

FU CHAN KE YU ER KE CHANG JIAN JI BING ZHEN LIAO

妇产科与儿科 常见疾病诊疗

主 编 程翠云 孙秀珍 张佩英
张晓霞 杜宝凤 刘荣香

天津科学技术出版社

妇产科与儿科常见疾病诊疗

主 编 程翠云 孙秀珍 张佩英

张晓霞 杜宝凤 刘荣香

天津科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

妇产科与儿科常见疾病诊疗/程翠云等主编. —天津:天津科学技术出版社,2010.7
ISBN 978-7-5308-5755-7

I. ①妇… II. ①程… III. ①妇产科病:常见病—诊疗②小儿疾病:常见病—诊疗 IV. ①R71②R72

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 123178 号

策划编辑:郑东红

责任编辑:张 跃

责任印制:王 莹

天津科学技术出版社出版

出版人:蔡 颢

天津市西康路 35 号 邮编 300051

电话 (022)23332399(编辑室) 23332393(发行部)

网址:www.tjkjcs.com.cn

新华书店经销

泰安开发区成大印刷厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张 15.25 字数 377 000

2010 年 8 月第 1 版第 1 次印刷

定价:48.00 元

编者名单

主 编 程翠云 孙秀珍 张佩英

张晓霞 杜宝凤 刘荣香

副主编 (以姓氏笔画为序)

于书静 王小双 王洪艳 王玉红

王秀华 卢 艳 刘中兰 张玉静

张明开 金 英 赵淑芬 姜凤兰

侯旭飞

前 言

随着我国社会主义市场经济的快速发展，我国人民生活水平及生活质量不断提高，对医疗卫生事业也提出了更高的要求。面对妇产科及儿科疾病在全世界上升的趋势，为了进一步提升各级医院妇产科和儿科医师对临床新技术的运用水平，提高妇产科和儿科医务工作者的临床诊疗水平，拓宽妇产科和儿科的知识领域，了解和掌握疑难病症的诊断方法与治疗规范，并对妇产科及儿科新的理念、新的技术有一个全面的认识 and 了解，我们组织了一批优秀的妇产科和儿科专家教授共同编写了这本《妇产科与儿科常见疾病诊疗》。

本书分两部分，第一部分为妇产科常见疾病诊疗，分十三章，阐述了妊娠生理和病理、正常和异常分娩、普通妇科、妇科肿瘤、生殖内分泌和计划生育等妇产科学的主要内容；第二部分为儿科常见疾病诊疗，分三章，介绍了儿科学基础知识、常见病、流行病、新生儿疾病，从病因病机、诊断依据、治疗等方面做了详细论述，并详细介绍了儿童保健的重点与措施。

《妇产科与儿科常见疾病诊疗》涉及妇产科和儿科各领域的新理论、新经验、新方法、新技术、新应用、新进展，内容新颖，总结了我国妇产科学及儿科学的经验和成果，包含了国内外妇产科及儿科的最新成就。本书体现基础理论、基本技术和基本技能，力求做到言简意赅、易读易懂。不仅对当前青年一代妇产科及儿科医师的成长有很大帮助，而且对我国妇产科学及儿科学的发展、妇产科学及儿科学事业都会有深远影响。

尽管我们为本书的编写竭尽全力，但是由于水平所限，书中不足之处在所难免，恳请读者批评指正。

编者

2010年4月

目 录

第一部分 妇产科常见疾病	1
第一章 妊娠病理	1
第一节 流 产	1
第二节 早 产	4
第三节 妊娠剧吐	5
第四节 输卵管妊娠	6
第五节 过期妊娠	9
第六节 妊娠高血压病	12
第七节 胎盘早剥	17
第八节 前置胎盘	19
第九节 羊水过多	21
第十节 羊水过少	23
第二章 异常分娩	25
第一节 产力异常	25
第二节 产道异常	29
第三节 胎位异常	34
第三章 分娩并发症	42
第一节 胎儿窘迫	42
第二节 胎膜早破	44
第三节 子宫破裂	45
第四节 羊水栓塞	46
第五节 产后出血	48
第四章 异常产褥	52
第一节 产褥感染	52
第二节 产褥中暑	54
第五章 妊娠滋养细胞疾病	56
第一节 葡萄胎	56
第二节 侵蚀性葡萄胎	59
第三节 绒毛膜癌	60
第六章 女性生殖器炎症	62
第一节 外阴炎症	62
第二节 阴道炎	64
第三节 宫颈炎	65

