

教案首页

授课名称:	妇产科学	年级	麻醉学专升本	授课时间	2015-10-9	学时	3
授课教师:	张虎	专业技 术职务	医师	授课方式	小班成教	授 课 人数	30
授课题目	第六章 异常妊娠						

一、教学目的及要求:

- 1、了解异常妊娠的定义(Definition)和分类(Classification)。
- 2、掌握异常妊娠的临床表现(Clinical Manifestation)、诊断(Diagnosis)、鉴别诊断(Differential Diagnosis)及处理原则(Treatment)。
- 3、教学重点:临床表现和诊断
- 4、教学难点:诊断(主要是各种辅助检查的临床意义的讲解)。
- 5、教具:多媒体教学

二、教学方法:

启发式、结合具体病例、实图、现场录像等讲授;既重视理论知识的传授,又兼顾学生感兴趣的临床实践的讲解,力图达到引人入胜的效果。

三、授课具体内容、步骤及时间分配:

第一节 自然流产

1. 定义及病因 2 分钟
2. 病理变化和临床表现 5 分钟
3. 临床类型 3 分钟
4. 诊断与鉴别 9 分钟
5. 几种特殊类型流产的临床表现、诊断 5 分钟
6. 各型流产的治疗 11 分钟
7. 病例分析、小结 分钟 10 分钟

第三节. 异位妊娠

- 1、定义及病因 4 分钟
- 2、病理 3 分钟
- 3、临床表现、诊断、鉴别诊断及处理原则 4 分钟
 - 1) 临床表现: 8 分钟
 - 2) 诊断: 10 分钟
 - 3) 鉴别诊断: 6 分钟
 - 4) 治疗: 3 分钟
- 4、病案分析、小结 7 分钟

<p>四、参考文献：</p> <p>主要：妇产科学 第 8 版 谢幸等 主编；威廉姆斯产科学（24 版）；Berek & Novak's 妇科学（14 版）；15 年中华妇产科指南</p>	<p>第二节 过期妊娠及早产</p> <p>过期妊娠</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 概述 2 分钟 2. 病因、病理 3 分钟 3. 对母儿影响 5 分钟 4. 诊断 5 分钟 5. 处理：产前、产时处理 5 分钟 <p>小 结： 过期妊娠的定义、诊断与处理 5 分钟</p> <p>思 考 题： 过期妊娠应如何处理？</p> <p>早产</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 概述 2 分钟 2. 定义及分类 5 分钟 3. 预测方法 3 分钟 4. 临床表现及诊断 4 分钟 5. 治疗：3 分钟 <p>小 结： 早产的定义、诊断与处理 3 分钟</p> <p>思 考 题： 先兆早产应如何处理？</p>
---	---

<p>第一节 自然流产</p> <p>基本内容</p>	
<p>目的要求： 自然流产的诊断及特殊检查</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 了解自然流产的诊断及分类； 2. 熟悉流产的特殊表现及处理方法 <p>本章的重点：流产的分类及处理方法</p> <p>本章的难点：流产治疗方案的选择</p> <p>教 具：多媒体（幻灯片）</p> <p>方 法： 启发式、提问式 （紧密结合临床）</p> <p>内容与时间分配：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 定义及病因 2 分钟 2. 病理变化和临床表现 5 分钟 3. 临床类型 3 分钟 4. 诊断与鉴别 9 分钟 5. 几种特殊类型流产的临床表现、诊断 5 分钟 6. 各型流产的治疗 11 分钟 7. 病例分析、小结 分钟 10 分钟 <p>1、定义（Definition）</p> <p>妊娠不足 28 周，（or）胎儿体重不足 1000 克而终止者</p> <p>（Abortion is termination of pregnancy before 28 gestational weeks or when fetal weight is less than 1000g.）</p>	

1. Early abortion: occurs before 12th week.
 2. Late abortion occurs in the interval between 12th and 28 th week.
- 自然流产的发生率约为 15%，多为早期流产。

二、病因(Etiology)

