

第十六篇 妇科疾病诊疗常规

第一章 女性生殖器炎症

第一节 滴虫性阴道炎

一、由阴道毛滴虫引起的常见阴道炎

【诊断要点】

(一) 临床表现

1、阴道分泌物增多，呈稀薄的泡沫状，有异味；2、外阴搔痒、灼热、疼痛；

(二) 体征

阴道粘膜充血，可见散在红色斑点。

(三) 辅助检查

阴道分泌物悬液中可见滴虫。

【鉴别诊断】

与各种阴道炎鉴别。

【治疗】

(一) 方案：

1%乳酸、0.5%醋酸冲洗阴道或 1/5000p.p 粉水坐浴 qd×7d；

灭滴灵 0.2g 放入阴道，qd×10d。

滴维静 1#放入阴道，qd×10d。

替硝唑 2g. po，配偶服同等剂量；

灭滴灵 0.2g-0.4g，tid，po×7d，配偶同服。

(二) 转阴后，下次月经干净后继续治疗一疗程。每月检查白带，若经 3 次检查均为阴性，方可称为治愈。

二、念珠菌性阴道炎

【概述】

当阴道糖原增加、酸性增高、局部细胞免疫力下降，念珠菌繁殖引起炎症。

【诊断要点】

(一) 临床表现

1、外阴、阴道搔痒、灼痛；2、白带增多、呈白色稠厚豆渣样。

(二) 体征

1、小阴唇内侧及阴道粘膜附有一层白色膜状物，粘膜充血红肿或者表浅溃疡；

2、阴道分泌物中可见白色念珠菌。

(三) 辅助检查

白带检查发现念珠菌

【治疗】

1、去除诱因，注意外阴卫生，治疗期间禁止性生活。

2、外用药物：

2-4%碳酸氢钠液冲洗外阴及阴道，qd×10d；
克霉唑栓 1# 放入阴道 qd×7d，睡前使用；
达克宁栓 1# 放入阴道 qd×7d 睡前使用；
制霉菌素栓或片剂 1# 放入阴道 qd×7-10d，睡前使用；
凯妮汀片 0.5 放入阴道 1次/3天，共1-2次；
达克宁软膏 1支 外用 qd×7d。
中药治疗

3、全身用药：三维康胶囊 150mg 口服 共1-2次；

伊曲康唑 200mg 1次/日 共3-5日；

酮康唑 200-400mg 1次/日 共5日

4、下次月经后复查，连续检查三次阴性为治愈。

三、萎缩性阴道炎

【概述】

常见于绝经后的老年妇女及卵巢去势后妇女、产后闭经或药物假绝经治疗的妇女，因卵巢功能衰退，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，阴道局部抵抗力下降，致细菌容易入侵繁殖引炎症。

【诊断要点】

(一) 病史：有上述病史。

(二) 临床表现

1、阴道分泌物增多，呈黄水状或血样脓性白带；2、外阴搔痒、灼热感。

(三) 体征

阴道萎缩性改变，黏膜菲薄、充血，散在出血点或表浅溃疡。

(四) 辅助检查

1、显微镜下见大量基底层细胞及白细胞，无滴虫及假丝酵母菌。

2、需作宫颈刮片、必要时分段诊刮排除恶性疾病。

【鉴别诊断】

应与其他阴道炎症、子宫肿瘤、阴道癌鉴别。

【治疗】

治疗原则为增加阴道抵抗力、补充雌激素及抑制细菌生长。

1、1%乳酸或0.5%醋酸液阴道冲洗 1次/日，冲洗后上药，甲硝唑或氟哌酸 每次1片放入阴道，7-10天为一疗程。

2、雌激素局部或全身用药：己烯雌酚 0.125-0.25mg，每晚放入阴道，7天为一疗程。

3、尼尔雌醇：口服，首次4mg，以后每2-4周一粒，每次2mg，维持2-3个月。

4、鱼肝油软膏 30g 外用 1次/日。

5、复方卵巢素软膏 30g 外用，1次/日。

6、孚舒达栓 每晚一粒，塞阴道，第一个月 qd×4，第二个月后，1枚 隔日一次，连续4枚。

7、雌三醇栓 第一个月 每晚1粒，塞阴道，qd×7，第二个月，每周一枚，塞阴道。

第二节 急性子宫颈炎

【诊断要点】

（一）临床表现

阴道分泌物增多，呈乳色或淡黄色，脓性或血性。

（二）体征

1、宫颈充血、水肿；2、严重时上皮脱落、坏死、溃疡。

（三）辅助检查

宫颈分泌物涂片有 10 个以上的中性多核白细胞或培养出病原体。

【鉴别诊断】

与宫颈癌鉴别

【治疗】

- 1、禁止阴道冲洗及性生活。
- 2、全身用药，根据药敏试验选用敏感抗生素。治疗性伴侣。

第三节 慢性子宫颈炎

【诊断要点】

（一）临床表现

- 1、白带增多：呈粘稠、淡黄色脓性；
- 2、血性白带或接触性出血；
- 3、疼痛：腰、骶部疼痛，盆腔下坠感及痛经；

（二）体征

妇检可见宫颈糜烂、肥大、息肉、裂伤、外翻及腺体囊肿等。

（三）辅助检查

宫颈刮片、阴道镜检查。

【鉴别诊断】

与宫颈癌鉴别。

【治疗】

- 1、凡有宫颈糜烂者，治疗前常规行宫颈细胞学检查，必要时阴道镜检查及活体组织检查以排除 CIN 及宫颈癌。
- 2、物理疗法：包括波姆光、电烫、冷冻、激光、火烫等。
- 3、药物治疗：
 - ①1/5000p.p 水坐浴 qd×10d，局部中药治疗。
 - ②奥平栓 1 枚 qod×6d 阴道用，必要时重复使用。
 - ③爱宝疗栓 1 枚 qod×6d 阴道用，必要时重复使用。
- 4、手术：宫颈息肉直径<5mm 者，门诊摘除，息肉较大者，收入院处理。(息肉摘除后须送病理检查)。

第四节 急性盆腔炎

【概述】

各种原因引起的女性内生殖及其周围的结缔组织、盆腔腹膜发生炎症。

【诊断要点】

（一）临床表现

- 1、下腹疼痛，伴发热、寒战；
- 2、阴道分泌物增多，膀胱、直肠刺激症状。

（二）体征

- 1、腹部检查可见下腹部压痛，反跳痛、肌紧张；
- 2、盆腔检查：阴道、宫颈充血，宫颈举痛，子宫体略大、压痛，附件区明显压痛、增厚，有时可触及大小不等的包块。

（三）辅助检查

- 1、血 WBC 增高；
- 2、宫颈分泌物或穿刺脓液中培养发现致病菌。
- 3、C-反应蛋白增高

【鉴别诊断】

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鉴别。

【治疗】

治疗原则以全身抗生素治疗为主，根据药敏试验选用敏感抗生素。联合用药，并要足量。

- 1、半卧位休息，保障能量供应，纠正电解质及酸碱平衡，高热时物理降温；
- 2、减少阴道检查，禁止阴道冲洗及性生活；
- 3、选用敏感、高效、足量抗生素；多采用联合用药。

