分，周围间叶细胞 排列密集，细胞轻度异型，核分裂不活跃(2～4个/10HPF)。

【转移途径】

有血行播散、直接蔓延及淋巴转移。

【临床表现】

1. 症状 无特异性。早期症状不明显，随着病情发展可出现下列表现：

(1)阴道不规则流血：最常见，量多少不等。

(2)腹痛：肉瘤生长快，子宫迅速增大或瘤内出血、坏死、子宫肌壁破裂引起急性腹痛。

(3)腹部包块：患者常诉下腹部包块迅速增大。

(4)压迫症状及其他：可压迫膀胱或直肠，出现尿频、尿急、尿潴留、大便困难等症状。晚期患者

全身消瘦、贫血、低热或出现肺、脑转移相应症状。宫颈肉瘤或肿瘤自宫腔脱出至阴道内，常有大量恶 臭分泌物。

**2.** **体征** 子宫增大，外形不规则。宫颈口可有息肉或肌瘤样肿块，呈紫红色，极易出血，继发感 染后有坏死及脓性分泌物。晚期肉瘤可累及骨盆侧壁，子宫固定不活动，可转移至肠管及腹腔，但腹 腔积液少见。

**【诊断】**

因子宫肉瘤临床表现与子宫肌瘤及其他恶性肿瘤相似，术前诊断较困难。辅助诊断可选用阴道

**311**



**312** 第二十六章 子 宫 肿 瘤

彩色多普勒超声检查、盆腔磁共振、诊断性刮宫等。确诊依据为组织学检查。

**【临床分期】**

子宫肉瘤的分期采用国际妇产科联盟(FIGO,2009 年)制定的手术-病理分期，见表26-2。

**表26-2** **子宫肉瘤手术-病理分期(FIGO,2009年)**

(1)子宫平滑肌肉瘤和子宫内膜间质肉瘤

I期

I A

I B

Ⅱ 期

ⅡA

ⅡB

Ⅲ期

ⅢA

ⅢB

ⅢC

IV期

IVA

IVB

(2)腺肉瘤

I期

I A

I B

I C

Ⅱ 期

ⅡA

ⅡB

Ⅲ期

ⅢA

ⅢB

ⅢC

IV期

IVA

IVB

肿瘤局限于子宫体

肿瘤≤5cm

肿瘤>5cm

肿瘤侵及盆腔

附件受累

子宫外盆腔内组织受累

肿瘤侵及腹腔组织(不包括子宫肿瘤突入腹腔) 一个病灶

一个以上病灶

盆腔淋巴结和(或)腹主动脉旁淋巴结转移

膀胱和(或)直肠或有远处转移

肿瘤侵及膀胱和(或)直肠

远处转移

肿瘤局限于子宫体

肿瘤局限于子宫内膜或宫颈内膜，无肌层浸润

肌层浸润≤1/2

肌层浸润>1/2

肿瘤侵及盆腔

附件受累

子宫外盆腔内组织受累

肿瘤侵及腹腔组织(不包括子宫肿瘤突入腹腔) 一个病灶

一个以上病灶

盆腔淋巴结和(或)腹主动脉旁淋巴结转移

膀胱和(或)直肠或有远处转移

肿瘤侵及膀胱和(或)直肠

远处转移

**【治疗】**

治疗原则以手术为主。 I 期和Ⅱ期患者行筋膜外子宫及双侧附件切除术。强调子宫应完整切除 并取出，术前怀疑肉瘤者，禁用子宫粉碎器。是否行淋巴结切除尚有争议。根据期别和病理类型，术 后化疗或放疗有可能提高疗效。Ⅲ期及IV期应考虑手术、放疗和化疗综合治疗。低级别子宫内膜间 质肉瘤孕激素受体多为高表达，大剂量孕激素治疗有一定效果。

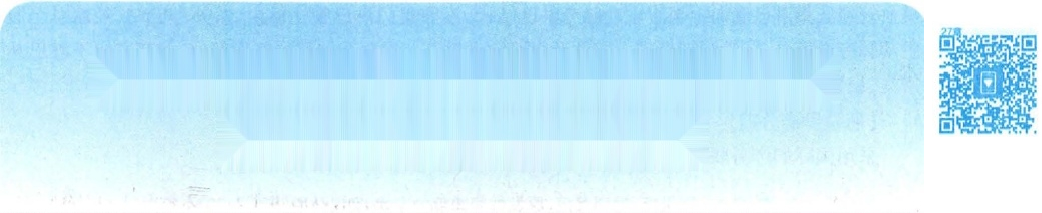
**【预后】**

复发率高，预后差，5年生存率为20%～30%。预后与肉瘤类型、恶性程度、肿瘤分期、有无转移 及治疗方法有关。继发性子宫平滑肌肉瘤及低级别子宫内膜间质肉瘤预后相对较好；高级别子宫内



膜间质肉瘤和未分化子宫肉瘤预后差。

(王建六)



**第二十七章** **卵巢肿瘤、输卵管**

**肿瘤及原发性腹膜癌**

卵巢肿瘤是常见的妇科肿瘤，可发生于任何年龄。其中恶性肿瘤早期病变不易发现，晚期病例缺

乏有效的治疗手段，致死率居妇科恶性肿瘤首位。

输卵管恶性肿瘤曾被认为是罕见的，但近年来的组织学、分子遗传学的证据表明，曾被归类于卵

巢癌或原发性腹膜癌中40%～60%可能起源于输卵管，将卵巢、输卵管和原发腹膜肿瘤归于一类疾

病更为合理。对于能确认原发部位者，按原发部位命名，而对于无法确认者，归类为“未确定部位 肿瘤”。

**第一节** **卵巢肿瘤概论**

● 组织学类型繁多，不同类型的肿瘤有不同的生物学行为。

● 并发症包括蒂扭转、破裂、感染和恶变。

● 恶性肿瘤早期常无症状，晚期可有消化道症状等，但非特异性。直接蔓延、腹腔种植与淋巴转移为 主要转移途径。

● 手术是主要治疗手段。恶性肿瘤术后应根据其组织学类型、手术病理分期等决定辅助性 化疗。

卵巢肿瘤组织成分非常复杂，是全身各脏器原发肿瘤类型最多的器官，不同类型的组织学结构和 生物学行为，均存在很大差异。

**【组织学分类)**

根据世界卫生组织(WHO) 制定的女性生殖器肿瘤组织学分类(2014版),卵巢肿瘤分为14大

类，其中主要组织学类型为上皮性肿瘤、生殖细胞肿瘤、性索-间质肿瘤及转移性肿瘤。

**1.** **上皮性肿瘤** 是最常见的组织学类型，约占50%～70%。可分为浆液性、黏液性、子宫内膜

样、透明细胞、移行细胞(Brenner瘤)和浆黏液性肿瘤5类，各类别依据生物学行为进一步分类，即良 性肿瘤、交界性肿瘤(不典型增生肿瘤)和癌。

2. 生殖细胞肿瘤为来源于生殖细胞的一组肿瘤，占20%～40%,可分为畸胎瘤、无性细胞瘤、 卵黄囊瘤、胚胎性癌、非妊娠性绒癌、混合型生殖细胞肿瘤等。

3. 性索-间质肿瘤来源于原始性腺中的性索及间叶组织，占5%～8%。可分为纯型间质肿瘤、 纯型性索肿瘤和混合型性索-间质肿瘤。

4. 转移性肿瘤为继发于胃肠道、生殖道、乳腺等部位的原发性癌转移至卵巢形成的肿瘤。

**【恶性肿瘤的转移途径】**

直接蔓延、腹腔种植和淋巴转移是卵巢恶性肿瘤的主要转移途径。其转移特点是盆、腹腔内广泛

转移灶，包括横膈、大网膜、腹腔脏器表面、壁腹膜等，以及腹膜后淋巴结转移。即使原发部位外观为 局限的肿瘤，也可发生广泛转移，其中以上皮性癌表现最为典型。淋巴转移途径有三种方式：①沿卵



314 **第二十七章** **卵巢肿瘤、输卵管肿瘤及原发性腹膜癌**

巢血管经卵巢淋巴管向上至腹主动脉旁淋巴结；②沿卵巢门淋巴管达髂内、髂外淋巴结，经髂总至腹 主动脉旁淋巴结；③沿圆韧带进入髂外及腹股沟淋巴结。横膈为转移的好发部位，尤其右膈下淋巴丛 密集、最易受侵犯。血行转移少见，晚期可转移到肺、胸膜及肝实质。

**【恶性肿瘤分期】**

采用国际妇产科联盟(FIGO) 的手术病理分期(表27-1)。

**表27-1** **卵巢癌、输卵管癌、原发性腹膜癌的手术-病理分期(FIGO,2014** **年)**



I期 病变局限于卵巢或输卵管

I A 肿瘤局限于单侧卵巢(包膜完整)或输卵管，卵巢和输卵管表面无肿瘤；腹腔积液或腹腔

冲洗液未找到癌细胞

I B 肿瘤局限于双侧卵巢(包膜完整)或输卵管，卵巢和输卵管表面无肿瘤；腹腔积液或腹腔

冲洗液未找到癌细胞

IC 肿瘤局限于单侧或双侧卵巢或输卵管，并伴有如下任何一项：

I C1 手术导致肿瘤破裂

I C2 手术前包膜已破裂或卵巢、输卵管表面有肿瘤

I C3 腹腔积液或腹腔冲洗液发现癌细胞

Ⅱ 期 肿瘤累及单侧或双侧卵巢并有盆腔内扩散(在骨盆入口平面以下)或原发性腹膜癌 ⅡA 肿瘤蔓延或种植到子宫和(或)输卵管和(或)卵巢

Ⅱ B 肿瘤蔓延至其他盆腔内组织



Ⅲ期 肿瘤累及单侧或双侧卵巢、输卵管或原发性腹膜癌，伴有细胞学或组织学证实的盆腔外腹膜转移 或证实存在腹膜后淋巴结转移

ⅢA1 仅有腹膜后淋巴结转移(细胞学或组织学证实)

ⅢA1(i) 淋巴结转移最大直径≤10mm

ⅢA1(ii) 淋巴结转移最大直径>10mm

Ⅲ A2 显微镜下盆腔外腹膜受累，伴或不伴腹膜后淋巴结转移

ⅢB 肉眼盆腔外腹膜转移，病灶最大直径≤2cm,伴或不伴腹膜后淋巴结转移

ⅢC 肉眼盆腔外腹膜转移，病灶最大直径>2cm,伴或不伴腹膜后淋巴结转移(包括肿瘤蔓延至 肝包膜和脾，但未转移到脏器实质)

IV期 超出腹腔外的远处转移

IVA 胸腔积液细胞学阳性

IVB 腹膜外器官实质转移(包括肝实质转移和腹股沟淋巴结和腹腔外淋巴结转移)



**【临床表现】**

**1.** **良性肿瘤** 肿瘤较小时多无症状，常在妇科检查时偶然发现。肿瘤增大时，感腹胀或腹部扪 及肿块。肿瘤长大占满盆、腹腔时，可出现尿频、便秘、气急、心悸等压迫症状。检查见腹部膨隆，叩诊 实音，无移动性浊音。双合诊和三合诊检查可在子宫一侧或双侧触及圆形或类圆形肿块，多为囊性， 表面光滑，活动，与子宫无粘连。

