

# 女婴童小阴唇粘连防治建议

女婴童小阴唇粘连防治协作组

通信作者:张巍,Email: zw296@163.com

DOI:10.3760/cma.j.issn.1671-7368.2016.12.007

**Prevention and treatment options of labial adhesions in baby girls** Cooperative group of prevention and treatment of labial adhesions in baby girls

Corresponding author: Zhang Wei, Email: zw296@163.com

【关键词】 阴唇粘连; 婴儿; 幼儿

阴唇粘连(labial adhesions)在青春期前比较常见,3个月~3岁高发,最小诊断年龄为42 d。国内外文献报道的检出率为1.8%~4.4%<sup>[1-2]</sup>。多数缺乏症状而偶然被发现,或因尿潴留、泌尿系统感染、尿流改变或局部疼痛就诊时发现。主要表现为小阴唇之间形成一层无血管透明膜或膜状粘连线,遮蔽部分或者全部阴道口和/或尿道口。目前,仍有许多临床医生对小阴唇粘连认识不足,家长知晓率较低,导致粘连发生或加重。故应提高临床医生对此问题的重视,并对家长进行宣教、指导其提高认知与护理能力。

## 一、病因

目前认为小阴唇粘连的发病与体内低雌激素水平有关。有研究显示,女婴出生后至3个月龄时雌激素水平下降至不足出生时的1/3<sup>[3]</sup>;外阴阴道上皮细胞内缺乏糖原,阴道pH值较高,局部抵抗力下降,易被外界病原微生物感染,引起外阴炎症、充血、渗出,引起粘连<sup>[4]</sup>;长期使用纸尿裤且更换不及时,使局部皮肤处湿度、温度增加,微生物易繁殖,氨产生量增加,阴唇上皮细胞损伤、脱落而增加感染机会<sup>[5]</sup>;健康教育缺乏、护理不当亦是其影响因素。

## 二、诊断标准与分度

1. 诊断标准:小阴唇之间形成一膜状粘连线,遮蔽部分或全部阴道口和/或尿道口。小阴唇亦可与同侧大阴唇的皮肤与黏膜结合部粘连,外观似小阴唇发育不良或未发育。

2. 分度:①轻度粘连:指小阴唇上部、中间或下部粘连,阴道口和/或尿道口不能完全暴露;②重度粘连:指两侧小阴唇完全粘连在一起,中间形成膜状粘连线,膜中间或可见小孔,阴道口、尿道口完全不

能暴露。

## 三、处理原则与治疗方案

### 1. 轻度粘连且无症状者:

(1) 临床观察:每日清洗外阴时先轻轻分开大阴唇,暴露小阴唇及其中间部位,注意观察小阴唇有无粘连及改变情况。

(2) 正确护理:清洗外阴时先使用清水冲洗,然后用清洁的手指或湿棉签在大小阴唇间进行清洗;清洗后宜涂抹少许凡士林或消毒后植物油。注意涂抹位置包括大小阴唇之间以及小阴唇上下阴唇系带附近。

(3) 积极治疗局部炎症:行局部分泌物清洁度及病原体检测,并进行尿常规检测;局部炎症予金霉素或红霉素软膏外用,每日2次;亦可用复方制剂(含抗生素及激素),抗感染药物包括抗细菌及真菌(念珠菌)药物。

(4) 临床治疗:粘连转为重度,出现以下临床症状如排尿异常(尿频、溢尿、尿流改变、排尿困难、排尿疼痛)、分泌物增多等,进入治疗程序。

2. 重度粘连:无症状,治疗采用轻度粘连且无症状方案。当出现以下临床症状如排尿异常(尿频、溢尿、尿流改变、排尿困难、排尿疼痛)、分泌物增多等,应予治疗<sup>[6]</sup>。