第四节 急性盆腔炎	67
第五节 慢性盆腔炎	70
第七章 子宫内膜异位症和子宫腺肌病	73
第一节 子宫内膜异位症	73
第二节 子宫腺肌病	77
第八章 女性生殖器官损伤性疾病	78
第一节 子宫脱垂	78
第二节 阴道脱垂	79
第三节 压力性尿失禁	80
第四节 生殖道瘘	82
第九章 女性生殖器肿瘤	85
第一节 外阴上皮内瘤变	85
第二节 外阴恶性肿瘤	85
第三节 子宫肌瘤	88
第四节 子宫内膜癌	90
第五节 子宫肉瘤	93
第六节 子宫颈癌	94
第七节 卵巢肿瘤	97
第八节 输卵管肿瘤	100
第十章 女性生殖内分泌疾病的护理	102
第一节 功能失调性子宫出血	102
第二节 多囊卵巢综合征	107
第三节 痛经	110
第四节 闭经	111
第五节 经前期综合征	117
第六节 围绝经期综合征	118
第十一章 分娩期妇女的护理	121
第一节 第一产程的评估及护理	121
第二节 第二产程的评估及护理	124
第三节 第三产程的评估及护理	127
第十二章 计划生育	130
第一节 工具避孕	130
第二节 药物避孕	134
第三节 其他避孕方法	136
第四节 输卵管绝育术	137
第十三章 妇科常见药物介绍	139
第一节 月经病用药	139
第二节 带下病用药	151

第三节 产后病用药	156
第四节 子宫兴奋药	157
第五节 性激素类药	160
第二部分 儿科常见疾病	163
第一章 儿科感染	163
第一节 新生儿感染性肺炎	163
第二节 新生儿湿肺	164
第三节 胎粪吸入综合征	165
第四节 新生儿肺透明膜病	168
第五节 新生儿溶血病	169
第六节 新生儿败血症	172
第七节 新生儿破伤风	174
第八节 新生儿巨细胞病毒感染	175
第九节 新生儿窒息	176
第十节 新生儿颅内出血	179
第十一节 新生儿缺血缺氧性脑病	180
第十二节 新生儿寒冷损伤综合征	182
第十三节 新生儿坏死性小肠结肠炎	184
第十四节 新生儿出血症	185
第十五节 溃疡性口炎	186
第十六节 小儿腹泻	188
第十七节 急性感染性喉炎	194
第十八节 急性支气管炎	195
第十九节 化脓性脑膜炎	196
第二十节 病毒性脑炎和脑膜炎	199
第二十一节 急性肾小球肾炎	201
第二十二节 肾病综合征	203
第二十三节 小儿化脓性中耳炎	207
第二十四节 分泌性中耳炎	209
第二十五节 小儿鼻窦炎	210
第二十六节 急性阑尾炎	212
第二十七节 原发性腹膜炎	214
第二十八节 水 痘	215
第二章 超声检查	216
第一节 超声学常用医学术语	216
第二节 超声诊断法的种类	217
第三节 小儿颅脑超声检查	219
第四节 小儿心脏超声检查	220

第五节 小儿腹部超声检查.....	222
第三章 儿童保健.....	224
第一节 各年龄期儿童的保健重点.....	224
第二节 儿童保健的具体措施.....	226

第一部分 妇产科常见疾病

第一章 妊娠病理

第一节 流 产

凡妊娠于28周前终止,胎儿体重不足1 000克者,称为流产。发生于12周前者,称为早期流产,发生于12~28周者,称为晚期流产。流产分为人工和自然流产两种,人工流产是指采用药物或手术等方法使妊娠终止者,不属本节范围。自然流产则指胚胎或胎儿因某种原因自动脱离母体而排出体外者。

自然流产是妇产科常见疾病,发生率高达10%~18%,多数为早期流产。

【病因】

流产的原因很多,现分述如下:

1. 遗传因素 基因异常是自然流产的最常见的原因,早期流产时,染色体异常者占50%~60%,染色体异常可表现为数目异常和结构异常。染色体数目异常有多倍体,三体或单体等。染色体结构异常则有染色体断裂,缺失和易位。染色体异常的胚胎多不能存活而流产、死胎。造成染色体异常的原因可能与孕妇年龄过大,排卵后延迟,卵子过熟,X线照射、病毒感染等有关。