- 1、 Genetic and genic defects : 占早期流产的 50~60%，多数为染色体数目异常。
- 2、 Environmental factors: 化学物质: 砷、铅、苯、甲醛等
物理因素: 放射线、噪音、高温等
- 3、 maternal factors:
 - (1) 全身性疾病:
 - 高热→子宫收缩→流产
 - 细菌、病毒→胎死→流产
 - 贫血→胎儿缺氧→流产
 - 高血压、肾炎→胎盘梗死→流产
 - (2) genetic disease: 子宫畸形、盆腔肿瘤→影响胎儿发育→流产
 - 宫颈内口松弛、重度宫颈裂伤→胎膜早破→流产
 - (3) endocrine dysfunction: 黄体功能↓, 甲低
 - (4) trauma→刺激子宫收缩→流产
- 4、 Abnormal formation of the placenta:

孕 8 周后胎盘逐渐成为产生孕激素的主要场所, 另外尚产生 β -HCG、E、HPL 等。(早孕时 β -HCG、P 下降预后不良。)
- 5、 immunologic factors: 妊娠犹如同种异体移植。

三、临床表现及病理 (Clinical Findings and Pathology)

The patient has a history of amenorrhea. The important symptoms and signs are vaginal bleeding an abdominal pain

分类	病理	临床表现
早期流产 (<12 周) 胚胎多已死亡	<8w 绒毛发育不成熟, 易完全从宫壁多完全剥离, 出血不多, 绒毛与蜕膜剥离, 底蜕膜出血, 出血不多 8—12w 绒毛发育繁盛, 不易完整剥离, 出血较多;	阴道流血 (先) 子宫收缩, 排出胚胎腹痛 (后)
晚期流产 (12-28 周) 多为生机	胎盘已完全形成, 胎盘逐渐剥离	阵发性子宫收缩-腹痛 (先) 胎儿娩出-胎盘剥离- 阴道流血 (后)

四、临床分型、诊断及治疗

(Clinical Course/Clinical Classification, Diagnosis and Treatment)

1、临床分型

- A、Threaten abortion 先兆流产 B、inevitable abortion 难免流产
C、complete abortion 完全流产 D、incomplete abortion 不全流产

2、各型流产的鉴别诊断

病 史		妇 科 检 查			
类 型	出血量	下腹痛	组织排出	宫颈口	子宫大小
先兆流产	少	无或轻	无	闭	=孕周
难免流产	中→多	加剧	无	扩张	≤孕周
不全流产	少→多	减轻	部分排出	扩张或闭	<孕周
完全流产	少→无	无	完全排出	闭	正常或稍大

早期流产应与异位妊娠、葡萄胎、功血、子宫肌瘤鉴别诊断。

3、特殊情况的流产 (Several Special Types of Abortion)

A)、稽留流产 (missed abortion): When the fetus dies and is retained in uterus.

子宫不再增大, 反而缩小, 早孕反应消失, 若已至中期妊娠, 孕妇不感腹部增大, 胎动消失。

妇查: 宫口未开, 子宫<停经月份, 质地不软。未闻及胎心。

尿妊娠试验: ±或—

B超: 胚胎死亡征象。

强调这种病人术中易出血, 对策:

处理较困难:

1) 胎盘组织机化, 与宫壁粘连, 一→刮宫困难

2) 坏死组织产生因子III→消耗纤维蛋白原→凝血障碍→DIC→出血不止

处理: 查凝血功能→异常者纠正, 正常者先于雌激素 5 天后, >12W, 用 oxytocin、米索、利凡诺引产。<12W, 刮宫, (一次未净, 5—7 天后再刮)

B)、复发性流产 (habitual abortion/recurrent abortion): 3 or more consecutive abortion, 多发生于同一妊娠月份。

处理: 1) 未孕时找原因。

2) 已孕: 针对病因, 不明者黄体酮 HCG 等保胎。

C)、流产感染 (septic abortion): 流产过程中伴有宫内感染, 多见于不全流产。

处理: 积极抗感染, 流血少→2—3 天后清宫; 流血多→当时只夹, 不清。

宫腔镜在人流中的应用, 并配图和录像说明, 作为新进展的知识。

五、 病例分析及小结

介绍一位在门诊就诊的先兆流产的患者的主诉和症状, 引导学生复习其体征、辅助 检查和诊断、鉴别诊断和处理原则。

六、教学后记

学生反馈及课堂反应不足之处:

其他教授评改：

整改方法：

个人心得：

第二节 过期妊娠及早产

基本内容

第一部分、过期妊娠 (postterm pregnancy)

目的要求： 过期妊娠的诊断及特殊检查

1. 了解过期妊娠的处理
2. 熟悉过期妊娠时对胎盘功能及胎儿的各种监护
3. 掌握过期妊娠对胎儿影响

本章的重点：过期妊娠对胎儿的影响及处理

本章的难点：过期妊娠的各期处理

教 具：多媒体（幻灯片）

方 法： 启发式、提问式 （紧密结合临床）

内容与时间分配：

1. 概述 2 分钟
2. 病因、病理 3 分钟
3. 对母儿影响 5 分钟
4. 诊断 5 分钟
5. 处理：产前、产时处理 5 分钟

小 结： 过期妊娠的定义、诊断与处理 5 分钟

思 考 题： 过期妊娠应如何处理？

一、 概述

1. 定义：月经规则，妊娠达到或超过 42 周（ ≥ 294 日） 尚未分娩孕妇，称为过期妊娠 (postterm pregnancy) 发生率：约占妊娠总数的 5-12%。
2. 危害性：过期妊娠的胎儿围产病率和死亡率增高，并随妊娠延长而加剧，妊娠 43 周时围产儿死亡率为正常 3 倍

二、 病因：

1. 雌、孕激素比例失调， 如果雌激素水平不能明显升高，而孕激素占优势，抑制前列腺素和缩宫素的作用，可能引起过期妊娠。
2. 胎儿畸形 无脑儿或重度肾上腺发育不全的胎儿过期妊娠的发生率增高。
3. 头盆不称或胎位异常 胎儿先露部不能紧贴子宫下段及宫颈，反射性子宫收缩少，导致过期妊娠
4. 遗传因素 某家族、某个体反复发生过期妊娠，提示过期妊娠可能与遗传因素有

三、病理：

1. 胎盘：有两种：一种是胎盘正常指胎盘的外观和病理检查与足月相似。另一种是胎盘功能减退，有的绒毛间血栓、胎盘梗死绒毛周围纤维素等胎盘老化现象。
2. 羊水：妊娠 3 8 周后，羊水量逐渐减少，过期妊娠时羊水量明显减少，可减少至 300ml 以下。
3. 胎儿：
 - (1) 正常生长：胎盘功能正常，胎儿继续生长，体重继续增加成为巨大儿，颅骨钙化明显，分娩时不易变形，阴道分娩发生困难，新生儿病率增加。
 - (2) 成熟障碍：

- 6
- 1) 第 1 期出现过度成熟儿的表现，胎脂消失、皮下脂肪减少，皮肤干燥松弛 多皱、头发浓密，指（趾）甲长，容貌似“小老人”。
 - 2) 第 II 期为胎儿缺氧，肛门括约肌松弛，有胎粪排出，羊水及胎儿皮肤粪染，羊膜和脐带染绿，此时期的围生儿病率及死亡率最高。

第一部分、过期妊娠（postterm pregnancy）

目的要求： 过期妊娠的诊断及特殊检查

1. 了解过期妊娠的处理
2. 熟悉过期妊娠时对胎盘功能及胎儿的各种监护
3. 掌握过期妊娠对胎儿影响

本章的重点：过期妊娠对胎儿的影响及处理

本章的难点：过期妊娠的各期处理

教 具：多媒体（幻灯片）

方 法： 启发式、提问式 （紧密结合临床）

内容与时间分配：

1. 概述 2 分钟
 2. 病因、病理 3 分钟
 3. 对母儿影响 5 分钟
 4. 诊断 5 分钟
 5. 处理：产前、产时处理 5 分钟
- 小 结： 过期妊娠的定义、诊断与处理 5 分钟
- 思 考 题： 过期妊娠应如何处理？

一、 概述

1. 定义：月经规则，妊娠达到或超过 42 周（ ≥ 294 日） 尚未分娩孕妇，称为过期妊娠（postterm pregnancy）发生率：约占妊娠总数的 5-12%。
2. 危害性：过期妊娠的胎儿围产病率和死亡率增高，并随妊娠延长而加剧，妊娠 43 周时围产儿死亡率为正常 3 倍