(1) 药物治疗:国外多为一线治疗方法,临床选用雌二醇软膏涂抹于粘连带及其周围,每次0.125 g、2次/d,每2周复查1次,疗程不超过4周<sup>[7-9]</sup>。雌二醇外用有效率为50%~89%,不良反应包括局部色素沉着及乳房肿大,但临床罕见,且停药后可自行恢复;普罗雌烯软膏因其很少吸收入血,不良反应较小。倍他米松可降低雌激素的不良反

应<sup>[9]</sup>,且效果良好,但临床经验不多,可在辅助治疗药物或雌二醇效果不佳时选用。

(2) 阴唇粘连松解术:国内多为一线治疗方法(国外多为二线治疗方法,用于药物治疗失败后,多为小阴唇粘连紧密且看不到粘连线者)。护士辅助下患儿取膀胱结石位,0.025%碘伏局部消毒,0.2%利多卡因(或复方利多卡因软膏,0.2 mg/cm<sup>2</sup>)行粘连局部表面麻醉,5~10 min 后进行局部钝行分离:从周围粘连疏松部位开始向两侧逐渐牵拉,直至中间粘连紧密部分分离,重者需使用手术器械协助分离。分离后可见完整处女膜及尿道口。术后遗留创面如有少量渗血,一般不需特殊处理,严重者行加压止血。术后碘伏消毒每日 2 次,金霉素与雌激素软膏外用 3 d(2 次/d),促进创面愈合。

(3) 术后观察:术后 3 d 时外阴干燥、小阴唇无红肿、无渗血,即可停用抗生素;如术后 3 d 后仍有以上表现,则应积极改用敏感抗生素治疗,促进愈合。松解术后粘连分离、局部黏膜较干燥、小便排出正常,自觉症状消失,术后 3 d、1 个月及半年时复诊。

#### 四、复发预防

研究显示术后复发率为 8.76%,故术后需继续观察局部变化,正确清洗局部<sup>[10]</sup>,宜用凡士林软膏局部护理,防止小阴唇重新粘连。雌激素软膏外用可预防复发<sup>[11]</sup>。

#### 五、粘连预防

生后 1 周开始清理外阴胎脂,并于局部清洗。清洗应包括大阴唇与小阴唇之间及阴唇系带部分。可使用清水或植物油清理胎脂,上下阴唇系带处使用少许医用凡士林防止粘连。外阴清洗每日 1~2 次,避免过度清洗。幼儿期清洗外阴时同样要适度暴露小阴唇,以便观察局部改变。如有炎症,应积极治疗。

#### 六、健康教育

研究显示,90% 以上的家长不了解女婴外阴解剖与阴唇粘连,79.6% 的家长未予女婴外阴认真清理<sup>[12]</sup>。99.4% 的医生认为应该清理,但未对家长给予宣教及指导<sup>[13]</sup>。应该将女婴外阴清洗列为常规护理范畴,制定适宜的护理方案,规范护理技术,以便实施与推广。健康教育实施主体为医务人员,通过不同途径包括期刊、媒体、医院内讲座等实施。

#### 七、阴唇粘连管理建议

1. 在新生儿出院前医护人员对母亲及带养人进行新生儿外阴护理健康教育,并附带相关健康教育

手册,以便随时学习,防患于未然。

2. 女婴出院后的 4~6 周体检应作为重点评估及指导阶段,以后每次健康体检时都应包括外阴检查内容。

3. 嘱咐家长一旦怀疑阴唇粘连,及时到儿科门诊就诊,以免粘连加重致使治疗难度加大及增加痛苦。

4. 对相关医生进行继续教育,使其了解、熟悉阴唇粘连的病因、临床特点及处理原则、预防措施。

5. 阴唇粘连为轻度粘连时由首诊者指导护理,重度粘连转诊至专科(小儿妇科、皮科、泌尿外科)及专科医院指导护理与治疗。

**撰写专家组成员:**张巍、卢丹、盛洁、魏薇(首都医科大学附属北京妇产医院);马琳、孙宁(首都医科大学附属北京儿童医院);刘晓燕、高莹(首都儿科研究所);王惠珊(中国疾病预防控制中心妇幼保健中心);徐海清(湖北省妇幼保健院);欧萍(福建省妇幼保健院);郭金仙(甘肃省妇幼保健院);高雪婷(陕西省妇幼保健院);闫琦(北京市海淀区妇幼保健院)

