

女性生殖系统炎症 生殖道防御机制

- (1) 阴道正常为酸性环境，故禁用碱性溶液清洗。
- (2) 雌激素使阴道上皮增生变厚，增加糖原含量。维持阴道酸性环境（雌激素 + 乳酸杆菌 = 阴道自净作用）。
- (3) 大阴唇自然合拢，掩盖阴道口，可防止感染。
- (4) 在维持阴道生态平衡中，乳杆菌、雌激素及阴道 pH 值起重要作用。维持阴道正常的酸性环境（pH 值 ≤ 4.5 ，多为 $3.8 \sim 4.4$ ）。
- (5) 子宫内膜周期性剥脱，有助于消除宫内感染。

（一）细菌性阴道病

1. 致病菌

厌氧菌（最常见）、加德纳菌（最主要）及支原体等引起的混合性感染。

2. 诊断

- (1) 阴道 pH 值 >4.5 。
- (2) 白带特点：灰白色均匀一致的腥臭味或鱼腥味白带。
- (3) 胺臭味试验阳性。
- (4) 线索细胞阳性。

3. 治疗——首选甲硝唑

（二）外阴阴道念珠菌病（假丝酵母菌病）

1. 致病菌 白色念珠菌。

2. 诱因 妊娠、糖尿病、长期使用抗生素和免疫抑制剂等。

3. 白带特点

外阴奇痒，呈白色豆渣样或凝乳样，擦除后有红肿黏膜。

4. 治疗

(1) 抗真菌治疗。咪康唑、克霉唑、制霉菌素和伊曲康唑等。

(2) 用碱性溶液清洗（唯一）：只要复发就需要治疗 6 个月。

（三）滴虫阴道炎

1. 病因 由阴道毛滴虫感染引起的阴道炎症。

2. 传播途径

最常见的是**性接触**传播，属性传染病一种，还可以通过浴盆、浴池间接传播。

3. 白带特点

呈黄白稀薄泡沫状，伴有外阴瘙痒、灼热感。

4. 治疗——甲硝唑

(1) **哺乳期、妊娠期**只能**局部**用；**夫妻同治**；治疗期间禁止性生活，以免发生交叉感染。

(2) 洗剂：酸性溶液。

(3) 治愈标准：临床症状消失且**连查 3 个月白带均为阴性**，称为治愈。

(四) 萎缩性阴道炎（老年性阴道炎）

1. 病因

雌激素水平降低，阴道黏膜抵抗力减弱，致病菌易于侵入而引起的阴道炎。

2. 白带特点

多为**黄水状**，**血性白带**，感染严重时白带可呈**脓性或脓血性**。

3. 治疗

用酸性冲洗+外用少量雌激素如雌激素栓剂或雌激素软膏（己烯雌酚）阴道局部应用。

细菌性阴道病 鱼腥臭或者腥臭味

外阴阴道念珠菌病 白色豆渣样或凝乳样

滴虫阴道炎 黄白稀薄泡沫样

萎缩性阴道炎 黄水状、血性或脓性

(五) 宫颈炎

(1) 急性宫颈炎——宫颈部出现红肿，全身发热，阴道脓性分泌物增多。

治疗——以全身治疗为主，应针对病原体选用抗生素。

(2) 慢性宫颈炎（最常见）——主要为**白带增多（量多）**，分为、**宫颈息肉、宫颈肥大**。

治疗——物理治疗。

注意：

(1) 宫颈糜烂样改变：鳞状上皮被柱状上皮所取代。

(2) 宫颈癌：柱状上皮被鳞状上皮所取代。

(六) 盆腔炎症

急性盆腔炎

1. 诱因 上环、人流等宫腔操作史。

2. 临床表现

(1) 全身寒战高热，下腹坠胀疼痛。

(2) 明显的宫颈举痛。

(3) 伴有阴道分泌物的增多。

3. 确诊——病原体检查

4. 治疗——抗生素

十五、女性生殖器官肿瘤

(一) 宫颈癌

1. 好发部位

