

Contemporary Clinical Medicine Series

当代临床医学丛书

妇儿分册

主 编 陈玉庆 靳兰玉 王红胜

中医古籍出版社

当代临床医学丛书

妇儿分册

《当代临床医学丛书》编委会 编

本册主编：陈玉庆 靳兰玉 王红胜

中医古籍出版社

图书在版编目(CIP)数据

当代临床医学丛书.妇儿分册/《当代临床医学丛书》

编委会编.-北京:中医古籍出版社,2008.12

ISBN 978-7-80174-685-6

I.当… II.当… III.①临床医学②妇产科病-诊疗

③小儿疾病-诊疗 IV.R4 R71 R72

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 209744 号

当代临床医学丛书

——妇儿分册

《当代临床医学丛书》编委会 编

责任编辑 孙志波

出版发行 中医古籍出版社

社 址 北京市东直门内南小街 16 号 (100700)

印 刷 北京北方印刷厂印刷

开 本 850mm×1168mm 1/32

印 张 157

字 数 3916.8 千字

版 次 2008 年 12 月第 1 版 2008 年 12 月第 1 次印刷

标准书号 ISBN 978-7-80174-685-6

总 定 价 500.00 元(全 10 册)

目 录

第一章 妇产科疾病	(1)
第一节 妊娠病	(1)
第二节 妊娠合并症	(36)
第三节 产时病	(65)
第二章 生长发育	(86)
第一节 生长发育规律	(86)
第二节 生长发育的长期趋势及赶上生长	(86)
第三节 影响生长发育的因素	(88)
第四节 体格生长	(89)
第五节 神经心理发育	(95)
第七节 儿童神经心理发育的评价	(99)
第八节 心理行为异常	(101)
第三章 儿童保健原则	(109)
第一节 各年龄期儿童的保健重点	(109)
第二节 儿童保健的具体措施	(110)
第四章 营养及营养性疾病	(117)
第一节 儿童营养需求特点	(117)

第二节	婴幼儿营养与喂养	(120)
第三节	营养状况调查与评价	(125)
第四节	蛋白质能量营养不良	(127)
第五节	儿童单纯性肥胖症	(131)
第六节	维生素 D 缺乏病	(136)
第七节	维生素 A 缺乏症	(141)

第五章 新生儿与新生儿疾病

第一节	概述	(149)
第二节	新生儿窒息	(155)
第三节	新生儿呼吸系统疾病	(161)
第四节	新生儿黄疸	(166)
第五节	新生儿溶血病	(178)
第六节	新生儿缺氧缺血性脑病	(185)
第七节	新生儿颅内出血	(191)
第八节	新生儿感染性疾病	(195)

第六章 遗传代谢性疾病

第一节	概述	(214)
第二节	染色体病	(215)
第三节	遗传代谢病	(219)

第七章 免疫性疾病

第一节	概 述	(226)
第二节	免疫缺陷病	(229)
第三节	支气管哮喘	(237)

第四节	风湿性疾病概述	(243)
第五节	风湿热	(243)
第六节	幼年类风湿性关节炎	(247)
第七节	过敏性紫癜	(252)
第八节	川崎病	(254)
第八章	感染性疾病	(259)
第一节	病毒性肝炎	(259)
第二节	出疹性疾病	(269)
第三节	伤寒和副伤寒	(282)
第四节	细菌性痢疾	(291)
第五节	肺结核	(300)
第九章	消化系统疾病	(308)
第一节	小儿消化系统的特点	(308)
第二节	小儿腹泻病	(309)
第三节	小儿胃炎和幽门螺杆菌感染	(322)
第十章	泌尿系统疾病	(332)
第一节	小儿泌尿系统解剖生理特点	(332)
第二节	小儿肾小球疾病的临床分类	(334)
第三节	急性肾小球肾炎	(336)
第四节	肾病综合征	(340)
第五节	乙型肝炎病毒相关性肾炎	(347)
第六节	泌尿道感染	(349)

第十一章	肺系病证	(353)
第一节	感冒	(354)
第二节	咳嗽	(362)
第三节	哮喘	(374)