二、 病因：

1. 雌、孕激素比例失调， 如果雌激素水平不能明显升高，而孕激素占优势，抑制前列腺素和缩宫素的作用，可能引起过期妊娠。
2. 胎儿畸形 无脑儿或重度肾上腺发育不全的胎儿过期妊娠的发生率增高。
3. 头盆不称或胎位异常 胎儿先露部不能紧贴子宫下段及宫颈，反射性子宫收缩少，导致过期妊娠
4. 遗传因素 某家族、某个体反复发生过期妊娠，提示过期妊娠可能与遗传因素有

三、病理：

1. 胎盘：有两种：一种是胎盘正常指胎盘的外观和病理检查与足月相似。
另一种是胎盘功能减退，有的绒毛间血栓、胎盘梗死绒毛周围纤维素等胎盘老化现象。
2. 羊水：妊娠 3 8 周后，羊水量逐渐减少，过期妊娠时羊水量明显减少，可减少至 300ml 以下。
3. 胎儿：
 - （1）正常生长：胎盘功能正常，胎儿继续生长，体重继续增加成为巨大儿，颅骨钙化明显，分娩时不易变形，阴道分娩发生困难，新生儿病率增加。
 - （2）成熟障碍：
 - 1) 第 1 期出现过度成熟儿的表现，胎脂消失、皮下脂肪减少，皮肤干燥松弛 多皱、头发浓密，指（趾）甲长，容貌似“小老人”。
 - 2) 第 II 期为胎儿缺氧，肛门括约肌松弛，有胎粪排出，羊水及胎儿皮肤粪染，羊膜和脐带

染绿，此时期的围生儿病率及死亡率最高。

3) 第III期为胎儿全身因粪染时间长而着色，指（趾）甲和皮肤呈黄色，脐带和胎膜呈黄绿色。经过第II 阶段危险，往往预后较第II 期好

(3) 胎儿生长受限：小样儿可与过期妊娠并存，后者更增加胎儿危险性。

五、对胎儿和母亲的危害

1. 对围产儿影响：羊水量少、胎儿窘迫、胎粪吸入综合征、新生儿窒息及巨大儿等围产儿发病率及死亡率明显增高。由于胎盘逐渐退化，绒毛间腔变窄，绒毛的合体细胞层下，出现广泛纤维蛋白沉积而发生梗塞和钙化现象，即所谓“胎盘老化”分娩时因胎儿巨大或因颅骨坚硬，宫门与产缝缺乏伸缩性，不利于胎头变形，故可能发生分娩困难。

2. 对母体影响：产程延长和难产率增高，使手术产率及母体产伤明显增加。

六、诊断

A. 核实预产期，确定胎盘功能是否正常是关键：

1. 认真核实末次月经；2. 月经不规则者，根据早孕反应及胎动出现日期推算，或早孕期妇科检查子宫大小情况，综合分析判断；

3. B 超检查； 4. 临床检查子宫符合足月孕大小

B. 判断胎儿宫内安危状况：

1. 胎动计数； 2. 电子胎儿监护：NST OCT

3. B 超检查，包括双顶经、胎盘功能分级、羊水量，脐血流 S/D 比值；

4. 羊膜镜检查

七、处理

孕 42 周后胎盘功能明显下降，孕 41 周后，应考虑终止妊娠，避免过期妊娠。需根据胎儿安危状况，胎儿大小，宫颈成熟度综合分析，选择恰当分娩方式。

1. 促宫颈成熟：

评价宫颈成熟度的主要方法为 Bishop 评分，Bishop 评分 ≥ 7 分可直接引产， < 7 分，引产前促宫颈成熟，目前常用的促宫颈成熟方法：PGE₂ 阴道制剂和宫颈扩张球囊。

Bishop 宫颈成熟度评分法

指 标	分 数			
	0	1	2	3
宫口开大 (cm)	0	1~2	3~4	5~6
宫颈管消退 (%) (未消退为 3cm)	0~30	40~50	60~70	80~100
先露位置 (坐骨棘水平=0)	-3	-2	-1~0	+1~+2
宫颈硬度	硬	中	软	
宫口位置	后	中	前	

