

第二节 异位妊娠

导入情景:

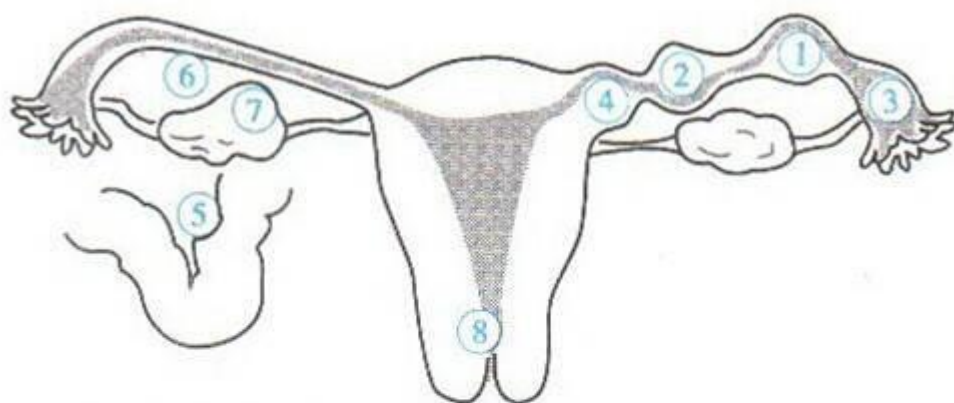
情景描述:

钱女士，32岁，已婚，因突然右下腹撕裂样剧痛伴恶心、呕吐、头晕30分钟急诊入院。平素月经正常，3天前因停经42天诊断为早孕，在某医院做了无痛人流，术后检查刮出物未见绒毛，嘱其随访。现阴道少量流血，无明显坠胀感。尿妊娠试验检查结果可疑阳性，血红蛋白90g/L。

请思考:

1. 钱女士最可能发生了什么疾病？
2. 对钱女士的治疗原则是什么？
3. 护士应重点监测哪些内容？

正常妊娠时，受精卵着床于子宫腔内。凡受精卵在子宫腔以外着床者，称为异位妊娠(ectopic pregnancy)，习惯性称宫外孕(extrauterine pregnancy)。根据受精卵着床部位不同，分为输卵管妊娠(tubal pregnancy)、卵巢妊娠(ovarian



- ① 输卵管壶腹部妊娠；② 输卵管峡部妊娠；③ 输卵管伞部妊娠；
④ 输卵管间质部妊娠；⑤ 腹腔妊娠；⑥ 阔韧带妊娠；
⑦ 卵巢妊娠；⑧ 宫颈妊娠

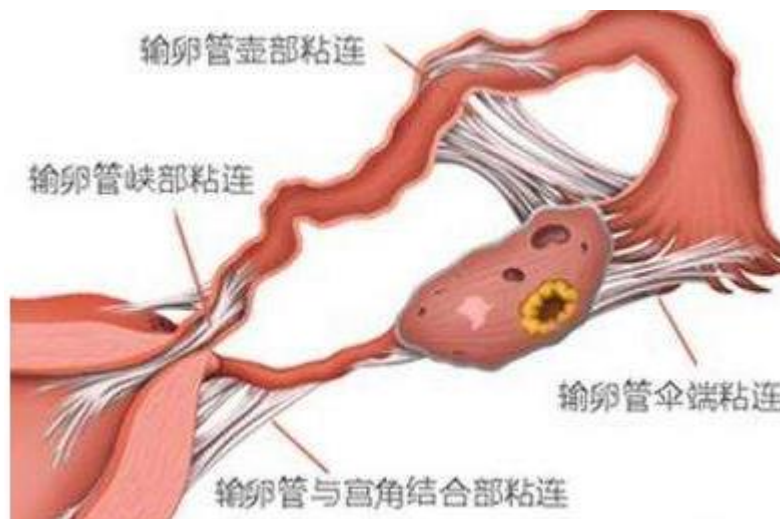
异位妊娠的发生部位

pregnancy)、腹腔妊娠 (abdominal pregnancy) 、宫颈妊娠(cervical pregnancy)、阔韧带妊娠(broad ligament pregnancy)等。其中，以输卵管妊娠最多见，约占异位妊娠的 95% ，故本节以输卵管妊娠为例介绍异位妊娠。而在输卵管妊娠中，发生部位又以壶腹部最多,约占 78% ，其次为峡部、伞部，间质部少见。

