



临床急危重症救治关键丛书

妇产科急危重症 救治关键

代聪伟 王 蓓 褚兆莘 主编

江苏科学技术出版社



临床急危重症救治关键丛书

妇产科急危重症 救治关键

江苏科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

妇产科急危重症救治关键 / 代聪伟等主编. —南京:
江苏科学技术出版社, 2012. 1

(临床急危重症救治关键丛书)

ISBN 978 - 7 - 5345 - 8886 - 0

I. ①妇… II. ①代… III. ①妇产科病: 急性病—诊疗
②妇产科病: 急性病—护理③妇产科病: 险症—诊疗
④妇产科病: 险症—护理 IV. ①R710. 597②R473. 71

中国版本图书馆CIP数据核字(2011)第247265号

妇产科急危重症救治关键

主 编 代聪伟 王 蓓 褚兆苹
责任编辑 徐祝平
特约编辑 李辉芳
责任校对 郝慧华
责任监制 张瑞云

出版发行 凤凰出版传媒集团
凤凰出版传媒股份有限公司
江苏科学技术出版社
集团地址 南京市湖南路1号A楼, 邮编: 210009
集团网址 <http://www.ppm.cn>
出版社地址 南京市湖南路1号A楼, 邮编: 210009
出版社网址 <http://www.pspress.cn>
经 销 凤凰出版传媒股份有限公司
印 刷 扬中市印刷有限公司

开 本 850 mm×1 168 mm 1/32
印 张 11
字 数 275 000
版 次 2012年1月第1版
印 次 2012年1月第1次印刷

标准书号 ISBN 978 - 7 - 5345 - 8886 - 0
定 价 29.00元

图书如有印装质量问题, 可随时向我社出版科调换。

前 言

临床急诊工作要求医师能在紧急情况下对病人实施及时、准确的身心整体救治。急症救治水平的提高,对提高抢救成功率和降低死亡率、致残率起着重要作用。为了提高妇产科医务人员对急危重症的救治水平,我们组织编写了《妇产科急危重症救治关键》一书。

全书共包括二十二章内容,每个疾病的救治都分为三部分。

第一部分为疾病概述。简洁明了地介绍疾病的基本概念。

第二部分为病情判断。将急症诊断中的关键症状、体征及辅助检查的急查项目根据不同疾病分别列出,病情判断、明确诊断是抢救的关键环节。

第三部分为救治方案。系统介绍治疗方案,具体阐述救治方法,重点突出。

本书注重临床实用,将急症治疗的关键诊治内容突出显示,读者能够对疾病有一个系统全面的了解,抓住急危重症救治的关键环节。全书内容精炼,指导对象明确,实用性强,可作为妇产科临床医生急诊急救的重要参考书。

本书由数十位专家精心策划,参阅了国内外大量临床资料,结合作者多年的临床经验编撰而成,既体现了经典的临床经验,又介绍了前瞻性的临床工作进展,具有很强的实用性和指导意义。由于本书涉及内容广泛,书中不足之处在所难免,恳切希望广大同道惠予指正,以备修订完善。

编 者

目 录

第一章 妇科急腹症	(1)
第一节 输卵管妊娠	(2)
第二节 卵巢妊娠	(7)
第三节 宫角妊娠	(9)
第四节 腹腔妊娠	(12)
第五节 急性盆腔炎	(14)
第六节 卵巢滤泡或黄体破裂	(20)
第七节 卵巢肿瘤蒂扭转	(21)
第八节 卵巢肿瘤破裂	(23)
第九节 痛经	(25)
第十节 处女膜闭锁及阴道横膈或斜膈	(28)
第十一节 子宫积脓	(30)
第二章 妇科出血性疾病	(35)
第一节 功能失调性子宫出血	(35)
第二节 子宫肌瘤	(42)
第三节 子宫颈癌	(47)
第四节 子宫内膜癌	(62)
第五节 滋养细胞肿瘤	(69)
第六节 子宫内膜息肉	(78)
第七节 子宫切除术后阴道残端出血	(79)
第八节 绝经后出血	(82)
第三章 妇科急性炎症	(85)
第一节 急性非特异性外阴炎	(85)