**2.** **恶性肿瘤** 早期常无症状。晚期主要症状为腹胀、腹部肿块、腹腔积液及其他消化道症状； 部分患者可有消瘦、贫血等恶病质表现；功能性肿瘤可出现不规则阴道流血或绝经后出血。妇科 检查可扪及肿块多为双侧，实性或囊实性，表面凹凸不平，活动差，常伴有腹腔积液。三合诊检查 可在直肠子宫陷凹处触及质硬结节或肿块。有时可扪及上腹部肿块，及腹股沟、腋下或锁骨上肿 大的淋巴结。

**【并发症】**

**1.** **蒂扭转** 为常见的妇科急腹症，约10%卵巢肿瘤可发生蒂扭转。好发于瘤蒂较长、中等大、活

动度良好、重心偏于一侧的肿瘤，如成熟畸胎瘤。常在体位突然改变，或妊娠期、产褥期子宫大小、位

**第二十七章** **卵巢肿瘤、输卵管肿瘤及原发性腹膜癌** **315**

置改变时发生蒂扭转(图27-1)。卵巢肿瘤扭 转的蒂由骨盆漏斗韧带、卵巢固有韧带和输卵 管组成。发生急性扭转后，因静脉回流受阻， 瘤内充血或血管破裂致瘤内出血，导致瘤体迅 速增大。若动脉血流受阻，肿瘤可发生坏死、 破裂和继发感染。蒂扭转的典型症状是体位 改变后突然发生一侧下腹剧痛，常伴恶心、呕 吐甚至休克。双合诊检查可扪及压痛的肿块， 以蒂部最明显。有时不全扭转可自然复位，腹 痛随之缓解。治疗原则是一经确诊，尽快行 手术。

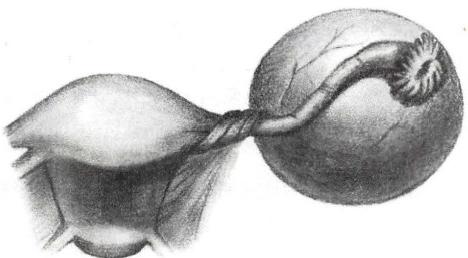


图27-1 卵巢肿瘤蒂扭转

2. 破裂 约3%卵巢肿瘤会发生破裂。有自发性破裂和外伤性破裂。自发性破裂常因肿瘤浸润 性生长穿破囊壁所致。外伤性破裂则在腹部受重击、分娩、性交、盆腔检查及穿刺后引起。症状轻重 取决于破裂口大小、流入腹腔囊液的量和性质。小的囊肿或单纯浆液性囊腺瘤破裂时，患者仅有轻度 腹痛；大囊肿或畸胎瘤破裂后，患者常有剧烈腹痛伴恶心呕吐。破裂也可导致腹腔内出血、腹膜炎及 休克。体征有腹部压痛、腹肌紧张，可有腹腔积液征，盆腔原存在的肿块消失或缩小。诊断肿瘤破裂 后应立即手术，术中尽量吸净囊液，并涂片行细胞学检查；彻底清洗盆、腹腔。切除的标本送病理学 检查。

3. 感染 较少见。多继发于蒂扭转或破裂。也可来自邻近器官感染灶(如阑尾脓肿)的扩散。 患者可有发热、腹痛、腹部压痛及反跳痛、腹肌紧张、腹部肿块及白细胞升高等。治疗原则是抗感染 后，手术切除肿瘤。

4. 恶变 肿瘤迅速生长尤其双侧性，应考虑有恶变可能，并应尽早手术。

**【诊断】**

结合病史和体征，辅以必要的辅助检查确定：①肿块来源是否卵巢；②肿块性质是否为肿瘤；③肿

块是良性还是恶性；④可能组织学类型；⑤恶性肿瘤的转移范围。常用的辅助检查有：

**1.** **影像学检查** ①超声检查：可根据肿块的囊性或实性、囊内有无乳头等判断肿块性质，诊断 符合率>90%。彩色多普勒超声扫描可测定肿块血流变化，有助于诊断。②磁共振、CT、PET 检 查：磁共振可较好判断肿块性质及其与周围器官的关系，有利于病灶定位及病灶与相邻结构关 系的确定；CT 可判断周围侵犯、淋巴结转移及远处转移情况；PET 或 PET-CT 一般不推荐为初次 诊断。

2. 肿瘤标志物 ①血清CA125:80% 患者的血清CA125 水平升高，但近半数的早期病例并不升 高，不单独用于早期诊断，更多用于病情监测和疗效评估。②血清AFP: 对卵巢卵黄囊瘤有特异性诊 断价值。卵巢未成熟畸胎瘤、混合性无性细胞瘤中含卵黄囊成分者，AFP 也可升高。③血清hCG: 对 非妊娠性绒癌有特异性。④性激素：卵巢颗粒细胞瘤、卵泡膜细胞瘤产生较高水平雌激素，而浆液性、 黏液性囊腺瘤或勃勒纳瘤有时也可分泌一定量雌激素。⑤血清HE4: 与 CA125 联合应用来判断盆腔 肿块的良、恶性

3. 腹腔镜检查可直接观察肿块外观和盆腔、腹腔及横膈等部位，在可疑部位进行多点活检，抽 取腹腔积液行细胞学检查。

4. 细胞学检查抽取腹腔积液或腹腔冲洗液和胸腔积液，查找癌细胞。

**【鉴别诊断】**

1. 良性肿瘤与恶性肿瘤的鉴别

见表27-2。





**316** **第二十七章** **卵巢肿瘤、输卵管肿瘤及原发性腹膜癌**

**表27-2** **良性肿瘤和恶性肿瘤的鉴别**



**鉴别内容**

**良性肿瘤**

**恶性肿瘤**



病史 病程长，逐渐增大 病程短，迅速增大



|  |  |
| --- | --- |
| 体征 | 多为单侧，活动，囊性，表面光滑，常 多为双侧，固定；实性或囊实性，表面不平，结节状；  无腹腔积液 常有腹腔积液，多为血性，可查到癌细胞 |

一般情况

良好

恶病质



|  |  |
| --- | --- |
| 超声 | 为液性暗区，可有间隔光带，边缘 液性暗区内有杂乱光团、光点，或囊实性，肿块边界  清 晰 不 清 |



**2.** **良性肿瘤的鉴别诊断**

(1)卵巢瘤样病变(ovarian tumor like condition):滤泡囊肿和黄体囊肿最常见。多为单侧，壁薄， 直径≤8cm。 观察或口服避孕药2～3个月，可自行消失；若肿块持续存在或增大，卵巢肿瘤的可能性 较大。

(2)输卵管卵巢囊肿：为炎性积液，常有盆腔炎性疾病病史。两侧附件区有不规则条形囊性包 块，边界较清，活动受限。

(3)子宫肌瘤：浆膜下肌瘤或肌瘤囊性变，容易与卵巢肿瘤混淆。肌瘤常为多发性，与子宫相连， 检查时随宫体及宫颈移动。超声检查可协助鉴别。

(4)腹腔积液：腹腔积液常有肝、心脏、肾病史，平卧时腹部两侧突出如蛙腹，叩诊腹部中间鼓音， 腹部两侧浊音，移动性浊音阳性。而巨大卵巢囊肿平卧时腹部中间隆起，叩诊浊音，腹部两侧鼓音，无 移动性浊音。超声检查有助于鉴别，但恶性卵巢肿瘤常伴有腹腔积液。

**3.** **恶性肿瘤的鉴别诊断**

(1)子宫内膜异位症：子宫内膜异位症可有粘连性肿块及直肠子宫陷凹结节，有时与恶性肿瘤相 混淆。但内异症常有进行性痛经、月经改变。超声检查、腹腔镜检查有助于鉴别。

(2)结核性腹膜炎：因合并腹腔积液和盆腹腔内粘连性块物而与恶性肿瘤相混淆，但结核性腹膜 炎常有肺结核史，多发生于年轻、不孕妇女，伴月经稀少或闭经、低热、盗汗等全身症状；肿块位置较 高，叩诊时鼓音和浊音分界不清。影像学检查等有助鉴别，必要时行剖腹探查或腹腔镜检查取活检 确诊。

(3)生殖道以外的肿瘤：需要与卵巢癌鉴别的肿瘤包括腹膜后肿瘤、直肠癌、乙状结肠癌等。

**【治疗】**

一经发现，应行手术。手术目的：①明确诊断；②切除肿瘤；③恶性肿瘤进行手术病理分期；④解 除并发症。术中应剖检肿瘤，必要时作冰冻切片组织学检查以明确诊断。良性肿瘤可在腹腔镜下手 术，而恶性肿瘤一般经腹手术，部分经选择的早期患者也可在腹腔镜下完成分期手术。恶性肿瘤患者 术后应根据其组织学类型、细胞分化程度、手术病理分期和残余灶大小决定是否接受辅助性治疗，化 疗是主要的辅助治疗。

**【恶性肿瘤预后】**

最重要的预后因素是肿瘤期别、初次手术后残存灶的大小及病理类型等，期别越早、残存灶越小 预后越好，上皮性癌的预后最差。

**【恶性肿瘤随访与监测】**

恶性肿瘤易复发，应长期随访和监测。 一般在治疗后第1年，每3个月随访一次；第2年后每4~ 6个月一次；第5年后每年随访一次。随访内容包括询问病史、体格检查、肿瘤标志物检测和影像学 检查。血清CA125、AFP、hCG等肿瘤标志物测定根据组织学类型选择。超声是首选的影像学检查，发 现异常进一步选择CT、磁共振和(或)PET-CT 检查等。

坚记

**【预防】**

**1.** **筛查**

主要应用血清CA125 检测联合盆腔超声检查，但目前还缺乏有循证医学依据的适用普



**第二十七章** **卵巢肿瘤、输卵管肿瘤及原发性腹膜癌** **317**

通人群的卵巢、输卵管及原发性腹膜癌筛查方案。

**2.** **遗传咨询和相关基因检测** 对高风险人群的卵巢癌预防有一定意义。建议有卵巢癌、输卵管 癌、腹膜癌、或乳腺癌家族史的妇女，需遗传咨询、接受BRCA 基因检测，对确定有基因突变者，美国国 立综合癌症网络(NCCN) 建议在完成生育后实施降低卵巢癌风险的预防性双附件切除。对有非息肉 结直肠癌、子宫内膜癌、或卵巢癌家族史的妇女行LynchⅡ 型综合征相关的错配修复基因检测，有突变 的妇女进行严密监测。

**3.** **预防性输卵管切除** 在实施保留卵巢的子宫切除术时，建议可同时切除双侧输卵管，以降低 卵巢癌的风险。

**【妊娠合并卵巢肿瘤】**

妊娠合并卵巢肿瘤较常见，但合并恶性肿瘤较少。合并良性肿瘤以成熟囊性畸胎瘤及浆液性囊 腺瘤居多，占妊娠合并卵巢肿瘤的90%,合并恶性肿瘤者以无性细胞瘤及浆液性囊腺癌居多。妊娠 合并卵巢肿瘤若无并发症一般无明显症状。早期妊娠时可通过妇科检查发现，中期妊娠以后主要靠 超声诊断。中期妊娠时易并发肿瘤蒂扭转，晚期妊娠时肿瘤可引起胎位异常，分娩时肿瘤位置低者可 阻塞产道导致难产，或肿瘤破裂。妊娠时因盆腔充血，肿瘤迅速增大，并有肿瘤扩散的风险。

