

急性输卵管卵巢炎、盆腔腹膜炎 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/302/2021\\_2022\\_\\_E6\\_80\\_A5\\_E6\\_80\\_A7\\_E8\\_BE\\_93\\_E5\\_c22\\_302386.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/302/2021_2022__E6_80_A5_E6_80_A7_E8_BE_93_E5_c22_302386.htm) 名称急性输卵管卵巢炎、盆腔腹膜炎所属科室内科病因 在一些国家中淋菌感染是导致急性输卵管卵巢炎、盆腔腹膜炎的最主要原因，一旦有这种炎症发生医生往往首先考虑淋菌感染的存在。足月分娩、流产后的感染也是引起此类炎症的常见原因。近年来由于宫内避孕器的广泛应用，不少急性输卵管卵巢炎、盆腔腹膜炎都是因此而发生。我国妇产科工作者在临床工作中所碰到的急性盆腔炎常与宫内避孕器的安放有关。宫内避孕器所致的子宫内膜炎或输卵管卵巢炎有时是放线菌感染。此外，过早、过频以及在月经期性交；未经严格消毒而进行的输卵管通液、油造影与刮宫手术；经腹腔镜进行输卵管电烙绝育术与其他经腹妇科手术均有可能导致急性输卵管卵巢炎；作妇科手术时误伤肠道或对感染性流产进行吸刮术不慎将子宫穿破则可先导致严重的急性盆腔腹膜炎，然后炎症波及输卵管与卵巢；急性阑尾炎、结肠憩息炎可以分别引起邻近一侧的输卵管卵巢炎，但此种情况较为少见。由血液传播的常是结核性炎症，全身性菌血症亦偶可引起输卵管卵巢炎。流行性腮腺炎则可经血行感染卵巢，引起单纯的卵巢炎，这也是较罕见的现象。寄生虫病，如血吸虫、丝虫、甚至蛔虫、绦虫卵均可能经血行而积聚于输卵管壁或卵巢中引起所谓肉芽肿性输卵管卵巢炎，在血吸虫病高发地区偶可见到血吸虫卵性输卵管卵巢炎症。大多数病原体正常情况即寄生于\*\*或宫颈，极易借机上行性感染，故在进行各种经\*\*进入宫腔的操作

时，严密进行消毒，有可能减少病原体进入宫腔，从而减少急性输卵管卵巢炎、盆腔腹膜炎的发生率。临床表现下腹痛及发热是本症的典型症状。患者可先有发热然后感下腹痛，也可能两种症状同时发生。发热前可有寒战。下腹痛表现为双侧性的剧痛但有时一侧可较另侧严重，如右侧较重则可能被误诊为急性阑尾炎。个别患者下腹痛可能较轻因而不被患者注重。如在月经期发作，则经量往往增多或经期延长，如在非月经期发作，则患者可能有不规则\*\*\*出血、白带增多等现象。少数患者可伴有肠道及膀胱刺激症状，表现为腹胀、腹泻、粪便中有粘液或/及尿频尿急等。检查时可发现患者有急性病容，辗转不安，体温常在38 以上，可高达40 或更高，可呈弛张热或稽留热，脉搏明显加速，面部潮红，唇干。病初起时下腹一侧触痛可较另侧明显，如已发展为较严重的盆腔腹膜炎时则整个下腹有触痛及反跳痛，患者因痛而拒按。作妇科检查时，可见到宫颈外口有脓性分泌物。如系淋菌感染则在前庭大腺腺管外口、尿道口及宫颈外口处均可见到或挤压出脓液。由于盆腔内生殖器官及四周组织有明显水肿充血，作妇检时可仅发现盆腔组织有水肿感觉并有剧烈触痛，一侧可较另侧更明显，推动宫颈时触痛尤甚，以致患者常拒绝检查。在尚未形成较大的输卵管卵巢炎性块物时，作妇检常扪不到增粗的输卵管。作三合诊时，在中指上偶可见有粘液。急性输卵管卵巢炎患者可伴发肝四周炎

（Fitz-Hugh-Curtis综合征），表现为右上腹或右下胸部痛，颇似胆囊炎或右侧胸膜炎的症状。淋菌或沙眼衣原体感染均有可能引起此种情况，而以后者更为可能。在腹腔镜或剖腹探查直视下，可见到肝脏包膜有纤维素斑，横膈浆膜面有小