**执笔人:**张巍

#### 参 考 文 献

- [1] Acer T, Otgün I, Oztürk O, et al. Do hygienic factors affect labial fusion recurrence? A search for possible related etiologic factors [J]. J Pediatr Surg, 2012, 47(10): 1913-1918. DOI: 10.1016/j.jpedsurg.2012.05.005.
- [2] 张娟. 托幼园(所)女童阴唇粘连调查结果分析[J]. 中国妇幼保健, 2005, 20(21): 2850-2851.  
Zhang J. The Investigate of labium fusion in female children in Kindergarten [J]. Maternal and Child Health Care of China, 2005, 20(21): 2850-2851.
- [3] Ji C, Huang XW, Yang RW, et al. Gonadotropins and sex hormones in healthy Chinese Infants [J]. Indian Pediatr, 2008, 45(17): 489-492.
- [4] 盛洁. 27 例小阴唇粘连的诊断分析 [J]. 中国妇幼保健, 2007, 22(7): 978-979.  
Sheng J. Diagnosis and analysis of 27 cases of adhesion of labia minora [J]. Maternal & Children Health Care of China, 2007, 22(7): 978-979.
- [5] 章捷, 李旭良. 小阴唇粘连病因调查 [J]. 临床小儿外科杂志, 2011, 10(4): 260-263. DOI: 10.3969/j.issn.1671-6353.2011.04.006.  
Zhang J, Li XL. Investigation of the cause of Labial adhesion [J]. Journal of Clinical Surgery, 2011, 10(4): 260-263. DOI: 10.3969/j.issn.1671-6353.2011.04.006.
- [6] Bacon JL, Romano ME, Quint EH. Clinical recommendation: labial adhesions [J]. J Pediatr Adolesc Gynecol, 2015, 28(5): 405-409. DOI: 10.1016/j.jpag.2015.04.010.
- [7] Goldman RD. Child health update: estrogen cream for labial adhesion in girls [J]. Can Fam Physician, 2013, 59(1): 37-38.
- [8] 赵智文, 张巍. 女婴童小阴唇粘连病因及治疗研究进展 [J]. 中华医学杂志, 2013, 93(40): 3244-3246. DOI: 10.3760/

cma. j. issn. 0376-2491. 2013. 40. 021.  
 Zhao ZW, Zhang W. Research progress on etiology and treatment of adhesion of labia minora in baby girls [J]. Natl Med J China, 2013, 93 (40): 3244-3246. DOI: 10. 3760/cma. j. issn. 0376-2491. 2013. 40. 021.

[9] Mayoglou L, Dulabon L, Martin-Alguacil N, et al. Success of treatment modalities for labial fusion; a retrospective evaluation of topical and surgical treatments [J]. J Pediatr Adolesc Gynecol, 2009, 22(4):247-250. DOI: 10. 1016/j. jpag. 2008. 09. 003.

[10] Watanabe T, Matsubara S, Fujinaga Y, et al. Manual separation followed by local cleanliness for pediatric labial adhesion [J]. J Obstet Gynaecol Res, 2010, 36(3): 667-670. DOI: 10. 1111/j. 1447-0756. 2010. 01192. x

[11] Kumetz LM, Quint EH, Fisseha S, et al. Estrogen treatment success in recurrent and persistent labial agglutination [J]. J Pediatr Adolesc Gynecol, 2006, 19 (6): 381-384. DOI: 10. 1016/j. jpag. 2006. 09. 008.