合并良性卵巢肿瘤的处理原则是：发现于早期妊娠者可等待至妊娠12周后手术，以免引起流产； 发现于妊娠晚期者，可等待至妊娠足月行剖宫产，同时切除肿瘤。诊断或考虑为卵巢恶性肿瘤，应尽 早手术，处理原则同非妊娠期。

**第二节** **卵巢上皮性肿瘤**

● 为最常见的组织学类型，多见于中老年妇女，可分为良性、交界性和恶性。

● 治疗原则为以手术为主、化疗为辅的综合治疗。早期行分期手术；晚期则行肿瘤细胞减灭术，术后 给予以铂类为基础的联合化疗。

● 年轻早期患者需考虑保留生育功能，但应该严格掌握适应证。

卵巢上皮性肿瘤为最常见的卵巢肿瘤，占原发性卵巢肿瘤50%～70%,占卵巢恶性肿瘤85%~ 90%。多见于中老年妇女，很少发生在青春期前和婴幼儿。

传统认为，各类卵巢上皮性癌均起源于卵巢表面上皮，根据分化方向分为浆液性癌、黏液性癌及 子宫内膜样癌等。但目前认为，卵巢上皮性癌的组织学起源具有多样性：卵巢高级别浆液性癌可能为 输卵管上皮内癌形成后脱落种植于卵巢表面后发生，卵巢和腹膜高级别浆液性癌中同时发生输卵管 癌的比例高达35%～78%,其中半数以上为输卵管伞端的原位癌，支持“输卵管起源学说”。低级别 浆液性癌也可能由正常输卵管上皮脱落至卵巢表面、内陷形成包涵囊肿后再发生癌变，子宫内膜异位 则可能是卵巢透明细胞癌、子宫内膜样癌、浆黏液性癌的组织学来源。但是，卵巢上皮性癌多途径起 源的学说还有待更多证据的证实。

根据组织学和生物学行为特征，卵巢上皮性肿瘤分为良性、交界性和恶性。交界性肿瘤的镜下特 征为上皮细胞增生活跃、无明显间质浸润，临床特征为生长缓慢、复发迟。近年倾向于将“交界性肿 瘤”改称为“不典型增生肿瘤”,因为没有证据显示部分交界性肿瘤(如黏液性肿瘤)有恶性行为。

**【发病相关因素)**

病因尚不清楚。根据临床病理和分子遗传学特征，卵巢上皮性癌可分成 I 型和Ⅱ型两类。 I 型 肿瘤生长缓慢，临床上多为 I 期，预后较好；组织学类型包括低级别浆液性癌、低级别子宫内膜样癌、 黏液性癌及透明细胞癌等；以KRAS、BRAF、PIK3CA、ERBB2、CTNNBI 及 PTEN 基因突变、高频微卫星 不稳定性为分子遗传学特征。Ⅱ型肿瘤生长迅速，临床上多表现为进展期，预后不良；组织学类型主 要为高级别浆液性癌和高级别子宫内膜样癌，以p53 基因突变为主要分子遗传学特征。

318

02记

**第二十七章** **卵巢肿瘤、输卵管肿瘤及原发性腹膜癌**

有10%～15%的卵巢癌患者可检测到BRCAl 或 BRCA2 基因的胚系突变，而高级别浆液性癌者 携带的突变比例更高。携带BRCAI 或BRCA2 基因胚系突变妇女的卵巢癌的终身发病风险分别为 39%～46%和12%～20%,乳腺癌发病风险为65%～74%,被称为遗传性乳腺癌-卵巢癌综合征。

**【病理】**

卵巢上皮性肿瘤组织学类型主要有：

1. 浆液性肿瘤

(1)浆液性囊腺瘤(serous cystadenoma):占卵巢良性肿瘤25%。多为单侧，囊性，直径>1cm, 表 面光滑，壁薄，囊内充满淡黄色清亮液体。镜下见囊壁为纤维结缔组织，内衬浆液性单层柱状上皮。 当肿瘤上皮间质成分占优势时，称为腺纤维瘤(adenofibroma)。

(2)交界性浆液性肿瘤(serous borderline tumor):双侧多见，多为囊性，直径常>1cm,囊内壁至少 局部呈乳头状生长，少许病例可为卵巢表面乳头。镜下见逐级分支的乳头，浆液性上皮复层化，细胞 核有异型，核分裂少见。预后良好。但若在镜下见到以细长无分支的乳头为特征的微乳头变异(mi- cropapillary variant),则预后较差，与低级别浆液性癌相似。

(3)浆液性癌(serous carcinoma):占卵巢癌的75%。多为双侧，体积常较大，可为囊性、多房、囊 实性或实性。实性区切面灰白色，质脆，多有出血、坏死。囊内充满质脆乳头，内液清亮、浑浊或血性 液体。根据细胞核分级以及核分裂计数，可分为高级别和低级别浆液性癌两类。高级别癌为最常见 的组织学类型，约占卵巢癌的70%。镜下以伴裂隙样空腔的实性生长为主，也可形成乳头、筛孔等结 构。细胞核级别高，核分裂象常见(>12个/10HPF)。 预后极差。低级别浆液性癌约为高级别浆液性 癌的5%,以伴间质浸润的乳头状生长为主，细胞核级别低，核分裂象<12个/10HPF ( 常 < 5 个 / 10HPF)。 预后远好于高级别癌。

2. 黏液性肿瘤

(1)黏液性囊腺瘤(mucinous cystadenoma):占卵巢良性肿瘤的20%、黏液性肿瘤的80%。多为 单侧，圆形或卵圆形，体积较大，表面光滑，灰白色。切面常为多房，囊腔内充满胶冻样黏液，囊内很少 有乳头生长。镜下见囊壁为纤维结缔组织，内衬单层黏液柱状上皮；可见杯状细胞及嗜银细胞。

(2)黏液性交界性肿瘤(mucinous borderline adenoma):一般较大，几乎均为单侧，瘤体较大，通常 直径>10cm, 表面光滑，切面常为多房或海绵状，囊壁增厚，可有细小、质软乳头形成。镜下见胃肠型 细胞复层排列，细胞有异型，可形成绒毛状或纤细丝状乳头。

(3)黏液性癌(mucinous carcinoma):绝大多数为转移性癌，卵巢原发性黏液癌并不常见，占卵巢 癌的3%～4%。瘤体巨大(中位18～22cm), 单侧，表面光滑，切面多房或实性，可有出血、坏死。镜下 见异型黏液性上皮排列成腺管状或乳头状，出现融合性或毁损性间质浸润。

(4)腹膜假黏液瘤(pseudomyxoma peritonei,PMP):几乎均继发于低级别阑尾黏液肿瘤或高分化 黏液癌，继发于其他胃肠道肿瘤或卵巢黏液性肿瘤者极为罕见。以盆腔和(或)腹腔内见丰富的胶冻 样黏液团块为特征。多限于腹膜表面生长， 一般不浸润脏器实质，镜下以大量黏液内见少许轻中度异 型的黏液性上皮为特征。

**3.** **子宫内膜样肿瘤(endometrioid** **tumor)** 良性肿瘤较少见，多为单房，表面光滑，囊壁衬以 单层柱状上皮，似正常子宫内膜，间质内可有含铁血黄素的吞噬细胞。交界性肿瘤也很少见。子宫内 膜样癌(endometrioid carcinoma)占卵巢癌的10%～15%。肿瘤多为单侧，较大(平均直径15cm), 切面 囊性或实性，有乳头生长，囊液多为血性。镜下特点与子宫内膜癌极相似，多为高分化腺癌，常伴鳞状 分化。

**【治疗】**

**1.** **卵巢良性肿瘤** 根据患者年龄、生育要求及对侧卵巢情况，决定手术范围。年轻、单侧肿瘤行 患侧卵巢肿瘤剔除或卵巢切除术，双侧肿瘤应行肿瘤剔除术，绝经后妇女可行子宫及双侧附件切除 术。术中应剖检肿瘤，必要时作冰冻切片组织学检查。术中尽可能防止肿瘤破裂，避免瘤细胞种植于



**第二十七章** **卵巢肿瘤、输卵管肿瘤及原发性腹膜癌** **319**

腹腔。巨大良性囊性肿瘤可穿刺放液，待体积缩小后取出，但穿刺前须保护穿刺周围组织，以防被囊 液污染。放液速度应缓慢，以免腹压骤降发生休克。

2. 卵巢癌 初次治疗原则是手术为主，辅以化疗、放疗等综合治疗。

(1)手术治疗：是治疗卵巢癌的主要手段。初次手术的彻底性与预后密切相关。早期患者应行 全面手术分期，包括：经腹手术应有足够大的腹部正中直切口；腹腔积液或腹腔冲洗液细胞学检查；全 面探查腹膜和腹腔脏器表面，活检和(或)切除任何可疑病灶；正常腹膜随机盲检，如右结肠旁沟、子 宫直肠陷凹等部位；全子宫和双附件切除；结肠下网膜切除；选择性盆腔淋巴结切除及腹主动脉旁淋 巴结取样；黏液性肿瘤者应行阑尾切除。

对于年轻、希望保留生育功能的早期患者需考虑其生育问题，指征为临床 I 期、所有分级者。手 术方式为全面手术分期的基础上行患侧附件切除(适用于 IA 和 IC 期患者)或双侧附件切除(适用 于 IB 期患者)。术前应充分知情同意。

晚期患者行肿瘤细胞减灭术(cytoreductive surgery),也称减瘤术(debulking surgery),手术的目的 是尽可能切除所有原发灶和转移灶，使残余肿瘤病灶达到最小，必要时可切除部分肠管、膀胱、脾脏等 脏器。若最大残余灶直径小于1cm, 称满意或理想的肿瘤细胞减灭术。对于经评估无法达到满意肿 瘤细胞减灭术的ⅢC、IV期患者，在获得明确的细胞学或组织学诊断后可先行最多3个疗程的新辅助 化疗，再行中间型减瘤术(interval debulking surgery),手术后继续化疗。

(2)化学药物治疗：上皮性癌对化疗敏感，即使已有广泛转移也能取得一定疗效。除经过全面分 期手术的 IA 和 IB 期、黏液性癌或低级别浆液性癌和子宫内膜样癌不需化疗外，其他患者均需化 疗。化疗主要用于：①初次手术后辅助化疗，以杀灭残余癌灶、控制复发，以缓解症状、延长生存期； ②新辅助化疗使肿瘤缩小，为达到满意手术创造条件；③作为不能耐受手术者主要治疗，但较少应用。

常用化疗药物有顺铂、卡铂、紫杉醇、环磷酰胺等。多采用以铂类为基础的联合化疗(表27-3), 其中铂类联合紫杉醇为“金标准”一线化疗方案。老年患者可用卡铂或紫杉醇单药化疗。卵巢原发 性黏液癌患者也可选择氟尿嘧啶+四氢叶酸+奥沙利铂或卡培他滨+奥沙利铂联合化疗。 一般采用静 脉化疗，对于初次手术达到满意的患者也可采用静脉腹腔联合化疗。早期患者3～6个疗程，晚期患 者6~8个疗程。疗程间隔一般为3周，紫杉醇可采用间隔1周给药。