2、引产术：宫颈成熟者可行引产术，常用催产素诱发宫缩至临产。

3、产程处理：进产程后应鼓励产妇左侧卧位、吸氧，产程中最好连续胎心监测

4、剖宫产：过期妊娠时，胎盘功能减退，胎儿储备能力下降，需适当放宽剖宫产指征。

八、思考题：

孕妇 36 岁，第二胎，宫内妊娠 35 周，LSA, 近 2 天觉胎动减少，来门诊就诊，需做哪些监测？应如何处理处理？

第二部分 早产（preterm delivery）

目的要求： 早产的诊断及特殊检查

1. 了解早产的诊断及分类；

2. 熟悉早产保胎治疗方案的选择

本章的重点：保胎治疗方案的选择

本章的难点：早产治疗方案的选择

教 具：多媒体（幻灯片）

方 法： 启发式、提问式 （紧密结合临床）

内容与时间分配：

1. 概述 2 分钟

2. 定义及分类 5 分钟

3. 预测方法 3 分钟

4. 临床表现及诊断 4 分钟

5. 治疗：3 分钟

小 结： 早产的定义、诊断与处理 3 分钟

思 考 题： 先兆早产应如何处理？

一、概述

早产（preterm birth）：指妊娠满 28 周至不足 37 周间分娩者，此时娩出的新生儿为早产儿（preterm neonates），体重为 1000-2499g，早产儿各器官发育尚不健全，出生孕周越小，体重越轻，预后越差，国内早产占分娩总数的 5-15%。

二、早产的定义及分类

分类：自发性早产（spontaneous preterm labor）、未足月胎膜早破早产（preterm prematurely ruptured membranes PPRM）和治疗性早产（preterm birth for medical and obstetrical indications）。

2. 自发性早产

最常见类型，约 45%，机制：孕酮撤退，缩宫素作用，蜕膜活化。高危因素：早产史，妊娠间隔短于 18 个月，早孕期有先兆流产，宫内感染，贫血牙周病等。

2. 未足月胎膜早破早产

病因及高危因素：PPROM 史，体重指数 $<19.8\text{kg/m}^2$ ，营养不良，吸烟，宫颈功能不全，子宫畸形，宫内感染，细菌性阴道病，子宫过度膨胀，辅助生殖技术等。

3. 治疗性早产

在未足 37 周时采取引产或剖宫产终止妊娠，即为治疗性早产。常见指征：子痫前期，胎儿窘迫，胎儿生长受限，羊水过少或过多，胎盘早剥，前置胎盘出血等。

三、预测早产的方法

对有自发性早产高危因素，孕妇 24 周以后定期预测，有助评估早产风险，及时处理；对 20 周以后宫缩频繁的孕妇，通过预测可判断是否需使用宫缩抑制剂，避免过度用药。（预测方法：宫颈长度 <25 ，fFN $<50\text{ng/ml}$ ）。

四、临床表现及诊断

临床表现：主要表现为子宫收缩，宫颈管先逐渐消退，然后扩张；

临床上早产可分为：先兆临产和早产临产

先兆早产：指有规律或不规律宫缩，伴有宫颈管进行性缩短；

早产临产：1. 出现规律宫缩（20 分钟 >4 次，或 60 分钟 >8 次），伴有宫颈进行性改变 2. 宫颈扩张 1cm 以上，3. 宫颈展平 $>80\%$ 。

