

异位妊娠 的診斷和处理

殷宗琦 編

前 言

大家都知道，正常妊娠的孕卵应该植入在子宫腔里，经过整个孕期的发展和变化，到10个月左右，就分娩出一个成熟的胎儿。

如果由于种种原因，孕卵未能进入子宫腔，而植入在子宫腔以外的部位，这是一种病理现象，叫做宫外孕，简称宫外孕。

其实，更正确、更科学的命名，应该是“异位妊娠”。这个名词能确切地表示出它和正常位置的妊娠不同之处；不过，为了通俗易懂，习惯上一般都叫做宫外孕。

宫外孕的种类很多，按它发生的部位来分，包括输卵管妊娠、卵巢妊娠、腹腔妊娠、宫颈妊娠等数种，其中以输卵管妊娠的发病率为最高，占各种宫外孕发生率的95%以上，因此，在临床上，又常把输卵管妊娠、宫外孕和异位妊娠当做是同义的通用名词。本书的主要内容就是叙述输卵管妊娠。

宫外孕是一种比较常见的妇产科病。近年来，国内发表了許多有关宫外孕的论文，一般发病率都较高。王耀云氏综合山东大学医学院、云南昆华医院、湖南医学院、广西医学院、华南医学院等联合报告的579例宫外孕，与同期在以上各院住院的子宫内妊娠总数26,487例相比，宫外孕的发病率约为1:46。天津市总医院妇产科统计6年内经手术治疗证实的宫外孕为203例，发病率为1:44。上海宏仁医院1946—1951年有472例宫外孕，发病率是1:41。武汉市10个医院联合报告1,010例妊娠总数中宫外孕的发病率为1:42.9。

以上所列举国内各地报告的数字，平均发病率都在 1:40 左右，显然，是太高了一些，这种情况一般是由于医院收容对象多以病理产科为主，许多正常妊娠未能全部住院，因此，并不能算是真正的发病率，但是，由国内和国外的一些统计数字来看，至少可以看出宫外孕在妇产科范围内具有一定的普遍性。我国人口众多，约略估计，每年至少有一千余万次妊娠，按最保守的计算，也要有多少万人发生宫外孕，所以这是一个很值得我们注意的问题。

有一部分宫外孕病人，发生大量内出血，如果不能及时得到正确的处理，很可能发生致命的危险；有些病例，虽然当时免于死亡，但也遗留下粘连、感染、腹痛等后遗症。

本病的病程经过和表现的症状是千变万化的。有些不典型的病例，诊断比较困难，并且还有可能发生误诊。在处理方面，有关手术方式的选择、输血输液的时间和数量、如何抗休克和急救等，也都是相当重要的问题，因此书内以诊断和处理为重点，并对某些基本问题作了比较详细的介绍。

为了给农村医务工作人员做参考，本书在文字方面力求通俗易懂；在理论方面尽量做到深入浅出；希望能对妇产科工作者有所帮助，在工作中对于大量内出血的危急病例，能够辨明情况，作出正确的诊断，迅速予以适当的处理，从而挽救病人，迅速恢复她们的健康。

編 者 1960.9.

.....	1
.....	1
.....	5
.....	7

一、管妊娠流产(7) 輸卵管妊娠破裂(9) 与 命运 10)

輸卵管妊娠的症状和诊断	11
-------------------	----

症狀和病理变化(11) 诊断(14) 鉴别诊断(25)

宫外孕的誤診問題	30
----------------	----

輸卵管妊娠的手术治疗	32
------------------	----

关于兩側卵巢的处理問題(36) 麻醉的選擇(37) 其他一些应
該注意的事項(38)

β 式手术的商討	40
----------------	----

車 和輸液	42
-------------	----

动脉切开輸液法(43) 自血回輸(自身輸血)(45)

对 性出血的病人应该怎样救护	47
----------------------	----

对 小孕的保守疗法	48
-----------------	----

一些少見的宫外孕	49
----------------	----

輸卵管間質部妊娠(49) 腹腔妊娠(52) 卵巢妊娠(57) 子宮
頸妊娠(58) 未发育的子宫角妊娠(剩余子宫妊娠)(60) 混
合妊娠和重复发生宫外孕(60)