第二节	阴 道 炎	(87)
第三节	急性非特异性前庭大腺炎	(92)
第四节	急 性 宫 颈 炎	(94)
第五节	急性子宫内膜炎	(97)
第六节	急性盆腔炎及盆腔脓肿	(100)
第四章	女性生殖器官损伤	(105)
第一节	外阴裂伤及血肿	(105)
第二节	处女膜损伤	(107)
第三节	阴 道 损 伤	(107)
第四节	阴 道 异 物	(109)
第五节	阴 道 尿 瘘	(111)
第六节	阴道直肠瘘	(114)
第七节	子宫阴道瘘	(115)
第八节	会 阴 裂 伤	(117)
第五章	产科出血性疾病	(120)
第一节	流 产	(120)
第二节	前 置 胎 盘	(122)
第三节	胎 盘 早 剥	(128)
第四节	产 后 出 血	(133)
第六章	妊娠合并急腹症	(146)
第一节	妊娠合并卵巢肿瘤蒂扭转	(146)
第二节	妊娠合并子宫肌瘤红色变性	(147)
第三节	妊娠合并急性阑尾炎	(151)
第四节	妊娠合并急性胆囊炎	(154)
第五节	妊娠合并急性胰腺炎	(158)
第六节	妊娠合并肠梗阻	(162)
第七节	尿路梗阻和尿路结石	(166)
第七章	妊娠期特有的疾病	(169)

第一节 妊娠期高血压疾病	(169)
第二节 HELLP 综合征	(185)
第三节 妊娠期肝内胆汁淤积症	(189)
第四节 妊娠剧吐	(193)
第八章 妊娠期急性脂肪肝	(197)
第九章 羊水量异常	(204)
第一节 羊水过多	(204)
第二节 羊水过少	(206)
第十章 早 产	(209)
第十一章 胎膜早破	(212)
第十二章 胎儿窘迫	(217)
第十三章 妊娠合并内科疾病	(222)
第一节 心 脏 病	(222)
第二节 急性病毒性肝炎	(234)
第三节 重度及极重度缺铁性贫血	(242)
第四节 妊娠合并特发性血小板减少性紫癜	(245)
第五节 妊娠合并急性肾盂肾炎	(248)
第六节 糖尿病酮症酸中毒	(251)
第七节 甲 状 腺 危 象	(254)
第十四章 妊娠期血栓栓塞性疾病	(257)
第一节 妊娠期深静脉血栓	(258)
第二节 妊娠期肺栓塞	(261)
第十五章 产时并发症	(264)
第一节 急 产	(264)
第二节 滞 产	(265)
第三节 肩 难 产	(267)
第四节 羊 水 栓 塞	(269)
第五节 脐 带 脱 垂	(278)

第六节	子 宫 内 翻	(279)
第七节	子 宫 破 裂	(281)
第十六章	母儿血型不合	(285)
第十七章	产褥期并发症	(291)
第一节	产褥期感染	(291)
第二节	晚期产后出血	(295)
第十八章	人工流产并发症	(301)
第一节	子 宫 穿 孔	(301)
第二节	人工流产综合征	(303)
第三节	流 产 不 全	(304)
第四节	人工流产后宫颈管或宫腔粘连	(305)
第十九章	紧 急 避 孕	(307)
第二十章	卵巢过度刺激综合征	(309)
第二十一章	妇科内镜手术急性并发症	(311)
第一节	腹腔镜手术的并发症及防治	(311)
第二节	宫腔镜手术的并发症及防治	(319)
第二十二章	妇产科急症常用操作及外阴、阴道手术	(324)
第一节	后穹隆穿刺	(324)
第二节	腹 腔 穿 刺	(326)
第三节	诊断性刮宫与分段诊断性刮宫	(328)
第四节	人 工 流 产 术	(329)
第五节	阴 道 镜 检 查	(330)
第六节	宫 腔 镜 检 查	(333)
第七节	腹 腔 镜 检 查	(336)
第八节	处女膜闭锁切开术	(338)
第九节	前庭大腺囊肿(脓肿)造口术	(340)
第十节	外阴血肿手术	(341)

急腹症是急性腹部疾病的简称。妇科急腹症是指以急性腹痛为主要症状的急性妇科疾病。这些急性疾病起病急骤,以腹痛为主要症状,患者痛苦。因此要求医师能迅速作出诊断,立即采取紧急措施,时间就是生命。

妇科急腹症分为异位妊娠、卵巢病变、子宫病变、输卵管病变、处女膜闭锁及阴道横膈或斜隔,以及炎症性疾病。

1. 异位妊娠 异位妊娠是最常见的妇科急腹症。根据着床部位不同,有输卵管妊娠、卵巢妊娠、宫角妊娠、腹腔妊娠等,以输卵管妊娠最为常见。异位妊娠在临床上有两种表现,若为异位妊娠突然破裂,引起腹腔内出血,表现为突发性下腹剧痛或全腹疼痛,还可伴有不同程度的休克、全腹压痛、反跳痛,这就是典型的急腹症型。若为输卵管妊娠流产型或内出血少,缓慢,也可表现为轻度腹痛及不规则阴道流血,所谓稳定型。

2. 卵巢病变 卵巢黄体破裂,卵巢巧克力囊肿破裂,卵巢肿瘤穿破,可因腹腔内出血或囊液刺激腹膜产生疼痛。卵巢囊肿或卵巢肿瘤蒂扭转,由于急性血运障碍,可发生剧烈疼痛。

3. 子宫病变 因子宫病变而发生的急腹症有子宫或子宫浆膜下肌瘤扭转,子宫肌瘤红色变性,非产科因素的子宫破裂,如在诊断操作过程中因医疗器械所致子宫穿孔及各种疾病,如子宫积脓及不明原因引起的自发性子宫破裂。原发性或继发性痛经引起经期下腹痛。

4. 输卵管病变 除输卵管妊娠外,出血性输卵管炎也可产生急性腹痛。

5. 处女膜闭锁及阴道横膈或斜膈 经血不能排出或排出不畅,出现周期性下腹痛。

6. 炎症性疾病 急性盆腔炎,尤其在有盆腔脓肿形成时,大多有高热和下腹剧痛。

本章节主要介绍几种常见的急腹症。

第一节 输卵管妊娠

输卵管妊娠是最常见的异位妊娠,约占 95%,是妇科常见的急腹症。输卵管妊娠的发病部位以壶腹部最多,占 55% ~ 60%,其次为峡部,占 20% ~ 25%,再次为伞部,占 17%,间质部妊娠少见。输卵管妊娠若治疗不及时,可能造成患者大出血,危及生命。

120 病情判断

(一) 临床特点

1. 症状

(1) 停经:除间质部妊娠停经时间较长外,一般停经 6 ~ 8 周,在停经后发生腹痛、阴道出血等症状。但 20% 左右患者主诉并无停经史。对于无停经史的患者,也不能轻易否定异位妊娠的诊断。

(2) 腹痛:为患者就诊时最主要症状。腹痛是由输卵管膨大、破裂及血液刺激腹膜等多种因素引起。破裂时患者突感一侧下腹撕裂样疼痛,常伴恶心呕吐。若血液局限于病变区,表现为下腹局部疼痛;血液积聚在子宫直肠陷凹时,肛门有坠胀感;出血量过多,血液由盆腔流至腹腔,疼痛即由下腹向全腹扩散;血液刺激膈肌时,可引起肩胛放射性疼痛。

(3) 阴道出血:多见于停经后有阴道出血,量少,滴注状,色暗红,持续性或间歇性。胚胎死亡后,常有不规则阴道出血,色深褐,量少,一般不超过月经量,但淋漓不净。偶见大量阴道出血,部分患者可在出血中见有小片膜样物,个别患者可见子宫蜕膜管型。

(4) 晕厥与休克:由于腹腔内急性出血,可引起血容量减少及剧烈腹痛,轻者常有晕厥,重者出现休克,其严重程度与腹腔内出

血速度和出血量成正比,即出血越多越急,症状出现越迅速越严重,但与阴道出血量不成正比。

2. 体征

(1) 一般情况:腹腔内出血较多时,呈急性贫血貌。大量出血时则有面色苍白、四肢湿冷、脉搏快而细弱及血压下降等休克症状。体温一般正常,休克时略低,腹腔内血液吸收时可稍升高,但不超过 38°C 。

(2) 腹部检查:下腹部有明显压痛及反跳痛,尤以患侧为剧,但腹肌紧张较腹膜炎时板状腹为轻,出血较多时叩诊有移动性浊音,历时较长后形成血凝块,下腹可触及软性肿块,反复出血使肿块增大变硬。

(3) 盆腔检查:阴道后穹隆饱满,触痛。宫颈有明显举痛,将宫颈轻轻上抬或向左右摇动时,即可引起剧烈疼痛,子宫稍大而软,内出血多时,子宫有漂浮感。子宫一侧或后方可触及肿块,质似湿面粉团,边界不清楚,触痛明显,间质部妊娠与其他部位输卵管妊娠表现不同,子宫大小与停经月份基本符合,但子宫轮廓不对称,患侧宫角部突出,破裂所致的征象极象妊娠子宫破裂。

输卵管妊娠患者多以停经后腹痛和(或)阴道流血就诊,常表现为停经、腹痛、阴道流血、晕厥与休克、腹部包块、贫血貌等;下腹压痛、反跳痛、移动性浊音阳性、后穹隆触痛、宫颈举痛、盆腔包块为异位妊娠的典型特征。患者就诊时生命征平稳、腹痛不严重,输卵管妊娠多未发生流产或破裂,临床表现不典型,诊断较困难,可通过 B 超、血 $\beta\text{-HCG}$ 等检查辅助诊断。

(二) 急诊检查

1. 血液分析 白细胞计数正常或稍高,伴腹腔内出血时,血红蛋白可下降。动态监测血红蛋白变化有助于病情判断。

2. 出凝血时间 多无异常,如继发弥散性血管内凝血(DIC)时可有凝血功能异常。

3. 阴道后穹隆穿刺 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。穿刺抽出暗红色血液后,将标本放置 10 分钟左右不凝结,说明有血腹症存在。陈旧性异位妊娠时,可抽出小块或不凝固的陈旧血液。阴道后穹隆穿刺未抽出血液不能排除异位妊娠。

4. 腹部 B 超 宫腔内空虚,宫旁见低回声区,其内探及胚芽及原始心血管搏动,可确诊输卵管妊娠。

5. 血 β -HCG 升高,但较宫内妊娠水平低,进行血 β -HCG 定量测定,对保守治疗的选择及疗效评价具有重要意义。

6. 腹部 CT 检查 可以帮助确定病变部位,判断是否有腹腔出血。

120 救治方案

(一) 救治关键

对于已有休克,甚至呼吸、血压消失的危重患者,应立即组织人员抢救,进行心肺复苏,呼吸机辅助呼吸,建立静脉液路,心电监护,在积极抗休克的同时,争分夺秒进行手术,必要时就地手术,尽最大努力抢救患者生命。腹痛加剧、出现内出血征象(血压下降、脉搏加快等休克表现),甚至呼吸衰竭、血压测不出的危重情况;药物治疗禁忌或药物治疗失败者;诊断不明确者立即在抗休克同时手术治疗。

(二) 治疗方案

输卵管妊娠的传统治疗方法是手术切除患侧输卵管,对于腹腔内出血严重伴休克者,积极在抗休克同时手术治疗。近年来随着诊断方法的进展,使异位妊娠得以早期诊断,药物治疗越来越发挥重要的作用;随着手术技术的提高,可以采取保守手术以保留输卵管。异位妊娠的治疗包括期待疗法、药物疗法和手术治疗。

1. 期待疗法 适应证:①血 β -HCG $< 1\ 000\ \text{U/L}$ 且继续下降者;②疼痛轻微者;③无输卵管破裂征象者;④输卵管妊娠包块直径 $< 3\ \text{cm}$ 者;⑤无腹腔内出血者;⑥有随诊条件者。

在期待过程中应密切观察生命征、腹痛变化,注意复查妇科 B

超及血 β -HCG, 监测病情变化。根据病情变化决定是否改行药物治疗或手术治疗。其实在临床实际工作中, 很少采用期待疗法。一般对符合以上条件的早期输卵管妊娠患者, 及时采用药物治疗, 可以起到很好的疗效, 以免待病情发展再采取治疗措施。

2. 药物治疗 包括化学药物治疗和中药治疗。

(1) 化学药物治疗: 常用药物甲氨蝶呤 (MTX), 疗效肯定, 适用于早期输卵管妊娠, 尤其适用于年轻需要保留生育能力的患者。

1) 适应证: ①无药物治疗禁忌证(如肝肾功能损害等); ②血 β -HCG $< 2\,000\text{ U/L}$; ③输卵管妊娠包块直径 $\leq 4\text{ cm}$; ④输卵管妊娠未发生破裂或流产; ⑤无明显腹腔内出血。如 B 超可见明显胎心搏动, 应慎用或不用药物治疗。

2) 治疗方案: ①全身用药: 甲氨蝶呤 (MTX) $0.4\text{ mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$, 肌肉注射, 5 日为一疗程; 或单次给药, 常用剂量 1 mg/kg 或 50 mg/m^2 , 肌肉注射。一般多用单次给药, 方法简单, 需时短, 便于观察; ②局部用药: 可在阴道 B 超引导下将 MTX 直接注射于异位妊娠包块处; 可经腹腔镜穿刺输卵管, 吸出囊液, 注入药物, 或切开输卵管, 吸出胚胎, 注入药物。常用 MTX 剂量为 50 mg 。若用药后 14 日血 β -HCG 下降并连续 3 次阴性, 腹痛缓解或消失者为显效。

3) 注意事项: ①用药前向患者及家属交代病情, 告知药物治疗有失败的可能, 以及有可能发生药物不良反应等, 获得患者及家属知情同意后再用药; ②患者肝肾功能正常; ③治疗第 4 日和第 7 日测血 β -HCG, 如给药后 4~7 日血 β -HCG 下降 $< 15\%$, 则重复用药 1 次。每周重复测血 β -HCG, 直至降至 5 U/L ; ④B 超监测包块变化; ⑤病情无改善, 腹痛加重或出现输卵管破裂征象, 急诊手术。

(2) 中药治疗: 以活血化瘀、消除病症为治疗原则, 主药为丹参、赤芍、桃仁、乳香、没药, 随症加减。应严格掌握指征。

(3) 米非司酮单用或配伍 MTX: 治疗异位妊娠可以取得很好的疗效。

3. 手术治疗 适应证:①有腹腔内出血征象,生命征不稳定者;②药物治疗禁忌或药物治疗失败者;③诊断不明确者。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。近年来,随着手术技能的进展及治疗个体化、人性化意识的提高,保守手术所占比例越来越大,可根据患者病变部位,病变程度,采取相应的术式,保留患者的输卵管。

(1) 保守手术:适用于患者有生育要求,尤其是另一侧输卵管已切除或有明显病变者。近年来,随着异位妊娠早期诊断技术的提高、手术技能的进展及治疗个体化、人性化意识的加强,保守手术所占比例越来越大。可根据患者病变部位及输卵管病变情况,选择相应的术式,保留患者的输卵管。具体术式有:①妊娠物挤出术:适用于输卵管伞部妊娠;②输卵管切开取胚术:适用于输卵管壶腹部妊娠;③输卵管节段切除-断端吻合术:适用于输卵管峡部妊娠。

输卵管行保守手术后,可能发生持续性异位妊娠,原因为滋养细胞未完全清除,继续生长,再次发生出血、腹痛等。一般不需再次手术,给予 MTX 治疗多能治愈。

(2) 根治手术:适用于腹腔出血多,并发休克,且无生育要求的患者。在积极抗休克的同时,迅速打开腹腔,切除患侧输卵管。

(3) 腹腔镜手术:是近年治疗异位妊娠主要方法。对于诊断不明确的患者,既可起到诊断作用,又可同时进行治疗。可在腹腔镜下穿刺输卵管,吸出囊液,注入 MTX;或切开输卵管,吸出胚胎,注入 MTX,或切除患侧输卵管。

如果患者符合以下条件,可在术中进行自体血回输:①妊娠小于 12 周;②胎膜未破;③出血时间小于 24 小时,血液未受污染,镜下红细胞破坏率小于 30%。每回输 100 ml 血液加 3.8% 枸橼酸钠 10 ml 抗凝,自体输血是抢救急性异位妊娠的有效措施之一,尤其在缺乏血源的情况下更为重要。

第二节 卵巢妊娠

卵巢妊娠是指受精卵在卵巢内着床和发育,极为少见。主要症状与输卵管妊娠极为相似,为停经、腹痛及阴道流血。常常容易误诊为输卵管妊娠、卵巢囊肿、黄体破裂、急性阑尾炎等而贻误治疗,术中经仔细探查方能明确诊断。有时单凭术中探查而被误诊为卵巢黄体破裂。诊断标准如下。

1. 双侧输卵管必须完整。
2. 囊胚必须位于卵巢组织内。
3. 卵巢与囊胚必须以卵巢固有韧带与子宫相连。
4. 囊胚壁上有卵巢组织。

120 病情判断

(一) 临床特点

1. 症状 腹痛是卵巢妊娠最主要的症状。腹痛性质可为剧痛,撕裂样痛,隐痛或伴肛门坠痛,常突然发作。部分患者可出现闭经及闭经后阴道不规则流血。因卵巢妊娠破裂时间早,故部分患者闭经史不明显,又因卵巢妊娠破裂后内出血在短时间内增加,还未出现阴道不规则流血就因腹痛甚至晕厥就诊,并行手术治疗,故临床上阴道不规则流血发生率较低。

2. 体征 盆腔包块行妇科检查时在一侧附件区常可清楚扪及如卵巢形状,边界清楚的包块。盆腔检查可在子宫一侧明确触到不规则压痛包块,根据受精卵种植的部位将卵巢妊娠分为两种。

3. 分类

(1) 原发性卵巢妊娠:原发性卵巢妊娠指孕卵在卵巢内发育、卵巢组织完全包裹胚胎。

(2) 继发性卵巢妊娠:继发性卵巢妊娠孕卵发育于卵巢表面或接近卵巢,孕卵的囊壁一部分为卵巢组织。

(二) 急诊检查

1. B型超声 B超显像可探测有无宫内妊娠,附件有无包块,

陷凹有无过多液性暗区。卵巢妊娠未破裂时可见妊娠一侧卵巢增大,内见一小光环,彩色血流明显,周围输卵管未见肿块。若卵巢妊娠破裂后则与输卵管妊娠破裂形成的包块难以鉴别。