常用方案：

（1）PG 或红霉素与氨基糖苷类及甲硝唑联合：

PG 320-960 万，qd×3-5 天；

丁胺卡那 200-400mg/日，im 或 iv drip，qd×3-5 天；

甲硝唑 200ml，iv drip，qd×3-5 天；

（2）第一代头孢菌素与甲硝唑联合：

头孢拉定 2-4g/日，im 或 iv drip，qd×3-5 天；

甲硝唑 200ml，iv drip，qd×3-5 天；

（3）克林霉素或林可霉素与氨基糖苷类药物：

克林霉素 600mg/每 8-12 小时，iv drip，qd×3-5 天；

林可霉素 300-600mg/次，Tid，im 或 iv drip，qd×3-5 天；

丁胺卡那 200-400mg/日，im 或 iv drip，qd×3-5 天；

（4）第二代头孢菌素或第三代头孢菌素药物：

头孢西丁钠 1-2g/次，每日 3-4 次，iv drip；

头孢噻肟钠 0.5-1g/次，每日 2-4 次，iv drip；

头孢曲松钠 1-2g/日，iv drip。

头孢派酮舒巴坦 3-6g/日，iv drip

（5）诺类药物与甲硝唑联合：

氧氟沙星注射液 200ml/日，iv drip，

环丙沙星注射液 100-200mg/次，Bid，iv drip，

甲硝唑注射液 200ml/日 iv drip。

- 4、中药治疗：清热解毒，凉血化瘀：银翘解毒片、安宫牛黄丸、紫血丹等。

- 5、手术治疗：脓肿形成后，经积极抗生素治疗 48-72 小时，体温不降或疑盆腔脓肿破裂者，应及时施行剖腹探查或腹腔镜检查，切除病灶，放置引流。如盆腔脓肿位置较低时可考虑经阴道后穹窿切开引流。

第五节 慢性盆腔炎

【概述】

为急性盆腔炎未能彻底治疗,或患者体质较差病程迁延所致,但亦可无急性盆腔炎病史。

【诊断要点】

(一) 临床表现

- 1、低热乏力,精神不振,胃纳欠佳。
- 2、下腹隐痛、腰痛、肛门坠胀不适,多于劳累、性交、排便及月经前后加重。
- 3、白带增多,经量增多,痛经,继发不孕

(二) 体征

子宫后位,活动受限,单侧或双侧附件增厚,条索状,压痛或囊性肿物。

(三) 辅助检查

血常规、B超、血CA125、抗子宫内膜抗体、腹腔镜检查。

【鉴别诊断】

与子宫内膜异位症、盆腔淤血综合征、盆腔结核鉴别。

【治疗】

- 1、加强营养,增强体质,注意经期保健。
- 2、物理疗法:短波、超短波、离子透入,NBP-3特种光盆腔炎治疗仪等。
- 3、中药治疗:清热利湿,活血化瘀为主(中药保留灌肠,热敷下腹部)。
- 4、药物治疗:
胎盘组织液 2支, im, qd×10d。
 α -ME5mg, im, qod×10d
透明质酸酶 1500cc, im, qod×10d
- 5、手术治疗:输卵管积水或输卵管卵巢囊肿,久治不愈的附件炎性包块可行手术治疗(腹腔镜检查)。

第六节 女性生殖器结核

【概述】

由结核杆菌引起的女性生殖器炎症称生殖器结核。

【诊断要点】

(一) 临床表现

1、发病年龄:多发于20-40岁女性;2、结核病史:肺结核、结核性腹膜炎等;3、月经失调:月经稀少或闭经;4、下腹坠痛:经期加重;5、全身症状:低热、盗汗、乏力、食欲不振。6、不孕:原发不孕。

(二) 体征

腹部柔韧感,子宫活动受限,附件区增厚或形状不规则肿块;呈结节或乳头状突起。

(三) 辅助检查

- 1、血常规:淋巴细胞增多,ESR加快;
- 2、OT-test 阳性,经血或子宫内膜结核菌培养阳性;
- 3、X线检查:胸部X线平片,盆腔X线平片,子宫输卵管碘油造影。
- 4、子宫内膜病理检查:是诊断子宫内膜结核最可靠依据。

5、腹腔镜检查。

【鉴别诊断】

与非特异性慢性盆腔炎、子宫内膜异位症、卵巢肿瘤、宫颈癌鉴别。

【治疗】

1、一般治疗：注意休息，加强营养，增强体质。

2、抗结核治疗：(用药原则：早期、联合、规律、适量、全程。①活动期：两种抗结核药物联合应用，病情严重时，三种药物联合应用；②如对第一线药物产生耐药或严重不良反应不能继续应用时，选用第二线药物)：

(1) 第一线药物：

链霉素：0.75mg im. qd, 4-6w 后改为每周 2g, 总量为 100g, 持续半年到一年。

异烟肼：100mg, tid, Po, 2 年为一疗程。

对氨基水杨酸钠：4g, tid. po. 4-6 个月为一疗程。

(2) 第二线药物：

利福平：450-600mg/日, 饭前一小时顿服, 半年一疗程。

乙胺丁醇：15-25mg/日/kg, 60 天后成为 15mg/日/kg, 4-6 个月一疗程。

(3) 方案：

每日链霉素、异烟肼、利福平、吡嗪酰胺联合应用 2 个月, 然后每周三次应用异烟肼、利福平、吡嗪酰胺 6 个月。

每日链霉素、异烟肼、利福平、吡嗪酰胺联合应用 2 个月, 然后 4 个月连续应用异烟肼、利福平；或后 4 个月连续应用异烟肼、利福平、吡嗪酰胺。

每日链霉素、异烟肼、利福平、吡嗪酰胺联合应用 2 个月, 然后每周三次应用异烟肼、利福平, 连续 4 个月。

3、手术治疗：以全子宫及双侧附件切除为宜, 年轻妇女应尽量保留卵巢功能(术前抗痨治疗 1-2 个月, 术后根据结核活动情况, 病灶是否切净, 继续用药 6-12 个月)。

第七节 淋 病

【概述】

由淋病奈瑟菌引起的以泌尿生殖系统化脓性感染的疾病称淋病。

【诊断要点】

(一) 临床表现

1、病史：性病接触史, 潜伏期：1-14 天, 平均 3-5 天。

2、症状：急性尿道炎表现：尿痛、尿频、排尿困难；阴道分泌物增多、呈黄色脓性, 外阴烧灼感、腰痛、腹痛

(二) 体征

1、外阴、阴道外口、尿道口、宫颈、阴道壁粘膜充血、红肿；

2、宫颈口及阴道内有脓性分泌物；

3、压迫尿道时可见尿道旁腺开口处有脓液外溢, 前庭大腺开口处红肿、溢脓。

4、幼女有外阴阴道炎, 外阴及肛门周围皮肤粘膜红肿, 阴道溢脓。

5、慢性淋病：可表现为慢性尿道炎、尿道旁腺炎、前庭大腺炎、慢性宫颈炎的症状。

6、有合并症的淋病：输卵管炎、盆腔炎、严重时发生播散性感染。

7、其它部位淋病：淋菌性眼结膜炎、淋菌性咽炎、直肠淋病。

(三) 辅助检查

涂片检查:取尿道口、宫颈口处分泌物涂片,作革兰氏染色检查见中性细胞内有革兰阴性双球菌。宫颈管分泌物培养,可疑淋菌盆腔炎并有盆腔积脓行后穹隆穿刺,取穿刺液做涂片或培养。