2. 外界因素 影响生殖功能的外界因素很多,孕妇接触后可能发生流产。可能致流产的有毒物质有镉、铅、有机汞、DDT、其他放射性物质等。这些物质可能直接作用于胎儿体细胞,也可能通过胎盘作用于胎儿。

3. 母体方面的因素

(1) 内分泌功能失调:黄体功能不全的妇女,排卵受精后体内孕激素不足,蜕膜发育不良,影响孕卵的正常发育,甲状腺功能不足或亢进的妇女也可能因胚胎发育不良而导致流产。

(2) 生殖器官疾病:孕妇合并生殖器官疾病如子宫畸形、盆腔肿瘤、子宫腔粘连,皆可影响胎儿生长和发育,导致流产。宫颈口松弛或部分宫颈切除术后可使胎膜易破,导致晚期流产。

(3) 全身性疾病:患急性传染病,高热及细菌毒素等可引起子宫收缩或毒素通过胎盘使胎儿死于宫内,均可导致流产。严重贫血,心功能不全,可使胎儿宫内缺氧死亡。

慢性肾炎及血管硬化,可造成胎盘梗塞或胎盘早期剥离而发生晚期流产。其他如维生素B及叶酸缺乏,汞、铅、酒精及吗啡等慢性中毒也可引起流产。

(4) 创伤:孕期腹部手术或外伤,引起子宫收缩而流产。

4. 免疫因素 母体妊娠后由于母儿双方免疫不适应而导致母体排斥胎儿以致发生流产。现已发现的有关免疫因素有配偶的组织相容性抗原、胎儿抗原、血型抗原、母体细胞免疫调节失衡, 孕期中母体封闭抗林、母体抗父方淋巴细胞的细胞毒性抗体缺乏等。其中血型抗原为常见引起流产的免疫因素之一, 它是由于胎儿与母体血型不合, 致母体内产生免疫抗体, 抗体经胎盘进入胎儿体内, 使胎儿红细胞破坏而溶血, 导致晚期流产, 严重者可致胎儿死亡。

【临床表现】

流产的主要症状是阴道流血和腹痛。早期流产的胚胎多已死亡, 蜕膜发生退行性变、坏死, 出血和血栓形成。当流产发生时, 绒毛自蜕膜分离、血窦开放、即开始出血。已经脱离母体的胚胎部分及凝血块刺激子宫收缩, 绒毛自蜕膜分离, 血窦开放, 即开始出血。已经脱离的胚胎部分及凝血块刺激子宫收缩。出现阵发性下腹痛, 直到胚胎全部排出。因此, 早期流产常先有阴道流血, 然后出现下腹痛。如流产发生在妊8周前, 绒毛发育尚不成熟与子宫蜕膜联系还不牢固, 整个胚泡及绒毛多从子宫壁完全剥离而排出, 排出时胚胎被蜕膜及凝血块包裹, 往往出血多。如流产发生在妊娠8~12周之间, 由于绒毛发育繁盛并深深植入蜕膜中, 胎盘往往不能完全剥离与胎儿同时排出, 仅有胎儿单独排出, 或胎儿及部分胎盘排出, 致使宫腔内还有部分组织残留, 阻碍宫缩, 影响血窦关闭, 失血较多。妊娠12周以后, 胎盘已完全形成, 流产时胎盘继胎儿娩出之后完整娩出。因此, 晚期流产和早产, 足月产相似, 先有腹痛, 然后再出现阴道流血, 流血量亦不多, 临床上依其发育不同阶段可将其分为以下六种:

1. 先兆流产 表现为停经后出现少量阴道流血, 少于月经量, 呈鲜红或深褐色。早孕反应持续存在, 有时轻微下腹痛, 伴腰酸或下坠感。妇科检查子宫颈口未开, 羊膜囊未破, 子宫与停经周数相符合, 妊娠试验阳性, 如胚胎正常, 经保胎治疗妊娠可继续。

2. 难免流产 由先兆流产发展而来, 继续妊娠已不可能。它表现为阴道出血量多, 常超过月经量, 并有血块排出。阵发性腹痛加重, 妇科检查宫颈口已开, 羊膜囊膨出或破裂, 胚胎组织堵塞宫颈口, 子宫与停经周数符合或稍小, 尿妊娠反应阳性或阴性。