宫外孕病人的预后	62
----------------	----

如何預防宫外孕	63
---------------	----

生殖器官解剖生理及妊娠过程复习

为了便于叙述宫外孕的发病原因和发病机制，可簡略地将有关的解剖、組織、生理和妊娠等問題作一次复习。

輸 卵 管

整个輸卵管自子宮角向外伸出，象个喇叭的样子，所以旧称喇叭管。长约8—14厘米，表层为腹膜(浆膜)，中层为肌肉，里层是粘膜。按解剖学的部位，可分为四部：

一、間質部 在子宮角的肌层里，有开口通向子宮腔，这里的粘膜皺襞很少，管腔也狹窄，直徑大約才1毫米。

二、峡部 即子宮角外的一部分，外观比較細，管腔也很狹窄，大約只能通过一根細探針，这里的粘膜皺襞也比較少。

三、壶腹部 就是輸卵管比較粗大的部分，这里比較寬闊，粘膜皺襞排列复杂，組織較厚，延展性也大些。

四、繖部 又名漏斗部。顧名思义，就可以知道它的形状。这是輸卵管的最外端，有通向腹腔的开口，粘膜外翻，象盛开的花瓣，其中向下接近卵巢方面的繖端比較长，可能对“抓取”卵子有特殊作用。

輸卵管粘膜表层为单层柱状上皮細胞，上面有絨毛(图1)，絨毛可以发出波浪式(波浪的方向是由輸卵管外口傳向子宮角)的顫动；这种顫动对傳送卵子有一定的作用。

輸卵管的肌肉比較菲薄，可以分为兩层：内层肌纖維环绕着輸卵管；外层肌纖維纵走，与輸卵管平行。内层肌纖維收縮时，可使輸卵管延长；外层肌纖維收縮时，可使輸卵管縮短。

兩層交替收縮和松弛,可使輸卵管發生蠕動運動;這種運動大概是傳送卵子的主要動力。

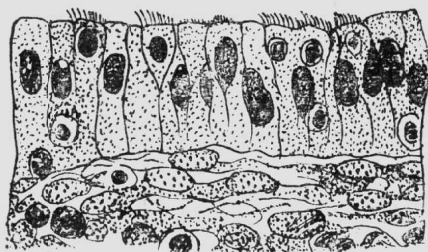


圖 1 輸卵管粘膜上皮細胞的構造，
一部細胞生有纖毛。

經多數學者研究，輸卵管上皮纖毛的顫動和肌層的活動，都受女性激素的影響；在排卵前後，這些活動都比較顯著。

排 卵

囊狀卵泡接近成熟時，逐漸向卵巢表面移動。卵泡直徑約 1 厘米，里面有清亮的卵泡液，卵丘上附着即將成熟的卵子。以後囊狀卵泡表面破裂，卵子就隨卵泡液流到卵巢外邊，這種現象叫做排卵。才排出的卵子還不成熟，卵子內的染色體（易染體）還要自動地減成半數，在未發生這個變化以前，卵子還不適于受精，所以，原發的卵巢妊娠和腹腔妊娠是不容易發生的。

排卵側的輸卵管的繖端，可能及時而靈敏地將卵子抓著，由於輸卵管的蠕動運動，將卵子由繖端輸送到壺腹部（圖 2）。

如果月經周期是 28 天，排卵期大約在月經開始後的第 14 天前後；有人排卵是在月經後 8—20 天。月經周期不規律的人，排卵期就更不準確；這與精神狀態、全身情況、性交刺激等可能有一定的關係。

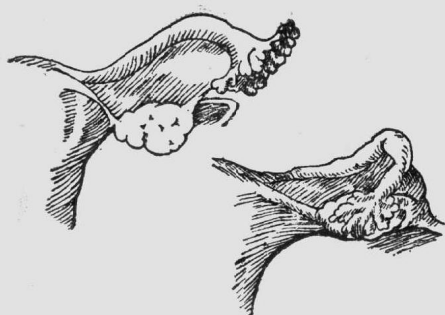


图2 卵巢排卵时输卵管的运动

受 精

性交后无数万的精子，摆动着尾部，由阴道上端上行，进入子宫腔，它的运动非常活泼，約在短短1小时内就可由子宫外口到达输卵管内。到达输卵管后多半在壶腹部遇到卵子，这时許多精子就将卵子团团围住，普通只有1个精子钻进卵细胞。钻入后，精子的尾部脱落，头、颈部就与卵细胞核融合一起，这种现象叫做“受精”。这时的卵子叫做受精卵或孕卵。

