



妇科主治医师考试:《答疑周刊》2019 年第 10 期

问题索引:

一、【问题】输卵管妊娠的临床表现有哪些。

二、【问题】如何诊断输卵管妊娠。

具体解答:

一、【问题】输卵管妊娠的临床表现有哪些。

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和时间长短等有关。在输卵管妊娠早期,若尚未发生流产或破裂,常无特殊的临床表现,其过程与早孕或先兆流产相似。

1. 症状 典型症状为停经后腹痛与阴道流血。

(1) 停经:多有 6~8 周停经史,但输卵管间质部妊娠停经时间较长。还有 20%~30% 患者无停经史,把异位妊娠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,占 95%。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:占 60%~80%。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。阴道流血时伴有蜕膜管型或蜕膜碎片排出,是子宫蜕膜剥离所致。阴道流血常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(如子宫、输卵管、卵巢、肠管或大网膜等)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: 当腹腔出血不多时, 血压可代偿性轻度升高; 当腹腔出血较多时, 可出现面色苍白、脉搏快而细弱、心率增快和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°C 。

(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。

二、【问题】如何诊断输卵管妊娠。

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。必要时可采用下列检查方法协助诊断。

1. hCG 测定 尿或血 hCG 测定对早期诊断异位妊娠至关重要。异位妊娠时, 患者体内 hCG 水平较宫内妊娠低。连续测定血 hCG, 若倍增时间大于 7 日, 异位妊娠可能性极大; 倍增时间小于 1.4 日, 异位妊娠可能性极小。

2. 孕酮测定 血清孕酮的测定对判断正常妊娠胚胎的发育情况有帮助。输卵管妊娠时, 血清孕酮水平偏低, 多数在 $10\sim 25\text{ng/ml}$ 之间。如果血清孕酮值 $> 25\text{ng/ml}$, 异位妊娠几率小于 1.5%; 如果其值 $< 5\text{ng/ml}$, 应考虑宫内妊娠流产或异位妊娠。

3. B 型超声诊断 B 型超声检查对异位妊娠诊断必不可少, 还有助于明确异位妊娠部位和大小。阴道超声检查较腹部超声检查准确性高。异位妊娠的声像特点: 宫腔内未探及妊娠囊, 若宫旁探及异常低回声区, 且见胚芽及原始心管搏动, 可

确诊异位妊娠;若宫旁探及混合回声区,子宫直肠窝有游离暗区,虽未见胚芽及胎心搏动,也应高度怀疑异位妊娠。由于子宫内有时可见到假妊娠囊(蜕膜管型与血液形成),应注意鉴别,以免误诊为宫内妊娠。

将血 hCG 测定与超声检查相配合,对异位妊娠的诊断帮助很大。当血 hCG > 2000IU/L、阴道超声未见宫内妊娠囊时,异位妊娠诊断基本成立。

4. 腹腔镜检查 腹腔镜检查是异位妊娠诊断的金标准,而且可以在确诊的同时行镜下手术治疗。但约有 3%~4% 的患者因妊娠囊过小而被漏诊,也可能因输卵管扩张和颜色改变而误诊为异位妊娠,应予注意。

5. 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。当无内出血、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,因此阴道后穹隆穿刺阴性不能排除输卵管妊娠。

6. 诊断性刮宫 很少应用,适用于不能存活宫内妊娠的鉴别诊断和超声检查不能确定妊娠部位者。将宫腔排出物或刮出物做病理检查,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。

妇科主治医师考试:《答疑周刊》2019 年第 10 期(word 版下载)

〔医学教育网版权所有,转载务必注明出处,违者将追究法律责任〕