3. 不全流产 常发生在妊娠8~12周。胎儿已排出, 部分或全部胎盘尚存留于宫腔内, 致使阴道持续流血, 严重时引起失血性休克, 不及时抢救, 可危及生命。妇科检查宫颈口已开大, 有时见胎盘组织堵塞于宫颈口, 子宫较停经月份小, 如有残留组织, 日久可形成胎盘息肉, 引起反复出血和感染。

4. 完全流产 常发生于8周前和12周后的妊娠。胚胎或胎儿, 胎盘已完全排出。阴道出血逐渐停止, 腹痛消失。妇科检查宫口已关闭, 子宫接近正常大小。

此外, 流产还有两种特殊情况:

(1) 过期流产: 又称稽留流产。系指胚胎已死亡2个月以上未自然排出者, 胚胎死亡后子宫不再增长反而减小, 妊娠反应消失, 有时反复阴道出血, 其量时多时少。滋养细胞功能消失后妊娠试验阴性。子宫小于停经月份, 不如妊娠子宫柔软。由胚胎死亡已久, 胎盘组织机化与子宫壁紧密粘连, 不易完全剥离。又因雌激素不足, 子宫收缩差, 流产常有大量出血。偶因死胎, 长期稽留于宫腔, 胎盘消融, 产生的凝血活酶进入血液循环, 引起播散性血管内凝血, 导致凝血功能障碍流血不止。

(2) 习惯性流产 自然流产连续发生三次或三次以上者, 每次流产发生在同一妊娠月份, 其流产经过与一般流产一样。早期的原因有黄体功能不全、精神因素、垂体功能不全、染色体异常、精子缺陷等, 晚期最常见的原因是宫颈内口松弛、子宫畸形、子宫肌瘤、母儿血型不合等。

【诊断】

根据病史, 体检及辅助检查, 先确定是否流产, 然后确定为何种流产。

1. 病史 常有停经史和早孕反应。出现阴道出血, 应注意出血量的多少, 是否伴有腹痛及其程度, 有无胎盘或胎儿组织排出, 阴道分泌物是否脓性或臭昧。

2. 体格检查 注意病人一般情况。如有无贫血并测量血压、脉搏、体温等。妇科检查注意子宫颈口是否已经扩张, 有无羊膜囊膨出或胎盘组织堵塞, 子宫大小是否与停经月份符合, 下腹部是否有压痛。检查应在消毒情况下进行, 操作轻柔, 以免引起感染或促进病情发展。

【辅助检查】

血或尿绒毛膜促性腺激素, 胎盘泌乳素、雌二醇、孕酮含量测定有助于诊断。B 型超声检查可显示有无胎动, 胎心, 宫颈口是否松弛, 妊娠囊的大小及形态, 从而了解胚胎是否存活。这些辅助检查对不同类型的流产有一定的帮助, 并且可协助制订治疗方案。

【治疗】

流产是妇产科的常见病, 应重视孕期保健, 预防流产的发生。妊娠后可照常工作但应避免重体力劳动, 防止外伤。妊娠早期避免性生活。流产处理正确, 一般无后遗症, 处理不当可造成贫血, 盆腔炎或盆腔积液, 继发不孕, 重者大量出血或严重感染, 可危及生命。

1. 先兆流产 卧床休息, 禁止性生活, 阴道检查操作应轻柔, 减少对子宫刺激。服用镇静剂如鲁米那 0.03g, 3/日。腹痛重者可肌肉注射杜冷丁 50~100mg, 口服维生素 E 10~20mg, 3/日, 有利于孕卵发育。对黄体功能不全, 可肌肉注射黄体酮 20mg, 每日一次。为了有利于蜕膜生长和孕卵发育, 阴道出血停止一周后停药。经上述治疗, 阴道仍出血, 提示胚胎发育异常, 应停止治疗。

2. 难免流产 应促使胚胎或胎盘组织及早完全排出, 防止出血和感染。子宫小于 12 周, 行吸宫术, 术前或术时注射催产素 10U, 以减少出血。超过 12 周者先肌注催产素 10U, 以后每半小时再注射 5U, 共 4 次, 或用催产素 10~20U 加入输液中脉点静点滴, 促使子宫收缩, 将胎儿排出体外。宫口开大者行钳刮术。

3. 不全流产 应行吸宫或钳刮术以清除宫腔内的残留组织, 出血多者静滴催产素, 必要时输血。出血时间长者, 给予抗生素预防感染。

4. 完全流产 一般不需特殊治疗。

5. 稽留流产 确诊后应积极治疗, 以防引起凝血功能障碍, 造成严重出血。如设备条件许可, 应作凝血功能检查, 如有凝血功能障碍应予以适当处理, 待凝血功能改善后, 再予以引产或手术。如无疑血功能障碍, 则可口服己烯雌酚 5~10mg, 每日 2 次, 以提高子宫肌肉对催产素的敏感性, 一般术前用药 5 天, 子宫小于 12 孕周者可进行宫颈扩张和钳刮术。术前作输血准备, 术时应用宫缩剂以减少出血。由于胎盘与子宫粘连较紧, 操作应轻柔小心, 防止子宫穿孔。一次不能刮净者, 可于一周后再刮一次。子宫大于 12 周采用雷凡诺胎

膜外引产术或静脉滴注催产素、前列腺素，促进宫腔内容物排出。

6. 习惯性流产 男女双方均应进行详细的体检，包括精液检查，卵巢功能测定，子宫输卵管造影和染色体核型分析。针对病因进行分析处理，如行纵隔子宫和单角子宫矫治术，子宫肌瘤切除术，宫腔粘连松解术。黄体功能不全应及早用黄体酮预防流产，病因不明的习惯性流产，月经稍延期，基础体温不降，疑有妊娠可能，即应卧床休息，补充维生素，应用镇静剂保胎，治疗期限必须超过以往流产时的妊娠月份。

宫口松弛，根据以往流产发生时期，在妊娠 12~20 周行宫口缝扎术。如有阴道感染须治疗后再进行手术，术后给黄体酮及镇静剂，到妊娠近足月时再拆除缝线；染色体异常引起的反复流产，应根据生育史和本人健康状况和男女双方及其家属的调查，对今后妊娠再发生染色体异常的几率作出估计。如再次妊娠，必须进行产前诊断，通过羊水染色体核型分析，了解胎儿是否染色体异常。凡胎儿染色体异常者应及时终止妊娠。

(程翠云)

第二节 早 产

妊娠满 28 周至 37 周之间终止妊娠者，称为早产。出生的胎儿称早产儿或未成熟儿，体重为 1 000~2 500g，因发育不够成熟，生活能力低下，抵抗力差而易患病，是围生儿死亡的重要原因。发生率一般为 3%~5%。

【病因】

大多数能引起流产的原因也能引起早产。由于分娩动因尚未明确，早产的病因及病理生理也不太清楚，因此，大部分早产病例仍属原因不明。一般认为自发早产有下列因素时较易发生：

1. 母体因素 妊娠合并急性及严重慢性疾病或子宫发育异常、子宫颈内口松弛等，均可引起早产。
2. 胎儿及胎盘因素 主要有前置胎盘、胎盘早期剥离、多胎妊娠、羊水过多、胎儿畸形、绒毛膜羊膜炎、胎膜早破等。
3. 创伤 多见于腹部外伤及妊娠晚期性交及过劳等。

【临床表现】

分娩先兆及临产经过与足月分娩相似，但胎膜早破发生率较高，若子宫收缩规律，子宫颈口已扩张 3cm 以上则早产将为不可避免。

【治疗】

根据不同情况分别处理，一般应积极保胎，尽量延长胎龄。如有不宜继续妊娠的并发症存在，或胎儿严重窘迫，严重畸形或胎儿宫内生长迟缓，往往娩出反而生存机会较大者，可顺其自然。

1. 先兆早产的治疗

(1) 一般治疗：卧床休息，可采取左侧卧位以增加子宫-胎盘血液灌注量，改善胎盘功能。

(2) 镇静药物：给予地西洋 2.5 ~ 5mg 口服一日 3 次，避免刺激及干扰，禁用或慎用有抑制胎儿呼吸中枢作用的药物。

(3) 抑制宫缩药物：① β -肾上腺素能受体兴奋剂，如硫酸舒喘灵 2.4 ~ 4.8mg，每 6 小时 1 次，口服，直至宫缩停止。亦可用盐酸苯氧丙酚胺或羟苄羟麻黄碱。②前列腺素抑制剂，如消炎痛 25mg，口服，每 6 小时 1 次，直至宫缩停止。主要作用是抑制前列腺合成酶，减少前列腺素的合成或抑制前列腺素的释放而抑制宫缩。③10% 普鲁卡因 10ml 加 25% 葡萄糖 20ml 静脉缓推，1 日 1 次或 2 次，适当给予镇静药如鲁米那钠 0.2 ~ 0.3g 肌肉注射，或 25% 硫酸镁 40 ~ 60ml，加 5% 葡萄糖 500ml 静滴，每小时硫酸镁 $\leq 20g$ ，直至宫缩消失或不明显。