卵子在排出的1—2日内，生活力很强；如果时间过长，就不容易受精。

孕卵的转移和植入

孕卵本身没有运动器，不会移动，它的移动完全是被动的，是由输卵管的肌纤维收缩和纤毛颤动来完成的。約計在受精后3—4天，孕卵即由壶腹部经过峡部、间质部进入子宫腔(图3)。

在运送的过程中，精子和卵子的染色体会合起来(受精以前的精子和卵子内的染色体都经过减半分裂，现在又汇合起

来,保持原有数目),細胞开始分裂,一分为二,二分为四,四分为八……,如此繼續下去,到达子宫腔时,孕卵已經变为許多細胞堆成的“桑葚体”,这时,細胞数虽多,但細胞团的整个体积并不增大。如果輸卵管沒有异常,虽然峡部、間质部都很狹小,一般都能通行无阻。

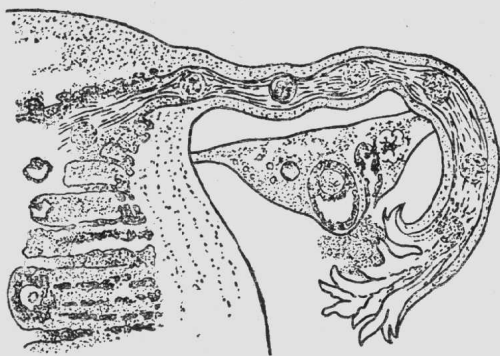


图3 孕卵植入經過的图解

輸卵管的构造和功能只是为了輸送孕卵,在卵子受精后,輸卵管粘膜沒有显著的蜕膜反应(远不如子宫内膜那样显著改变),所以,不容易引起孕卵的植入。同时,孕卵在輸卵管内通过的过程中,它的表层細胞还未分化成为滋养叶,沒有强有力的侵蝕作用,所以也不容易植入在輸卵管里。

受精以后,子宫內膜受着內分泌素的刺激,血管增加,細胞变得肥大,子宫腺体变得弯曲宽广,分泌旺盛,为迎接孕卵的来临做下了准备工作。这时,子宫內膜由于发生了上述的改变,特別叫做“子宫蜕膜”(分娩后这层內膜細胞要脫落,象虫类脫皮一样,因此叫做蜕膜)。

孕卵进入子宫腔后,仍繼續发育,桑葚体內部变空,成为皮球样的“胚囊体”。大概在受精后5—8天,胚囊外层的細胞

就迅速增多，成为絨毛膜，产生一种酵素，能侵蚀子宫蜕膜，在短期内使蜕膜表面发生凹陷，于是孕卵的絨毛滋养叶（象植物的根那样）就慢慢地伸入蜕膜中，以后越埋越深，蜕膜表面就自行封闭，将全部孕卵包埋起来，这个过程叫做孕卵的“植入”或“着床”。

以后经过孕期的一系列变化，到了妊娠末期，就能分娩出一个成熟的胎儿来。

輸卵管妊娠的原因

輸卵管妊娠的原因很多，但归纳起来，可分为两大类：

一、延迟或阻碍孕卵进入子宫腔的因素；

二、輸卵管有某些变化易使孕卵在管内植入。现分别详述如下。

1. 輸卵管炎和盆腔炎：輸卵管粘膜发生炎性病变以后，可能使内膜发生瘢痕收缩，管腔狭窄，纤毛脱落，粘膜皱襞发生粘连，这些异常情况显然都是阻碍孕卵通过的重要因素（精子运动力强，体积比卵子小 500 倍，如果輸卵管不是全部阻塞，只要有一点缝隙便可通过，进入輸卵管内与卵子会合。輸卵管周围炎，可使輸卵管肌纤维受害；也可能由于粘连，使輸卵管变硬和扭曲，因而影响輸卵管的正常活动。

1951 年，有人曾经统计和分析过若干病例，发现 1940—1941 年（无青霉素的时期），宫外孕的发病率为 1:207；而 1949—1950 年（普遍使用了青霉素），发病率则增加为 1:68。他认为这可能是由于应用青霉素治疗后，輸卵管炎症虽然得到一定程度的减轻，保持了管腔的贯通，但是还不能完全恢复