宫颈外口鳞柱状上皮交界处。常见病理类型：鳞癌。

2. 病因

人乳头瘤病毒 HPV 感染（主要）。

3. 宫颈上皮内瘤变 CIN 分期

(1) CIN I：异型细胞局限于上皮层的下 1/3。

(2) CIN II：异型细胞局限于上皮层的 1/3~2/3。

(3) CIN III：异型细胞超过上皮层 2/3，但绝对未突破基底膜，称为原位癌（突破基底膜是浸润癌），CIN 需要 5~10 年才可转变为浸润癌。

5. 转移方式

(1) 直接蔓延——最常见。

(2) 淋巴转移——一级组：宫旁、宫颈旁、髂内、髂外、髂总、淋巴结；二级组：腹股沟深浅淋巴结，腹主动脉旁淋巴结。

6. 临床表现

(1) 接触性出血。

(2) 宫颈有菜花状赘生物。

7. 诊断

(1) 首选（筛查）——宫颈刮片细胞学检查或者宫颈刮片。

(2) 确诊——宫颈活检。

8. 临床分期（非常重要）

I 期

（局限在宫颈）

I A（镜下可见）

I A1 深 < 3mm

I A2 深 \geq 3mm, < 5mm

I B（肉眼可见或镜下 > I A）

I B1 浸润深度 \geq 5mm, 最大径线 < 2cm

I B2 癌灶最大径线 \geq 2cm, < 4cm

I B3 癌灶最大径线 \geq 4cm

II 期

（超出子宫）

II A（阴道上 2/3 无明显宫旁浸润）

II A1 癌灶最大径线 < 4cm

II A2 癌灶最大径线 \geq 4cm

II B（有明显宫旁浸润未达骨盆壁）

III 期（到骨盆壁、阴道下 1/3）

III A 阴道达下 1/3 未到骨盆壁

III B 达盆壁或有肾盂积水或肾无功能

III C 不论肿瘤大小和扩散程度，累及盆腔和（或）主动脉旁淋巴结

III C1 仅累及盆腔淋巴结

III C2 主动脉旁淋巴结转移

IV 期（邻近器官、远处） IV A 侵犯邻近的盆腔器官 IV B 有远处转移

9. 治疗

分期 治疗方式

I A1 筋膜外全子宫切除术

I A2 改良广泛子宫切除术 + 盆腔淋巴结切除术

I B1、I B2、II A1 广泛性子宫切除术 + 盆腔淋巴结切除术，必要时腹主动脉旁淋巴结取样

I B3、II A2 广泛性子宫切除术 + 盆腔淋巴结切除术 + 腹主动脉旁淋巴结取样

II B 及以后 放化疗

（二）子宫肌瘤

1. 肌瘤分类

- （1）肌壁间肌瘤——最常见。经量增多，经期延长。
- （2）黏膜下肌瘤——最易突出宫腔，易出血，月经量多。
- （3）浆膜下肌瘤——易发生扭转。

2. 肌瘤变性

- （1）玻璃样变——最常见。
- （2）红色样变：妊娠期、产褥期最常见。

3. 临床表现

- （1）经量增多、经期延长、严重贫血。
- （2）取决于肌瘤的部位、大小、生长速度、有无继发性改变等因素，与肿瘤数目关系不大。

4. 实验室检查

首选检查——B超。

5. 治疗（注：雌激素越多子宫肌瘤越大）

- （1）近绝经期的、肌瘤较小无症状者随访观察。
- （2）药物治疗：非甾体抗炎药、雄激素、促性腺激素释放激素激动剂。
- （3）年轻或者需保留生育功能——肌瘤切除术。
- （4）年龄较大、无生育要求的、疑有恶变——子宫全切术。