第一章 妇产科疾病

第一节 妊娠病

妊娠期间,发生与妊娠有关的疾病,称为妊娠病,也叫产前病。妊娠病不单影响孕妇的健康,还可妨碍胎儿的发育,甚至导致流产、早产,故应积极防治。

一、流产

妊娠不足 28 周,胎儿体重不到 1 000 g,尚未具有独立生活能力,因某种原因使其妊娠中断者,称为流产。发生在妊娠 12 周以前称为早期流产,发生在 12 周以后称为晚期流产。流产的发生率约为 10%~18%。流产不仅影响妇女健康,甚至可因急性出血或严重感染而威胁妇女生命。临床以早期流产者为多见。流产有自发和人工之分。自发流产是指胚胎或胎儿因某种原因自动脱离母体而排出。人工流产则指用物或机械性干预等人工方法使妊娠终止。若自发流产连续发生 3 次者为习惯性流产。如流产同时并发宫腔感染为脓毒性流产。临床上最常用的分类诊断是按流产的临床进程分为:先兆流产、难免流产、不全流产、完全流产、过期流产和习惯性流产。

本病属中医“胎漏”、“胎动不安”、“胎动欲堕”、“暗产”、“堕胎”、“小产”、“胎死不下”、“滑胎”等范畴。常因肾虚、气血虚弱、血热和外伤(血瘀)致使母体气血不调和胎元不固而成。

【病因】

1. 胚胎(或胎儿)因素

(1) 胚胎发育异常:为早期流产最常见原因,染色体异常所致的流产约占 50%~60%。

(2) 胎盘异常:由于滋养层发育不全,胎盘绒毛变性,或胎盘附着位置过低等,可使胎儿胎盘循环障碍,导致流产。

2. 母体因素

(1) 急性传染病:可因病原体或毒素经胎盘侵入,造成胎儿死亡,或因高热,中毒引起宫缩导致流产。

(2) 严重贫血或心衰,致胎儿缺氧死亡。

(3) 内分泌失调,如黄体功能不全,致蜕膜发育不良,影响孕卵发育。

(4) 子宫发育不良、子宫肌瘤或畸形,也可妨碍胚胎发育。

(5) 有时可因子宫颈内口松弛,不能承受增大的胎儿胎囊压力,致晚期流产。

(6)强烈的精神刺激、外伤或性交也可引起流产,但常诱发因素,主要多系胚胎本身缺陷所致。

3.外界因素

可导致流产的有毒物质有镉、铅、有机汞、DDT及其他放射性物质等。这些有毒物质可能是直接作用于胎儿体细胞,也可能通过胎盘影响胎儿,造成流产。

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、孕期中母体封闭抗体、母体抗父方淋巴细胞的细胞毒抗体缺乏等。

5.母儿血型不合

母儿血型不合者常引起晚期流产,例如 ABO 血型及 Rh 血型不合者。

【诊断要点】

1.生育年龄妇女,既往月经规律,若有月经过期,出现早孕反应,妇科检查子宫增大,尿妊娠试验阳性应诊断为妊娠。

2.妊娠后阴道流血、下腹坠痛、腰骶酸痛,要考虑流产的可能。各类流产有各自的临床特征:

(1)先兆流产(中医称胎漏、胎动不安):早期先兆流产主要表现为停经一段时间后有早孕反应,以后有阴道流血,量少,色红,持续时间数日或数周,无痛或有轻微下腹疼痛,伴腰痛及下坠感。妇科检查子宫颈口闭,子宫大小与停经月份符合,经过治疗及休息后,如 B 超检查胎儿存活,一般仍可继续妊娠。

(2)难免流产(中医称胎动欲堕):指流产已不可避免,一般多由先兆流产发展而来,此时阴道流血增多,腹痛加重,羊膜已破或未破。妊娠试验阴性或阳性,B 超检查可见胚胎堵在宫口。妇科检查子宫颈口已扩张,有时在颈口内可见羊膜囊堵塞,子宫与停经月份相符或略小。

(3)不全流产(中医称堕胎、小产):需发生在妊娠 8 周以后,多在难免流产的基础上发展而成。部分胚胎已排出体外,尚有部分残留在子宫腔内。此时由于子宫腔内有胚物残留,子宫不能很好地收缩,而流血不止,甚至因出血过多致休克。妇科检查,子宫颈口扩张,见多量血液自颈口内流出,有时见胎盘组织堵塞在子宫颈口或部分组织已排出在阴道内,部分仍留在宫腔内,一般子宫小于停经月份,但有时宫腔内充满血块时,子宫仍可增大如停经月份。如不及时行宫腔清理,妊娠组织残留宫腔内可导致出血不止,而致重度失血性贫血,甚至造成休克或死亡。B 超检查宫腔内有或未见妊娠物。