五、治疗

治疗原则：若胎膜完整，在母胎情况允许时尽量保胎至 34 周

2. 卧床休息

卧床，吸氧，早产临产者应绝对卧床休息

2. 促胎肺成熟治疗

<34 周，1 周内有可能分娩的孕妇，应使用糖皮质激素促胎肺成熟；

3. 抑制宫缩治疗

宫缩抑制剂：安保 硫酸镁

4. 控制感染

感染是早产重要原因之一，应对未足月胎膜早破、先兆早产和早产临产早阴道分泌物细菌学检查，尤其 B 族链球菌培养。

5. 终止早产的指征 宫缩进行性增强，宫内感染，衡量母胎利弊，孕周达 34 周，无母胎并发症，应顺其自然，不必干预。

6. 分娩期处理

大部分早产儿可经阴道分娩，临产后慎用呼吸中枢抑制药；产程中吸氧，密切胎心观察；侧切防新生儿颅内出血，对早产胎位异常者，在权衡利弊基础上，可选择剖宫产。

六、课后思考：先兆早产应如何处理？

七、教学后记

学生反馈及课堂反应不足之处：

其他教授评改：

整改方法：

个人心得：

<p style="text-align: center;">第 三 节 异位妊娠</p> <p style="text-align: center;">基本内容</p>	
<p style="text-align: center;">异位妊娠 (ectopic pregnancy)</p> <p>目的要求(Purpose and requirements):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1、 了解异位妊娠的定义 (Definition) 和分类(Classification)。 2、 掌握异位妊娠的临床表现(Clinical Manifestation)、诊断(Diagnosis)、鉴别诊断(Differential Diagnosis)及处理原则(Treatment)。 <p>教学重点: 临床表现和诊断</p> <p>教学难点: 诊断 (主要是各种辅助检查的临床意义的讲解)。</p> <p>教学方法: 启发式、结合具体病例、实图、现场录像等讲授; 既重视理论知识的传授, 又兼顾学生感兴趣的临床实践的讲解。力图达到引人入胜的效果。</p> <p>教具: 多媒体教学</p> <p>授课内容和时间安排:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1、 定义及病因 4 分钟 2、 病理 3 分钟 3、 临床表现、诊断、鉴别诊断及处理原则 4 分钟 <ol style="list-style-type: none"> 1) 临床表现: 8 分钟 2) 诊断(Diagnosis): 10 分钟 3) 鉴别诊断(Differential Diagnosis): 6 分钟 4) 治疗(treatment): 3 分钟 4、 病案分析、小结 7 分钟 <p>思考题: (课后作业) 简述异位妊娠的辅助检查方法的临床意义。</p> <p>一、概述</p> <p>异位妊娠是妇产科常见的急腹症, 发病率约 2%, 若不及时诊断和治疗, 可危及生命。是早孕妇女主要死因之一。近年来, 异位妊娠的发生率呈明显上升趋势, 令人担忧!</p> <p>95%为输卵管妊娠, 典型表现为停经后腹痛及阴道流血; 血 HCG>2000IU/L, 超声未见宫内妊娠囊, 诊断基本确立; 腹腔镜是诊断金标准</p> <p>治疗包括药物和手术, 方法根据患者生命体征和胚囊种植部位及破裂与否等。</p> <p>1、定义(Definition)</p> <p>受精卵着床于子宫体腔以外的部位, 称为异位妊娠 (the implantation of the fertilized ovum outside of the cavity of uterus)。习称宫外孕 (extra-uterine pregnancy), 实际上异位妊娠和宫外孕的概念上稍有不同——宫外孕不包括宫颈妊娠。</p> <p>2、分类(Classification)</p> <p>According to where the fertilized ovum embedded, EP may be classified as follows:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1、 输卵管妊娠 (tubal pregnancy) (包括: 壶腹部、峡部、伞部、间质部妊娠) 2、 卵巢妊娠 (ovarian pregnancy) 	

- 3、腹腔妊娠 (abdominal pregnancy)
- 4、阔韧带妊娠 (broad ligament pregnancy)
- 5、宫颈妊娠 (cervical pregnancy) 等 95% of EP is tubal pregnancy,

下面重点讲述输卵管妊娠 (Tubal Pregnancy)

占异位妊娠的 95%，输卵管妊娠是指受精卵着床在输卵管，发生的部位以壶腹部最多，占 60%，其次为峡部。

一、病因 (Etiology):

Factors interfere with the progress of the fertilized ovum.

- 1、Tubal inflammatory diseases.
- 2、Previous tubal surgery.
- 3、Tubal hypogenesis or dysfunction.
- 4、IVF/ Transmigration of the ovum.
- 5、IUD use
- 6、Others: Pelvic tumor such as ovarian tumor and myoma of uterus.