（三）子宫内膜癌（重要）

1. 高危因素

肥胖、高血压、糖尿病 = 三联征。

2. 病理类型

最常见——内膜样腺癌。

3. 转移途径

直接蔓延 + 淋巴转移（同宫颈癌）。

4. 典型临床表现

绝经后阴道出血。

5. 辅助检查

(1) 首选—B 超。

(2) 确诊——分段诊刮。

6. 分期

I 期——侵犯到子宫肌层

I A 浸润深度 $< 1/2$ 肌层

I B 浸润深度 $\geq 1/2$ 肌层

II 期——肿瘤侵犯宫颈间质，未超过子宫，无宫体外蔓延。

III 期——局部和（或）区域扩散

III A 瘤浸润多至附件（输卵管、卵巢）

III B 肿瘤浸润至阴道

III C 肿瘤转移至盆腔、淋巴结

III C1 转移到盆腔淋巴结

III C2 转移到腹主动脉旁淋巴结

IV 期——肿瘤侵犯膀胱和（或）直肠黏膜，和（或）远处转移

IV A 期肿瘤侵及膀胱和（或）直肠黏膜

IV B 期远处转移，包括腹腔内和（或）腹股沟淋巴结转移

7. 治疗

I 期：子宫全切 + 双侧附件切除。

II 期：改良子宫全切 + 双侧附件切除 + 盆腔淋巴结切除 + 腹主动脉旁淋巴结取样术。

III 期、IV 期：肿瘤细胞减灭术。

（四）卵巢肿瘤（重要）

1. 转移途径

直接蔓延 + 淋巴转移 + 种植转移。

2. 临床表现

早期症状不明显；晚期出现腹胀、腹水，腹部肿块。

3. 实验室检查

(1) 最常用：B 超。

(2) 肿瘤标志物：CA125 ↑ ——上皮性肿瘤。

雌激素↑——卵泡膜细胞肿瘤和颗粒细胞瘤。

AFP ↑——内胚窦瘤（又称卵黄囊瘤）。

5. 并发症

包括蒂扭转，感染、破裂、恶变。卵巢囊肿蒂扭转或破裂（变换体位后突发下腹剧痛）多见于成熟畸胎瘤，即皮样囊肿。

6. 治疗

（1）**上皮性肿瘤**对化疗最敏感，首选**化疗方案**，**TC 方案**（紫杉醇 + 卡铂）。

（2）**生殖细胞瘤、性索间质细胞瘤**，化疗首选 **BEP 方案**（博来霉素 + 依托泊苷 + 顺铂）。

（3）**无性细胞瘤**——对**放疗**极敏感。

十六、妊娠滋养细胞疾病

（一）葡萄胎

1. 临床表现

（1）**停经 + 子宫异常增大 + 伴有阴道少量流血**。

（2）HCG 异常增高，出现**卵巢黄素化囊肿**。

2. 实验室检查

首选 B 超，宫腔内呈现“**落雪状**”“**蜂窝状**”改变。

3. 治疗

（1）一旦确诊，立即**清宫**（清宫前必须**备血**，清宫后必须送病理检查）

（2）卵巢黄素化囊肿一般无须处理，术后可自行消退。

（3）经治疗，HCG 转阴后，需**随访 1 年**，半年内避孕，**首选避孕套**。

题眼：

（1）**停经、突发腹痛、阴道流血、休克**——异位妊娠。

（2）**停经、腹痛、阴道少量流血、子宫大小符合正常孕周**——先兆流产。

（3）**停经、腹痛、阴道少量流血、子宫异常增大**——葡萄胎。

（二）妊娠滋养细胞肿瘤

侵蚀性葡萄胎 绒癌

病因 只继发于葡萄胎术后 6 个月内 葡萄胎 1 年以上或非葡萄胎妊娠

确诊 镜下有绒毛结构 镜下无绒毛结构

共同特点 向肺、阴道转移

首选治疗 化疗——甲氨蝶呤

实验室检查 B 超，HCG，不查宫腔镜（因为其病变在子宫肌壁层）

确诊 病理活检

总结：（1）葡萄胎病史 6 个月内——侵蚀性葡萄胎。

（2）葡萄胎病史 1 年以上——绒癌。

（3）继发于人流、异位妊娠、正常分娩、早产、HGG ↑——绒癌。

（4）病理组织镜下有绒毛——侵蚀性葡萄胎。

（5）病理组织镜下无绒毛——绒癌。

十七、生殖内分泌疾病

（一）功能失调性子宫出血（功血）

1. 无排卵性功能失调性子宫出血（单相体温）

好发人群：主要见于青春期和更年期。

特点：子宫内膜只有增生期改变，无分泌期改变。

典型临床表现：周期紊乱、经量紊乱、经期紊乱（3 乱）。

实验室检查：①青春期首选——基础体温测定（单相体温）；

②更年期首选——诊断性刮宫（只有增生期改变），刮宫时

间：经前期 1~2 天或来潮 6 小时内。

治疗：（1）更年期——刮宫。

（2）青春期——①止血：先补充雌激素；②调整周期：雌孕激素贯序疗法；③有生育要求者可促排卵。

注意：①诊断性刮宫——为已婚患者首选方法，既可诊断，同时又可以止血。②大量雌激素——为青春期患者首选方法

2. 排卵性功能失调性子宫出血（双相体温）

（1）黄体功能不全（黄体提早死了）：周期缩短，经期正常，双相体温，高峰相持续时间变短。

(2) **黄体萎缩不全** (14 天该死没死)：子宫内膜分泌期不良，子宫内膜不规则脱落，周期正常，**经期延长**。双相体温，高温相下降缓慢。

(3) 实验室检查：月经期第 5~7 天诊刮可见既有**增生期**，又有**分泌期**。

(4) 治疗：下次月经前 10~14 天肌注黄体酮孕激素，使黄体及时萎缩，内膜完整脱落。

总结：**三乱** (周期紊乱、经量紊乱、经期紊乱) —— 无排卵性子宫出血。

死得早 (黄体功能不全) —— 周期缩短，经期正常。

老不死 (黄体萎缩不全) —— 周期正常，经期延长。

(二) 闭经

1. 第一个实验——孕激素实验 (黄体酮)

给黄体酮后来月经，说明子宫正常—— I 度闭经。

2. 第二个实验——雌孕激素序贯疗法

①先给雌激素，10 天后给孕激素 (人工周期) 来月经，说明子宫正常—— II 度闭经。

②先给雌激素，10 天后给孕激素 (人工周期) 没来月经—— 病变在子宫。

3. 第三个实验——测 Fsh、LH 值

(1) Fsh、LH 正常——说明卵巢正常。

(2) Fsh、LH 升高——病变在卵巢。

4. 第四个实验——GnRH 实验 (促性腺激素释放激素)

用了 GnRH 后观察 LH 生成量：① LH 升高——说明垂体正常，病变在下丘脑；② LH 不变—— 病变在垂体。

注意：Asherman 综合征——子宫性闭经。

Sheehan 综合征——垂体性闭经。

(三) 多囊卵巢综合征 (助理不考)

