

浅析异位妊娠的常见临床表现及治疗方法

王 爽

盘州市大山镇卫生院 贵州盘州 553507

【摘要】受精卵在子宫体以外着床称为异位妊娠，习称宫外孕，而输卵管妊娠占总数的 95% 左右，其典型症状为停经、腹痛及阴道流血，严重者常因内出血、失血性休克等急诊入院治疗。是最常见的妇科急腹症之一，其发病率呈上升趋势，一般典型的异位妊娠临床表现比较容易诊断，但对症状、体征不明显的异位妊娠则常被误诊误治。易与妇科、外科、内科急腹症相混淆。随着人们生活方式及对健康的重视，异位妊娠的发生率及早发现率越来越高，有报道发生率达 1%。诊断及时、处理正确可以减轻患者的痛苦，减少误诊的发生。

【关键词】异位妊娠；临床表现；鉴别诊断；治疗

【中图分类号】R714.22

【文献标识码】A

【文章编号】2095-9753 (2018) 12-028-02

1 异位妊娠的临床特征及其病因

异位妊娠是妇科常见的急腹症之一，其临床表现为：停经、恶心、呕吐、晕厥、下腹部剧痛、里急后重感、阴道不规则出血及休克等。其发病原因尚未明确，根据病史，其发病可能以下因素有关。①人工流产：人流可引起盆腔感染、子宫内膜损伤、子宫内膜异位症等，是发生异位妊娠的主要危险因素之一。②剖宫产史：剖宫产是异位妊娠发生的危险因素之一。其它盆腔手术操作也可能直接或间接损伤或影响输卵管的功能，而影响孕卵的移行而增加异位妊娠的危险性。③宫内节育器：是否引起异位妊娠历来有争议。

2 诊断要点

2.1 准确的病史及其临床表现、化验、超声、后穹窿穿刺等综合判断

即：①育龄妇女，多有停经史，但约有 20%~30% 患者无明显停经史；②可伴有恶心呕吐，下腹一侧隐痛或坠胀感，剧痛后可致肩部疼痛、肛门坠胀及便意感，甚至出现晕厥与休克，其程度与阴道流血量不成比例，可有少量、不规则阴道流血，一般不超过月经量，可有蜕膜管型或蜕膜碎片排出；③明显下腹压痛及反跳痛，内出血多时可有移动性浊音，妇查阴道后穹窿饱满、宫颈举痛、子宫软稍大、可有漂浮感、一侧附件压痛明显、可扪及边缘不清而质软的包块，后穹窿或腹腔穿刺抽出不凝血液；④尿妊娠实验一般为阳性，血 hCG 高于正常；⑤B 超显示子宫偏大而无宫内妊娠征象，子宫一侧可见境界不清的囊性或实性包块，有时可在包块内见胚囊或胎芽甚至胎心。

2.2 鉴别诊断

①黄体破裂：同样具有内出血症状及体征，但多发生在月经中期，且往往发生在性交之后而无闭经及早孕反应，亦无阴道流血。②急性输卵管炎：有急性腹痛，体温升高，但一般无闭经及早孕反应，后穹窿穿刺能抽出脓液。③卵巢囊肿蒂扭转：常有腹痛发作或腹部包块史，无闭经或早孕反应。④急性阑尾炎：腹痛多由全腹或脐周围开始，然后局限于右下腹，常伴有恶心、呕吐，无内出血表现。阑尾区有压痛及反跳痛。无月经改变，双合诊时宫颈无举痛。右侧压痛部位较高，如已形成脓肿，肿块部位较一般附件包块为高。

3 异位妊娠的治疗手段

治疗异位妊娠的治疗原则以手术为主，术式有输卵管切除术和保守性手术两种，均可选择腹腔镜或开腹手术。近年来，腹腔镜手术以其手术效果好，病人痛苦少，术后恢复快，

已成为异位妊娠首选的手术方式。也可根据患者年龄、生育与否及自身意愿采取不同疗法。①期待疗法：患者无明显临床症状，经阴道彩超显示附件包块较小 < 3cm，进行期待疗法，即通过输卵管妊娠流产或溶解吸引自然消退。②药物治疗：患者处于异位妊娠早期，年龄小，要求保留生育能力且不愿接受手术治疗。出血量较少，可以进行药物治疗，采用甲氨蝶呤抑制细胞增生，破坏绒毛，杀灭胚胎，使其脱落、吸收，以达到不手术治疗的目的。③手术治疗：患者行腹腔镜手术，根据患者意愿选择，不要求保留生育能力，行输卵管切除术；要求保留生育能力，且妊娠部位在输卵管壶腹部，行妊娠输卵管切开术；要求保留生育能力，且妊娠部位在输卵管伞端，行输卵管妊娠囊挤出术；卵巢妊娠者，行卵巢部分切除术。另外根据情况采取开腹手术治疗，其中对于输卵管损坏严重、无生育要求，行输卵管部分切除术；如输卵管损坏较轻、较年轻、有生育要求，行输卵管切开术。