出血点，而最典型的表现是在肝脏表面见有琴弦状粘连带。据报道，此综合征的发生率最高可达30%，如不注重，可被误诊为急性胆囊炎。检查对患急腹症的妇女，详询病史，了解有无安放宫内避孕器，发病前有无可疑的流产，有无过频的性交或经期性交、曾否作过宫颈小手术等等，再结合临床表现，诊断急性输卵管卵巢炎及急性盆腔腹膜炎当无困难，但在临床实际工作中此症的误诊率仍高达30%。因此，有不少学者主张对可疑患者应常规进行腹腔镜检查。腹腔镜除可明确诊断外，尚可在病灶处取分泌物作病原体培养，从而采用有效的抗生素。如有必要，亦可进行剖腹探查以肯定诊断。在抗生素出现以前，急性输卵管卵巢炎被列为剖腹探查的禁忌症，因手术探查时有可能将炎症扩散，但目前在已把握多种有效抗生素的情况下，对可疑的急性输卵管卵巢炎患者进行剖腹探查并无禁忌。实验室检查，对诊断此症有参考价值，四周血的白细胞总数及中性白细胞均明显增加，血沉率亦明显增高。即使白细胞增加不多，体温亦不太高但血沉率明显增高（有时超过100mm/h）时亦应考虑有急性炎症存在。多年来已知某些生殖器官的粘膜，如输卵管及宫颈管粘膜等可产生一种有别于胰腺所产生的淀粉酶，此种生殖淀粉酶与唾液淀粉酶不易区别。数年前，瑞典有人发现在直肠子宫陷凹处的腹水中存在此种非胰腺产生的淀粉酶，包括生殖与唾液淀粉酶称为同种淀粉酶（iso-amylase），其正常值约为300U/L而当输卵管粘膜受炎症的损害时，则腹水中的同种淀粉酶的含量即明显降低，降低的程度与炎症的严重程度成正比，可降至40U/L左右，但患者的血清同种淀粉酶值则仍维持在140U/L左右。该作者对可疑急性输卵管炎患者进

行试验，在\*\*\*后穹窿处作穿刺取少许腹水以测定同种淀粉酶值，同时取患者血以测定酶值，试验结果，凡腹水同种淀粉酶值 / 血清同种淀粉酶的商值少于1.5者，大多数均被手术证实系急性输卵管炎患者。此项检查已被认为是对急性输卵管炎较可靠的辅助诊断方法。国外有人发现急性输卵管炎患者的后穹窿穿刺腹水中白细胞计数远远高于非此症患者，并认为如能将在后穹窿抽出的腹水同时作上述两项检查，则诊断准确率可进一步提高。诊断对患急腹症的妇女，详询病史，了解有无安放宫内避孕器，发病前有无可疑的流产，有无过频的性交或经期性交、曾否作过宫颈小手术等等，再结合临床表现，诊断急性输卵管卵巢炎及急性盆腔腹膜炎当无困难，但在临床实际工作中此症的误诊率仍高达30%。因此，有不少学者主张对可疑患者应常规进行腹腔镜检查。腹腔镜除可明确诊断外，尚可在病灶处取分泌物作病原体培养，从而采用有效的抗生素。如有必要，亦可进行剖腹探查以肯定诊断。在抗生素出现以前，急性输卵管卵巢炎被列为剖腹探查的禁忌症，因手术探查时有可能将炎症扩散，但目前在已把握多种有效抗生素的情况下，对可疑的急性输卵管卵巢炎患者进行剖腹探查并无禁忌。实验室检查，对诊断此症有参考价值，四周血的白细胞总数及中性白细胞均明显增加，血沉率亦明显增高。即使白细胞增加不多，体温亦不太高但血沉率明显增高（有时超过100mm / h）时亦应考虑有急性炎症存在。多年来已知某些生殖器官的粘膜，如输卵管及宫颈管粘膜等可产生一种有别于胰腺所产生的淀粉酶，此种生殖淀粉酶与唾液淀粉酶不易区别。数年前，瑞典有人发现在直肠子宫陷凹处的腹水中存在此种非胰腺产生的淀粉酶，包括生殖