**表27-3** **卵巢癌常用化疗方案**

|  |
| --- |
| **静** **脉** **化** **疗** **方** **案** **(** **适** **用** **于** **Ⅱ** **~** **I** **V** **期** **)** **:** |
| 紫杉醇175mg/m² ,>3 小时静滴；卡铂(AUC5~6),>1 小时静滴，疗程间隔3周  紫杉醇80mg/m²,>1 小时静滴，间隔1周(第1,8,15日);卡铂(AUC5~6),>1 小时静滴，疗程间隔3周 紫杉醇60mg/m²,>1 小时静滴，卡铂(AUC2),>30 分静滴，疗程间隔1周，共18周  卡铂(AUC5)+ 脂质体阿霉素30mg/m²,疗程间隔4周  多西紫杉醇60~75mg/m²,>1 小时静滴；卡铂(AUC5~6),>1 小时静滴，疗程间隔3周  紫杉醇135mg/m² ,>24 小时静滴；顺铂75mg/m² ,>6 小时静滴，疗程间隔3周  紫杉醇175mg/m² ,>3 小时静滴；卡铂(AUC5~6),>1 小时静滴；贝伐单抗7.5mg/kg,静滴30～90分钟，疗程 间隔3周，共5~6周。后继续贝伐单抗12疗程  紫杉醇175mg/m²,>3 小时静滴；卡铂(AUC 6),>1小时静滴，疗程间隔3周，共6疗程；第二疗程第一 日贝伐单 抗 1 5 m g / k g , 静 滴 3 0 ～ 9 0 分 钟 ， 疗 程 间 隔 3 周 ， 共 2 2 疗 程 |
| **静脉腹腔联合化疗方案(适用于理想肿瘤细胞减灭术的Ⅱ~Ⅲ期患者)** |
| 紫杉醇135mg/m²,>24 小时静滴，第1日；顺铂75～100mg/m²,第2日腹腔注射；紫杉醇60mg/m²,第8日腹腔 注 射 ， 疗 程 间 隔 3 周 |

注：AUC(area under the curve)指曲线下面积，根据患者的肌酐清除率计算卡铂剂量

(3)靶向治疗：作为辅助治疗手段，如血管内皮生长因子(VEGF) 抑制剂贝伐单抗( bevacizumba)

用于初次化疗的联合用药和维持治疗。

320



**第二十七章** **卵巢肿瘤、输卵管肿瘤及原发性腹膜癌**

(4)放射治疗：其治疗价值有限。对于复发患者可选用姑息性局部放疗。

**3.** **交界性肿瘤** 主要采用手术治疗。对于无生育要求的患者，手术方法基本参照卵巢癌，但临 床I 期的患者经仔细探查后可不行后腹膜淋巴结切除术。交界性肿瘤预后较好，即使有卵巢外肿瘤 种植，也可行保留生育功能手术。术后一般不选择辅助性化疗，只有对卵巢外浸润性种植者才考虑 化疗。

**4.** **复发性癌** 一经复发，预后很差，选择治疗时应优先考虑患者的生活质量。手术治疗的作用 有限，应仔细、全面评估后实施。主要用于：①解除并发症；②铂敏感复发、孤立复发灶。化疗是主要 的治疗手段，药物的选择应根据一线化疗的方案、疗效、毒副反应及肿瘤复发时间综合考虑，可按以下 原则选择方案：①一线化疗不含铂类者，选择铂类为主的联合化疗；②一线化疗为铂类药物，化疗结束 至肿瘤复发时间(无铂间隔)>6个月者可再选择以铂类为主的联合化疗；无铂间隔<6个月或一线化 疗未达完全缓解者，应选用二线药物，如吉西他滨、脂质体阿霉素、拓扑替康、依托泊苷等。③选择靶 向治疗，如聚二磷酸腺苷核糖聚合酶(PARP) 抑制剂用于BRCAI/BRCA2 基因突变的铂敏感复发二线 化疗的维持治疗。

(吕卫国)

**第三节** **卵巢非上皮性肿瘤**

· 生殖细胞肿瘤多发生于年轻妇女，大多为恶性。治疗原则基本同上皮性肿瘤，但恶性肿瘤的保留 生育功能手术不受期别的限制。

● 性索间质肿瘤大多为良性，少数为低度恶性或恶性，常有内分泌功能。治疗原则基本同上皮性 肿瘤。

常见的卵巢非上皮性肿瘤为生殖细胞肿瘤和性索间质肿瘤，两者有各自的肿瘤起源、生物学特性 和临床特点。

**一、卵巢生殖细胞肿瘤**

卵巢生殖细胞肿瘤(ovarian germ cell tumor)为来源于原始生殖细胞的一组肿瘤，占卵巢肿瘤约 20%～40%。多发生于年轻妇女及幼女，青春期前患者占60%～90%,绝经后患者仅占4%。除成熟 畸胎瘤等少数组织类型外，大多类型为恶性肿瘤。

**【病理】**

**1.** **畸胎瘤(teratoma)** 为最常见的生殖细胞肿瘤，由多胚层组织构成，偶见只含一个胚层成 分。肿瘤多数成熟、囊性，少数未成熟、实性。肿瘤的良、恶性及恶性程度取决于组织分化程度。

(1)成熟畸胎瘤(mature teratoma):又称为皮样囊肿(dermoid cyst),为良性肿瘤，占卵巢肿瘤 10%～20%、生殖细胞肿瘤85%～97%、卵巢畸胎瘤95%以上。可发生于任何年龄，以20～40岁居 多。多为单侧，双侧占10%～17%。中等大小，呈圆形或卵圆形，壁光滑、质韧。多为单房，腔内充满 油脂和毛发，有时可见牙齿或骨质。囊壁内层为复层鳞状上皮，囊壁常见小丘样隆起向腔内突出，称 为“头节”。肿瘤可含外、中、内胚层组织。偶见向单一胚层分化，形成高度特异性畸胎瘤，如卵巢甲 状腺肿(struma ovarii),分泌甲状腺激素，可出现甲亢症状。成熟囊性畸胎瘤恶变率2%～4%,多见于 绝经后妇女；“头节”的上皮细胞易恶变，形成鳞状细胞癌，预后差。

(2)未成熟畸胎瘤(immature teratoma):为恶性肿瘤，占卵巢畸胎瘤1%～3%。多见于年轻患者， 平均年龄11～19岁。肿瘤多为实性，可有囊性区域。含2~3胚层，由分化程度不同的未成熟胚胎组 织构成，主要为原始神经组织。肿瘤恶性程度根据未成熟组织所占比例、分化程度及神经上皮含量而 定。该肿瘤复发及转移率均高，但复发后再次手术可见到未成熟肿瘤组织向成熟转化，即恶性程度逆



第二十七章 卵巢肿瘤、输卵管肿瘤及原发性腹膜癌

**321**

转现象，这是其独有的特征。

**2.** **无性细胞瘤(dysgerminoma)** 为恶性肿瘤，占卵巢恶性肿瘤1%～2%。好发于青春期及生

育期妇女。中度恶性，单侧居多，右侧多于左侧。肿瘤为圆形或椭圆形，中等大，实性，触之如橡皮样。 表面光滑或呈分叶状，切面淡棕色。镜下见圆形或多角形大细胞，细胞核大，胞质丰富，瘤细胞呈片状 或条索状排列，有少量纤维组织相隔，间质中常有淋巴细胞浸润。对放疗敏感。

**3.** **卵黄囊瘤(yolk** **sac** **tumor)** 为恶性肿瘤，较罕见，占卵巢恶性肿瘤1%。来源于胚外结构卵黄 囊，其组织结构与大鼠胎盘的内胚窦特殊血管周围结构(Schiller-Duval小体)相似，又名内胚窦瘤 (endodermal sinus tumor)。 常见于儿童及年轻妇女。多为单侧，较大，圆形或卵圆形。切面部分囊性，组 织质脆，多有出血坏死区，呈灰红或灰黄色，易破裂。镜下见疏松网状和内皮窦样结构。瘤细胞扁平、立 方、柱状或多角形，分泌甲胎蛋白(AFP), 故患者血清AFP 升高，是诊断及病情监测的肿瘤标志物。恶性 程度高，生长迅速，易早期转移，但该肿瘤对化疗十分敏感，现经手术及联合化疗，生存期明显延长。

**【治疗】**

**1.** **良性生殖细胞肿瘤** 单侧肿瘤应行卵巢肿瘤剔除术或患侧附件切除术，双侧肿瘤者应行双侧 卵巢肿瘤剔除术。绝经后妇女可考虑行全子宫及双侧附件切除术。

**2.** **恶性生殖细胞肿瘤**

(1)手术治疗：对于无生育要求的患者，建议行全面分期手术。对年轻并希望保留生育功能者， 无论期别早晚，均可行保留生育功能手术。若患者为儿童或青春期少女，可不进行全面分期手术。对 复发者仍主张积极手术。

(2)化学药物治疗：除 I 期无性细胞瘤和 I 期 G1 的未成熟畸胎瘤外，其他患者均需化疗。常用 的化疗方案为 BEP, 但各家报道的具体用法略有不同，国际妇产科联盟(FIGO) 癌症报告(2015年)推 荐的用法见表27-4。在考虑使用博来霉素前，应给予肺功能检查。

**表27-4** **卵巢恶性生殖细胞肿瘤常用化疗方案**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **方案** | **用** **法** |  |
| BEP 方案 | 依托泊苷100mg/(m² ·d),静滴，第1~5日，间隔3周 顺铂20mg/(m² ·d),静滴，第1~5日，间隔3周  博来霉素30000IU/d,静滴或肌内注射，分别在1,8,15日， 低危患者共3个周期，中、高危患者共4个周期 | 共12周 |
| EP 方 案 | 卡铂400mg/m²,第1日  依托泊苷120mg/m²,静滴，第1、2、3日  每 4 周 一 次 ， 共 3 ～ 4 个 周 期 | |

(3)放疗：无性细胞瘤对放疗敏感，但放疗会破坏患者卵巢功能，故已极少应用，仅用于治疗复发 的无性细胞瘤。

**二** **、卵巢性索间质肿瘤**

卵巢性索间质肿瘤(ovarian sex cord stromal tumor)来源于原始性腺中的性索和间质组织，占卵巢 肿瘤5%～8%。由性索演化形成的肿瘤为颗粒细胞瘤或支持细胞瘤，由间质演化形成的肿瘤为卵泡 膜细胞瘤或间质细胞瘤。肿瘤可以由单一细胞构成，也可由不同细胞混合构成。此类肿瘤常有内分 泌功能，故又称为卵巢功能性肿瘤。

**【病理】**

**1.** **颗粒细胞-间质细胞瘤(granulosa-stromal** **cell** **tumor)** 由性索的颗粒细胞及间质的衍生成

分如成纤维细胞及卵泡膜细胞组成。

(1)颗粒细胞瘤(granulosa cell tumor):分为成人型和幼年型两种病理类型。



322 **第二十七章** **卵巢肿瘤、输卵管肿瘤及原发性腹膜癌**

成人型颗粒细胞瘤占卵巢肿瘤的1%,占颗粒细胞瘤的95%,为低度恶性肿瘤，可发生于任何年 龄，高峰为45～55岁。肿瘤能分泌雌激素，青春期前患者可出现性早熟，生育年龄患者出现月经紊 乱，绝经后患者则有不规则阴道流血，常合并子宫内膜增生，甚至子宫内膜癌。肿瘤多为单侧，圆形或 椭圆形，呈分叶状，表面光滑，实性或部分囊性；切面组织脆而软，伴出血坏死灶。镜下见颗粒细胞环 绕成小圆形囊腔，菊花样排列、中心含嗜伊红物质及核碎片(Call-Exner小体)。瘤细胞呈小多边形，偶 呈圆形或圆柱形，胞质嗜淡伊红或中性，细胞膜界限不清，核圆，核膜清楚。预后较好，5年生存率达 80%以上，但有晚期复发倾向。