(4)完全流产(中医称堕胎、小产、暗产):指胚胎已全部排出。由于胚胎已排出,故子宫收缩良好,阴道流血逐渐停止或仅见极少量,腹痛消失。妇科检查子宫颈口关闭,子宫略大或正常大小,阴道内仅见少量血液或流血已停止。妊娠试验阳性或

阴性,B超检查宫腔内未见妊娠物。

(5)过期流产又称稽留流产(中医称胚死不下、胎死不下):指胚胎在子宫内死亡已超过2个月,但仍未自然排出者。如时间不足2个月者,称胚胎发育终止或胚胎死亡。患者主诉有停经及早孕反应,前段时间可曾有先兆流产的症状,以后子宫却不再增大或反而缩小。如已至妊娠中期,孕妇未感腹部增大,无胎动,妇科检查子宫颈口闭,子宫较妊娠月份小2个月以上,质地不软。未闻及胎心。血、尿妊娠试验由阳性转为阴性,或滴度下降与孕月不符。B超检查提示胎儿停止发育。

(6)脓毒性流产:在妊娠产物完全排出宫腔之前合并有宫腔感染者为脓毒性流产,又称感染性流产。常见于不全流产、稽留流产、违法流产患者。除有流产症状以外,可有高热寒战、腹痛。下腹部有明显的压痛及反跳痛,腹肌较紧张。子宫及附件有压痛,阴道有灼热感,或有脓性白带或败酱样血性物,有臭气。感染扩散后,可导致败血症、中毒性休克。白细胞总数及中性粒细胞增高,B超检查可见宫腔内妊娠物。

(7)习惯性流产(中医称滑胎):指自然流产连续产生2次或2次以上者。其临床特征与一般流产相同。早期的原因有黄体功能不全、精神因素、垂体功能不足、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。

【鉴别诊断】

1.异位妊娠:阴道出血为点滴状,褐色,小腹隐痛,或突发剧痛,无组织排出,或仅为蜕膜样组织。宫口闭。有举痛,子宫体较孕月小或略大,附件可扪及小包块,质较软,触痛明显,B超检查宫内无胚胎而附件多有包块。

2.葡萄胎:阴道不规则或大量出血,腹不痛,妇科检查时宫口松或有葡萄样组织堵塞宫口,子宫多大于孕周,附件有包块,尿妊娠试验强阳性,B超检查可发现葡萄状胎块。

3.功能失调性子宫出血:表现为月经周期紊乱,经期长短不一,出血量时多时少,无腹痛,基础体温(BBT)单相,妇科检查无特殊、子宫大小正常;尿妊娠试验阴性,B超检查无妊娠迹象。

4.各种类型流产的鉴别诊断,见下表。

各种类型流产的鉴别诊断表

流产类型	出血量	下腹痛	组织排出	子宫颈口	子宫大小	妊娠试验
先兆流产	少	无或轻	无	闭	与妊娠周数相符	+
难免流产	中→多	加剧	无	扩张	相符或略小	+或-
不全流产	少→多	减轻	有	扩张或有物堵塞或闭	小于妊娠周数	+或-
完全流产	少→无	无	全排出	闭	正常或略大	+或-

【治疗】

1.先兆流产:

(1)应卧床休息,禁止性生活,阴道检查操作要轻柔,根据情况酌情使用对胎儿危害小的镇静药物。

(2)维生素 E:30~50 mg/次,1 次/d,口服。

(3)黄体酮只适用于黄体不全或尿孕酮水平低的患者,20 mg/次,1 次/d,肌肉注射,连用 3~7 d。

(4)叶酸:5 mg/次,3 次/d,口服。

(5)甲状腺机能低下的患者每日口服甲状腺素 0.03~0.06 g。

(6)绒促性素(HCG):3 000 U/次肌肉注射,隔日 1 次。

2. 难免流产及不全流产:

(1)诊断明确后立即刮宫,尽快清除宫腔内容物,可同时肌注或静滴缩宫素(又名催产素):10 单位/次,肌肉注射以促进宫缩,减少出血。术后抗生素预防感染,注意治疗贫血。刮出物应送病理检查。

(2)如出血多,甚或伴有休克症状者,应输液输血,纠正休克。

(3)青霉素:80 万 U/次,3 次/d,肌肉注射,皮试阴性后用。

3. 完全流产:一般不需特殊处理,但应检查排出的组织是否完全,如不能肯定为全部排出时,应做清宫处理。

4. 过期流产:诊断确定后尽早排空子宫。胎儿死亡过久,释放促凝物质进入血循环,容易并发 DIC,术前应检查凝血功能,如有异常则纠正后再清宫。术前给乙炔雌酚,以提高子宫肌对催产素的敏感性,并备血,术中注射催产素以减少出血。

(1)凝血功能正常,子宫小于 3 个孕月应行钳刮术。术前备血,术时注射缩宫素 10 U,以加强子宫收缩,减少出血,如子宫大于 3 个孕月,可将缩宫素 10 U 加入 5%葡萄糖氯化钠溶液内静脉滴注,行人工引产,待胎儿自然排出,必要时再行清宫术。

(2)凝血功能异常,则可静脉注射纤维蛋白原,输新鲜血,等待凝血功能改善后再行引产或刮宫。

5. 习惯性流产:应作全面检查,查明原因,针对病因进行治疗。

(1)未孕期:

①维生素 E:100 mg/次,2 次/d,口服。

②维生素 C:0.2 g/次,3 次/d,口服。

③复合维生素 B:0.3 g/次,3 次/d,1 口服。

(2)妊娠期:维生素的使用同未孕期,并适当给予镇静安胎:

①黄体酮:20 mg/次,1 次/d,肌肉注射。

②地西洋(又名安定):2.5 mg/次。2 次/d,口服。

【注意事项】

1. 应卧床休息,禁止性生活。

2.避免多次阴道检查,安定情绪,加强营养。

3.对于先兆流产患者应定期做尿或血 HCG 滴定度及 B 超检查,以了解胚胎发育情况,避免盲目保胎。

4.对于难免流产及不全流产患者,原则上应从速进行宫腔清理手术,患者如已休克,应纠正休克后再行手术。术前术后严密观察患者血压、脉搏情况。术后注意流血及体温,抗感染并将刮出物送病检。如有宫腔感染者,应半卧位以利引流。

5.对于习惯性流产患者,应查清既往流产原因。如有子宫及产道畸形宜矫正,修补;如有内分泌系统疾病、性病者宜及时治疗;如属宫内口松弛者,应在妊娠 12~20 周行子宫内口缝扎术,术前注意预防感染,术后应安胎治疗,直至妊娠足月拆除缝线。

6.对于脓毒性流产患者,如子宫感染严重而用药不能控制者,应考虑切除子宫。

二、早产

凡妊娠在满 28 周至不满 37 周(196~258 d)之内终止者称为早产。此阶段出生的新生儿,发育尚未成熟,体重在 2500 g 以下称低体重儿。早产发生率占分娩数的 6%~15%。早产儿中约有 15%在新生儿期死亡。8%的早产儿留有智力障碍或神经系统后遗症。因此防止早产应得到产科工作者的重视。早产的原因常与孕妇从事重体力劳动,或吸烟、酗酒、有麻醉药瘾,以及各种妊娠并发症(如妊娠高血压综合征)等因素有关。

中医无本病名,据其症状可归于“小产”范畴。系因跌扑劳伤,或肾气不足,或热伏冲任所致。

【病因】

1.孕妇方面:孕妇合并急性或慢性疾病如病毒性肝炎、急性肾盂肾炎、急性阑尾炎、严重贫血、心脏病等;子宫畸形包括双子宫、纵隔子宫等,宫颈内口松弛与子宫肌瘤等;医源性因素如孕妇有严重内、外科并发症,因病情需要提前终止妊娠者。

2.胎儿胎盘因素:双胎、羊水过多、胎膜早破、宫内感染、胎盘功能不全,母儿血型不合等。另外,有 20%~30%早产原因不明。

【诊断要点】

1.病史:既往有流产、早产史者易发生早产。

2.临床表现:

(1)有规则宫缩出现,间歇 5~6 min,持续 30 s 以上,且逐渐加强。

(2)阴道血性分泌物。

(3)肛查:宫颈管缩短,宫口扩张 ≥ 2 cm。

根据上述临床表现,可诊断为先兆早产。当胎膜已破,或宫口已开大 4 cm 以

上者早产已不可避免。

【鉴别诊断】

1.假临产:妊娠晚期子宫出现生理性收缩,但可自行消失或卧床后消失,宫颈口不开大。

2.轻型胎盘早剥:亦有腹痛,可有阴道少量流血。疑有胎盘早剥时,可借助B超检查鉴别。

【治疗】

妊娠 37 周以上可自然分娩。如胎儿存活,无宫内窘迫,胎膜未破,初产妇宫颈扩张在 2 cm 以下者,应设法控制宫缩,尽可能使妊娠至足月。

1.卧床休息,以左侧卧位为主,若先露已入盆,要抬高臀部。使先露退出骨盆,以减少对宫颈的刺激。

2.尽量不做肛查及阴道检查,减少刺激。

3.镇静剂:地西洋 2.5 mg,3 次/d,口服。仅为孕妇精神紧张时辅助用药,临产后忌用。

4.宫缩抑制药物:

(1) β 肾上腺素能受体兴奋剂:

①利托君:150 mg 加入 5%葡萄糖溶液 500 ml 中静脉滴注,每分钟滴入 0.15~0.35 mg,直至宫缩消失后改为口服 10 mg,4 次/d。

②沙丁胺醇(又名舒喘灵):2.4~4.8 mg/次。口服,每 4 小时重复 1 次。服药时间长后可出现心血管症状如心率增快,停药后可恢复。

(2)硫酸镁:直接作用于子宫肌细胞,拮抗钙离子对子宫收缩作用。

①首剂:25%硫酸镁 16 ml(4 g)加入 5%葡萄糖溶液 250 ml 中静脉滴注,0.5 h 滴完。

②维持:25%硫酸镁 60 ml 加入 5%葡萄糖溶液 1 000 ml 中静脉滴注,滴速 2 g/h,直至宫缩停止,再维持 2 h。

用药过程中注意呼吸,不少于 16 次/min;24 h 尿量不少于 600 ml,膝反射存在。同时备 10%葡萄糖酸钙 10 ml,在硫酸镁中毒时解毒用。

(3)糖皮质激素:对早产不可避免而胎儿<2 000 g 时,可用此类药物以预防早产儿肺透明膜病或新生儿特发性呼吸窘迫综合征。

①地塞米松:5 mg/次,3 次/d,肌内注射,连续 2~3 d。

②地塞米松:8~10 mg/次,羊膜腔内注射,连续 2~3 d。

③倍他米松:12 mg/次,间隔 12~24 h 静脉滴注,共 2 次。

④地塞米松:10~20 mg 加入 5%葡萄糖溶液 500 ml 中静脉滴注,1 次/d,共 2~3 d。

【注意事项】

1.对于有流产、早产史者,孕期应多卧床休息,特别是左侧卧位,可增加子宫胎盘血流量,防止自发宫缩、还应禁止性交,从而预防或减少早产发生。

2.因宫颈内口松弛致早产者应于孕 14~16 周做宫颈内口缝合术。

3.积极治疗妊娠并发症。

4.若早产已不可避免,在产程中应给孕妇吸氧,分娩时可做会阴切开,一般不用胎头吸引器,以防早产儿颅内出血。

5.疑感染者,应给抗生素预防感染。

三、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。

中医称本病为“恶阻”,亦称“阻病”,多系孕后血聚养胎,冲脉之气较盛,胃失和降所致。

【病因】

其病因尚不十分清楚,大多认为与绒毛促性腺水平增高有关。在神经系统功能不稳定、精神过度紧张的孕妇,本病较为多见。亦有人认为,这是由于大脑皮质与皮质下中枢功能失调,致使丘脑下部自主神经功能紊乱所致。

【诊断要点】

1.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。

2.尿酮检查:阳性。

3.血液检查:肝、肾功能受损,血胆红素、转氨酶升高,肌酐和尿素氮增高,血细胞比容(曾名红细胞压积)增高。

4.眼底检查:眼底视网膜出血。

5.辅助检查:以判断疾病的严重程度。

(1)血液检查:

①血常规及血细胞比容检查,了解有无血液浓缩。

②测钾、钠、氯、二氧化碳结合力、血气分析,以了解有无电解质紊乱及酸碱失衡。

③查肝功能、胆红素、尿酸、尿素氮、肌酐。

(2)心电图检查:了解有无高、低血钾所致心律变化及心肌损害。

(3)尿液检查:每日记尿量,查尿酮、尿三胆试验。

【鉴别诊断】

1.妊娠合并胃炎,有胃病史,反复上腹部饱满疼痛,无规律性,饭后上腹部不适,常有暖气、呕吐。

2.妊娠合并肝炎:有食欲减退,恶心,腹胀,肝区疼痛,低热畏寒,肝大,尿三胆阳性。

3.妊娠合并肠梗阻:阵发性腹痛,腹胀,呕吐,初起为胃内容物,随病情发展可出现胆汁、肠内容物。

4.葡萄胎:除早孕反应外,有不规则阴道出血,子宫迅速增大,而无胎动。检查时子宫增大与停经月份不相符合。B超检查可发现为完全性葡萄胎或部分葡萄胎图像。尿、血 HCG 试验为强阳性。

【治疗】

1.药物治疗:

(1)维生素 B₆:20 mg/次,3 次/d,口服。

(2)维生素 C:0.5 g/次,3 次/d,口服。

(3)维生素 B₁:20 mg/次,3 次/d,口服。

(4)静脉输液:补液,补充热量,纠正水、电解质紊乱。

①5%葡萄糖溶液 2 000 ml,5%葡萄糖氯化钠溶液 1 000 ml、15%氯化钾 20 ml,维生素 C 0.5~1.0 g。

②维生素 B₆:100 mg/次,肌内注射,1 次/d。

③根据二氧化碳结合力静脉补充碳酸氢钠溶液。

2.终止妊娠,施以人工流产:适用于经上述治疗无效,而出现黄疸或蛋白尿,体温持续高于 38℃或心率在卧床休息时仍持续超过 120 次/min;有颅内或眼底出血经治疗无好转者。

【注意事项】

1.饮用药物时宜分次频服,不宜一次太多。

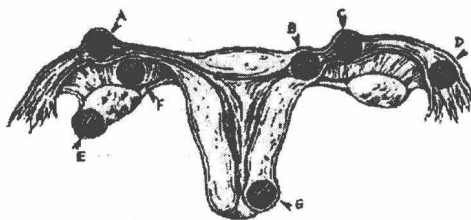
2.警惕并发症的发生,当有剧吐、胸痛、呕血时,应考虑由于剧吐后食管与胃交界处黏膜裂伤出血,此时应紧急手术治疗。

3.当剧吐后有青紫窒息时,应考虑胃液吸入综合征,需及时对症处理。

四、异位妊娠

凡孕卵在子宫腔以外的任何部位着床者,统称为异位妊娠,习称为宫外孕。根据着床部位不同,有输卵管妊娠、卵巢妊娠、腹腔妊娠、宫颈妊娠及子宫残角妊娠等。异位妊娠中,以输卵管妊娠最多见。约占 90%以上。输卵管妊娠是妇产科常见急腹症之一,当输卵管妊娠流产或破裂急性发作时,可引起腹腔内严重出血,如不及时诊断、积极抢救,可危及生命。输卵管妊娠的发病部位以壶腹部最多,约占 55%~60%;其次为峡部,占 20%~25%;再次为伞端,占 17%;间质部妊娠最少,仅占

2%~4%。见下图。



不同部位的宫外孕示意图

A 壶腹部;B 间质部;C 峡部;D 伞部;E 卵巢;F 阔韧带;G 宫颈

中医尚无与本病相对应的病名,但据其临床特征,多属“血郁少腹”、“腹中瘕”等范畴,散见于“妊娠腹痛”、“胎动不安”、“瘕”等病症之中。本病的发生与气滞血瘀关系密切,气血壅滞,堵塞胞脉,致使胎孕胞外,久则破损胞脉。

【病因】

1.慢性输卵管炎:慢性输卵管炎可使输卵管黏膜皱襞粘连,导致管腔狭窄,黏膜破坏,上皮纤毛缺失,输卵管周围粘连,管形扭曲,以上情况影响孕卵在输卵管的正常运行和通过,是造成输卵管妊娠的主要原因。