[12] 赵智文,温春玲,张巍. 女婴小阴唇粘连现状及家长认知状况调查 [J]. 中华妇产科杂志, 2014, 49(4): 304-305. DOI: 10. 3760 / cma. j. issn. 0529-567 x. 2014. 04. 016.

Zhao ZW, Wen CL, Zhang W. Investigation of parents' cognitive status on the adhesion of labia minora of baby girl [J]. Chin J Obstet Gynecol, 2014, 49(4): 304-305. DOI: 10. 3760 / cma. j. issn. 0529-567 x. 2014. 04. 016.

[13] 赵智文,张巍,庄太凤,等. 医护人员对女婴童小阴唇粘连认知状况及外阴护理态度的调查 [J]. 中国医刊, 2014, 49(5): 86-88. DOI: 10. 3969. /j. issn. 1008-1070. 2014. 05. 034.

Zhao ZW, Zhang W, Zhang TF, et al. A survey on attitude of medical staff adhesion and to awareness of labial vulva nursing for baby girls [J]. Chinese Journal of Medicine, 2014, 49(5): 86-88. DOI: 10. 3969. /j. issn. 1008-1070. 2014. 05. 034.

(收稿日期:2016-03-21)

(本文编辑:姜民慧)

· 读者 · 作者 · 编者 ·

### 中华医学会系列杂志论文作者署名规范

为尊重作者的署名权,弘扬科学道德和学术诚信精神,中华医学会系列杂志论文作者署名应遵守以下规范。

#### 一、作者署名

中华医学会系列杂志论文作者姓名在题名下按序排列,排序应在投稿前由全体作者共同讨论确定,投稿后不应再作改动,确需改动时必须出示单位证明以及所有作者亲笔签名的署名无异议书面证明。

作者应同时具备以下四项条件:(1)参与论文选题和设计,或参与资料分析与解释;(2)起草或修改论文中关键性理论或其他主要内容;(3)能按编辑部的修改意见进行核修,对学术问题进行解答,并最终同意论文发表;(4)除了负责本人的研究贡献外,同意对研究工作各方面的诚信问题负责。仅参与获得资金或收集资料者不能列为作者,仅对科研小组进行一般管理者也不宜列为作者。

#### 二、通信作者

每篇论文均需确定一位能对该论文全面负责的通信作者。通信作者应在投稿时确定,如在来稿中未特殊标明,则视第一作者为通信作者。集体署名的论文应将对该文负责的关键人物列为通信作者。规范的多中心或多学科临床随机对照研究,如主要责任者确实超过一位的,可酌情增加通信作者。无论包含几位作者,均需标注通信作者,并注明其 Email 地址。

#### 三、同等贡献作者

不建议著录同等贡献作者,需确定论文的主要责任者。

确需著录同等贡献作者时,可在脚注作者项后另起一行著录“前×位作者对本文有同等贡献”,英文为“×× and ×× contributed equally to the article”。英文摘要中如同等贡献者为第一作者且属不同单位,均需著录其单位,以\*、#、△、※等顺序标注。

同一单位同一科室作者不宜著录同等贡献。作者申请著录同等贡献时需提供全部作者的贡献声明,期刊编辑委员会进行核查,必要时可将作者贡献声明刊登在论文结尾处。

#### 四、致谢

对给予实质性帮助但不符合作者条件的单位或个人可在文后给予志谢,但必须征得志谢人的书面同意。被志谢者包括:(1)对研究提供资助的单位和个人、合作单位;(2)协助完成研究工作和提供便利条件的组织和个人;(3)协助诊断和提出重要建议的人;(4)给予转载和引用权的资料、图片、文献、研究思想和设想的所有者;(5)做出贡献又不能成为作者的人,如提供技术帮助和给予财力、物力支持的人,此时应阐明其支援的性质;(6)其他。不宜将应被志谢人放在作者的位置上,混淆作者和被志谢者的权利和义务。

中华医学会杂志社