幼年型颗粒细胞瘤罕见，仅占颗粒细胞瘤的5%。主要发生在青少年，98%为单侧。多数患者在 初诊时为早期，肿瘤局限于一侧卵巢，故预后良好。若肿瘤破裂、腹腔积液细胞学阳性或肿瘤生长突 破卵巢，则术后复发风险较高。镜下见肿瘤呈卵泡样结构、结节或弥散状生长，肿瘤细胞胞质丰富，缺 乏核纵沟，核分裂常见，明显的核异型占10%～15%。

(2)卵泡膜细胞瘤(theca cell tumor):常与颗粒细胞瘤同时存在，但也可单一成分，多为良性。良 性多为单侧，圆形、卵圆形或分叶状，表面被覆薄的有光泽的纤维包膜。切面为实性、灰白色。镜下见 瘤细胞短梭形，胞质富含脂质，细胞交错排列呈旋涡状，瘤细胞团为结缔组织分隔。常合并子宫内膜 增生甚至子宫内膜癌。恶性少见，预后比卵巢上皮性癌好。

(3)纤维瘤(fibroma):占卵巢肿瘤2%～5%,多见于中年妇女，单侧居多，中等大小，实性、坚硬， 表面光滑或结节状，切面灰白色。镜下见由梭形瘤细胞组成，排列呈编织状。纤维瘤伴有腹腔积液和 (或)胸腔积液者，称为梅格斯综合征(Meigs syndrome),手术切除肿瘤后，胸腔积液、腹腔积液自行 消失。

**2.** **支持细胞-间质细胞瘤** **(sertoli-leydig** **cell** **tumor)** 又称为睾丸母细胞瘤(androblastoma), 罕见，多发生在40岁以下妇女。单侧居多，通常较小，可局限在卵巢门区或皮质区，实性，表面光滑而 滑润，有时呈分叶状，切面灰白色伴囊性变，囊内壁光滑，含血性浆液或黏液。镜下见不同分化程度的 支持细胞及间质细胞。高分化者属良性，中低分化为恶性，占10%。可具有男性化作用，少数无内分 泌功能者雌激素升高，5年生存率70%～90%。

**【治疗】**

**1.** **良性性索间质肿瘤** 单侧肿瘤应行卵巢肿瘤剔除术或患侧附件切除术，双侧肿瘤者应行双侧 卵巢肿瘤剔除术。绝经后妇女可考虑行全子宫及双侧附件切除术。

**2.** **恶性性索间质肿瘤**

(1)手术治疗：参照卵巢上皮性癌。 IA、IC 期有生育要求的患者，可实施保留生育能力手术， 推荐全面分期手术；但对肉眼观察肿瘤局限于卵巢者，可考虑不进行淋巴结切除术。复发患者也可考 虑手术。

(2)术后辅助治疗： I 期低危患者术后随访，不需辅助治疗； I 期高危患者(肿瘤破裂、G3、肿瘤 直径超过10～15cm) 术后可选择随访，也可选择化疗。Ⅱ~IV期患者术后应给予化疗，方案为铂类为 基础的联合化疗，首选 BEP 或紫杉醇/卡铂方案。对局限型病灶可进行放疗。

**第四节** **卵巢转移性肿瘤**

● 占卵巢肿瘤5%～10%。

● 库肯勃瘤是一种常见的卵巢转移性肿瘤，临床表现缺乏特异性，预后极差。

● 库肯勃瘤的治疗原则是缓解和控制症状。

由其他器官或组织转移至卵巢形成的肿瘤均称为卵巢转移性肿瘤或卵巢继发性肿瘤，占卵巢肿 瘤的5%～10%。其中常见的卵巢转移性肿瘤是库肯勃瘤(Krukenberg tumor)。

**第二十七章** **卵巢肿瘤、输卵管肿瘤及原发性腹膜癌**

**323**

**【病理】**

大体见库肯勃瘤以双侧为常见，中等大小占多数， 一般均保持卵巢原状或呈肾形或长圆形，包膜 完整，无粘连，切面实性，胶质样。镜下见肿瘤细胞为黏液细胞，呈小圆形、多角型或不规则形，核染色 质浓染，胞浆内含大量黏液。典型者表现为细胞核被黏液挤向一侧而贴近胞膜呈半月形，形如印戒， 故又称印戒细胞癌(signet ring cell carcinoma)。

**【转移途径】**

最常见的原发部位是胃和结肠。确切的转移途径尚不明确，目前较认可的有以下几种：①血行转 移：卵巢转移多发生于绝经前血供丰富的卵巢，且卵巢转移常是原发肿瘤全身转移的一部分；②淋巴 转移：双侧卵巢丰富的网状淋巴循环引流入腰淋巴结内，当原发灶癌细胞浸润时转移至腰淋巴结，可 能因逆流入卵巢内造成播散；③种植转移：这是最早提出的一种途径，认为原发灶肿瘤细胞可突破浆 膜层并脱落到腹腔或腹腔积液中，借助肠蠕动和(或)腹腔积液种植于卵巢表面而浸润生长，但有很 多早期胃癌也可发生卵巢转移，且病理证实很多卵巢转移灶存在于卵巢深部，被膜并未累及。各种转 移途径并非孤立存在，可能通过多种方式转移至卵巢。

**【临床表现】**

临床表现缺乏特异性。可以在诊断原发肿瘤的同时发现卵巢转移，也可以盆腔包块伴腹痛、腹胀 和腹腔积液为首发症状，而原发肿瘤的表现并不明显。部分患者表现为妇科疾病的症状：如月经紊 乱、阴道不规则流血，或者男性化表现。体格检查可发现盆腔包块，活动度好，常为双侧，合并腹腔积 液。可伴有贫血、恶病质等晚期肿瘤征象。

**【治疗】**

治疗原则是缓解和控制症状。若原发瘤已经切除且无其他转移和复发迹象，转移瘤仅局限于盆 腔，可进行全子宫及双附件切除术，并尽可能切除盆腔转移灶。术后依据原发肿瘤性质给予化疗或放 疗。绝大多数库肯勃瘤治疗效果不佳，预后极差。

(陈春林)







**第二十八章妊娠滋养细胞疾病**



妊娠滋养细胞疾病(gestational trophoblastic disease,GTD)是一组来源于胎盘滋养细胞的增生性疾 病。在组织学上可分为：①妊娠滋养细胞肿瘤(gestational trophoblastic neoplasia,GTN),包括绒毛膜癌 (简称绒癌，choriocarcinoma)、胎盘部位滋养细胞肿瘤(placental site trophoblastic tumor,PSTT)和上皮 样滋养细胞肿瘤(epithelial trophoblastic tumor,ETT);②葡萄胎妊娠(molar pregnancy)包括完全性葡萄 胎(complete hydatidiform mole)、部分性葡萄胎(partial hydatidiform mole)和侵蚀性葡萄胎(invasive hy- datidiform mole);③非肿瘤病变(non-neoplastic lesion);④异常(非葡萄胎)绒毛病变(abnormal(non- molar)villous lesions)。

虽然侵蚀性葡萄胎在组织学分类中属于交界性或不确定行为肿瘤，但其临床表现、诊断及处理原 则与绒癌有相似性，临床上仍将其与绒癌一起合称为妊娠滋养细胞肿瘤，病变局限于子宫者称为无转 移性滋养细胞肿瘤，病变出现在子宫以外部位者称为转移性滋养细胞肿瘤。胎盘部位滋养细胞肿瘤 和上皮样滋养细胞肿瘤与临床上所称的妊娠滋养细胞肿瘤在临床表现、发病过程及处理上存在明显 不同，故分别单列。非肿瘤病变和异常(非葡萄胎)绒毛病变仅为形态学改变，临床上通常无需处理。

绝大多数滋养细胞肿瘤继发于妊娠，但尚有极少数来源于卵巢或睾丸生殖细胞，称为非妊娠性绒 癌，不属于本章讨论范围。

**第一节** **葡** **萄** **胎**

● 为良性疾病，但部分可发展成妊娠滋养细胞肿瘤。

● 完全性葡萄胎的染色体核型为二倍体，全部染色体来自父方。部分性葡萄胎的染色体核型为三倍 体，多余一套染色体也来自父方。

● 最常见的临床表现是停经后阴道流血。

● 常用的辅助检查是超声检查和血清hCG 测定，确诊依据是组织学诊断。

● 处理原则是及时清宫和定期 hCG 测定随访。

葡萄胎因妊娠后胎盘绒毛滋养细胞增生、间质水肿，而形成大小不一的水泡，水泡间借蒂相连成 串，形如葡萄而名之，也称水泡状胎块(hydatidiform mole)。 葡萄胎可分为完全性葡萄胎和部分性葡 萄胎两类。

**【相关因素】**

**1.** **完全性葡萄胎** **(complete** **hydatidiform** **mole)** 亚洲和拉丁美洲国家的发生率较高，约500 次妊娠1次，而北美和欧洲国家发生率较低，约1000次妊娠1次。根据我国的一次全国性调查，平均 每1000次妊娠0.78,其中浙江省最高为1.39,山西省最低为0.29。完全性葡萄胎偶尔发生于双胎妊 娠，其合并的另一胎为正常活胎，发生率约为22000～100000次妊娠1次。近年来完全性葡萄胎的 发生率在亚洲国家有所下降，其中部分地区已降至与欧美国家相似的水平。同一种族居住在不同地 域，其葡萄胎发生率不一定相同，如居住在北非和东方国家的犹太人后裔的发生率是居住在西方国家 的2倍，提示造成葡萄胎发生地域差异的原因除种族外，尚有多方面的因素。

营养状况与社会经济因素是可能的高危因素之一，饮食中缺乏维生素 A 及其前体胡萝卜素和动

**第二十八章** **妊娠滋养细胞疾病**

**325**

物脂肪者发生葡萄胎的概率显著升高。年龄是另一高危因素，大于35岁和40岁妇女的葡萄胎发生 率分别是年轻妇女的2倍和7.5倍，而大于50岁的妇女妊娠时约1/3可能发生葡萄胎。相反小于20 岁妇女的葡萄胎发生率也显著升高。既往葡萄胎史也是高危因素，有过1次和2次葡萄胎妊娠者，再 次发生率分别为1%和15%～20%。另外，流产和不孕史也可能是高危因素。

完全性葡萄胎的染色体核型为二倍体，均来自父系，其中90%为46,XX, 系由一个细胞核缺如或 失活的空卵(enucleate egg)与一个单倍体精子(23,X) 受精，经自身复制为二倍体(46,XX)。 另有 10%核型为46XY, 系由一个空卵被两个单倍体精子(23,X 和23,Y) 同时受精而成。虽然完全性葡萄 胎染色体基因为父系，但其线粒体DNA 仍为母系来源。