原有的組織形态和生理功能，仍不免发生狹窄，形成癍痕，以致孕卵不能順利地通过，进入子宮腔，在中途就遇到阻碍而发生宮外孕。

2. 輸卵管发育异常：

(一) 先天性憩室：憩室是由一个管腔分出的小囊状部分。輸卵管有分歧的憩室或由于先天性的缺損附帶有小口狀的狹窄部分孕卵往往誤入其中植入发育。

(二) 幼稚型輸卵管（常与子宮发育不全同时并存）：这种类型的輸卵管細长而弯曲，不但管路很长，而且蠕动力也差，不利于孕卵的运输。

3. 手术所致的輸卵管损伤：例如輸卵管造口术或輸卵管結扎后，偶然也可发生輸卵管妊娠；也有人报告因曾行过子宮悬吊术而发生宮外孕。

4. 輸卵管外有肿瘤压迫：例如各种卵巢肿瘤、子宮肌瘤等。

5. 孕卵发育异常：可能由于孕卵滋养叶发育太快，以致未及进入子宮腔之前就植入在輸卵管内，这是孕卵过早植入；如果孕卵发育太慢，植入过晚，又可能发生前置胎盘或子宮頸妊娠。

6. 卵子外游走：許多人报告，曾发现有不少輸卵管妊娠病例黄体出現在另一側的卵巢上（例如左側輸卵管发生妊娠，黄体却出現在右側卵巢上）。这表明孕卵未进入同側輸卵管，而是經過腹腔（机制不明）进入对側的輸卵管，由于路途遥远，經過時間較长，所以孕卵过度发育，就在輸卵管内植入发育起来，这种情况叫做“外綫轉移”。

7. 輸卵管子宮内膜异位症或輸卵管发生較为显著的蜕膜变化，这些情况都容易誘使孕卵植入在輸卵管内。

根据多数病例报告和病理检查，输卵管妊娠在壶腹部最为常见，峡部次之，间质部最少，也就是说，越狭窄的部分发生妊娠的机会也越少(图4)。

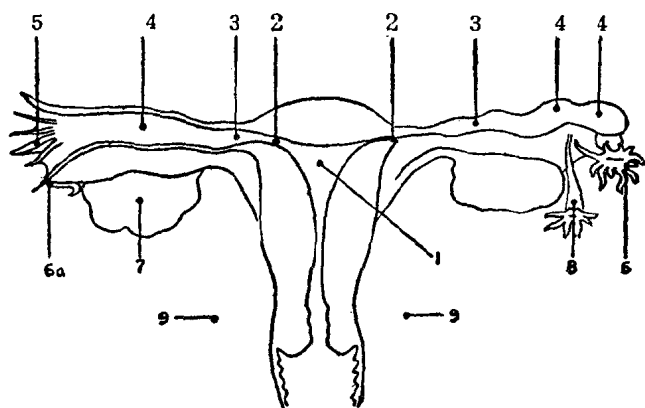


图4 异位妊娠的位置

1. 正常的子宫内妊娠；2. 输卵管间质部妊娠；3. 输卵管峡部妊娠；4. 输卵管壶腹部妊娠；5. 输卵管角部妊娠；6. 输卵管角部卵巢妊娠；7. 卵巢妊娠；8. 副输卵管妊娠；9. 腹腔妊娠。

输卵管妊娠的结果

输卵管妊娠流产

这是最常见到的一种结果。一般多发生在闭经后6—12周，这种病例的孕卵多是附着在输卵管角部或壶腹部，由于孕卵的绒毛侵蚀着输卵管壁，因而引起出血，孕卵本身随着出血而与输卵管剥离，有的和少量出血混在一起，残存在输卵管腔里，成为输卵管内流产；有的输卵管因受到出血和疼痛的刺激

激而发生收縮，就将孕卵由管腔排出。一般的情况是：如果孕卵植入靠近輸卵管外口，由于那里形如漏斗，向腹腔排出的出路寬闊，因而容易发生流产(图 5、6)。

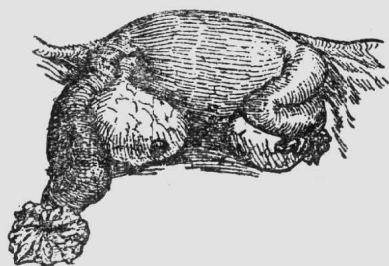


图 5 左側輸卵管壺腹部妊娠，尙未流产
(从后边看)

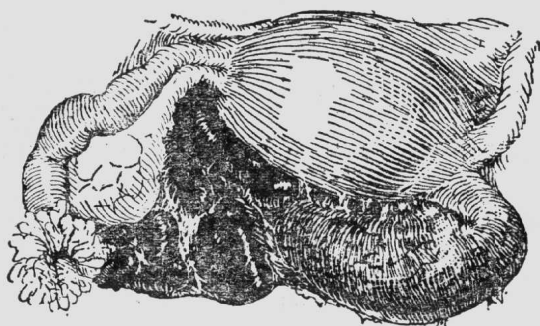


图 6 右側輸卵管妊娠綴部流产(从后边看)

部分病例，发生完全流产，即孕卵完全脫离了輸卵管，这种情况可能出血較少。但是大部分的流产都是不能完全排淨的；其中一部分孕卵組織仍然殘留在輸卵管腔內，繼續出血，虽然破損的血管不大，但可以持續不断地流血，汇集成为大量的內出血。

輸卵管妊娠破裂

发生破裂的原因是：1.孕卵逐渐膨大和輸卵管内发生出血的压力所致；2.孕卵的絨毛对輸卵管壁和血管的侵蝕作用。輸卵管峡部的妊娠最容易发生破裂，因为这里是最狭窄的部分，内膜的皺襞也淺，彈性和容納性都很差，而且距离輸卵管的兩端（腹腔和子宮腔）都較远，所以容易发生破裂，一般常在停經后数星期即可发生（图7）。破裂后的出血可能是持續不断的，也可能是断断续续的。一般的看法是：輸卵管妊娠破裂的出血都很多，而輸卵管流产的出血則較少，但是，这也并不是絕對的現象，因为有些輸卵管流产的病例，也可以发生大量出血。

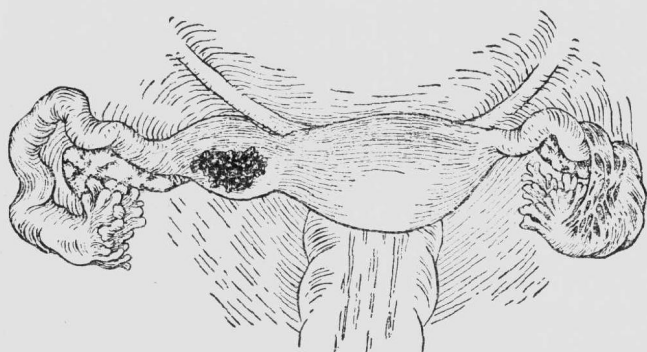


图7 輸卵管妊娠峡部破裂

輸卵管間质部妊娠也多发生破裂（詳后）。

有少数病例，可能在輸卵管流产或輸卵管破裂之后，并不发生剧烈疼痛，內出血也不多，經過相当時間后，孕卵和血液都被吸收，甚至不留下任何显著的痕迹，病人也无任何不舒适的感觉。

孕卵的命运

正常妊娠的孕卵是在子宫腔内植入，由于子宫有肥厚的肌肉，宽广的子宫腔，丰富的血液供应，随着妊娠的发展，可以发生一系列的生理变化，因此，能将胎儿培育成熟，到了妊娠足月，强有力的肌层发生收缩，就将胎儿从产道排出，这一系列情况，都说明子宫是培育胎儿的最优越的处所。在宫外孕，情况就完全不同；这时的孕卵，无论在任何部位植入，都不可能具备以上各项优越条件，因此，不适于孕卵的生存和发展。绝大部分的结局是趋向于中途死亡，多半在妊娠6—12周之间或更早些，就在输卵管腔内枯萎，或经过输卵管破裂、流产等变化，排出管腔，坠入腹腔而为腹膜所吸收；仅有极少数残存，以后成为继发腹腔妊娠（详后）。

我们的临床经验是：在剖腹手术时，如果是急性出血型的病例，就往往可以发现新鲜的胚胎组织；如果是陈旧性的输卵管妊娠，大多只是一团血块，用肉眼观察不易找到妊娠产物，有时病理检查也不一定找到绒毛或胚胎组织。在手术时，肉眼看到胎儿也是比较少的。上海市统计2,822例宫外孕病例，只看到266例有胎儿，占总病例数的8.01%。

极少数的输卵管妊娠也可能发生水泡状胎块（葡萄胎），在文献上至少可以搜集到50余例。有人认为输卵管内的各种条件都不适于孕卵发育，如果更多地检查病理标本，可能发现更多的水泡状胎块；有人还报告过卵巢妊娠也会发生水泡状胎块，这种情况可能更为稀少。