1. 内分泌特征

(1) 雄激素分泌过多。

(2) 雌激素分泌过多。

(3) 黄体生成素 / 尿促卵泡素 (LH/FSH) $\geq 2 \sim 3$ 。

(4) 胰岛素分泌过多。

2. 临床表现

月经稀发、肥胖、多毛、痤疮、闭经、不孕。

3. 治疗

(1) 促排卵，常用促排卵药物：氯米芬，枸橼酸氯米芬（CC）。

(2) 促排卵时严密监测卵泡发育，防止卵巢过度刺激综合征的发生。

(四) 绝经综合征

1. 概念

绝经前后精神、身体的紊乱。

2. 特点

绝经过渡期 $Fsh/LH < 1$ ，绝经后 $Fsh/LH > 1$ 。

3. 临床表现

月经紊乱 + 精神症状（烦躁、易怒、活动、失眠）+ 血管收缩症状：**潮热**，是绝经期

标志性症状，是雌激素降低的特征性症状。

4. 治疗 补充激素。

十八、子宫内膜异位症及子宫腺肌病

(一) 子宫内膜异位症

1. 最常见异位卵巢，出血后包裹形成卵巢巧克力囊肿（也称卵巢内膜异位囊肿）。

2. 典型表现 **继发性痛经**进行性加重 + **子宫不大**，在盆底，宫底韧带可触及多个**痛性结节**。

3. 辅助检查

(1) 金标准——腹腔镜检查，偶见 CA125 ↑。

(2) 首选检查——超声检查。

4. 药物治疗

(1) 促性腺激素释放激素激动剂（GnRH-a）——药物性卵巢切除。

(2) 达那唑——假绝经疗法。

(3) 雌激素加孕激素或单纯高效孕激素——假孕疗法。

5. 手术治疗

有生育要求，较大的卵巢内膜异位囊肿者。

记忆口诀：腹腔镜确诊、手术加药物治疗是内异症标准治疗。

（二）子宫腺肌病

（1）概念：子宫内膜层异位位于**子宫肌层**。

（2）典型表现：**继发性痛经进行性加重 + 子宫均匀一致增大**。

（3）辅助检查：**首选——B 超**。

（4）治疗：年轻，有生育要求的药物治疗，无生育要求。子宫切除术。

十九、女性生殖器损伤性疾病

（一）子宫脱垂

1. 最常见原因

分娩损伤。

2. 临床分度

I 度：轻型——**宫颈外口距处女膜 <4cm**。

重型——**宫颈外口到达处女膜边缘**。

II 度：轻型——**只有宫颈脱出于阴道口外**。

重型——**宫颈 + 部分宫体脱出至阴道口外**。

III 度：**宫颈宫体全部脱出至阴道口外**。

3. 治疗

（1）有**生育要求或宫颈较长**首选**曼氏手术**即 **Manchester 手术**。

（2）无生育要求或年龄较大，首选**经阴道子宫切除和阴道前后修补术**。

二十、不孕症

1. 概念

夫妇**同居生活无避孕措施 1 年未受孕**。

2. 病因

（1）**女性不孕原因——输卵管因素（最常见原因）**。

（2）**男性不育原因——精液异常**。

（3）**不明原因——免疫因素**。

3. 治疗

体外授精——胚胎移植（IVF-ET）

二十一、计划生育

1. 宫内节育器（IUD）

种类 带铜 T 形宫内节育器（TCuIUD）：（最常用、放 10~15 年）

避孕机制 主要有杀精毒胚作用和干扰着床

禁忌证

生殖道急性炎症、肿瘤、畸形、宫颈内口过松、裂伤或子宫脱垂。铜过敏史；子宫 <5.5cm 或 >9.0cm

放置时间 月经干净 3 ~ 7 天、人流后立即放置

产后 42 日恶露已净，会阴切口已愈合，子宫恢复正常

剖宫产后半年放置、哺乳期放置应先排除早孕

注意事项 术后休息 3 天，2 周内忌性交及盆浴

不良反应 经量增多、经期延长或少量点滴出血（3~6 个月恢复）

并发症

节育器异位

节育器嵌顿或断裂

节育器下移或脱落

带器妊娠

2. 药物避孕（激素避孕药）

避孕机制

抑制排卵（抗排卵）

改变宫颈黏液性状（抗穿透）

改变输卵管的功能（抗受精）

改变子宫内膜形态与功能（抗着床）

适应证 生育年龄的健康妇女均可

禁忌证

严重心血管疾病、血栓性疾病

急、慢性肝炎或肾炎

恶性肿瘤，癌前病变

内分泌疾病

禁忌证

哺乳期

年龄 >35 岁、吸烟妇女

精神病长期服药

种类

口服避孕药（漏服需 12 小时内补上）

长效避孕针

探亲避孕药

缓释避孕药（皮下埋植）

3. 其他避孕方法

紧急避孕

宫内节育器：带铜宫内节育器可用于紧急避孕。在无保护性生活后 5 日（120 小时）之内放入，有效率达 95% 以上

紧急避孕药：主要有雌孕激素复方制剂，单孕激素制剂及抗孕激素制剂 3 大类

自然避孕

安全期避孕，不十分可靠，不宜推广。（排卵通常发生在下次月经前 14 天左右，据此推算出排卵前后 4~5 天为易受孕期，其余视为安全期）

其他 避孕栓剂、片剂、胶冻剂、凝胶剂及避孕薄膜等

4. 人工流产

药物流产 米非司酮 + 米索前列醇

适应证

① 妊娠 <49 日

② B 超确诊为宫内妊娠

③ 人工流产术高危因素者（瘢痕子宫、哺乳期、宫颈发育不良或严重骨盆畸形等）

禁忌证

① 使用米非司酮、前列腺素禁忌证者

② 带器妊娠、宫外孕

③过敏体质、妊娠剧吐、长期服用抗结核药、抗癫痫、抗抑郁、抗前列腺素药

注意事项

服药后严密观察，大出血需急症刮宫终止妊娠
药物流产必须在有正规抢救条件医疗机构进行
手术流产

适应证 ①负压吸引术：适用于妊娠 10 周内

②钳刮术：适用于妊娠 10 ~ 14 周

禁忌证

生殖道炎症

各种疾病的急性期

全身情况不良不能耐受手术

术前两次体温在 37.5℃ 以上

手术流产 并发症 出血、子宫穿孔、人工流产综合反应、漏吸或空吸、吸宫不全、感染、羊水栓塞等

5. 人流并发症及处理

术中出血 处理：缩宫素

子宫穿孔 特点：“无底感”

处理：停止手术，穿孔小注射宫缩剂，给予抗生素，密切观察；破口大、有内出血或怀疑脏器损伤，应剖腹探查

人工流产综合征

特点：心动过缓、心律不齐、面色苍白、头昏、胸闷、大汗淋漓，血压下降等（迷走神经兴奋症状）

处理：阿托品 0.5 ~ 1mg 静脉注射

漏吸 处理：再次行负压吸引术，吸出物送病检

术中出血 处理：缩宫素

空吸 处理：警惕宫外孕

吸宫不全 特点：术后阴道流血时间长（10 天以上），处理：刮宫、防感染

感染 处理：应用抗生素