与唾液淀粉酶称为同种淀粉酶（iso-amylase），其正常值约为300U / L而当输卵管粘膜受炎症的损害时，则腹水中的同种淀粉酶的含量即明显降低，降低的程度与炎症的严重程度成正比，可降至40U / L左右，但患者的血清同种淀粉酶值则仍维持在140U / L左右。该作者对可疑急性输卵管炎患者进行试验，在\*\*\*后穹窿处作穿刺取少许腹水以测定同种淀粉酶值，同时取患者血以测定酶值，试验结果，凡腹水同种淀粉酶值 / 血清同种淀粉酶的商值少于1.5者，大多数均被手术证实系急性输卵管炎患者。此项检查已被认为是对急性输卵管炎较可靠的辅助诊断方法。国外有人发现急性输卵管炎患者的后穹窿穿刺腹水中白细胞计数远远高于非此症患者，并认为如能将在后穹窿抽出的腹水同时作上述两项检查，则诊断准确率可进一步提高。鉴别诊断在临床工作中，需与急性输卵管卵巢炎及盆腔腹膜炎相鉴别的有以下几种情况：（一）急性阑尾炎 右侧病灶较为严重的急性输卵管卵巢炎易与急性阑尾炎相混淆。一般而言，急性阑尾炎起病前常有胃肠道症状，如恶心、呕吐或腹泻，而输卵管卵巢炎则仅偶有此种症状。阑尾炎腹痛多初发于脐四周，然后逐渐转移并固定于右下腹，而急性输卵管卵巢炎则痛起于下腹左右两侧，检查时急性阑尾炎仅麦氏点有触痛，左下腹则无痛。但以右侧病灶较明显的急性输卵管卵巢炎，亦可仅有右下腹触痛。急性阑尾炎的体温与四周血白细胞的升高程度一般不如急性输卵管卵巢炎明显。如系急性输卵管卵巢炎，作妇科检查时子宫两侧均有触痛。位置较低的阑尾一旦发炎，检查子宫右侧可有触痛，但正常位置的阑尾炎，\*\*\*检查一般不易扪到。如诊断不能肯定，应尽早作剖腹探查，否则将急性阑尾炎延误，阑

尾穿孔后不仅可危及患者生命；其所形成的局限性腹膜炎或脓肿与严重的急性输卵管卵巢炎及盆腔炎更难区别。（二）卵巢囊肿蒂扭转 右侧的卵巢囊肿蒂扭转可引起急性下腹痛伴有恶心、甚至呕吐。扭转后囊腔内常有出血，如伴有感染，则可有发热，故易与输卵管卵巢炎混淆。但卵巢囊肿蒂扭转之症状大多出现于可动性肿块之后，而输卵管卵巢炎则反之，且作妇科检查时，前者可触到扭转的蒂部，颇似索状物并有剧烈触痛。从病史及体征还是有可能鉴别二者的。但若卵巢囊肿蒂扭转后继发感染，则一时难以分辨，可行B超检查或试用抗感染短时间处理，再考虑剖腹探查。（三）异位妊娠或卵巢黄体破裂 这两种情况均可因包壁破裂或腹腔内出血而引起急性腹痛并可能有发热，患者常有不规则\*\*\*出血；检查时下腹有触痛，宫旁触痛明显，且多有宫颈举痛。这些症状均与急性输卵管卵巢炎有相似之处但前二者多伴有不等程度的内出血现象，其明显者有贫血，甚至有休克征，不难作出鉴别。如有怀疑，可作后穹窿穿刺检查，抽出陈旧性血液，诊断当可明确。（四）盆腔子宫内异位症 患者在经期有剧烈下腹痛，经量增多，个别患者且可有低度发热，检查时盆腔内可有重度触痛，但如详询病史，患者平时即有严重痛经，且多有原发或继发性不孕史；妇检可发现盆腔内有多个结节，诊断应能明确。如有怀疑，应考虑作腹腔镜检查。（五）急性下生殖道炎症 有时严重的宫颈炎、\*\*\*炎亦可引起下腹部痛，患者多伴有白带增多，并可能有尿频、尿急等症状；妇检且可发现宫旁有触痛，故亦可能误为伴有急性附件炎之宫颈、\*\*\*炎，此时可作\*\*\*后穹窿穿刺，取腹水作白细胞计数及淀粉酶商数测定，当可明确有无急性附件炎存在。治疗对

急性输卵管卵巢炎及盆腔炎患者一般均需收入院治疗。治疗此症的要害是选用有效的抗生素。因此，当患者入院后可在给以抗生素的同时取宫颈分泌物或经后穹窿穿刺取盆腔内渗出物作病原体涂片及培养检查。由于盆腔炎以上行性感染较常见，因而取宫颈分泌物培养出的细菌，往往就是盆腔炎的致病菌。如能作腹腔镜检查直接取输卵管的分泌物作检查则可获得更可靠的资料。如有条件，不论取自何处的液体均应对其作厌氧菌培养并作药敏试验。由于此种炎症多系混合感染，而在我国致病菌往往是大肠杆菌及类杆菌属，尤其是脆弱类杆菌，而淋菌或衣原体感染均较少见，故可选用庆大霉素8万U日2~3次肌注，加灭滴灵0.4g口服三次。庆大霉素对抗大肠杆菌效果较好，而灭滴灵则对厌氧菌有特效，其特点是毒性小，杀菌力强，而价廉，因而已被广泛应用。在应用此二种抗感染药物的同时，亦可加用四环素0.5g每日服4次共用10日，以治疗可能存在的衣原体感染。青霉素对衣原体无效。如患者入院时，已发现其所患炎症与分娩或流产有关，则致病菌有可能是B、D族链球菌；或入院时已发现系淋菌感染，则可采用青霉素及灭滴灵作为首选药，青霉素80万~120万日3次，肌注或静脉，滴注。经上述治疗2~3日后细菌培养可能已有结果，药敏试验亦可得知，此时抗生素是否需更换应根据第一次用药的疗效而定。若疗效肯定，表现为症状减轻，体温下降，则不论培养出何种病原体均无需改换抗生素，因所用抗生素对混合感染中的某1~2种致病菌有特效即有可能将炎症控制，而无需针对所有培养出的细菌用药。若经3~4日治疗，效果不显甚至病情加重，则可根据细菌的药敏试验而改用相应有效的抗生素。大剂量青霉素加氯霉

素（0.5~1g，每6小时1次）或庆大霉素加氯林可霉素盐酸盐0.3g，肌注，6小时一次，此两种混合用药法对多种需氧及厌氧菌均有效；氯林可霉素且对沙眼衣原体感染有疗效。但氯霉素可抑制造血系统、引起再生障碍性贫血或粒细胞缺乏，而氯林可霉素则可导致假膜性结肠炎等严重合并症，故不宜作为第一线用药。为了避免混合用药所带来的不便与经济负担，以及减少合并症的不良影响（长期应用庆大霉素可导致肾脏损害），近年来人们试图采用对大多数需氧及厌氧菌均有疗效的单一广谱抗生素以治疗急性盆腔炎。最近已有人单独应用一种较新的青霉素，称氧哌嗪青霉素（piperacillin）治疗急性盆腔炎，取得与庆大霉素与氯林可霉素合用的效果相同，氧哌嗪青霉素的剂量为250mg/kg静脉滴注，日4~6次。亦有人主张单纯应用第二、三代的头孢菌素，如头孢羟唑，或甲氧噻吩头孢菌素治疗急性盆腔炎，亦取得较好疗效。对严重急性盆腔炎患者，在入院时除应在局部取分泌物作涂片及培养外应常规取血标本作培养，以作为治疗时用药的参考。在治疗严重病人时，可考虑加用肾上腺皮质激素以加强抗生素的疗效，开始时可静脉滴注氢化考的松，以后改用口服强的松，并根据情况逐渐减量，停药时应先停用激素再停抗生素。急性输卵管卵巢炎、盆腔腹膜炎，如未经治疗或治疗不及时不彻底可发展成三种结果：弥漫性腹膜炎或败血症；输卵管积脓或输卵管卵巢脓肿；慢性输卵管卵巢炎。因此，对急性输卵管卵巢炎、盆腔腹膜炎应治疗彻底，即使体温已恢复正常、症状已消失，仍需继续应用抗生素数日，以免遗留后患。治疗是否彻底可以红细胞沉降率恢复正常与否作为重要指标之一。症状消失，体温正常，但血沉率



仍高者，常表示炎症尚未完全被控制。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)