4 结论

人工或药物流产是发生异位妊娠的最常见因素，人工或药物流产次数越多，发生异位妊娠的可能性越大。器械消毒不严格、吸宫不全、流产后宫内仍有残余残留物和术前患者存在潜在感染，手术后均可引起引起盆腔炎症，造成输卵管内膜黏连，部分管腔狭窄，精子虽可以通过狭窄的管腔，而受精卵却不能通过输卵管的狭窄部位而直接着床于输卵管部位，致使输卵管妊娠的发生。异位妊娠的准确诊断是临床最为关键的问题，在临床上异位妊娠有两种表现，一种是急症型：它主要是突发下腹剧痛或全腹的剧痛，患者可伴有不同程度的休克、全腹压痛、反跳痛和移动性浊音，此症状多因为某部位突然破裂而引起腹腔内的出血所致，在询问患者的病史中，对异位妊娠要保持高度的警惕，尤其对未婚或闭经史的患者，更要给与足够的重视。另一种是稳定性：主要表现多样化，有的患者无停经史，也没有阴道流血，甚至阴道无排出烂肉史。为此，对不典型的患者，尽量不要出现误诊等现象。据文献报道，B 超对异位妊娠的诊断有重要意义，其准确率达 70% 以上。在 B 超诊断异位妊娠时，首先要排除宫内妊娠，最低限度要见到宫腔外妊娠囊，特别是圆形光环的显影，少数病例可见囊内胚芽及原始血管搏动，这是诊断异位妊娠的主要依据。无论超声检查是否有或无附件包块，都不能作为宫外孕诊断的依据，如果在子宫直肠凹陷内，出现有过多的液体，就能大大提高后穹窿穿刺的阳性率，所以，B 超对早

(下转第 31 页)

表 3: 两组失血量、切口美容指数、住院时间、淋巴结清扫数相比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	切口美容指数	淋巴结清扫数 (枚)	失血量 (ml)	住院时间 (d)
观察组	39	21.39 $\pm$ 2.77	16.13 $\pm$ 0.53	104.13 $\pm$ 7.92	11.02 $\pm$ 1.12
对照组	39	16.51 $\pm$ 1.41	16.24 $\pm$ 0.72	182.02 $\pm$ 9.57	15.71 $\pm$ 2.15
t		8.214	0.761	9.862	8.323
P		0.000	0.343	0.000	0.000

睐,且美容指数高,术后收缩时间短,但手术时间长于常规切口腹腔镜结肠切除术,这可能和单切口腹腔镜结肠切除术需更为精确的操作以及切口数量少相关。另外,单切口腹腔镜结肠切除术可减轻术后疼痛,缩短住院时间,减少伤口感染等并发症。但需要注意的是,单切口腹腔镜结肠切除术对全系膜切除技术要求更高,需具备精确操作技术,以免损伤肠系膜。

本研究中结果显示,观察组结肠癌治疗效果高于对照组, $P < 0.05$; 观察组失血量、切口美容指数、住院时间低于对照组, $P < 0.05$; 两组淋巴结清扫数相似, $P > 0.05$; 干预前两组生活质量相近, $P > 0.05$; 干预后观察组生活质量优于对照组, $P < 0.05$ 。观察组吻合口出血、乳糜漏等并发症发生率低于对照组, $P < 0.05$ 。

综上所述,单切口腹腔镜结肠切除术治疗结肠癌的效果优于与常规腹腔镜结肠切除术,可减少创伤减少出血,缩短住院时间,减少并发症,提高切口美观度,更好改善患者生活质量,值得推广。

参考文献:

[1] 吴硕东, 韩金岩. 单切口腹腔镜结直肠手术的初步经验 [J]. 中华外科杂志, 2016, 54(6):429-433.