2. 血 HCG 同本章第一节输卵管妊娠。

3. 阴道后穹隆穿刺 同本章第一节输卵管妊娠。

120 救治方案

(一) 救治关键

对于已有休克,甚至呼吸、血压消失的危重患者,应立即组织人员抢救,进行心肺复苏,呼吸机辅助呼吸,建立静脉液路,心电监护,在积极抗休克的同时,争分夺秒进行手术,必要时就地手术,尽最大努力抢救患者生命。确诊异位妊娠立即在抗休克同时开腹探查手术。

(二) 治疗方案

1. 治疗原则 ①保留卵巢;②手术的同时查找导致卵巢妊娠的原因一并去除,防止再次异位妊娠。

2. 卵巢妊娠治疗方法 应以手术为主。多采用附件切除术,近年来主张行卵巢楔形切除术,尤其对于对侧附件切除者,以保存患侧卵巢的功能。手术应根据病灶范围做卵巢部分切除或患侧附件切除。

(1) 卵巢开窗缝合术:通过电子腹腔镜手术,切开卵巢妊娠部位,去除胚胎,然后缝合。对孕囊破裂内失血多或休克者,尽量要通过血液回收机,回输自体血液。

(2) 部分卵巢楔形切除术:卵巢破口很小,卵巢破裂小于 $1/3$,对侧附件已切除尚需生育,可沿卵巢纵轴方向做2个弧形切口,切线在妊娠囊底部卵巢组织中相遇,楔形切除卵巢,可吸收线间断或连续缝合切口。

(3) 患侧附件切除术:卵巢破口很大,卵巢破裂大于 $1/3$,对侧附件正常,可行患侧附件切除术。

第三节 宫角妊娠

孕卵在子宫腔角部,临近输卵管开口处发育,胚胎组织在宫腔内,称为宫角妊娠。极为少见,宫角妊娠有别于其他的异位妊娠,在宫角处的妊娠囊随妊娠进展,可向宫角侧发展,向宫腔侧的妊娠囊会逐渐移向宫腔,但胎盘仍附着于宫角。由于宫角妊娠在解剖上的特殊性,妊娠结局可以多样:怀孕至足月,可发生宫内流产,也可发生宫角破裂。早孕时如发生流产,常有大出血,宫角部血运丰富,但宫角子宫壁发育不良,很薄,不能承受胎儿生长发育,常于妊娠中期时发生残角自然破裂,引起严重内出血,症状与输卵管间质部妊娠相似。由于宫角处内膜和肌层较薄,早期滋养层发育不良,可发生早期流产、胚胎停育,部分出现胎盘植入、产后胎盘滞留。胎盘往往植入达子宫浆肌层,如妊娠达足月可随时发生子宫破裂或产后胎盘不易剥离。分娩期亦可出现宫缩,但因不能经阴道分娩,引起大出血,危及产妇生命。

120 病情判断

(一) 临床特点

1. 症状及体征 下腹痛及少量阴道出血史,妇科检查在子宫一侧角部有软包块,囊性,有压痛,此处明显突起,但与子宫紧密相连不能分开,B超检查胚胎子宫腔内。早孕行人工流产术时,有时仅吸出蜕膜,而无绒毛组织,或术后突然腹痛,面色苍白,有休克或内出血征象。在孕中期或者晚期,常诉子宫的一侧腹痛、内出血、休克,显示子宫破裂体征,胎心听不见,此乃胎盘穿破子宫浆膜层导致子宫破裂内出血所致。产后胎盘不剥离伴出血,行人工剥离时感胎盘附着位置很高,且偏向子宫侧角部,用力剥离时发生剧烈腹痛及大出血。

2. Jansen 等提出的诊断标准

- (1) 腹痛伴有子宫不对称性增大,继以流产或阴道分娩。
- (2) 直视下发现子宫角一侧扩大,伴有圆韧带外侧移位。