2. 分娩处理 早产已不可避免时，要防止胎膜早破，给产妇吸氧。分娩时初产妇行会阴切开术，缩短第二产程，减少新生儿颅内出血发生。同时于临产前，给维生素 K_1 10mg，肌肉注射。为了减少早产儿呼吸窘迫综合征的发生，可在分娩前 2 ~ 3 天，连续给予地塞米松 5mg，肌肉注射，1 日 2 次。

要加强对早产儿护理，出生后注意保持呼吸道通畅，保暖及随时抢救窒息，预防颅内出血，吸氧，对早产儿一般慎用镇静药。

(程翠云)

第三节 妊娠剧吐

妊娠早期多数孕妇出现择食、食欲不振、轻度恶心呕吐、头晕、倦怠等症状，称为早孕反应。一般从闭经 6 周开始，约 12 周前后自然消失，不需特殊处理。偶有少数孕妇反应严重，故对恶心呕吐频繁剧烈，不能进食，影响工作生活，甚至威胁生命者，称妊娠剧吐。

【病因】

(1) 与 HCG 有关：症状出现与消失同孕妇 HCG 浓度变化相关。如葡萄胎患者 HCG 水平明显增高，症状较重，流产后症状减轻、消失。

(2) 与神经类型有关：神经系统功能不稳定，精神紧张型孕妇多见。

【临床表现】

多见于第一胎，初期为早孕反应，逐渐加重，妊娠 8 周左右频繁呕吐，不能进食。呕吐物为食物、胃液、胆汁，甚至带血。由于严重呕吐长期饥饿，引起脱水、电解质平衡紊乱、代谢性酸中毒、尿中出现酮体。严重者肝肾功能损害，出现黄疸，GPT 升高，体温升高，意识模糊，昏迷，甚至死亡。

【诊断及辅助检查】

根据病史、临床表现及妇科检查，HCG 测定，可明确早孕诊断。症状严重，化验尿中有酮体，则可诊断为妊娠剧吐。注意与妊娠合并消化系统疾病鉴别。

【治疗】

尿中酮体阴性者，可在门诊治疗观察，阴性者应收住院治疗。镇静、止吐、纠正电解质紊乱，必要时终止妊娠。

(1) 精神安慰, 解除思想顾虑; 卧床休息, 保证充足睡眠; 调整饮食, 给予患者喜欢、富于营养、易于消化的食物, 重者禁食。

(2) 鲁米那 0.03g, 口服 3/日或 10% 溴化钠 10ml, 口服 3/日。

(3) 补充各种维生素, 特别是维生素 B₁, B₆ 及 C。

(4) 每日输葡萄糖生理盐水 2 500 ~ 3 000ml, 有酸中毒者加碳酸氢钠。

(5) 终止妊娠: 经积极治疗病情继续加重, 或重要脏器功能受损, 危及孕妇健康者, 则应人工流产终止妊娠。

(程翠云)

第四节 输卵管妊娠

输卵管妊娠占异位妊娠的 95% 左右, 其中壶腹部妊娠最多见, 其次为峡部、伞部、间质部妊娠较少见。

【病因】

1. 输卵管炎症 是异位妊娠的主要病因。可分为输卵管黏膜炎和输卵管周围炎。输卵管黏膜炎轻者可使粘膜皱褶粘连, 管腔变窄, 或使纤毛功能受损, 从而导致受精卵在输卵管内运行受阻而于该处着床; 输卵管周围炎病变主要在输卵管浆膜层或浆肌层, 常造成输卵管周围粘连, 输卵管扭曲, 管腔狭窄, 管壁肌蠕动减弱, 影响受精卵的运行。淋菌及沙眼衣原体所致的输卵管炎常累及粘膜, 而流产或分娩后感染往往引起输卵管周围炎。

结节性输卵管峡部炎是一种特殊类型的输卵管炎。该病变的输卵管粘膜上皮呈憩室样向肌壁内伸展, 肌壁发生结节性增生, 使输卵管近端肌层肥厚, 影响其蠕动功能, 导致受精卵运行受阻, 容易发生输卵管妊娠。

2. 输卵管手术史 输卵管绝育史及手术史者, 输卵管妊娠的发生率为 10% ~ 20%。尤其是腹腔镜下电凝输卵管及硅胶环套术绝育, 可因输卵管瘘或再通而导致输卵管妊娠。曾因不孕接受输卵管粘连分离术、输卵管成形术者, 再妊娠时, 输卵管妊娠的可能性亦增加。

3. 输卵管发育不良或功能异常 输卵管过长、肌层发育差、黏膜纤毛缺乏、双输卵管、憩室或有副伞等, 均可造成输卵管妊娠。输卵管功能受雌、孕激素调节。若调节失败, 可影响受精卵的正常运行。此外, 精神因素可引起输卵管痉挛和蠕动异常, 干扰受精卵运送。

4. 辅助生殖技术 近年来随着辅助生育技术的应用, 使输卵管妊娠的发生率增加, 既往少见的异位妊娠如卵巢妊娠、宫颈妊娠、腹腔妊娠的发生率增加。1998 年美国报道因助孕技术的应用所致输卵管妊娠的发生率为 2.8%。

5. 避孕失败 宫内节育器避孕失败, 发生异位妊娠的机会较大。

6. 其他 子宫肌瘤或卵巢肿瘤压迫输卵管, 影响输卵管管腔通畅, 使受精卵运行受阻。子宫内膜异位症可增加受精卵着床于输卵管的可能性。

【临床表现】

输卵管妊娠的临床表现, 与受精卵着床部位、有无流产或破裂以及出血量多少与时间长短等有关。典型的症状为腹痛与阴道流血。

1. 症状

(1) 停经：除输卵管间质部妊娠停经时间较长外，多有6~8周停经史。有20%~30%患者无停经史，将异位妊娠时出现的不规则阴道流血误认为月经，或由于月经过期仅数日而不认为是停经。

(2) 腹痛：是输卵管妊娠患者的主要症状。在输卵管妊娠发生流产或破裂之前，由于胚胎在输卵管内逐渐增大，常表现为一侧下腹部隐痛或酸胀感。当发生输卵管妊娠流产或破裂时，突感一侧下腹部撕裂样疼痛，常伴有恶心、呕吐。若血液局限于病变区。主要表现为下腹部疼痛，当血液积聚于直肠子宫陷凹处时，可出现肛门坠胀感。随着血液由下腹部流向全腹，疼痛可由下腹部向全腹部扩散，血液刺激膈肌，可引起肩胛部放射性疼痛及胸部疼痛。

(3) 阴道流血：胚胎死亡后，常有不规则阴道流血，色暗红或深褐。量少呈点滴状。一般不超过月经量，少数患者阴道流血量较多，类似月经。阴道流血可伴有蜕膜管型或蜕膜碎片排出，系子宫蜕膜剥离所致。阴道流血一般常在病灶去除后方能停止。

(4) 晕厥与休克：由于腹腔内出血及剧烈腹痛，轻者出现晕厥，严重者出现失血性休克。出血量越多越快，症状出现越迅速越严重，但与阴道流血量不成正比。

(5) 腹部包块：输卵管妊娠流产或破裂时所形成的血肿时间较久者，由于血液凝固并与周围组织或器官发生粘连形成包块，包块较大或位置较高者，腹部可扪及。

2. 体征

(1) 一般情况：腹腔内出血较多时，患者呈贫血貌。可出现面色苍白、脉快而细弱、血压下降等休克表现。通常体温正常，休克时体温略低，腹腔内血液吸收时体温略升高，但不超过38℃。

(2) 腹部检查：下腹有明显压痛及反跳痛，尤以患侧为著，但腹肌紧张轻微。出血较多时，叩诊有移动性浊音。有些患者下腹可触及包块，若反复出血并积聚，包块可不断增大变硬。

(3) 盆腔检查：阴道内常有来自宫腔的少许血液。输卵管妊娠未发生流产或破裂者，除子宫略大较软外，仔细检查可触及胀大的输卵管及轻度压痛。输卵管妊娠流产或破裂者，阴道后穹隆饱满，有触痛。将宫颈轻轻上抬或向左右摆动时引起剧烈疼痛，称为宫颈举痛或摇摆痛，此为输卵管妊娠的主要体征之一，是因加重对腹膜的刺激所致。内出血多时，检查子宫有漂浮感。子宫一侧或其后方可触及肿块，其大小、形状、质地常有变化，边界多不清楚，触痛明显。病变持续较久时，肿块机化变硬，边界亦渐清楚。输卵管间质部妊娠时，子宫大小与停经月份基本符合，但子宫不对称，一侧角部突出，破裂所致的征象与子宫破裂极相似。