[2] 闫峰, 白利平, 王振发等. 腹腔镜辅助经自然腔道取出标本的结肠次全切除术治疗结肠冗长症 [J]. 中华胃肠外科杂志, 2016, 19(8):952-955.

[3] 李世拥, 陈纲, 杜峻峰等. 腹部无单切口腹腔镜直肠癌经肛门切除吻合术 [J]. 中华普外科手术学杂志 (电子版), 2016, 10(2):107-107.

[4] 黄勇波, 张成雷, 洪新凯等. 无腹部辅助单切口腹腔镜改良经肛门结肠肛管吻合术治疗超低位直肠癌的临床疗效 [J]. 中华胃肠外科杂志, 2017, 20(1):105-106.

[5] 刘若妍, 王亚楠, 熊文俊等. 经耻骨联合上单孔腹腔镜手术治疗乙状结肠及上段直肠癌的疗效分析 [J]. 中华胃肠外科杂志, 2016, 19(6):647-653.

[6] 何耀彬, 赵小青, 张北平等. 结肠内支架联合腹腔镜结肠癌根治术在结肠癌合并急性梗阻中的短期及中期疗效分析 [J]. 腹腔镜外科杂志, 2016, 21(10):737-741.

[7] 桑文敬, 赵希忠, 任叔阳等. 经脐单孔 SILS-Port 腹腔镜结肠次全切除术治疗慢传输型便秘 10 例报告 [J]. 中国微创外科杂志, 2017, 17(1):72-75, 88.

[8] 王自强. 腹腔镜下往复式右半结肠 D3 / CME 根治术 [J]. 中华普外科手术学杂志 (电子版), 2016, 10(4):289-289.

(上接第 28 页)

期诊断妊娠、宫颈、残角子宫以及腹腔妊娠有很大的价值。

综上所述,对异位妊娠患者给予早期诊断与相应的治疗,能够有效降低死亡率,提升患者的生命质量,值得参考借鉴。

参考文献:

[1] 乐杰. 妇产科学. 第 6 版 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 110-200.

[2] 吴银雪. 异位妊娠的保守治疗 [J]. 实用妇产科杂志, 2006, 12 (4): 188.

[3] 丁俊青. 腹腔镜诊治异位妊娠 106 例分析 [J]. 医药论坛杂志, 2010, 31 (11): 82-83.

[4] 陈淑琴, 姚书忠, 张成美. 两点注射垂体后叶素在腹腔镜下输卵管切开术中的临床价值 [J]. 中国内镜杂志, 2008, 14 (7): 777-780.

(上接第 29 页)

3 讨论

盆底尿道括约肌是在脑脊髓系统分出的神经控制下工作的,脊柱为神经自颅腔出脊髓腔提供通道,任何一个椎体的偏位、骶骨、骨盆的偏位以及脊柱形态的异常都会阻碍神经传导,导致神经支配功能失常。脊椎骨盆矫正是为解除这一阻碍,恢复神经调节的平衡而实施治疗的。脊椎矫正将偏位的椎体、骨盆纠正,就是在神经通路上去除障碍物,临床应用脊椎矫正的方法来治疗产后脊源性漏尿取得了较好的疗效。

产后脊椎矫正研究创始人王勇、陈伟清、整脊界王刚根据本大量临床实践研究证明,采用脊椎矫正治疗产后脊源性漏尿,将产后脊椎矫正治疗漏尿疗效、疗程进行对比,最终的有效率达到 94.0%, $P < 0.05$, 有显著差异,减轻了患者的痛苦并为了提高患者的生活质量,降低产后疾病发病率,改善

患者的家庭和谐关系有良好的促进作用,受到了广大患者的欢迎,可以广泛应用在临床治疗中。陈伟清从事脊椎形体矫正抗衰事业,创建和传承形体抗衰文化,在形体抗衰方面有丰富的经验,提倡全人类拥有好体态、减少病痛。

参考文献:

[1] Quiboeuf E, Saurel-Cubizolles M J, Fritel X. Trends in urinary incontinence in women between 4 and 24 months postpartum in the EDEN cohort.[J]. Bjog An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 2015, 123(7):1222-1228.

[2] 安妮·迪安. 怀孕圣经 [M]. 山东科学技术出版社, 2012, 3:348-351.

[3] 肯尼思·F. 基普尔. 剑桥世界人类疾病史 [M]. 上海科技教育出版社, 2007.12:145-150.