染色体父系来源是滋养细胞过度增生的主要原因，并与基因组印迹(genomic imprinting)紊乱有 关。基因组印迹指父母双亲来源的两个等位基因具有不同的表达活性，这种差异表达的基因被称为 印迹基因(imprinted genes)。印迹基因可分为父源和母源两种，父源印迹基因只在母源染色体上表 达，母源印迹基因只在父源染色体上表达。双亲染色体的共同参与是确保印迹基因正常表达的前提， 也为胚胎正常发育所必需。但完全性葡萄胎缺乏母源染色体，必然导致基因组印迹紊乱。

**2.** **部分性葡萄胎** **(partial** **hydatidiform** **mole** **)** 传统认为部分性葡萄胎的发生率低于完全性 葡萄胎，但近年资料表明，部分性和完全性葡萄胎的比例基本接近甚至更高，如日本和英国报道分别 为0.78和1.13,其原因可能与完全性葡萄胎发生率的下降及对部分性葡萄胎诊断准确性的提高有 关，许多伴有三倍体的早期流产其实为部分性葡萄胎。迄今对部分性葡萄胎高危因素的了解较少，可 能相关的因素有不规则月经和口服避孕药等，但与饮食因素及母亲年龄无关。

部分性葡萄胎的染色体核型90%以上为三倍体，合并存在的胎儿也为三倍体。最常见的核型是 69,XXY, 其余为69,XXX 或69,XYY, 系由一看似正常的单倍体卵子和两个单倍体精子受精或一个减 数分裂缺陷的双倍体精子受精而成，所以一套多余的染色体也来自父方。多余的父源基因物质也是 部分性葡萄胎滋养细胞增生的主要原因。另外尚有极少数部分性葡萄胎的核型为四倍体，但其形成 机制还不清楚。

**【病理】**

1. 完全性葡萄胎 大体检查水泡状物大小不一，直径自数毫米至数厘米不等，其间有纤细的纤 维素相连，常混有血块蜕膜碎片。水泡状物占满整个宫腔，胎儿及其附属物缺如。镜下见：①可确认 的胚胎或胎儿组织缺失；②绒毛水肿；③弥漫性滋养细胞增生；④种植部位滋养细胞呈弥漫和显著的 异型性。

**2.** **部分性葡萄胎** 仅部分绒毛呈水泡状，合并胚胎或胎儿组织，胎儿多已死亡，且常伴发育迟缓或 多发性畸形，合并足月儿极少。镜下见：①有胚胎或胎儿组织存在；②局限性滋养细胞增生；③绒毛大小 及其水肿程度明显不一；④绒毛呈显著的扇贝样轮廓、间质内可见滋养细胞包涵体；⑤种植部位滋养细 胞呈局限和轻度的异型性。完全性葡萄胎和部分性葡萄胎的核型和病理特征鉴别要点见表28-1。

**表28-1** **完全性和部分性葡萄胎核型和病理特征比较**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **特** **征** | **完全性葡萄胎** | **部分性葡萄胎** |

核型

病理特征

胎儿组织

胎膜、胎儿红细胞

绒毛水肿

滋养细胞包涵体

扇贝样轮廓绒毛

滋养细胞增生

滋养细胞异型性

46,XX(90%)和46,XY

缺乏

缺乏

弥漫

缺乏

缺乏

弥漫，轻～重度

弥漫，明显

常为69,XXX和69,XXY

存在

存在

局限，大小和程度不一

存在

存在

局限，轻～中度

局限，轻度





**326**

0艺记

第二十八章 妊娠滋养细胞疾病

**【临床表现】**

1. 完全性葡萄胎 由于诊断技术的进步，葡萄胎患者常在早期妊娠时即已得到诊治，所以症状 典型者已越来越少见。完全性葡萄胎的典型症状如下：

(1)停经后阴道流血：为最常见的症状。 一般在停经8～12周左右开始不规则阴道流血，量多少 不定。若大血管破裂，可造成大出血和休克，甚至死亡。葡萄胎组织有时可自行排出，但排出前和排 出时常伴有大量流血。反复阴道流血若不及时治疗，可继发贫血和感染。

(2)子宫异常增大、变软：因葡萄胎迅速增长及宫腔内积血导致子宫大于停经月份，质地变软，并伴 hCG 水平异常升高。但部分患者的子宫可与停经月份相符或小于停经月份，可能与水泡退行性变有关。

(3)妊娠呕吐：常发生于子宫异常增大和hCG 水平异常升高者，出现时间一般较正常妊娠早，症 状严重且持续时间长。若呕吐严重且未及时纠正，可导致水电解质平衡紊乱。

(4)子痫前期征象：多发生于子宫异常增大者，可在妊娠24周前出现高血压、蛋白尿和水肿，但 子痫罕见。若早期妊娠发生子痫前期，要考虑葡萄胎可能。

(5)甲状腺功能亢进：如心动过速、皮肤潮湿和震颤，血清游离T₃、T₄水平升高，但突眼少见。

(6)腹痛：因葡萄胎增长迅速和子宫过度快速扩张所致，表现为阵发性下腹痛， 一般不剧烈，能忍 受，常发生于阴道流血之前。若发生卵巢黄素化囊肿扭转或破裂，可出现急腹痛。

(7)卵巢黄素化囊肿(theca lutein ovarian cyst):大量hCG 刺激卵巢卵泡内膜细胞发生黄素化而 造成，常为双侧，但也可单侧，大小不等，最小仅在光镜下可见，最大可在直径20cm 以上。囊肿表面光 滑，活动度好，切面为多房，囊壁薄，囊液清亮或琥珀色。光镜下见囊壁为内衬2～3层黄素化卵泡膜 细胞。黄素化囊肿一般无症状。由于子宫异常增大，在葡萄胎排空前一般较难通过妇科检查发现，多 由超声检查作出诊断。黄素化囊肿常在葡萄胎清宫后2～4个月自行消退。

2. 部分性葡萄胎 部分性葡萄胎也常表现为停经后阴道流血，有时与不全流产或过期流产过程 相似。其他症状较少，程度也比完全性葡萄胎轻。

**【自然转归】**

在正常情况下，葡萄胎排空后血清hCG 逐渐下降，首次降至正常的平均时间大约9周，最长不超 过14周。若葡萄胎排空后hCG 持续异常要考虑妊娠滋养细胞肿瘤。完全性葡萄胎发生子宫局部侵 犯和(或)远处转移的概率约分别为15%和4%。当出现下列高危因素之一时应视为高危葡萄胎： ①hCG>100000U/L;② 子宫明显大于相应孕周；③卵巢黄素化囊肿直径>6cm。另外，也有认为年龄> 40岁和重复葡萄胎是高危因素。

部分性葡萄胎发生子宫局部侵犯的概率约为4%,一般不发生转移。与完全性葡萄胎不同，部分 性葡萄胎缺乏明显的临床或病理高危因素。

**【诊断】**

凡有停经后不规则阴道流血要考虑葡萄胎可能。若阴道排出葡萄样水泡组织支持诊断。常选择 下列辅助检查以进一步明确诊断。

1. 超声检查 是常用的辅助检查，最好采用经阴道彩色多普勒超声。完全性葡萄胎的典型超声 图像为子宫大于相应孕周，无妊娠囊或胎心搏动，宫腔内充满不均质密集状或短条状回声，呈“落雪 状”,水泡较大时则呈“蜂窝状”。常可测到双侧或一侧卵巢囊肿。彩色多普勒超声检查可见子宫动 脉血流丰富，但子宫肌层内无血流或仅稀疏血流信号。部分性葡萄胎可在胎盘部位出现由局灶性水 泡状胎块引起的超声图像改变，有时还可见胎儿或羊膜腔，胎儿通常畸形。早期葡萄胎妊娠的超声征 象常不典型，容易误诊。

**2.** **人绒毛膜促性腺激素** **(hCG)** **测定** 血清hCG 测定是诊断葡萄胎的另一项重要辅助检查。 正常妊娠时，滋养细胞在孕卵着床后数日便开始分泌hCG。 随孕周增加，血清hCG 滴度逐渐升高，停 经8～10周达高峰，持续1～2周后逐渐下降。但在葡萄胎时，血清hCG 滴度常明显高于正常孕周的 相应值，而且在停经8～10周以后继续持续上升。约45%的完全性葡萄胎患者的血清hCG 水平在

第二十八章 妊娠滋养细胞疾病

100000U/L 以上，最高可达240万U/L。>8 万 U/L 支持诊断。但也有少数葡萄胎，尤其部分性葡萄 胎因绒毛退行性变，hCG 升高不明显。

临床上常用抗hCG 抗体或抗hCG- β亚单位单克隆抗体检测血清或尿hCG 水平。近年发现，hCG 并不是单一分子，除规则 hCG(regular hCG)外，还有其他结构变异体，包括高糖化 hCG (hyperglycosylated hCG,hCG-H)、hCG游离β亚单位等。正常妊娠时hCG 的主要分子为规则hCG, 而 在滋养细胞疾病时则产生更多的hCG 结构变异体，因此同时测定规则hCG 及其结构变异体，有助于 滋养细胞疾病的诊断和鉴别诊断。

3.DNA 倍体分析 流式细胞计数是最常用的倍体分析方法。完全性葡萄胎的染色体核型为二 倍体，部分性葡萄胎为三倍体。

4. 印迹基因检测 部分性葡萄胎拥有双亲染色体，所以表达父源印迹、母源表达的印迹基因(如 P57MP²),而完全性葡萄胎无母源染色体，故不表达该类基因，所以P57² 免疫组化染色可区别完全性 和部分性葡萄胎。

5. 其他检查 如 X 线胸片、血细胞和血小板计数、肝肾功能等。

**【鉴别诊断】**

1. 流产 葡萄胎病史与流产相似，可能发生误诊，尤其部分性葡萄胎与流产的鉴别有时较为困 难，即使在病理检查时也因绒毛水肿、滋养细胞增生不明显等造成混淆，需要利用DNA 倍体分析、母 源表达印迹基因检测及短串联重复序列基因分析等技术进行鉴别。

2. 剖宫产瘢痕部位妊娠 是剖宫产术后的一种并发症，胚囊着床于子宫切口瘢痕部位，表现为 停经后阴道流血，容易与葡萄胎相混淆，超声检查有助于鉴别。

3. 双胎妊娠 子宫大于相应孕周的正常单胎妊娠，hCG 水平也略高于正常，与葡萄胎相似，但双 胎妊娠无阴道流血，超声检查可以确诊。

**【处理】**

1. 清宫 葡萄胎诊断一经成立，应及时清宫。但清宫前首先应注意有无休克、子痫前期、甲状腺 功能亢进及贫血等合并症，出现时应先对症处理，稳定病情。清宫应由有经验的妇科医师操作。停经 大于16周的葡萄胎清宫术应在超声引导下进行。 一般选用吸刮术，其具有手术时间短、出血少、不易 发生子宫穿孔等优点。由于葡萄胎清宫时出血较多，子宫大而软，容易穿孔，所以清宫应在手术室内 进行，在输液、备血准备下，充分扩张宫颈管，选用大号吸管吸引。待葡萄胎组织大部分吸出、子宫明 显缩小后，改用刮匙轻柔刮宫。为减少出血和预防子宫穿孔，可在充分扩张宫颈管和开始吸宫后静脉 滴注缩宫素，应用缩宫素一般不增加发生滋养细胞转移和肺栓塞的风险。通常一次刮宫即可刮净葡 萄胎组织。若有持续子宫出血或超声提示有妊娠物残留，需要第二次刮宫。

在清宫过程中，若发生滋养细胞进入子宫血窦造成肺动脉栓塞，甚至出现急性呼吸窘迫、急性右 心衰竭时，要及时给予心血管及呼吸功能支持治疗， 一般在72小时内恢复。急性呼吸窘迫也可由甲 状腺功能亢进、子痫前期等合并症引起。为安全起见，建议子宫大于妊娠16周或有合并症者应转送 至有治疗经验的医院进行清宫。

组织学是葡萄胎的最终诊断依据，所以葡萄胎每次刮宫的刮出物，必须送组织学检查。取材应注 意选择近宫壁种植部位、新鲜无坏死的组织送检。

**2.** **卵巢黄素化囊肿的处理** 囊肿在葡萄胎清宫后会自行消退， 一般不需处理。若发生急性蒂扭 转，可在超声引导或腹腔镜下作穿刺吸液，囊肿也多能自然复位。若扭转时间较长发生坏死，则需作 患侧附件切除术。

**3.** **预防性化疗** 不常规推荐。研究显示，预防性化疗可降低高危葡萄胎发生妊娠滋养细胞肿瘤 的概率，因此预防性化疗仅适用于有高危因素和随访困难的完全性葡萄胎患者，但也非常规。预防性 化疗应在葡萄胎排空前或排空时实施，选用单一药物， 一般为多疗程化疗至hCG 阴性。部分性葡萄 胎不作预防性化疗。

**327**





328 第二十八章 妊娠滋养细胞疾病

**4.** **子宫切除术** 单纯子宫切除不能预防葡萄胎发生子宫外转移，所以极少应用，除非患者合并 其他需要切除子宫的指征，绝经前妇女应保留两侧卵巢。当子宫小于妊娠14周大小时可直接切除子 宫。手术后仍需定期随访。

**【随访】**

葡萄胎患者清宫后必须定期随访，以便尽早发现滋养细胞肿瘤并及时处理。随访应包括以下内 容：①定期hCG 测定，葡萄胎清宫后每周一次，直至连续3次阴性，以后每个月一次共6个月，然后再 每2个月一次共6个月，自第一次阴性后共计一年；②询问病史，包括月经状况，有无阴道流血、咳嗽、 咯血等症状；③妇科检查，必要时可选择超声、X 线胸片或CT 检查等。

葡萄胎患者随访期间应可靠避孕。由于葡萄胎后滋养细胞肿瘤极少发生在hCG 自然降至正常以 后，所以避孕时间为6个月。若发生随访不足6个月的意外妊娠，只要hCG 已经正常，也不需考虑终止 妊娠。但妊娠后，应在妊娠早期作超声检查和hCG 测定，以明确是否正常妊娠，产后也需hCG 随访至正 常。避孕方法可选用阴茎套或口服避孕药。不选用宫内节育器，以免混淆子宫出血的原因或造成穿孔。

**第二节** **妊娠滋养细胞肿瘤**

● 无转移滋养细胞肿瘤的主要表现为异常阴道流血，多继发于葡萄胎妊娠。

● 转移性滋养细胞肿瘤易继发于非葡萄胎妊娠，常经血行播散，肺转移最常见。肝、脑转移者预后 不良。

● 血清 hCG 异常升高是主要诊断依据，影像学证据和组织学诊断不是必需的。

● 治疗采用化疗为主、手术和放疗为辅的综合治疗。低危患者首选单一药物化疗，高危患者首选联 合化疗。

妊娠滋养细胞肿瘤60%继发于葡萄胎妊娠，30%继发于流产，10%继发于足月妊娠或异位妊娠， 其中侵蚀性葡萄胎(invasive mole)全部继发于葡萄胎妊娠，绒癌(choriocarcinoma)可继发于葡萄胎妊 娠，也可继发于非葡萄胎妊娠。侵蚀性葡萄胎恶性程度低于绒癌，预后较好。绒癌恶性程度极高，发 生转移早而广泛，在化疗药物问世以前，其死亡率高达90%以上，但随着诊断技术及化疗的发展，预 后已得到极大的改善。

**【病理】**

侵蚀性葡萄胎的大体检查可见子宫肌层内有大小不等的水泡状组织，宫腔内可以没有原发病灶。 当病灶接近子宫浆膜层时，子宫表面可见紫蓝色结节。病灶也可穿透子宫浆膜层或侵入阔韧带内。镜下 可见水泡状组织侵入肌层，有绒毛结构及滋养细胞增生和异型性。但绒毛结构也可退化，仅见绒毛阴影。

绒癌的大体观见肿瘤位于子宫肌层内，可突向宫腔或穿破浆膜，单个或多个，大小不等，无固定形 态，与周围组织分界清，质地软而脆，海绵样，暗红色，伴明显出血坏死。镜下见肿瘤细胞由细胞滋养 细胞、合体滋养细胞及中间型滋养细胞组成，成片状高度增生，明显异型，不形成绒毛或水泡状结构， 并广泛侵入子宫肌层造成出血坏死。肿瘤不含间质和自身血管，瘤细胞靠侵蚀母体血管而获取营养。

**【临床表现】**

**1.** **无转移滋养细胞肿瘤** 大多数继发于葡萄胎妊娠。

(1)阴道流血：在葡萄胎排空、流产或足月产后，有持续的不规则阴道流血，量多少不定。也可表 现为一段时间的正常月经后再停经，然后又出现阴道流血。长期阴道流血者可继发贫血。

(2)子宫复旧不全或不均匀性增大：常在葡萄胎排空后4～6周子宫尚未恢复到正常大小，质地 偏软。也可受肌层内病灶部位和大小的影响，表现出子宫不均匀性增大。

(3)卵巢黄素化囊肿：由于hCG 的持续作用，在葡萄胎排空、流产或足月产后，双侧或一侧卵巢黄 素化囊肿持续存在。

第二十八章 妊娠滋养细胞疾病

(4)腹痛： 一般无腹痛，但当子宫病灶穿破浆膜层时可引起急性腹痛及腹腔内出血症状。若子宫 病灶坏死继发感染也可引起腹痛及脓性白带。黄素化囊肿发生扭转或破裂时也可出现急性腹痛。

(5)假孕症状：由于hCG 及雌、孕激素的作用，表现为乳房增大，乳头及乳晕着色，甚至有初乳样 分泌，外阴、阴道、宫颈着色，生殖道质地变软。

2. 转移性滋养细胞肿瘤 易继发于非葡萄胎妊娠，或为经组织学证实的绒癌。肿瘤主要经血行 播散，转移发生早而且广泛。最常见的转移部位是肺(80%),其次是阴道(30%),以及盆腔(20%)、 肝(10%)和脑(10%)等。局部出血是各转移部位症状的共同特点。

转移性滋养细胞肿瘤可以同时出现原发灶和继发灶症状，但也有不少患者原发灶消失而转移灶 发展，仅表现为转移灶症状，容易造成误诊。

(1)肺转移：可无症状，仅通过X 线胸片或肺CT 作出诊断。典型表现为胸痛、咳嗽、咯血及呼吸 困难。这些症状常呈急性发作，但也可呈慢性持续状态。在少数情况下，可因肺动脉滋养细胞瘤栓形 成，造成急性肺梗死，出现肺动脉高压、急性肺功能衰竭及右心衰竭。

(2)阴道转移：转移灶常位于阴道前壁及穹隆，呈紫蓝色结节，破溃时引起不规则阴道流血，甚至 大出血。 一般认为系宫旁静脉逆行性转移所致。

(3)肝转移：为不良预后因素之一，多同时伴有肺转移。病灶较小时可无症状，也可表现右上腹 部或肝区疼痛、黄疸等，若病灶穿破肝包膜可出现腹腔内出血，导致死亡。

(4)脑转移：预后凶险，为主要的致死原因。 一般同时伴有肺转移和(或)阴道转移。转移初期多 无症状。脑转移的形成可分为3个时期，首先为瘤栓期，可表现为一过性脑缺血症状如猝然跌倒、暂 时性失语、失明等。继而发展为脑瘤期，即瘤组织增生侵入脑组织形成脑瘤，出现头痛、喷射样呕吐、 偏瘫、抽搐直至昏迷。最后进入脑疝期，因脑瘤增大及周围组织出血、水肿，造成颅内压进一步升高， 脑疝形成，压迫生命中枢、最终死亡。

(5)其他转移：包括脾、肾、膀胱、消化道、骨等，其症状视转移部位而异。

**【诊断】**

**1.** **临床诊断**

(1)血清hCG 测定：hCG 水平异常是主要的诊断依据。影像学证据支持诊断，但不是必需的。

葡萄胎后滋养细胞肿瘤的诊断标准：在葡萄胎清宫后hCG 随访的过程中，凡符合下列标准中的 任何一项且排除妊娠物残留或再次妊娠即可诊断为妊娠滋养细胞肿瘤：①hCG 测定4次呈高水平平 台状态(±10%),并持续3周或更长时间，即1,7,14,21 日；②hCG 测定3次上升(>10%),并至少持 续2周或更长时间，即1,7,14日；③hCG 水平持续异常达6个月或更长。

非葡萄胎后滋养细胞肿瘤的诊断标准：当流产、足月产、异位妊娠后，出现异常阴道流血、或腹腔、 肺、脑等脏器出血、或肺部症状、神经系统症状等时，应考虑滋养细胞肿瘤可能，及时行血hCG 检测。 对 hCG 异常者，结合临床表现并除外妊娠物残留或再次妊娠，可诊断妊娠滋养细胞肿瘤。

(2)超声检查：是诊断子宫原发病灶最常用的方法。在声像图上子宫可正常大小或不同程度增 大，肌层内可见高回声团块，边界清但无包膜；或肌层内有回声不均区域或团块，边界不清且无包膜； 也可表现为整个子宫呈弥漫性增高回声，内部伴不规则低回声或无回声。彩色多普勒超声主要显示 丰富的血流信号和低阻力型血流频谱。

(3)X 线胸片：为常规检查。肺转移典型的X 线征象为棉球状或团块状阴影，转移灶以右侧肺及 中下部较为多见。胸片可见病灶是肺转移灶计数的依据。

(4)CT 和磁共振检查：胸部CT 可以发现肺部较小病灶，是诊断肺转移的依据。磁共振主要用于 脑、腹腔和盆腔转移灶的诊断。对X 线胸片阴性者，应常规检查胸部CT。 对 X 线胸片或胸部CT 阳性 者，应常规检查脑、肝CT 或磁共振。

(5)其他检查：如血细胞和血小板计数、肝肾功能等。

2. 组织学诊断在子宫肌层内或子宫外转移灶组织中若见到绒毛或退化的绒毛阴影，则诊断为 侵蚀性葡萄胎；若仅见成片滋养细胞浸润及坏死出血，未见绒毛结构者，则诊断为绒癌。若原发灶和

**329**



**第二十八章** **妊娠滋养细胞疾病**

**330**

转移灶诊断不一致，只要在任一组织切片中见有绒毛结构，均诊断为侵蚀性葡萄胎。

组织学证据对于妊娠滋养细胞肿瘤的诊断不是必需的，但有组织学证据时应以组织学诊断为准。

**【临床分期】**

采用国际妇产科联盟(FIGO) 妇科肿瘤委员会制定的临床分期，该分期包含了解剖学分期和预后评 分系统两个部分(表28-2,表28-3),规定预后评分≤6分者为低危，≥7分者为高危，其中预后评分≥12 分及对一线联合化疗反应差的肝、脑或广泛转移者为极高危。例如， 一患者为滋养细胞肿瘤肺转移，预 后评分为6分，此患者的诊断应为“妊娠滋养细胞肿瘤(Ⅲ:6)”。预后评分是妊娠滋养细胞肿瘤治疗方 案制定和预后评估的重要依据，而解剖学分期有助于明确肿瘤进程和各医疗单位之间比较治疗效果。

**表28-2滋养细胞肿瘤解剖学分期(FIGO,2000年)**

I 期

Ⅱ期

Ⅲ期

IV期

病变局限于子宫

病变扩散，但仍局限于生殖器(附件、阴道、阔韧带)

病变转移至肺，有或无生殖系统病变

所有其他转移

**表28-3** **FIGO/WHO预后评分系统(2000年)**

**评分**

年龄(岁)

前次妊娠

距前次妊娠时间(月)

治疗前血hCG(IU/L)

最大肿瘤大小(包括子宫) 转移部位

转移病灶数目

先前失败化疗

0

<40

葡萄胎

<4

≤10³

肺

1

≥40

流 产

4～<7

>10³~10⁴

3~<5cm

脾、肾

1～4

2

足月产

7～12

>10⁴~10⁵

≥5cm

胃肠道

5～8

单药

4

>12

>10⁵

肝、脑

>8

两种或两种以上药物

**【治疗】**

治疗原则为采用以化疗为主、手术和放疗为辅的综合治疗。必须在明确临床诊断的基础上，根据 病史、体征及各项辅助检查的结果，作出正确的临床分期，并根据预后评分将患者评定为低危(通常包 括≤6分的I~Ⅲ 期)或高危(通常包括≥7分的I~Ⅲ 期和IV期),再结合骨髓功能、肝肾功能及全 身情况等评估，制定合适的治疗方案，以实施分层治疗。

**1.** **化疗** 常用的一线化疗药物有甲氨蝶呤(MTX)、放线菌素-D(Act-D)、氟尿嘧啶(5-FU)、环磷酰胺 (CTX)、 长春新碱(VCR)、 依托泊苷(VP-16) 等。低危患者选择单一药物化疗，高危患者选择联合化疗。

(1)单一药物化疗：目前常用的单药化疗药物及用法见表28-4。

**表28-4推荐常用单药化疗药物及其用法**

**药** **物** **剂量、给药途径、疗程日数** **疗程间隔**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MTX | 0.4mg/(kg · d)肌内注射，连续5日 | 2 周 |
| MTX | 50mg/m²肌内注射 | 1 周 |
| MTX+ | 1mg/(kg · d)肌内注射，第1,3,5,7日 | 2 周 |
| 四氢叶酸(CF) | 0.1mg/(kg · d)肌内注射，第2,4,6,8日(24小时后用) |  |
| **MTX** | 250mg静脉滴注，维持12小时 |  |
| Act-D | 10～12μg/(kg ·d)静脉滴注，连续5日 | 2 周 |
| 5-FU | 28～30mg/(kg ·d)静脉滴注，连续8～10日 | 2 周 |

“疗程间隔一般指上一疗程化疗的第一日至下一疗程化疗的第一日之间的间隔时间。这里特指上一疗程化疗结束至下一

02记 疗程化疗开始的间隔时间



第二十八章 妊娠滋养细胞疾病 **331**

(2)联合化疗：首选EMA-CO 方案或氟尿嘧啶为主的联合化疗方案(表28-5)。

**表28-5联合化疗方案及用法**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **方案** | **剂量、给药途径、疗程日数** | **疗程间隔** |

2周

EMA-CO

第一部分EMA

VP16100mg/m² 静脉滴注

Act-D 0.5mg 静脉注射

MTX 100mg/m² 静脉注射

MTX 200mg/m² 静脉滴注12小时

第1日

VP16100mg/m² 静脉滴注

第2日

Act-D 0.5mg 静脉注射

四氢叶酸(CF)15mg 肌内注射

(从静脉注射MTX开始算起24小时给药，每12小时1次，共2次)

四氢叶酸15mg,肌内注射，每12小时1次，共2次

第3日

第4～7日

第二部分CO 第8日

休息(无化疗)

VCR 1.0mg/m² 静脉注射

CTX 600mg/m² 静脉注射

|  |  |
| --- | --- |
| 5-FU+KSM  5-FU 26～28mg/(kg ·d) KSM 6μg/(kg ·d) | 3 周 °  静脉滴注8日  静脉滴注8日 |

“特指上一疗程化疗结束至下一疗程化疗开始的间隔时间

(3)疗效评估：在每一疗程化疗结束后，应每周一次测定血清 hCG, 并结合妇科检查和影像学检 查。在每疗程化疗结束至18日内，血hCG 下降至少1个对数称为有效。

(4)毒副反应防治：常见的化疗毒副反应为骨髓抑制，其次为消化道反应、肝、肾功能损害及脱发 等。所以化疗前应先检查骨髓及肝肾功能等，用药期间严密观察，注意防治。

(5)停药指征：hCG 正常后，低危患者至少巩固化疗1疗程，通常为2～3疗程；高危患者继续化 疗3个疗程，其中第一疗程必须为联合化疗。

2. 手 术 主要用于化疗的辅助治疗。对控制大出血等并发症、切除耐药病灶、减少肿瘤负荷和 缩短化疗疗程等方面有作用，在一些特定的情况下应用。

(1)子宫切除：对无生育要求的无转移患者在初次治疗时可选择全子宫切除术，并在术中给予单 药单疗程辅助化疗，也可多疗程至血hCG 水平正常。对有生育要求者，若发生病灶穿孔出血，可行病 灶切除加子宫修补术；若出现单个子宫耐药病灶，且血hCG 水平不高，可考虑作病灶剜出术。

(2)肺叶切除术：对于多次化疗未能吸收的孤立的耐药病灶，血hCG 水平不高，可考虑做肺叶切 除。由于肺转移灶吸收后形成的纤维化结节可以在hCG 转阴后在X 线胸片上较长时间存在，所以在 决定手术前应注意鉴别。

3. 放射治疗应用较少，主要用于肝、脑转移和肺部耐药病灶的治疗。

4. 耐药复发病例的治疗几乎全部无转移和低危转移患者均能治愈，但尚有20%左右的高危转 移病例出现耐药和复发，并最终死亡。对这类患者如何治疗仍然是当今滋养细胞肿瘤治疗的一大难 题。其策略大致有：①治疗前准确分期和评分，给予规范的化疗方案，以减少耐药和复发；②采用由有 效二线化疗药物组成的联合化疗方案，常用药物有异环磷酰胺，铂类、博来霉素、紫杉醇等，由这些药

物组成的化疗方案主要有EP-EMA(EMA-CO 中 的CO 被顺铂和依托泊苷所替代)、PVB (顺铂、长春新

碱、博来霉素)、BEP (博来霉素、依托泊苷，顺铂)、VIP (依托泊苷、异环磷酰胺、顺铂或卡铂)、TP/TE



**332** 第二十八章 妊娠滋养细胞疾病

(紫杉醇、顺铂/紫杉醇、依托泊苷)等；③采用综合治疗和探索新的治疗手段。

**【随访】**

治疗结束后应严密随访。第1次在出院后3个月，然后每6个月1次至3年，此后每年1次直至 5年。也有推荐低危患者随访1年，高危患者可随访2年。随访内容同葡萄胎。随访期间应严格避 孕， 一般于化疗停止≥12个月后方可妊娠。

**第三节** **胎盘部位滋养细胞肿瘤**

● 起源于胎盘部位中间型滋养细胞，临床罕见，大多数病灶局限于子宫、预后良好。

● 血清 hCG测定多数阴性或轻度升高，确诊靠组织学检查。

● 手术是首选的治疗，高危患者术后应予辅助性化疗。

胎盘部位滋养细胞肿瘤(placental site trophoblastic tumor,PSTT)指起源于胎盘种植部位的一种特殊 类型的滋养细胞肿瘤。临床罕见，约占妊娠滋养细胞肿瘤的1%～2%。多数不发生转移，预后良好。

**【病理】**

大体检查见肿瘤可为突向宫腔的息肉样组织，也可侵入子宫肌层或子宫外扩散，切面呈黄褐色或 黄色。镜下见肿瘤几乎完全由种植部位中间型滋养细胞组成，无绒毛结构，呈单一或片状侵入子宫肌 纤维之间，仅有灶性坏死和出血。免疫组化染色见部分肿瘤细胞hCG 和人胎盘生乳素(hPL) 阳性。

**【临床表现】**

绝大多数发生于生育期年龄，绝经后罕见，平均发病年龄31～35岁。可继发于足月产、流产和葡 萄胎，但后者相对少见，偶尔合并活胎妊娠。常见症状为闭经后不规则阴道流血或月经过多。体征为 子宫均匀性或不规则增大。仅少数病例发生子宫外转移，受累部位包括肺、阴道、脑、肝、肾及盆腔和 腹主动脉旁淋巴结。 一旦发生转移，预后不良。

**【诊断]**

症状、体征不典型，容易误诊。确诊靠组织学诊断，可通过刮宫标本作出诊断，但在多数情况下需 靠手术切除的子宫标本才能准确诊断。常用的辅助检查有：

**1.** **血清hCG** **测定** 多数阴性或轻度升高，其水平与肿瘤负荷不成比例，无评估预后的价值。但 检测hCG 游离β亚单位常升高。

**2.** **hPL** **测定** 血清 hPL 一般为轻度升高或阴性，但免疫组化染色通常阳性。

**3.** **超声检查** 超声检查表现为类似于子宫肌瘤或其他滋养细胞肿瘤的声像图，彩色多普勒超声 检查可显示子宫血流丰富。

**【临床分期和高危因素】**

参照FIGO 分期中的解剖学分期，但预后评分系统不适用。 一般认为，与PSTT 预后相关的高危 因素为：①肿瘤细胞有丝分裂指数>5个/10HPF;② 距先前妊娠时间>2年；③有子宫外转移。

**【处理】**

手术是首选的治疗，原则是切除一切病灶，手术范围为全子宫及双侧附件切除。年轻妇女若病灶 局限于子宫、卵巢外观正常可保留卵巢。对年轻希望生育、 I 期且病灶局限者，可采用刮宫、宫腔镜或 局部病灶切除等方法，并予以化疗。但这类治疗尚缺乏大样本临床资料支持，不常规推荐。

有高危因素的患者术后应给予辅助化疗。因PSTT 对化疗的敏感性不及滋养细胞肿瘤，故应选择 联合化疗，首选的化疗方案为EMA-CO。 而对于无高危因素者一般不主张术后辅助化疗。

**【随访】**

治疗后应随访，随访内容同妊娠滋养细胞肿瘤。由于通常缺乏肿瘤标志物，所以随访时临床表现

和影像学检查更有价值。

(王新宇)