二、病理 (Pathology)

1、输卵管妊娠的变化与结局 (Termination of tubal pregnancy):

由于输卵管管腔狭小，管壁薄且缺乏粘膜下组织，其肌层远不如子宫肌壁厚与坚韧，妊娠时又不能形成完好的蜕膜，不能适应胚胎的生长发育，因此其结局：

(1) Tubal abortion: 多见于输卵管壶腹部妊娠，

发病时间多在妊娠 8—12 周。受精卵种植部位：输卵管粘膜皱襞内

※complete abortion: 出血少 (less bleeding)

※incomplete abortion: 出血多 (more bleeding)

(2) Tubal rupture: 多见于输卵管峡部妊娠。

发病时间多在妊娠 6 周。

受精卵种植部位：输卵管粘膜皱襞间。

受精卵向管壁生长→破裂→出血远较流产剧烈，可短时大量出血→休克。

另外，间质部妊娠虽然少见，但是后果严重：（几乎都破裂，症状重如子宫破裂）

◎陈旧性宫外孕：输卵管妊娠流产或破裂，有时内出血停止，病情稳定，时间久了，胚胎死亡或吸收，但是长期反复的内出血所形成的盆腔血肿若不消散，血肿机化变硬并与周围组织粘连，形成包块，临床上称陈旧性宫外孕。

(β -HCG 可以为阴性，盆腔包块)

(3) Secondary abdominal pregnancy:

2、子宫的变化 (changes of the uterus):

- 1) 停经 (amenorrhea)，子宫增大，变软
- 2) 子宫内膜改变：蜕膜变，另外，增生性改变，A—S 反应，等多种改变。
- 3) 蜕膜剥脱：阴道流血，少数可见三角形蜕膜管型完整排出。

三、临床表现 (Clinical findings)

与着床部位、有无流产或破裂、出血量多少和时间长短等有关。

1、症状 (symptoms):

(1) 停经 (amenorrhea): 约 20%~30% 无明显的停经史。

(2) 腹痛 (abdominal pain): 特点

破裂前：常无特殊临床表现，与早孕或先兆流产相似

破裂后：出血多少，少—肛门坠胀。多—全腹痛

(3) 阴道流血(vaginal bleeding)：原因(蜕膜剥脱)，出血量与症状不符。

(4) 晕厥和休克：失血引起

(5) 腹部包块：血肿较久，粘连而成包块。

2、体征(signs)：

(1) 一般情况：主要与内出血有关。贫血貌、P 快弱、Bp 下降等休克表现。

(2) 腹部检查：压痛和反跳痛，移动性浊音(+)

(3) 盆腔检查：

宫颈着色—变软，举痛(加重对腹膜刺激所致)

宫体稍大、变软、漂浮感

盆腔肿块(一侧)

四、诊断(Diagnosis)

已经破裂或流产者诊断较易，未破裂或流产者，诊断较难：可采用辅检。

1、HCG：血、尿 β -HCG

2、B超：3个特点

3、阴道后穹窿穿刺：是简单有效的诊断方法，适用于疑有出血者。意义：1)即使出血不多，亦可抽出，为暗红色不凝血。2)若抽不出血亦不能排除异位妊娠，因为：a—出血很少，b—未破裂或流产，c—Douglous 窝有粘连。

4、腹腔镜检：提高诊断准确性，尤其是早期病例。

5、子宫内膜病理检查

五、鉴别诊断(Differential Diagnosis)