【治疗】

1、淋菌性尿道炎、宫颈炎、直肠炎:

水剂普鲁卡因青霉素:480万u,一次肌注,两侧臀部各240万u,注射前1小时口服丙磺舒1g(少用)。

头孢曲松250mg,一次肌注;

壮观霉素2g(宫颈炎4g),一次肌注;

环丙沙星500mg,一次口服;

氧氟沙星400mg,一次口服;

头孢噻污钠1g,一次肌注;

2、妊娠期淋病

头孢曲松250mg,一次肌注;

壮观霉素4g,一次肌注。

3、儿童淋病

头孢曲松125mg,一次肌注;

壮观霉素40m/kg,一次肌注。

体重大于45Kg者按成人方案治疗。

4、淋菌性盆腔炎

头孢曲松500mg,一次/日,肌注,连续10天;

壮观霉素2g,一次/日,肌注,连续10天。

应加服甲硝唑400mg,二次/日,口服,连续10天;

多西环素100mg,二次/日,口服,连续10天。

5、治疗结束后7天复查分泌物,以后每月复查一次,连续三次阴性为治愈。

注意:性伴侣必须同时检查并治疗。

第八节 梅毒

【概述】

由苍白密螺旋体引起的慢性全身性传播疾病。

【诊断要点】

(一)临床表现及体征

1、病史:性病接触史。

2、各期表现:

① 一期梅毒:潜伏期2-3周,外阴、阴唇、阴道、宫颈、肛门、口唇或乳头部位出现无痛性红色炎性硬结(硬下疳),圆形,直径1cm,表面呈表浅溃疡,边缘整齐;局部淋巴结肿大。

② 二期梅毒:病期2年以内,多形性皮疹,躯干、四肢、面部、前额部出现斑丘疹、滤疱疹或脓疱疹,枕部出现“鼠咬状”脱发,外阴、肛门、口唇可见扁平湿疣,口腔可发生粘膜斑;尚可出现眼、骨、内脏及神经系统损害等。

③ 三期梅毒:病期2年以上,结节性皮疹,近关节结节及皮肤、粘膜、骨骼树胶肿等,心脏血管系统受累以梅毒性脑膜炎、脊髓痨和麻痹性痴呆多见。

④ 潜伏梅毒:可有一、二、三期梅毒病史,目前无任何梅毒性的临床症状,但梅毒血

清学试验阳性，脑脊液检查阴性。病期2年以内为早期潜伏梅毒，病期2年以上为晚期潜伏梅毒。

⑤ 先天性梅毒：生母为梅毒患者。

早期先天性梅毒（2岁以内），相似获得性二期梅毒，但皮损常有红斑、丘疹、糜烂、水疱、大疱、皲裂和软骨骨炎、骨炎及骨膜炎，可有淋巴结肿大、肝、脾肿大，贫血、梅毒性鼻炎、喉炎等。

晚期先天性梅毒（2岁以上），相似获得性三期梅毒，但以间质性角膜炎、赫秦生齿、马鞍鼻、神经性耳聋等较常见的特征，还可出现皮肤、粘膜树胶肿及骨膜炎等。

先天性潜伏梅毒，除感染源于母体外，余同获得性潜伏梅毒。

⑥ 妊娠梅毒：孕期发生或发现的活动性梅毒或潜伏梅毒称妊娠梅毒。

（二）辅助检查

① 查找梅毒螺旋体：暗视野显微镜检查。

② 血清学试验：非梅毒螺旋体抗原结合试验，如USR、RPR、VDRL等，为筛查试验。梅毒螺旋体抗原结合试验，如TPHA、FTA-ABS等，为证实试验。

③ 组织病理检查

【治疗】

1、早期梅毒（包括一、二期及早期潜伏梅毒）

苄星青霉素：240万u，im，1次/周×2-3次；

青霉素：80万u，im，qd×10-15天；

四环素：500mg，qid，Po×15天；

红霉素：500mg，qid，Po×15天；

多西环素：100mg，tid，po×15天。

2、晚期梅毒（包括三期梅毒、晚期潜伏梅毒或不能确定病期的潜伏梅毒、二期复发梅毒）

苄星青霉素：240万u，im，1次/周×3次；

青霉素：80万u，im，qd×20天；

四环素：500mg，qid，po×30天；

红霉素：500mg，qid，po×30天；

多西环素：100mg，tid，po×30天。

3、妊娠梅毒

青霉素：80万u，im，qd×10天（妊娠初、末3月各一疗程）

青霉素过敏者，可用红霉素：500mg，qid，po，早期梅毒连服15天，晚期梅毒连服30天（妊娠初、末3月各一疗程），但其所生婴儿应用青霉素补治。

4、传染性伴侣同时进行检查及治疗。

第九节 尖锐湿疣（CA）

【概述】

人乳头瘤病毒感染所致的性传播性疾病。

【诊断要点】

（一）临床表现

1、性病接触史。

2、阴道、宫颈、肛周淡红或灰白色、大小不等、质软之赘生物，呈乳头状、鸡冠状或菜花状，粗糙易出血。

3、白带增多，呈脓性。可有痒感、异物感

（二）体征

（三）辅助检查

- 1、5%醋酸液涂抹患处 3-5 分钟后变白。
- 2、组织病理检查及免疫组化。
- 3、阴道镜检查：外阴、阴道、宫颈。

【鉴别诊断】

与假性湿疣、宫颈息肉、宫颈癌鉴别

【治疗】

- 1、保持局部干燥清洁，性生活使用避孕套。
- 2、物理治疗：激光、波姆、电灼或冷冻疗法。
- 3、局部药物治疗：疣必治、5-Fu 软膏等。
- 4、手术治疗：适用于单发或巨大尖锐湿疣。
- 5、抗病毒疗法：干扰素等。
- 6、妊娠期 CA 的处理：可切除较大或巨大的疣体，不主张为预防新生儿感染而行剖宫产，但因疣体阻塞产道或阴道分娩有导致大出血可能时则行剖宫产。

第十节 外阴白色病变

【概述】

又称外阴色素减退疾病，指女阴皮肤和黏膜组织发生变性及色素改变的一组慢性疾病。

【诊断要点】

（一）临床表现及体征

- 1、外阴搔痒伴皮肤粘膜变白。
- 2、增生型：外阴奇痒，大阴唇、阴唇间沟、阴带包皮及后联合等处皮肤粘膜增厚似皮革，隆起有皱壁，外阴颜色多暗红或粉红，夹杂有界限清晰的白色斑块。
- 3、硬化苔藓型：外阴搔痒、阴蒂包皮、小阴唇、后联合处皮肤粘膜变白、变薄、干燥易皲裂，失去弹性，阴蒂包皮粘连。
- 4、混合型：在菲薄的外阴发白区的邻近部位，伴有局灶性皮肤增厚或隆起

（二）辅助检查

病理检查可确诊。

【鉴别诊断】

与白癜风、外阴炎、老年生理性萎缩鉴别。

【治疗】

- 1、一般治疗：保持外阴清洁干燥，禁用肥皂等刺激物擦洗。避免摩擦或搔抓，不食辛辣食物，内裤宽松，不穿化纤类或一次性内裤。
- 2、局部用药：1%氢化可的松软膏；2%丙酸睾酮鱼肝油软膏。
- 3、中医中药治疗。
- 4、激光治疗。
- 5、全身用药：镇静、安眠和脱敏药物。
- 6、手术：凡症状明显，药物治疗无效，局部出现溃疡、结节或重度非典型性增生者可行局部病灶切除或单纯外阴切除，术后标本送病理检查。