【诊断】

输卵管妊娠未发生流产或破裂时，临床表现不明显，诊断较困难，需采用辅助检查方能确诊。

输卵管妊娠流产或破裂后，诊断多无困难。如有困难应严密观察病情变化，若阴道流血淋漓不断，腹痛加剧，盆腔包块增大以及血红蛋白呈下降趋势等，有助于确诊。

【辅助检查】

1. HCG 测定 β -HCG 测定是早期诊断异位妊娠的重要方法。由于异位妊娠时,患者体内 HCG 水平较宫内妊娠低,需采用灵敏度高的放射免疫法测定血 β -HCG,该实验可进行定量测定,对保守治疗的效果评价具有重要意义。

2. 超声诊断 B 型超声显像对诊断异位妊娠有帮助。阴道 B 型超声检查较腹部 B 型超声检查准确性高。异位妊娠的声像特点:宫腔内空虚,宫旁出现低回声区,其内探及胚芽及原始心管搏动,可确诊异位妊娠。由于子宫内有时可见到假妊娠囊,有被误认为宫内妊娠的错误。

诊断早期异位妊娠,若能将 β -HCG 测定与 B 型超声相配合,对确诊帮助很大。当 β -HCG $\geq 18\text{kU/L}$ 时,阴道 B 型超声便可看到妊娠囊,若未见宫内妊娠囊,则应高度怀疑异位妊娠。

3. 阴道后穹隆穿刺 是一种简单可靠的诊断方法,适用于疑有腹腔内出血的患者。腹腔内出血最易积聚于直肠子宫陷凹,即使血量不多,也能经阴道后穹隆穿刺抽出血液。抽出暗红色不凝血液,说明有血腹症存在。陈旧性宫外孕时,可抽出小块或不凝固的陈旧血液。若穿刺针头误入静脉,则血液较红,将标本放置 10 分钟左右即可凝结。无内出血、内出血量很少、血肿位置较高或直肠子宫陷凹有粘连时,可能抽不出血液,因而阴道后穹隆穿刺阴性不能否定输卵管妊娠存在。

4. 腹腔镜检查 目前该检查不仅作为异位妊娠诊断的金标准,而且可在确定诊断的情况下起到治疗作用。适用于原因不明的急腹症鉴别及输卵管妊娠尚未破裂或流产的早期,大量腹腔内出血或伴有休克者,禁做腹腔镜检查。早期异位妊娠患者,腹腔镜下可见一侧输卵管肿大,表面紫蓝色,腹腔内无出血或有少量出血。

5. 子宫内膜病理检查 目前很少依靠诊断性刮宫协助诊断,诊刮仅适用于阴道流血较多的患者,目的在于排除同时合并宫内妊娠流产。将宫腔排出物或刮出物作病理检查,切片中见到绒毛,可诊断为宫内妊娠,仅见蜕膜未见绒毛有助于诊断异位妊娠。

【治疗】

异位妊娠的治疗方法有:手术治疗、化学药物治疗及期待疗法。

1. 手术治疗 分为保守手术和根治手术。保守手术为保留患侧输卵管。根治手术为切除患侧输卵管。

手术治疗适用于:①生命体征不稳定或有腹腔内出血征象者;②诊断不明确者;③异位妊娠有进展者;④随诊不可靠者;⑤期待疗法或药物治疗禁忌证者。

(1) 根治手术:适用于内出血并发休克的急症患者。应在积极纠正休克同时,迅速打开腹腔,提出病变输卵管,用卵圆钳钳夹出血部位,暂时控制出血,并加快输血、输液,待血压上升后继续手术切除输卵管,并酌情处理对侧输卵管。

输卵管间质部妊娠,应争取在破裂前手术,以避免可能威胁生命的出血。手术应作子宫角部楔形切除及患侧输卵管切除,必要时切除子宫。

(2) 保守手术:适用于有生育要求的年轻妇女,特别是对侧输卵管已切除或有明显病变者。近年异位妊娠早期诊断率的提高,输卵管妊娠在流产或破裂前确诊者增多,采用保守手术明显增多。根据受精卵着床部位及输卵管病变情况选择术式,若为伞部妊娠可行挤压将妊娠产物挤出;壶腹部妊娠行输卵管切开术,取出胚胎再缝合;峡部妊娠行病变节段切除及