输卵管妊娠需与宫内孕流产、急性阑尾炎、急性输卵管炎、黄体破裂和卵巢囊肿蒂扭转等鉴别

	输卵管妊娠	流产	急性输卵管炎	急性阑尾炎	黄体破裂	卵巢囊肿蒂扭转
停经	多有	有	无	无	多无	无
腹痛	突然撕裂样剧痛，自下腹一侧开始向全腹扩散	下腹中央阵发性坠痛	两下腹持续性疼痛	持续性疼痛，从上腹开始经脐周转至右下腹	下腹一侧突发性疼痛	下腹一侧突发性疼痛
阴道流血	量少，暗红色，可有蜕膜管型排出	开始量少，后增多，鲜红色，有小血块或绒毛排出	无	无	无或有如月经量	无
休克	程度与外出血不成正比	程度与外出血成正比	无	无	无或有轻度休克	无
体温	正常。有时低热	正常	升高	升高	正常	稍高
盆腔检查	宫颈举痛，直肠子宫陷凹有肿块	无宫颈举痛，宫口稍开，子宫增大变软	举宫颈时两侧下腹疼痛	无肿块触及，直肠指检右侧高位压痛	无肿块触及，一侧附件压痛	宫颈举痛，卵巢肿块边缘清晰，蒂部触痛明显
白细胞计数	正常或稍高	正常	升高	升高	正常或稍高	稍高
血红蛋白	下降	正常或稍低	正常	正常	下降	正常
阴道后穹窿穿刺	可抽出不凝血	阴性	可抽出渗液或脓液	阴性	可抽出血液	阴性
hCG 检测	多为阳性	多为阳性	阴性	阴性	阴性	阴性
B 型超声	一侧附件低回声区，其内有妊娠囊	宫内可见妊娠囊	两侧附件低回声区	子宫附件区无异常回声	一侧附件低回声区	一侧附件低回声区，边缘清晰，有条索状等

六、治疗 (Treatment)

1. 手术疗法

(1) 输卵管切除术 无论是流产型或破裂型输卵管妊娠, 输卵管切除可及时止血, 挽救生命, 在已有子女不再准备生育的妇女, 可同时行对侧输卵管结扎。在需要保留生育能力的妇女, 如果输卵管病灶太大, 破口太长, 损及输卵管系膜及血管, 和(或)生命指征处于严重状态时亦应作输卵管切除。在行保守性手术中, 输卵管出血, 无法控制应当立即切除输卵管。

(2) 保守性手术 原则上是去除输卵管妊娠物, 尽可能保留输卵管的解剖与功能, 为日后宫内妊娠创造条件。年轻女, , 本次输卵管妊娠为首次妊娠; 无子女已经切除一侧输卵管。应做输卵管切开清除胚胎术。

上述各种手术的术式均可采用腹腔镜和开腹手术两种方式, 开腹手术较为直观, 可在直视下进行上述操作, 而腹腔镜则创伤较小, 但需要相关设备和操作人员的熟练技术。

2. 药物治疗

甲氨蝶呤主要是用于输卵管妊娠未破裂型, 输卵管浆膜完整, 无活动性出血, 输卵管妊娠产物处直径 $<3\sim 4\text{cm}$, 腹腔中血液 $<100\text{ml}$, $\beta\text{-hCG}<3000\text{mIU/ml}$, 生命体征稳定、年轻、要求生育者。用药方法: ①MTX 口服, 临床很少应用; ②MTX 肌内注射; ③MTX-CF 方案, 甲酰四氢叶酸 (CF), CF 可逆转 MTX 毒性不良反应, 为目前最常用方法; ④MTX 局部注射, 在超声波引导下用 MTX 注入孕囊; 或腹腔镜直接注视下输卵管内注射。药物疗法过程中必须严密观察腹痛, 生命体征, 及药物毒性不良反应。并用 $\beta\text{-hCG}$ 及 B 超监测输卵管局部情况。

输卵管妊娠破裂如能及时诊断, 预后良好。间质部妊娠破裂如能及时诊断、抢救, 效果也很好。异位妊娠患者大多迫切要求了解以后的生育能力问题, 由于器质性或功能性病变所致的异位妊娠患者, 以后不孕的机会增多。

其他部位的异位妊娠 (自学)

七、课后分析

患者女, 32 岁, 孕 1 产 1, 现停经 56 天, 3 天前开始有少量断续阴道流血, 昨日始右下腹轻痛, 今晨加强, 呕吐两次。妇查: 子宫口闭, 宫颈举痛 (+), 子宫前倾前屈, 较正常稍大, 软, 子宫右侧可触及拇指大小较软之块状物, 尿 HCG 可疑阳性, 后穹隆穿刺抽出 10ml 不凝血液。Hb75g/L, 血压 75/45mmHg。 问: 此患者的正确诊断是什么? 有何依据? 如何正确处理此患者?

八、教学后记

学生反馈及课堂反应不足之处:

其他教授评改：

整改方法：

个人心得：