异位妊娠是妇产科常见急腹症之一，发病率约为 1% ，且有上升趋势，由于常危及患者生命，被视作具有高度危险的妊娠早期并发症。

【病因】

1. 慢性输卵管炎 是输卵管妊娠最常见的因素。输卵管黏膜炎症或输卵管周围炎症，使管腔变窄、扭曲，影响输卵管输送受精卵。



2. 输卵管发育不良或功能异常 输卵管过长、肌层发育不良、黏膜纤毛缺如或憩室、输卵管痉挛或蠕动异常，均可使受精卵在输卵管内运行过久。

3. 受精卵游走 卵子在一侧输卵管受精，经宫腔或腹腔进入对侧输卵管，在游走过程中，受精卵发育增大，种植在对侧输卵管。

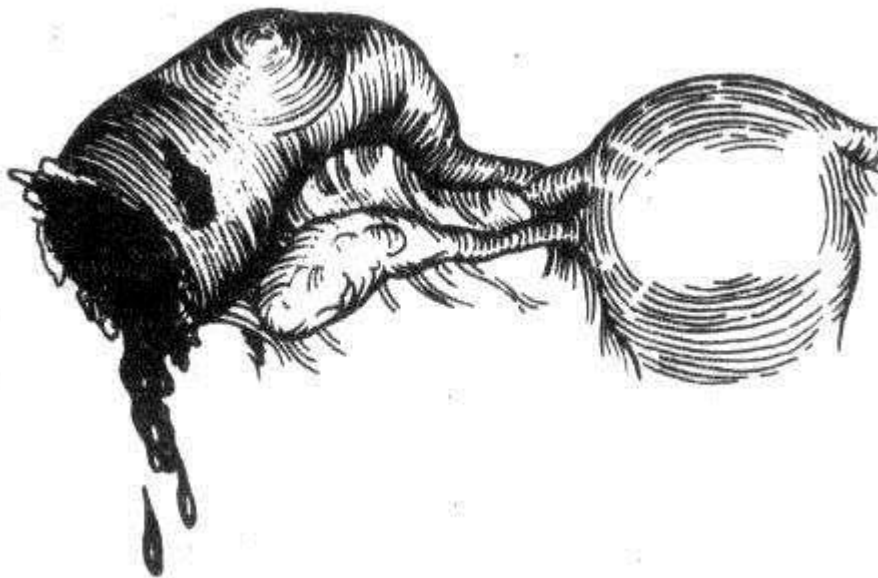
4. 其他 输卵管周围肿瘤如子宫肌瘤或卵巢肿瘤的压迫，子宫内膜异位症等使输卵管移位、管腔狭窄，影响受精卵的正常运行。输卵管手术以及输卵管绝育术后再通、宫内节育器的放置等均可导致输卵管妊娠的发生。辅助生育技术后输卵管妊娠的发生率约为 5% 。

【病理】

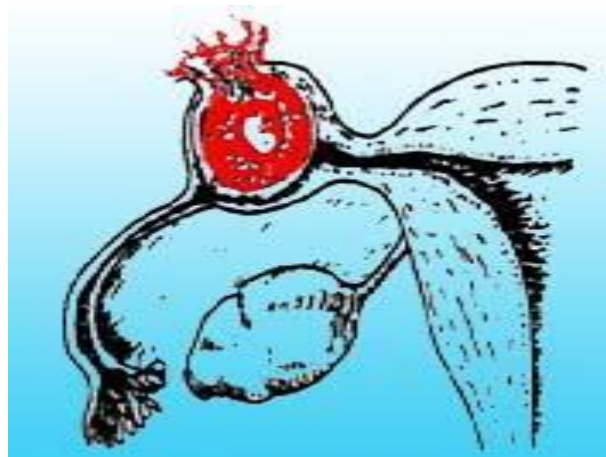
(一) 输卵管妊娠的转归

输卵管管腔小、管壁薄，黏膜蜕膜变不良,不能适应胚胎、胎儿的生长发育，当输卵管妊娠发展到一定程度时，可引起下列结局：

1. 输卵管妊娠流产 多见于输卵管壶腹部妊娠，常发生在妊娠 8~12 周。由于蜕膜形成不完整,发育中的囊胚常向管腔突出，最终突破包膜而出血。若整个胚囊与管壁分离，随输卵管逆蠕动排入腹腔,形成输卵管完全流产，出血不多。如胚囊剥离不完整,仍有部分附着于管壁，形成输卵管不全流产，不易止血，常可发生大出血。



2. 输卵管妊娠破裂 多见于输卵管峡部妊娠，常发生在妊娠 6 周左右。胚囊绒毛侵蚀管壁肌层、浆膜层，直至穿破管壁全层，形成输卵管妊娠破裂。因输卵管壁血管破裂引起不同程度出血,可发生大量的腹腔内出血。壶腹部妊娠破裂多发生在妊娠 8~12 周。间质部因肌层较厚，其妊娠可维持到 3~4 个月才破裂，间质部血供丰富，可迅速发生腹腔内大出血，与子宫破裂相似，易出现低血容量休克。



3. 陈旧性宫外孕 输卵管妊娠流产或破裂后，有时出血停止，症状轻，未

及时诊治，但此后反复出血，胚胎死亡，绒毛退化，胚囊吸收或机化，积聚在盆腔的血块机化变硬，与周围组织粘连成包块，形成陈旧性宫外孕。

4. 继发性腹腔妊娠 输卵管妊娠破裂或流产后，偶有胚囊从输卵管排出后仍存活，绒毛组织种植于腹腔脏器、大网膜等处,吸收营养,继续生长发育，形成继发性腹腔妊娠。



（二）子宫变化

1.子宫增大变软 输卵管妊娠和正常妊娠一样，滋养细胞产生的 HCG 维持黄体生长,使甾体激素分泌增加。因此，子宫变软、稍大。

2.子宫内膜变化 具有多样性。胚胎存活，受体激素影响，子宫内膜出现蜕膜反应，但因胚胎发育较正常宫内妊娠差,其所分泌的激素水平较低，故蜕膜反应常不典型。胚胎一旦死亡，蜕膜即坏死脱落，有时不全剥离呈碎片状排出，有时剥离完整呈三角形蜕膜管型，排出的组织见不到绒毛，组织学检查无滋养细胞。若胚胎死亡已久,妊娠黄体萎缩，卵泡发育，内膜可呈增生期改变，有时可见 A-S 反应（子宫内膜过度增生与分泌的反应）。胚胎死亡后，部分深入肌层的绒毛仍存活，黄体退化迟缓，内膜可呈分泌反应。

【临床表现】

停经后出现腹痛、阴道流血，晕厥与休克，偶可见腹部包块。

【护理评估】

（一）健康史

询问患者有无发生异位妊娠的高危因素，如既往盆腔炎、输卵管手术史、异位妊娠、宫内放置节育器和辅助生育史等。有无停经史，停经时间的长短及早孕反应等，有无下腹部疼痛,有无肛门坠胀、头晕、四肢厥冷等症状出现。

（二）身体状况

1. 症状

(1) 停经:常有 6~8 周的停经史,输卵管间质部妊娠停经史较长为 3~4 个月。但约 20%的孕妇主诉无停经史,将不规则阴道流血误认为是月经来潮。

(2) 腹痛:是输卵管妊娠就诊的最主要症状。由于胚胎在输卵管内生长发育,使输卵管膨胀引起一侧腹部隐痛或酸胀感。当输卵管妊娠发生流产或破裂时,孕妇突然感觉一侧下腹撕裂样剧痛,常伴恶心、呕吐。若血液积聚在子宫直肠陷凹,则表现为肛门坠胀感;若血液流向全腹,则疼痛向全腹扩散;当血液刺激膈肌时,引起肩胛部放射性疼痛。

(3) 阴道流血:胚胎死亡后,常有不规则阴道流血,色深褐,量少,一般不超过月经量。流血时常伴有蜕膜管型或蜕膜碎片排出,当病灶消除后,流血可完全停止。

(4) 晕厥与休克:由腹腔内急性出血及剧烈腹痛而致,严重者出现休克,其严重程度与腹腔内出血量成正比,但与阴道流血量不成正比。

(5) 腹部包块:当输卵管妊娠流产或破裂所形成的血肿时间较长者,血液凝固与周围组织或器官可发生粘连形成包块,若包块较大或位置较高,可于腹部触及。

2. 体征

(1) 一般情况:可呈贫血貌。大量出血者,可出现面色苍白、脉搏细弱、血压下降等休克体征。体温一般正常,休克时略低,腹腔内出血吸收时可略高,但一般不超过 38℃。

(2) 腹部检查:下腹部有压痛、反跳痛、肌紧张,以患侧为著。出血量多时,移动性浊音阳性。

(3) 妇科检查:阴道内见来自宫腔的少量血液。阴道后穹隆饱满,有触痛,将宫颈轻轻上抬,加重对腹膜刺激,引起剧烈腹痛,宫颈举痛是输卵管妊娠的主要体征之一。内出血多时,子宫有漂浮感,子宫稍大变软。子宫的一侧或后方可触及边界不清、大小不一的包块。输卵管间质部妊娠时,子宫大小与停经月份相符,但子宫一侧角部突出。

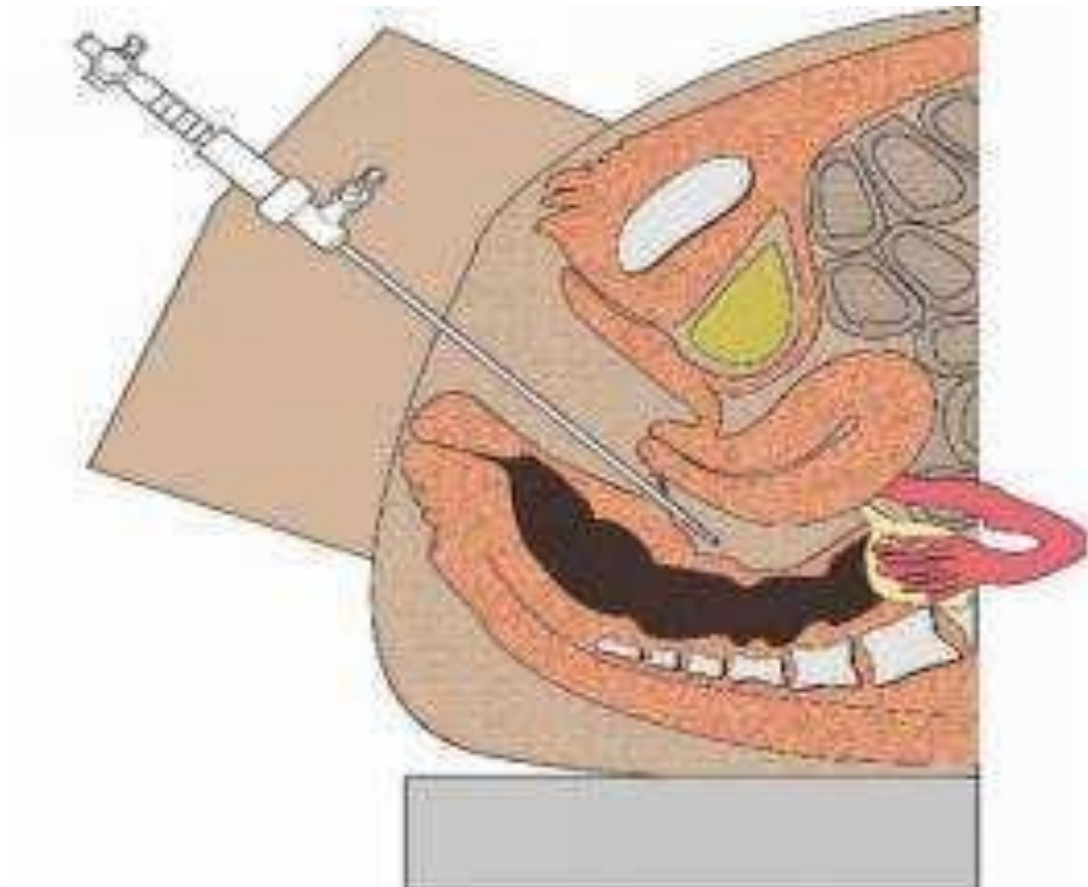
(三) 心理-社会支持状况

孕妇可因突然阴道流血或腹痛而心情紧张,评估孕妇及家属对本次事件的看法、心理感受和情绪反应,孕妇及家属对出血的恐惧程度,评估家庭成员对此次

妊娠的态度。有无失去胎儿的悲伤和自责，是否存在自尊紊乱、对未来的受孕能力担心程度等。

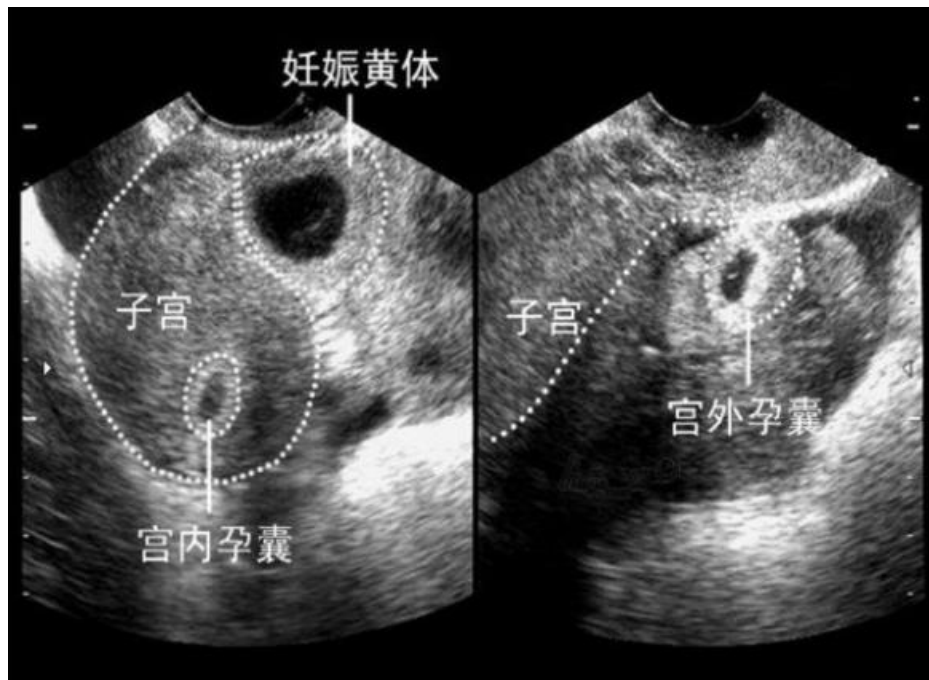
（四） 辅助检查

1.阴道后穹隆穿刺 适用于疑有腹腔内出血的孕妇，是一种简单而可靠的诊断方法。腹腔内出血最易集中于直肠子宫陷凹，即便出血量不多，也能经阴道后穹隆穿刺抽出血液。若抽出暗红色、不凝固血液,说明腹腔有内出血。若为陈旧性宫外孕，可能抽出小血块或不凝固的陈旧血液。若穿刺针头误入静脉，则血液较红，静置后可凝结。若未能抽出血液，可能是无内出血、出血量少、血肿位置高或直肠子宫陷凹有粘连，不能排除输卵管妊娠的存在。



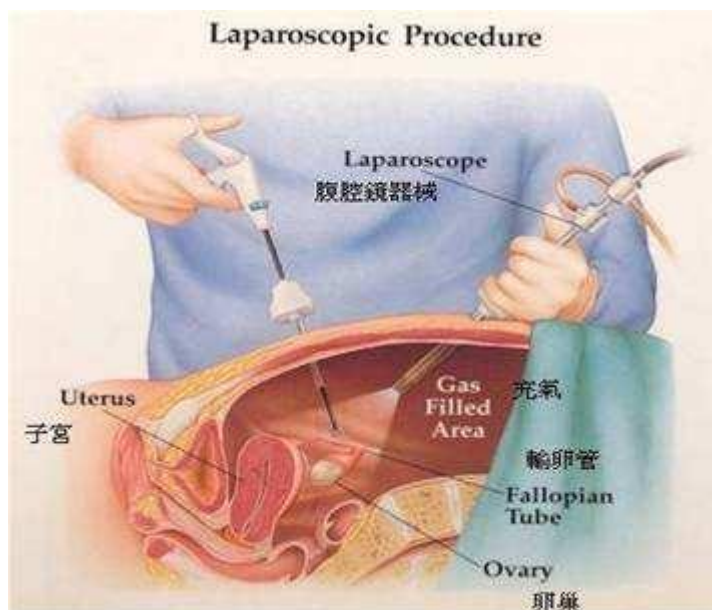
2. 妊娠试验 尿 HCG 测定方法简便、快速，适用于急诊患者，但灵敏度不高；血 P-HCG 测定灵敏度高、快速，异位妊娠阳性率一般可达 80%-100% ，是早期诊断异位妊娠的重要方法，但阴性者不能完全排除异位妊娠。

3. B 超检查 阴道 B 超检查较腹部 B 超检查准确率高。宫腔内无妊娠物，宫旁可见轮廓不清的液性或实性包块，若包块内见有胚囊或胎心搏动则可确诊。



4. 子宫内膜病理检查 仅适用于阴道流血量较多的孕妇，旨在排除宫内妊娠流产。将宫腔刮出物送病理检查，若仅见蜕膜而不见绒毛，有助于异位妊娠的诊断。

5. 腹腔镜检查 适用于输卵管妊娠尚未破裂或流产的早期确诊和治疗，直视下可见一侧输卵管肿大,表面紫蓝色，腹腔内无出血或少量出血。注意大量腹腔内出血或伴有休克者,禁做腹腔镜检查。



（五）处理原则及主要措施

处理原则为以手术治疗为主，保守治疗为辅。保守治疗主要为期待治疗和药物治疗两种方式。

1. 期待治疗 期待治疗适用于出血少、疼痛轻；随访便捷可靠；无输卵管妊娠破裂征象；血 P-HCG 低于 1000U/L,持续下降;输卵管妊娠包块直径小于 3cm 或未探及;腹腔无出血的患者。治疗过程中,严密观察，定期随访。

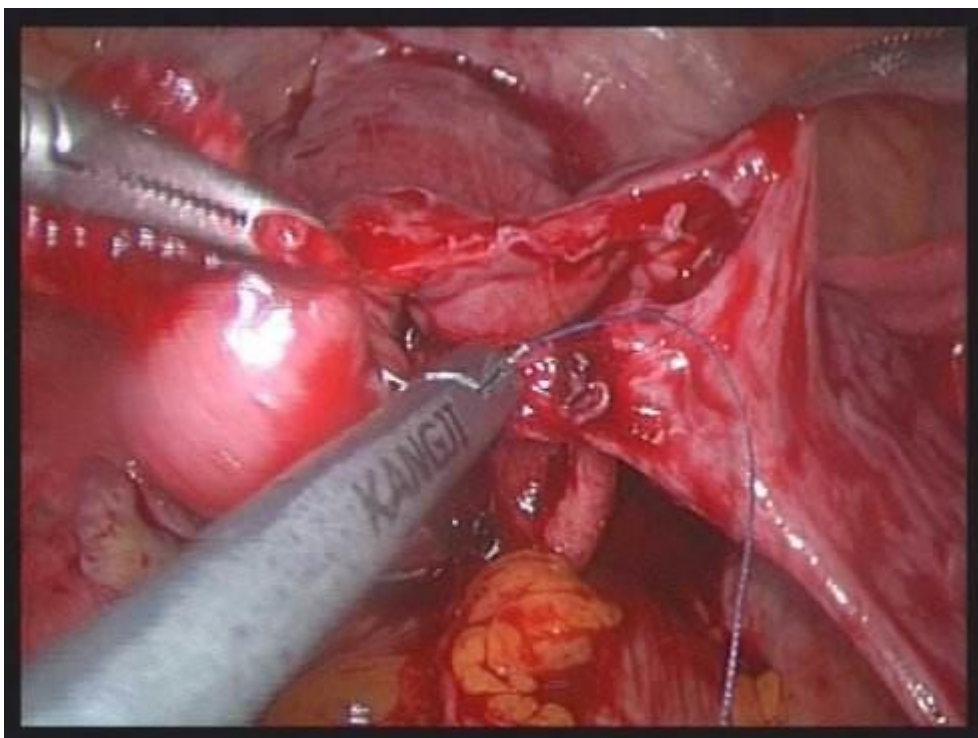
2. 药物治疗

(1) 化学药物治疗：适用于早期输卵管妊娠、未发生输卵管妊娠流产或破裂、无明显内出血，要求保留生育功能者。常用药物为甲氨蝶呤（MTX），可全身用药，常用剂量为 $0.4\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ ，肌注,5 天为一疗程。也可局部用药，在 B 超或腹腔镜辅助下穿刺输卵管的妊娠囊，吸出部分囊液后将药物注入其中。作用机制为抑制滋养细胞增生，使胚胎组织坏死、脱落、吸收。用化学药物治疗,有失败可能，治疗期间应严密监护，并注意患者的病情变化和药物的毒副反应。

