漫談骨盆腔炎症

文／家庭醫學部 郭展宏 醫師

骨盆腔炎症被定義為女性上生殖道的感染性疾病，其中包含子宮內膜炎，輸卵管炎，以及卵巢炎，嚴重者可進一步化膿，甚至形成腹膜炎。

骨盆腔炎症多由下生殖道向上感染造成，其中最常見的致病菌是砂眼披衣菌、奈瑟氏球菌、以及厭氧菌。此外，近來發現一些陰道的常見菌叢以及黴漿菌亦有高度的相關性，因此在抗生素的選擇上更應謹慎評估。

臨床上常以發燒，骨盆腔內疼痛，性交疼痛，以及不正常的陰道分泌物來表現。然而有時病人的症狀並不明顯，以至於常被忽略，若缺乏即時有效的治療，日後可能造成生殖系統的傷害而導致子宮外孕甚至是不孕等嚴重後遺症，不可輕忽。

診斷方式以及難處

骨盆腔炎症的病灶包含整個生殖道（子宮，卵巢，輸卵管，骨盆腔），臨床上的表現相當多樣化，診斷並不容易。沒有任何單一項的病史，身體檢查，或是血液檢查能夠提供診斷上足夠的敏感性或是專一性。多數患者一開始的症狀非常輕微，也常導致延誤就醫，因此臨床上常需要結合多個線索藉此提高診斷的正確率。參考美國疾病控制與預防中心的治療指引(CDC)[2010]，下列方式均可作為輔助診斷工具：

1.病史：發燒，骨盆腔內疼痛，性交疼痛，不正常的陰道分泌物，以及患者屬於骨盆腔炎症高危險群。

2.實驗室檢查：發炎指數(CRP, ESR)上升，陰道抹片出現大量白血球，或細菌培養確認為砂眼披衣菌或奈瑟氏球菌感染。

3.專一性更高的診斷工具：核磁共振(有較高的敏感性及特異性)，經陰道超音波，子宮內膜切片(子宮內膜炎)，腹腔鏡(輸卵管炎)，這些檢查相對的需要付出的代價則是侵入性高，以及昂貴的醫療資源，無法常規使用。

治療新觀念

骨盆腔炎症最主要的致病菌是砂眼披衣菌，奈瑟氏球菌，以及厭氧菌，因此根據歐洲以及英國的治療指引，過去對於輕到中度骨盆腔炎症的治療，多半建議口服廣效Quinolone類抗生素（ofloxacin 400mg BID）± metronidazole 500mg BID治療2週。

不過近來研究卻顯示，在老年婦女的族群中披衣菌感染所佔的比例遠較年輕族群少；奈瑟氏球菌在已開發國家的發生率也較開發中國家顯著降低；另外有越來越多的患者培養出黴漿菌(Mycoplasma genitalium)。從

治療藥物的角度來看，黴漿菌對doxycyclline及ciprofloxacin有較高的抗藥性比率。

近20年來，全球奈瑟氏球菌的抗藥性比率逐年上升(quinolone-resistant N. gonorrhoeae)則是另一個值得大家注意的新問題，也因此WHO以及CDC在2007年也明確的建議不再使用quinolone類抗生素來當做奈瑟氏球菌所致骨盆腔炎症的第一線治療。

治療建議

骨盆腔炎症的長期併發症包括子宮外孕、不孕、或是慢性的骨盆腔疼痛等，因此根據美國疾病控制與預防中心的治療指引，高危險族群（過去有任何骨盆腔炎症病史，過早發生性行為，多重性伴侶或是喝酒）臨床高度懷疑即可開始治療，治療時效性不應受到細菌培養或任何檢查的結果而延遲。

針對輕度和中度的患者，可先口服抗生素治療，合適的抗生素選擇應能涵蓋常見的致病菌，在骨盆腔能產生足夠的組織穿透濃度，並且能避免抗藥性菌株的產生。

Quinolone雖然具有足夠的廣效性，但卻存在篩選出抗藥性奈瑟氏球菌的問題；Doxycycline可抗披衣菌以及黴漿菌，在骨盆腔組織濃度高，口服的生物可用率接近靜脈注射方式，適合用來門診治療骨盆腔炎症；Azithromycin的抗菌範圍類似Doxycycline，但對於黴漿菌效果更強，此外半衰期長，每日服用一次，使用方便；Metronidazole則是針對厭氧菌。

因此根據CDC在2010的治療指引建議：可選擇單次肌肉注射cephalosporin類藥物(Ceftriaxone 250mg或Cefoxitin 2g)，搭配Doxycycline 100mg BID ± Metronidazole 500mg BID治療2週。【2010 CDC Guideline For Pelvic Inflammatory Disease Antibiotics Recommendation】

其他特殊考量

1.住院適應症：懷孕，口服抗生素療效不佳，症狀嚴重(高燒，嚴重腹痛，形成膿瘍)，或是無法排除其他病因的腹部急症。

2.子宮內避孕器：可暫時移除，能在短時間內得到較佳的治療效果。

3.性伴侶：骨盆腔炎症能透過性行為彼此傳染，因此確認有奈瑟氏球菌，批衣菌或黴漿菌感染者，性伴侶應該一同接受治療及追蹤。

骨盆腔炎症早期接受正確治療多半能取得良好的療效，然而常因為症狀不明顯導致延誤就醫，長期併發症可導致子宮外孕，不孕等問題，千萬不可輕忽治療的時效性。