第十一节 非淋菌性尿道炎

【概述】

由支原体、脲原体、衣原体感染而非淋球菌感染的尿道炎，属性传播疾病。

【诊断要点】

（一）临床表现

- 1、接触史：患者有非婚性接触史或配偶感染史。
- 2、尿急、尿痛等尿道症状，但主要为宫颈内膜炎，宫颈充血、水肿、触之易出血、黄色粘液脓性分泌物增多以及下腹部不适等症状。

（二）体征

（三）辅助检查

宫颈粘液脓性分泌物，黄色，在油镜（1000倍）下平均每视野多形白细胞 >10 个有诊断意义（但应除外滴虫感染）。

【鉴别诊断】

与淋病鉴别。

【治疗】

治疗原则：同淋病。

判愈：宫颈内膜炎临床表现消失。在判愈时，一般可不作病原体检查。

预后：经及时正规治疗，预后良好。

第十二节 细菌性阴道病

【诊断要点】

（一）临床表现

- 1、好发于16-35岁性活跃期的青中年妇女，大多数有不洁性生活史。
- 2、典型的临床症状为阴道异常分泌物明显增多，呈稀薄均质状或糊状，灰白色或灰黄色，有鱼腥样的特异臭味。但大约有50%的患者无明显自觉症状。

（二）体征

外阴黏膜无充血的炎症表现。

（三）辅助检查

- 1、阴道分泌物涂片革兰氏染色：可见到大量革兰氏染色阴性小球杆菌或短杆菌，未见或较少见到较大的革兰氏染色阳性乳酸杆菌。
- 2、阴道分泌物的PH值大于4.5。
- 3、分泌物胺试验阳性。
- 4、分泌物涂片镜检找到线索细胞。

临床表现、体征及辅助检查4项有3项阳性，即可确诊。

【鉴别诊断】

与其阴道炎鉴别。

【治疗】

- 1、甲硝唑（灭滴灵）：为治疗细菌性阴道病的首选药物，每次0.2-0.4g，每日2-3次口服，连服7天。
- 2、氨苄青霉素：每次0.5g口服，每日4次，连服7天。可作为甲硝唑的主要替代药。

3、氯洁霉素：每次 0.3g 口服，每日 2 次，连服 7 天。也可阴道内局部用药。

- 4、甲帕霉素（克霉灵）：每次 2 片，每日 2 次口服，连服 3 天。
- 5、甲砒霉素（喜霉素）：每次 10 片顿服，或每次 2 片口服，每日 3 次，连服 3 天。
- 6、酸性制剂局部使用：1%乳酸或 0.5%醋酸溶液，或其他乳酸杆菌制剂阴道内用药。

第二章 妇科肿瘤

第一节 外阴癌

【诊断要点】

（一）临床表现

- 1、长期外阴搔痒，外阴白色病变或有外阴尖锐湿疣、梅毒或其他慢性炎症病史。
- 2、外阴结节或久治不愈的外阴溃疡病变。

（二）体征

- 1、病变多数位于大小阴唇，其次为阴蒂部，可呈单个结节；菜花样或溃疡，边界清。
- 2、注意检查双侧腹股沟淋巴结有否肿大、数目、硬度、是否融合，与周围组织关系。
- 3、应认真检查阴道、宫颈、宫体、附件、膀胱与直肠。

（三）辅助检查

- 1、全胸照片，必要时骨盆照片。
- 2、外阴肿物或溃疡疑为癌者，应借助阴道镜作活体组织病理检查。
- 3、阴道、宫颈涂片以排除邻近部位来源的肿瘤。
- 4、术前检查包括三大常规、肝肾功、凝血机制、胸片、心电图、泌尿系超声检查、AFP、爱滋抗体、丙肝抗体、乙肝两对半。

【临床分期】

1989 年国际妇产科联盟(FIGO)根据 TNM 分类法将外阴癌分为四期：

0 期(TIS)：原位癌或称上皮内癌。

I 期(T1N0M0)：癌灶位于外阴和（或）会阴，病灶最大径线 $\leq 2\text{cm}$ ，淋巴结无转移。

II 期(T2N0M0)：癌灶局限于外阴和（或）会阴，病灶最大径线 $> 2\text{cm}$ ，淋巴结无转移。

III 期(T3N0M0、T2N1M0(1)T1N1M0(2))：不论肿瘤大小，病灶侵犯下尿道和（或）阴道、肛门，和（或）其他部位，单侧局部淋巴结转移（腹股沟淋巴结阳性）。

IVa 期(T1N2M0 T2N2M0 T3N2M0 T4N0M0)：肿瘤侵犯任何下列部位：尿道上段，膀胱粘膜，直肠粘膜，盆腔淋巴结和（或）双侧区域淋巴结转移。

IVb 期(Any T1, any NMI)：任何远处转移，包括盆腔淋巴结转移。

【治疗】

以手术为主，较晚期佐以放疗或化疗。

1、手术治疗：

(1)病灶直径 $\leq 2\text{cm}$ ，间质浸润 $< 5\text{mm}$ ，细胞分化好，可作局部病灶切除(皮肤切缘距病灶 3cm)或简单外阴切除。病灶直径 $\leq 2\text{cm}$ ，间质浸润 $> 5\text{mm}$ 者，可先作腹股沟淋巴结活检，如阴性者可作局部病灶切除或简单外阴切除，如阳性者应作盆腔淋巴结清扫及外阴根治术。

(2)病灶 $> 2\text{cm}$ 者，外阴广泛切除及双侧腹股沟淋巴结清扫术。如腹股沟淋巴结阳性，应行盆腔淋巴结清扫术。

(3)病灶累及尿道及肛门者，同上处理。或加尿道前部切除及肛门皮肤切除，病灶应彻底切除。

(4)IV 期患者可根据邻近器官受累的情况和病人的耐受能力，考虑手术、化疗或放疗。

2、放射治疗：

- (1)全身情况不能耐受手术治疗，但无广泛转移者；
- (2)除 I 期以外的各期患者，外阴广泛切除后，未行双侧腹股沟淋巴结清扫者；
- (3)双侧腹股沟或盆腔淋巴结清扫后，病理检查证实转移者；
- (4)术后局部复发者。

3、药物治疗：

- (1)外阴低分化腺癌或低分化鳞癌，术后可辅以化疗。
- (2)广泛转移不宜手术者。
- (3)常用方案：

DDP: 20mg, iv, qd×5

CTX: 0.4-0.5g, iv, qod×3

每 3-4 周重复一个疗程。

肿瘤局部用药可采用 DDP 10-20mg, iv, qod×2-3 天。

【预防】

- 1、注意外阴清洁卫生及预防各种不良刺激。
- 2、积极治疗各种原因引起的外阴搔痒。
- 3、积极治疗外阴白色病变，伴有不典型增生者，应行外阴单纯切除。

第二节 子宫内膜癌

【诊断要点】

(一) 临床表现

- 1、未绝经者月经不规则，经量增多，绝经后阴道流血。
- 2、阴道水样或血性排液。
- 3、肥胖、高血压、糖尿病、不育或少育者。对子宫内膜不典型增生者应高度警惕。
- 4、多囊卵巢综合征、卵巢颗粒细胞瘤、卵泡膜细胞瘤患者。
- 5、晚期病例可出现腰骶部疼痛、腹水及恶液质。