輸卵管妊娠的症狀和診斷

症狀和病理變化

輸卵管妊娠的症狀，由於發病部位不同，病變輕重有異，人體感受不一，病程久暫有別，因而有種種差異。現將臨床上常見到的各種症狀列舉如下：

一、停經 絕大多數患者有停經史，但也有統計說明約20%患者無停經史，可能由於下述各種原因之故：

1. 病人記憶不清，或由於詢問病歷時不仔細；
2. 妊娠後仍有“月經樣出血”，這種情況在少數宮內孕的孕婦也可見到；

3. 少數輸卵管峽部妊娠，可能是在下次月經尚未來潮以前就先發生了破裂。關於這一點，可以算一筆細賬：一般人排卵大約發生在月經來潮後第14天，有人還可能提前一些，如果這時受了精，孕卵大約在3天左右就被送到輸卵管峽部，如果在這裡停留下來，發生一系列的細胞分裂變化，再過幾天，就完全有可能將輸卵管穿破，因此，不能因為沒有停經現象而否定宮外孕。

二、腹痛 這幾乎是最常見的症狀，只是程度輕重不同而已；無疼痛感覺者只占極少數。

輸卵管的感覺相當銳敏，管腔內有了妊娠變化，特別是管腔內發生出血以後，就會發生脹痛；發生流產或破裂時，可能出現刀割樣的內臟撕裂痛；血液流入腹腔後，又會發生程度不同的腹膜刺激症狀；血液積聚下腹部時，可引起墜痛；血液上

流(由于卧位)接触横膈时,又可能发生胃腸症状或肩部疼痛。有的人还感到腿痛,有时为陣发性,有时为持續性;有的人全腹痛,有的人部分疼痛;也有少数病例,疼痛剧烈的部位,經手术时証明却是健康的一側(如病在左側而痛却在右側)。多数文献統計,认为全腹及脐下疼痛者占大多数。出血量的多少,也不一定和疼痛的輕重相符合。

腹痛和阴道出血两个症状,也是各式各样的。有的先出血后腹痛,有的先腹痛后出血,也有的出血和腹痛同时出現,这主要是由于孕卵发展变化的快慢有所不同之故。

三、外出血和子宫蜕膜管型的排出

1. 外出血:綜合文献报告,約有 70—80% 宫外孕患者发生外出血(俗称阴道出血,其实并不是阴道本身出血,而是血液經阴道流出)。这是因为宫外孕的胚胎死亡,絨毛的一部或全部发生凋萎,內分泌水平低落,子宫蜕膜失去了支持的因素,逐漸发生退行性改变,終至蜕膜剝脫,并且发生出血現象。流出的血多为棕褐色,量不多(很少超过一般人的月經量,但个别人也可能出血較多),若断若續,甚至有人連續出血 2—3 月之久。

經過許多学者研究,宫外孕的出血,也有一小部分血液是由患側輸卵管流出的,特別是輸卵管間質部妊娠,如果向宮腔方面破裂,則出血可能很多,因而常被誤診为宮內孕流产。

2. 蜕膜組織的排出:排出的蜕膜組織有的是逐漸脫落,混在血液中,用肉眼不易辨別;有些病例的子宫蜕膜并不破碎,整个排出(恰似子宮腔的三角形,表面粗糙不平),这叫做子宮蜕膜管型。子宮蜕膜管型只是蜕膜組織,沒有均匀分枝的絨毛組織,也沒有光澤的羊膜和清亮的羊水,更不包含胚胎組織(图 8)。



图8 子宫蜕膜管型

一般說来,宫外孕病人如果有外出血和蜕膜排出,就表示胚胎已經死亡(究竟死于何时,則不得而知)或絨毛組織有了退行性病变。

如果胚胎、絨毛組織还都发育良好,一般不致发生阴道出血。在某些病例,突然发生了破裂或流产,子宫蜕膜还来不及发生退行变化,所以沒有阴道出血。

必須說明,即使胚胎已經死亡,絨毛的細胞还可能在相当长的时間內保存着一定的活动能力,还具有內分泌的作用和侵蚀組織的作用。根据临床經驗,有些輸卵管妊娠破裂是发生在胚胎死亡之后的。

四、休克 輸卵管妊娠发生破裂或流产时,由于疼痛和