(2) 中医治疗：治则是活血化瘀、止血消症，既可保留患侧输卵管，又可治疗局部炎症和粘连，促进输卵管功能的恢复。

3. 手术治疗是输卵管妊娠的主要治疗方法。

(1) 输卵管切除术：一般行全输卵管切除术，适用于内出血量多、并发休克者。



如孕妇有绝育要求，可同时结扎对侧输卵管。

(2) 保守性手术：即保留患侧输卵管，适用于有生育要求、对侧输卵管已有病变或切除者。根据异位妊娠发生部位和输卵管病变情况选择术式。若为伞部妊娠可挤压将妊娠物挤出；壶腹部妊娠可切开输卵管取出胚胎再缝合；峡部妊娠可将病变节段切除后端端吻合。保守手术可经腹进行或经腹腔镜进行。

【常见护理诊断/问题】

- 1.疼痛 与输卵管妊娠流产或破裂有关。
- 2.组织灌注量改变 与大量出血有关。
- 3.预感性悲哀 与胎儿死亡有关。
- 4.潜在并发症 失血性休克、贫血。

【护理目标】

- 1.孕妇生命体征平稳且正常,无并发症发生。
- 2.孕妇疼痛减轻，出血得到有效控制。
- 3.孕妇情绪得到调整。

【护理措施】

1. 生活护理 多休息，加强营养,增加含铁和维生素 C 丰富的食物,改善因出血而导致的贫血。对保守治疗者，应绝对卧床休息，加强巡视，了解需要,及时协助完成日常生活需要;会阴擦洗，每天 2 次;禁止性生活,保持大便通畅，避免腹部压力增高而诱发出血。

2. 病情观察 监测生命体征，不平稳者每 15 分钟测量一次并记录；观察腹痛和阴道流血情况有无加重或减轻,正确评估出血量。化学药物治疗者，观察药物的毒副反应,及时报告医生。

3. 治疗配合

(1) 协助完成辅助检查，诊断性刮宫后，将组织物送病理检查。

(2) 保守治疗者，根据医嘱用药，防止药物渗漏。

(3) 腹腔内出血者，需进行急救：①去枕平卧，给氧，记出入量，建立良好的静脉通道，按医嘱输血、输液及时补充血容量。②遵医嘱，抽血查血常规、血型、出凝血时间等。③积极配合医生抢救休克，按医嘱给药,做到及时、准确无误。

(4) 手术护理配合：①做好术前准备，及时完成皮肤准备、药物过敏试验、

留置尿管等；及时与手术室、检验室沟通，将检查结果及时报告医生。②做好术后护理，观察生命体征；注意阴道流血量、色、气味；进行会阴护理，预防感染；观察伤口愈合情况，有无红肿硬结，有无渗血渗液，按时拆线；按医嘱给药；复查血常规，判断贫血纠正程度。

4. 心理护理 维护妇女的自尊，正确认识女性在家庭的功能，生育只是女性全部能力的一部分，而不是唯一的能力。今后仍有受孕的可能，帮助其度过悲哀期。允许家属陪伴，提供心理安慰。

5. 健康指导

- (1) 术后应注意休息，加强营养，纠正贫血，提高机体抵抗力。
- (2) 注意外阴清洁，禁止性生活 1 个月。
- (3) 保持良好的性卫生习惯，生育前避免流产，预防盆腔炎发生。
- (4) 指导采取有效的避孕措施，制订家庭护理计划。异位妊娠有再次发生的可能，建议下次妊娠后及早到医院就诊。
- (5) 将患者的治疗情况如实告知，如手术切除范围、术后情况等。

【护理评价】

1. 患者是否生命体征正常，无并发症发生。
2. 患者是否得到有效治疗和护理，症状明显减轻或消失。
3. 患者是否情绪稳定，面对现实。