(二) 体征

早期子宫内膜癌患者盆腔多无症状，稍晚期子宫增大或子宫大小与绝经年限不符，晚期可发展为子宫不规则增大或盆腔肿块。

(三) 辅助检查

- 1、B 超检查：子宫大小、外形、内膜改变及其他盆腔异常。
- 2、分段刮宫：分别于宫颈、宫腔各壁取标本送病理检查，并测量宫腔深度。
- 3、宫腔镜：观察宫颈管、子宫内膜的变化，并直视下取标本活检。可用于高度怀疑而内膜活检阴性的病例。

4、宫腔吸液涂片找癌细胞

5、术前检查包括三大常规、肝肾功、凝血机制、胸片、心电图、泌尿系超声检查、AFP、RpR、抗-HIV、抗-HCV、乙肝两对半。

【临床分期】

采用 1988 年 FIGO 分期(手术病理分期)

I a 期 G123 癌局限在子宫内膜

I b 期 G123 侵犯肌层≤1/2

I c 期 G123 侵犯肌层>1/2

II a 期 G123 仅累及宫颈粘膜腺体

- IIb 期 G123 侵犯宫颈间质
- IIIa 期 G123 侵犯浆膜和/或附件，和/或腹腔细胞学检查阳性
- IIIb 期 G123 阴道转移
- IIIc 期 G123 盆腔和/或主动脉旁淋巴结转移
- IVa 期 G123 侵犯膀胱和/或直肠粘膜
- IVb 期 G123 远处转移，包括腹腔内和/或腹股沟淋巴结转移

【治疗】

- 1、手术治疗：进入腹腔后取腹水或注入生理盐水 200ml 取冲洗液找癌细胞。
 - (1) I 期宫内膜腺癌，行子宫次根治术及双侧附件切除术，但需要切除阴道上段 2cm。以下情况应行盆腔及腹主动脉旁淋巴结取样或清扫术：
病理类型为透明细胞癌、浆液性癌、鳞形细胞癌或 G3 的内膜样癌。
侵犯肌层深度 $\geq 1/2$ 。
肿瘤直径 $> 2\text{cm}$ 。
 - (2) II 期及部分 III 期行广泛全宫及双侧盆腔淋巴结清扫术与腹主动脉旁淋巴结清扫术。
 - (3) 晚期盆腔广泛转移的病例，可在放射治疗肿块缩小后，于放疗后三周行手术切除，手术范围视具体情况而定。
- 2、放射治疗：
 - (1) 作为手术前后的辅助治疗；
 - (2) 复发病例的治疗；
 - (3) 不宜手术病例的治疗；
 - (4) I 期患者腹水中找到癌细胞或肌层已有癌浸润，淋巴结可疑或已有转移。
- 3、药物治疗：
多数用于不能手术治疗或放射治疗的晚期患者或转移复发的患者。
 - (1) 安宫黄体酮：100mg-200mg，bid，持续 10-12 周后，长期应用，不可间断。
 - (2) 己酸孕酮：500mg，im，每周二次，持续 10-12 周后，长期应用，不可间断。
 - (3) 甲羟孕酮：200-400mg，qd，持续 10-12 周后，评价疗效，长期应用，不可间断。

【预防】

- 1、不要任意长期使用雌激素。
- 2、中老年妇女出现月经不规则或绝经后出现阴道流血、白带增多者，应提高警惕，早作检查。

第三节 子 宫 颈 癌

【诊断要点】

(一) 临床表现

- 1、早期宫颈癌常无症状或有少量接触性出血，白带增多，绝经后不规则阴道出血。
- 2、晚期出现较严重阴道出血，排米汤样恶臭物，下肢及腰骶部疼痛，排尿困难、尿频、大便困难，里急后重。肿瘤穿破膀胱或直肠，可引起相应的瘘孔症状。

(二) 体征

- 1、早期宫颈癌视诊多无异常，或可见表浅溃疡或乳头状突起，易出血。
- 2、晚期视诊可见菜花型、溃疡型或结节型病变，易出血。
- 3、宫颈触诊，质硬、脆，晚期宫旁组织增厚或结节状，如转移至盆壁，可形成所谓“冰冻骨盆”。
- 4、仔细检查腹股沟及锁骨上淋巴结的情况。

（三）辅助检查

- 1、宫颈细胞学检查：应用刮板或刮刷在宫颈鳞状与柱状上皮交界处刮取涂片。
- 2、碘试验：常用碘溶液包括 Schiller's 溶液和 Lugol's 溶液。无着色取去活检。
- 3、阴道镜检查：当临床可疑或宫颈细胞学检查异常而无明显的宫颈癌体征时，均应常规进行阴道镜检查。
- 4、宫颈和宫颈管活组织检查：是诊断宫颈癌最可靠的方法。包括宫颈多点活检，颈管组织刮取术和宫颈锥形切除术。
- 5、其他辅助检查：胸片、静脉肾盂造影、淋巴造影、膀胱镜检、直肠镜检、盆腔 CT。
- 6、术前检查包括三大常规、肝肾功、凝血机制、胸片、心电图、泌尿系超声检查、AFP、RpR、抗-HIV、抗-HCV、乙肝两对半。

【临床分期】

- 0 期 原位癌或上皮内癌。
- I 期 癌局限于宫颈。
- I a 期 镜下早期浸润癌。间质浸润深度最深为 5mm，宽度 < 7mm
- I a1 微灶间质浸润。间质浸润深度 < 3mm，宽度 < 7mm
- I a2 显微镜下测量的微小癌，其间质浸润深度 3-5mm，宽度 < 7mm。
- I b 期 病变范围超过 Ia2 期。临床可见或不可见病变。
- I b1 临床癌灶体积 < 4cm³
- I b2 临床癌灶体积 > 4cm³
- II 期 癌灶超出宫颈，但阴道浸润未超过下 1/3，宫旁浸润未达盆壁。
- II a 癌累及阴道为主，无明显宫旁浸润。
- II b 癌浸润宫旁为主，无明显阴道浸润。
- III 期 癌灶超越宫颈，阴道浸润已达下 1/3，宫旁浸润已达盆壁。有肾盂积水或肾无功能者均列入 III 期，非癌症所致者除外。
- III a 癌累及阴道为主，已达阴道下 1/3。
- III b 癌浸润宫旁为主，已达盆壁或肾盂积水或肾无功能者。
- IV 期 癌播散超出真骨盆或浸润膀胱粘膜和/或直肠粘膜。
- IV a 癌浸润膀胱粘膜和/或直肠粘膜。
- IV b 癌浸润超出真骨盆，有远处转移。

【鉴别诊断】

与宫颈糜烂、宫颈息肉、宫颈结核、宫颈乳头状瘤、子宫内膜癌转移宫颈鉴别。

【治疗】

- 1、宫颈上皮内瘤样变：

CIN I 按炎症处理，每 3-6 个月随访细胞学检查，必要时再次活检，病变持续不变者继续观察。

CIN II 应选用电熨、激光、冷凝或宫颈锥切术治疗，术后每 3-6 个月随访一次。

CIN III 子宫全切术。年轻患者若迫切要求生育，可行宫颈锥切术，术后定期随访。
- 2、宫颈原位癌，年轻需要保留生育功能者，可行宫颈锥形切除，否则行全宫切除术。
- 3、宫颈癌 I a1 期行腹式全宫切除术，卵巢正常应予保留。

I a2 期行子宫根治术，卵巢正常者予保留。如淋巴管、血管中有瘤栓者，应行盆腔淋巴结清除术。
- 4、I b、II a 期一般行广泛全宫切除术及盆腔淋巴结清除术。年轻患者可考虑保留一侧正常卵巢。
- 5、宫颈癌 II b 期及 III、IV 期以放射治疗为主。

【预防】

- 1、积极宣传防癌普查重要性，按妇科学普查常规定期防癌筛查。
- 2、积极治疗宫颈炎及癌前病变。
- 3、注意性卫生。

第四节 卵巢恶性肿瘤

【诊断要点】

（一）临床表现

- 1、月经初期推迟，性早期，男性化，绝经期提前，痛经，独身，不育。
- 2、有家族史者。
- 3、不明原因消化功能紊乱、腹胀、消瘦。
- 4、下腹胀痛或不适并逐渐加重。

（二）体征

- 1、附件有实性肿块，单侧或双侧，多数固定不动，表面呈结节状。
- 2、子宫直肠窝触及结节。
- 3、腹水、胸水。

（三）辅助检查

- 1、影像学检查：B型超声波、CT、和MRI检查。
- 2、血液检查：AFP、HCG、CEA、CA125。
- 3、细胞学检查：腹水、胸水、后穹窿穿刺液作癌细胞检查。
- 4、腹腔镜：了解盆腔肿块性质、范围并取组织送病理
- 5、术前检查包括三大常规、肝肾功、凝血机制、胸片、心电图、泌尿系超声检查、AFP、RpR、抗-HIV、抗-HCV、乙肝两对半、胸部平片、钡餐造影、钡剂灌肠、淋巴造影。

【临床分期】

I期 癌灶局限于卵巢

Ia期 癌灶局限于一侧卵巢，包膜完整，表面无肿瘤，无腹水。

Ib期 癌灶局限于两侧卵巢，包膜完整，表面无肿瘤，无腹水。

Ic期 Ia或Ib期，卵巢表面有癌灶，包膜破裂，腹水或腹腔冲洗液找到癌细胞。

II期 癌灶侵犯卵巢并有盆腔转移。

IIa期 癌灶侵犯卵巢并有子宫、输卵管转移。

IIb期 癌灶侵犯卵巢并有其他盆腔组织或脏器转移。

IIc期 IIa或IIb期，卵巢表面有癌灶，包膜破裂，腹水或腹腔冲洗液找到癌细胞。

III期 腹膜上癌灶种植已超出盆腔，已转移至腹膜后淋巴结、腹股沟淋巴结，肝表面。或卵巢病灶虽局限于盆腔。但显微镜下见病灶已侵犯小肠或网膜。

IIIa期 癌灶局限于盆腔，淋巴结无转移，显微镜下见腹膜上有癌灶种植。

IIIb期 腹膜上癌灶直径 $\leq 2\text{cm}$ ，淋巴结无转移。

IIIc期 腹膜上癌灶直径 $> 2\text{cm}$ ，淋巴结有转移。

IV期 伴有远处转移，包括腹水、胸水及冲洗液找到癌细胞及肝脏实质转移。

【治疗】

卵巢恶性肿瘤以综合治疗为原则，以手术切除加化疗或放疗为主的治疗手段。

1. 凡能手术的恶性卵巢肿瘤，先行手术，术后再用多疗程化疗或放疗。
2. 较晚期不能手术彻底切除者，应先化疗 1-2

疗程，临床估计能以手术切除时，抓紧时机切除，术后佐以化疗。

3. 早期或手术切除干净者，坚持 6-8 疗程化疗，每月一次。临床检查无复发者，“二探”或腹腔镜检查无复发迹象者可考虑停止化疗；手术未切除干净或较晚期者坚持较长时间的持续性化疗，术后一年各月一疗程，2 年每 3 月一疗程；3-5 年每半年一疗程；五年后无复发迹象可停药。

4. 化学药物治疗：

一线方案 首次治疗病例

PC 方案：适用于上皮类，性索间质类恶性肿瘤 I 期，每四周重复一次

CTX 650-750mg / m²

(Cyclophosphamide)

5% G.S. 500ml iv drip d 1

中分子右旋糖酐 500ml

CBP 300~350/m²

(Carboplatin, paraptin)

或 Cisplatin, CDDP 70mg/m²

5%G.S 1000ml

5% GNS 500ml ip drip d 1

CPB 方案：适用于上皮类，性索间质类恶性肿瘤 II 期，每四周重复一次。

CTX 650-750mg/m²

5%G.S 500ml iv drip d 1

中分子右旋糖酐 500ml

5%G. S 500 ml

CBP 300-350mg/m²

或 CDDP 70mg/m²

5% G. S 1000 ml ip drip d 1

Bleomycin, BLM 40 mg iv (稀释) or im 分三天用。

HCBP 方案：适用于上皮类，性索间质类恶性肿瘤 II-IV 期。

Hexamethylmelamine, HMM 50mg po tid d3-12

CTX 650-750mg/m²

5%G.S 500ml iv drip d 1

中分子右旋糖酐 500ml

5%G. S 500 ml

CBP 300-350mg/m²

或 CDDP 70mg/m²

5% G. S 1000 ml ip drip d 1

Bleomycin, BLM 40 mg iv (稀释) or im 分三天用。

VPB 方案：适用于生殖细胞类恶性肿瘤，每四周重复一次。

VCR 1mg / m² (Vincristine) 长春新硷

N.S 30ml iv d 1

中分子右旋糖酐 500ml

5 %G. S 500 ml

CBP 300~350mg/m²

或 CDDP 70mg/m

5 % G. S 1000 ml ip drip d1
Bleomycin, BLM 40 mg iv (稀释) or im 分三天用。
EPB 方案: 适用于生殖细胞类恶性肿瘤。

Efoposide, VP16 100mg
5%G.S. 500ml iv drip d1-5
中分子右旋糖酐 500ml
5 %G. S 500 ml
CBP 300-350mg/m²
或 CDDP 70mg/m²
5 %G. S 1000 ml ip drip d 1
Bleomycin, BLM 40 mg iv (稀释) or im 分三天用。

二线方案 复发或耐药病例。

AT 方案:

Epirubicin, EADM 60mg/m²
5%G.S. 500ml iv drip d 1
中分子右旋糖酐 500ml
5 %G. S 500 ml
DOC 135mg/m²
Taxotere, Docetaxel
5%G.S. 1000ml ip drip d 1

HI 方案:

HMM 100mg po tid d 1-14
Ifosfamide, IFO 3000mg/m²
5%G.S 1000ml iv d 1-2
Mesma 600mg/m²
N.S 4ml iv q.o.4.8h

TP 方案: 卵巢上皮癌标准方案, 复发及耐药病例

紫杉醇 175mg/m² ip or iv drip
(Taxol)
CBP 300-350mg/m² ip drip or iv

【预防】

- 1、卵巢肿瘤目前尚不能预防, 但必须定期进行妇科学查及时发现卵巢肿瘤。
- 2、普查发现卵巢增大不能确诊者, 必须定期随访, 或行腹腔镜检查。如肿瘤继续增大, 又无其他原因, 应及早手术切除为宜。

第五节 滋养叶细胞疾病

【概述】

是一组来源于胎盘绒毛滋养细胞的疾病, 包括葡萄胎、侵袭性葡萄胎、绒毛膜癌和一类少见的胎盘部位滋养细胞肿瘤。

一、葡萄胎

【概述】

指妊娠后胎盘绒毛滋养细胞异常增生，终末绒毛转变成水泡，水泡间相连成串，形如葡萄得名。葡萄胎分为完全性和部分性两类。

【诊断要点】

（一）临床表现

- 1、停经史：停经后 2-3 月出现较严重早孕反应，甚至出现水肿、高血压、蛋白尿。
- 2、不规则阴道出血：停经后反复出现阴道流血，量逐渐增多。甚至胎块排出时出现大出血休克，排出物中见水泡样组织。

（二）体征

- 1、子宫大小与妊娠月份不符：半数以上子宫大于妊娠月份，也有部分子宫与停经月份相符或较小者。子宫较软，至相应的月份尚无胎动。
- 2、卵巢黄素囊肿：葡萄胎常合并双侧黄素囊肿，一般为鸡蛋大至拳头大，大者可有儿头大。

（三）辅助检查

- 1、胎心测定仪，胎心测定仪检查无胎心，只听到血流杂音。
- 2、HCG 测定，一般情况下葡萄胎的 HCG 水平总是高于相应月份的正常妊娠水平，正常妊娠 12 周以后 HCG 下降，而葡萄胎则相反。
- 3、B 型超声波，提示“落雪状图像”，没有正常的胎体象。

【鉴别诊断】

与流产、双胎妊娠、羊水过多鉴别。

【治疗】

1、清理宫内容物：葡萄胎一经确诊，应尽早清除。一般采用吸宫术。作好输血准备，为防止出血过多，可采用催产素静脉滴注（吸出组织后），一次不干净，应于手术后一周内行第二次刮宫，每次刮出组织必须送病理检查。

2、预防性治疗：年龄在 40 岁以上；子宫明显大于停经月份；水泡小；第二次刮宫病检仍有滋养细胞增生活跃；血内 HCG 含量特别高（ $>100\text{KIU/L}$ ）；如葡萄胎排出后，HCG 下降曲线不呈进行性下降，而是降至一定水平后即持续不降，或始终处于高值；咳血；黄素化囊肿直径 $>6\text{cm}$ ；随访有困难者；可考虑预防性化疗。用单一预防化疗。（5FU 28-30mg/kg/日 8-10 日 用 1-2 疗程）

3、随访：术后每周查血 β -HCG 一次，直至降低至正常水平，开始 3 个月内仍每周复查一次，以后 3 个月每半月查一次，然后每月一次持续半年，第二年起改为每半年一次，共随访 2 年。随访内容：注意有无异常阴道流血、咳嗽、咯血及其他转移灶症状，妇科检查，血 HCG，胸片，B 超检查应重复进行。

4、避孕：术后避孕 1-2 年，以阴茎套或阴道隔膜为宜。不宜使用宫内节育器，含有雌激素避孕药。

二、侵蚀性葡萄胎

【概述】

指葡萄胎组织侵入子宫肌层局部，少数转移至子宫外，因具恶性肿瘤行为而命名。

【诊断要点】

（一）临床表现

- 1、阴道不规则流血
- 2、转移灶表现：如肺转移会咳血、阴道转移有阴道结节、脑转移出现头痛、呕吐、抽搐、偏瘫及昏迷。
- 3、未次妊娠葡萄胎排出 6 个月内发生恶变，多为侵蚀性葡萄胎，6 个月至一年者，侵蚀性葡萄胎和绒癌各占一半

（二）体征

- 1、葡萄胎排出后反复不规则阴道流血，盆腔检查子宫增大而软、部分黄素囊肿持续存在。
- 2、如有转移，则出现与转移灶相关的症状。

（三）辅助检查

- 1、葡萄胎清宫后 8 周，尿妊娠试验仍为阳性或尿 HCG 正常后又转阳性，临床已排除葡萄胎残留、黄素化囊肿或再次妊娠。
- 2、B 型超声波见子宫壁显示局灶性或弥漫性强光点或光团与暗区相间的蜂窝样病灶。

【鉴别诊断】

与葡萄胎残留、黄素化囊肿、再次妊娠鉴别。

【治疗】

- 1、化疗：常用药物为 5FU、MTX、KSM，早期病例可单用一种药物，10 天为一疗程。较晚期或病情较重者可用两种或两种以上化疗药物，8 天为一疗程。间隔 2 周。
- 2、给药方法与剂量：
 - (1)5FU 28-30mg/kg/日，8-10 天 静脉滴注维持 8h
 - KSM 8-10ug/kg/日，8-10 天 静脉滴注维持 4h
 - MTX 1mg/kg/日，肌肉注射 第 1，3，5，7 日
 - F 解放 1/10 量 肌肉注射 第 2，4，6，8 日
 - MTX 10-15mg/日 鞘内注射，适用脑转移。
- 3、治疗各项指征与注意事项和绒癌基本相同。
- 4、治愈标准、停药指征、注意事项同绒癌。

三、绒毛膜癌

【概述】

为一种高度恶性肿瘤，可发生于葡萄胎清除术后，或流产、足月分娩后。早期可通过血道转移至全身，破坏组织及器官，引起出血坏死。末次妊娠可由产后或流产后或葡萄胎排出后恶变而致。葡萄胎排出后一年恶变者诊断为绒癌。

【诊断要点】

（一）临床表现

- 1、产后、流产后或葡萄胎后，不规则阴道出血，子宫复旧不良，且软。
- 2、临床出现相应的转移症状。
- 3、腹痛：因癌组织侵入及子宫壁或子宫腔积血引起下腹胀痛，也可因癌组织穿破子宫或脏器转移灶破裂而致急性腹痛。

（二）体征

盆腔包块；各种转移灶体征

（三）辅助检查

1、尿妊娠试验阳性，促绒毛性腺激素在人流后 30 天、自然流产后 19 天、足月分娩后 12 天、异位妊娠终止后 8-9 天仍持续高值并有上升。。

2、胸片 肺转移出现肺纹理增粗、云片状或球形阴影。

3、诊刮 诊刮有促进恶性滋养细胞疾病扩散和引起大出血的危险，不主张常规施行。排除葡萄胎组织或胎盘残留时使用，有时只能刮出少量蜕膜组织或坏死组织，亦不能排除本病。可行宫腔镜检查并镜下诊刮。

4、病理

5、超声检查或 CT

【治疗】

1、化疗：药物的选择与用药途径和侵蚀性葡萄胎相同，但绒癌一般采用 5FU、KSM 联合用药。用药原则：I 期通常用单药；II-III 期宜用联合化疗；IV 期或耐药病例则用 EMA-CO 方案。

EMA-CO 方案：

第一天：Act-D	0.5mg	静脉注射
VP-16	100mg/m ²	静脉注射
MTX	100mg/m ²	静脉注射
MTX	200mg/m ²	静脉滴注（12 小时）

第二天：Act-D 0.5mg 静脉注射
VP-16 100mg/m² 静脉注射
CF 解救 15mg 肌肉注射 自 MTX 后 24 小时开始，每 12 小时 1 次，共 4 次

第 8 日：VCR 1mg/m² 静脉注射
CTX 600mg/m² 静脉滴注 疗程间隔 1 周

2、临床治愈标准：

- (1) 临床症状消失。
- (2) 转移灶完全消失。
- (3) 血 β-HCG 测定，每 7-10 天一次，连续三次正常。

3、停药指征：达到临床治愈后，再给予巩固 1-2 疗程。绒癌保留子宫者应巩固三个疗程。随访 5 年无复发者为治愈。

4、子宫切除适应症：

- (1) 宫腔大出血，经保守治疗不能控制。
- (2) 子宫穿孔，腹腔内出血多者。
- (3) 宫内病灶过大，经多疗程化疗病变不能完全消退或消退不理想者。
- (4) 宫内有病灶，无继续生育要求者。
- (5) 耐药或抗药病例。

5、化疗注意事项

(1) 化疗前一天测量体重，根据体重计算药量，半疗程时再测一次体重，调整药量。

(2) 化疗期间每 2-3 天复查血象一次，必要时每天复查。白血球低于 3000，血小板低于 6 万，腹泻每天超过 5 次，严重的消化道溃疡，中毒性肝炎、暂停化疗。

(3) 疗程结束后 2 周内，应 3-4 天复查血象一次。

第六节 子宫肌瘤

【概述】

为女性生殖器最常见的良性肿瘤，由子宫平滑肌组织增生而成，其间有少量纤维结缔组织。1. 子宫肌瘤按其常见的生长部位分为：肌壁间肌瘤，粘膜下肌瘤及浆膜下肌瘤。较少见的为宫颈肌瘤和阔韧带肌瘤。

【诊断要点】

（一）临床表现

- 1、经量增多，经期延长，周期缩短。或不规则阴道出血。
- 2、盆腔肿块：肌瘤增大到一定程度，患者自觉下腹有肿块，为实性，压迫邻近器官时可引起尿频、便秘甚至尿潴留。
- 3、白带增多：粘膜下肌瘤合并感染时可产生大量的脓血性白带。
- 4、疼痛：肌瘤压迫盆腔结缔组织及神经时或肌瘤蒂扭转、肌瘤红色样变时可引起疼痛。
- 5、继发贫血：往往由月经过多所致。
- 6、不孕

（二）体征

盆腔触及增大子宫，质硬，均匀性增大或规则，粘膜下肌瘤突出宫口外时，阴道可见肿物。

（三）辅助检查

B型超声波、宫腔镜、腹腔镜检查可协助诊断。

【鉴别诊断】

与妊娠子宫、卵巢肿瘤、子宫腺肌症及腺肌瘤、子宫畸形、盆腔炎性包块鉴别。

【治疗】

- 1、定期观察：肌瘤较小，无症状者，可定期3-6个月复查1次。
- 2、药物治疗：肌瘤小于2个妊娠子宫大小，症状不明显或较轻，月经过多致贫血及全身情况不能手术者。
 - (1) 雄性激素：甲基睾丸素 5mg 舌下含服 每日2次，每月用药20日，或丙酸睾丸酮 25mg 肌注，每5日一次，月经来潮时 25mg 肌注，每日一次，共3次，总量小于300mg。
 - (2) 抗雌激素制剂：三苯氧胺 10mg Bid×3-6月。
 - (3) 促黄体生成激素释放激素（LHRH- α ）类药物：150 μ g 每日肌注 连用3-6个月。
 - (4) 内美通 2.5mg 3次/周 3-6个月。
 - (5) 米非司酮（Ru486）25mg qd×3-6月
 - (6) 中成药：宫瘤清胶囊、桂枝茯苓胶囊等。
- 3、手术治疗：可经腹式、阴式及腹腔镜、宫腔镜下手术术前检查包括三大常规、肝肾功能、凝血机制、胸片、心电图、泌尿系超声检查、AFP、RpR、抗-HIV、抗-HCV、乙肝两对半、胸部平片。
 - (1) 肌瘤切除术：适用于35岁以下未婚或已婚生育，希望保留生育功能的患者。
 - (2) 子宫切除术（全宫或次全宫，筋膜内子宫切除）：适用于患者无生育要求，子宫 \geq 12周妊娠大小，月经多伴失血性贫血，肌瘤生长较快，有膀胱或直肠压迫症状，保守治疗失败或肌瘤切除后复发。50岁以下、卵巢外观正常可保留卵巢。

第七节 卵巢良性肿瘤

【诊断要点】

（一）临床表现

- 1、可发生于任何年龄，一般较小的卵巢肿瘤多无症状，于妇检时发现。
- 2、腹部肿块：肿瘤较大时，病人可自己摸到盆腔包块或妇科检查可于子宫一例或双侧摸及肿块，通常界限清楚，囊性或囊实性，多可活动。
- 3、疼痛：肿瘤发生扭转、破裂或合并感染时发生剧痛。
- 4、压迫症状：尿频、便秘、呼吸困难、心悸或下肢浮肿、静脉曲张

（二）体征

妇科检查在子宫一侧或双侧触及球形肿块，囊性或实性，表面光滑，与子宫无粘连，蒂长者活动良好。

（三）辅助检查

- 1、B型超声波可提示肿块部位、大小及性质等。
- 2、腹腔镜检查可进一步明确肿物的来源亦能大致估计肿瘤的良好恶性。

【鉴别诊断】

与卵巢黄体囊肿、输卵管卵巢囊肿、子宫肌瘤、妊娠子宫鉴别。

【治疗】

- 1、一经确诊，应手术治疗。疑为卵巢瘤样病变，可作短期观察，术前检查包括三大常规、肝肾功、凝血机制、胸片、心电图、泌尿系超声检查、AFP、RpR、抗-HIV、抗-HCV、乙肝两对半、胸部平片。
- 2、肿块 $>5\text{cm}$ ，绝经期妇女触及增大的卵巢；一切实性的肿瘤，都应尽早手术探查。
- 3、对于年轻未生育者或年龄虽较大，但需保留内分泌功能者，都应尽量保留一例卵巢，即使是双侧均有卵巢肿瘤；也应尽量保留一侧的部分正常的卵巢组织。围绝经期妇女应行全子宫及双侧附件切除术。
- 4、术中尽量保持肿瘤完整性，如需穿刺，必须防止裹液外溢。切下标本立即剖开检查，必要时送冰冻切片。以决定手术范围。
- 5、卵巢囊肿合并妊娠，如囊肿无并发症或恶变倾向，可至妊娠四个月进行手术，并注意避免流产。如已至妊娠晚期，肿瘤不阻塞阴道，则可待产后进行手术。如肿瘤阻塞阴道，则行剖腹产并切除肿瘤。

第八节 外阴上皮内瘤样病变

【诊断要点】

（一）临床表现及体征

- 1、见于45岁左右的妇女。
- 2、症状无特征性，主要为瘙痒、皮肤破损、烧灼感、溃疡等。
- 3、体征表现为丘疹或斑点，少数为略高出表面的色素沉着。

（二）辅助检查

活组织病理检查

【病理分型】

病理分级

1、鳞状上皮内瘤样病变

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。

如要下载或阅读全文，请访问：

<https://d.book118.com/108074131125006132>