2.输卵管发育或功能异常:输卵管发育异常如输卵管过长、肌层发育不良、黏膜纤毛缺失、双管输卵管、额外伞部等,均可成为输卵管妊娠的原因。输卵管的生理功能复杂,输卵管壁的蠕动、纤毛活动以及上皮细胞的分泌均受雌、孕激素的调节,如两种激素之间平衡失调,将会影响孕卵的运送而发生输卵管妊娠。

3.输卵管手术后:输卵管绝育术不论采用结扎、电凝或环套法,如形成输卵管瘘管或再通,均有导致输卵管妊娠的可能。输卵管绝育后复通术或输卵管成形术,亦可因瘢痕使管腔狭窄、通畅不良而致病。

4.盆腔子宫内膜异位症:子宫内膜异位症引起的输卵管妊娠主要由于机械因素所致。此外,异位于盆腔的子宫内膜,对孕卵可能有趋化作用,促使其在宫腔外着床。

【诊断要点】

1.停经常为短期停经,大多为 6~8 周,或仅后推数日。

2.阴道不规则出血,为点状。暗红色,持续或间歇性,有时可排出蜕膜或碎片。

3.腹痛:疼痛的性质可为刺痛、刀割样、撕裂样痛,常突然发作,为持续性或间歇性,多位于一侧。肛门坠胀和有便意感。

4.晕厥与休克:取决于内出血的程度和速度。血压下降或测不到,与失血程度有关。

5.妇科检查:未破者子宫一侧附件可扪及包块,触痛,大小可与停经成正比。破裂者后穹窿饱满,触痛,宫颈举痛,宫底有漂浮感,子宫正常或稍大。下腹部腹肌紧张,压痛、反跳痛,有移动性浊音。

6.后穹窿穿刺:是最重要的诊断方法,由于腹腔内血液最易积聚在子宫直肠陷凹,即使血量不多,也能经后穹窿穿刺吸出。用18号长针自阴道后穹窿刺入子宫直肠陷凹,抽出暗红色不凝血为阳性结果,说明有腹腔内积血存在。

7.妊娠试验:胚胎存活或滋养细胞具有活力时,合体细胞分泌HCG,妊娠试验可呈阳性。由于异位妊娠患者体内的HCG水平较正常妊娠时为低,故一般的HCG测定方法,阳性率较低,须采用更为敏感的 β -HCG放射免疫法或单克隆抗体酶标法进行检测。

8.超声诊断:早期输卵管妊娠时,B超显像可见子宫增大,但宫腔空虚,宫旁有一低回声区。此种图像并非输卵管妊娠的声像特征,需排除早期宫内妊娠伴有妊娠黄体的可能。用超声检测妊娠囊和胎心搏动对诊断异位妊娠十分重要,如妊娠位于宫外,即可诊断为宫外孕;妊娠囊位于宫内,则多可排除宫外孕。B超早期诊断间质部妊娠有重要临床意义,可显示一侧子宫角突出,局部肌层增厚,内有明显的妊娠囊。

9.子宫内病理检查:诊断性刮宫仅适用于阴道出血较多的患者,目的是排除宫内妊娠。宫腔排出物应常规送病理检查,切片中如见到绒毛,可诊断为宫内妊娠,如仅见蜕膜而无绒毛,虽应考虑为异位妊娠,但不能确诊。

10.腹腔镜检查:适用于早期和诊断有困难,但无腹腔大出血和休克的病例。可见一侧输卵管肿大,表面呈紫蓝色,腹腔内无血液或少量血液。陈旧性宫外孕则可见输卵管肿大,周围有血肿形成,或与邻近器官粘连。

【鉴别诊断】

异位妊娠的鉴别诊断见下表。

【治疗】

1.一般治疗:主要是补充血容量,补液、输血、抗体克。

2.手术治疗:

(1)一般采用全输卵管切除术。

(2)有生育要求的年轻妇女行保守性手术,即切开输卵管取出胚胎后局部缝合,以保留输卵管功能。

(3)有绝育要求者可同时结扎对侧输卵管。

3.自体输血:是在缺乏血源的条件抢救急性宫外孕的有效措施之一,但回收腹腔内血液必须符合下述条件: