

急性输卵管卵巢炎 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\\_302389.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/302/2021_2022__E6_80_A5_E6_80_A7_E8_BE_93_E5_c22_302389.htm) 名称急性输卵管卵巢炎

所属科室妇科病因（一）月经期、流产后或产褥期女性生殖道反抗感染的生理防御功能减弱。\*\*\*正常酸性因月经血或恶露而改变；颈管有轻度扩张或裂伤，粘液栓消失；正常的子宫内膜剥脱后，宫腔表面裸露，扩张的血窦及凝血块为良好的细菌滋生地；产褥期复旧过程的子宫对感染的抵抗力也较低。因此，如月经期不注重卫生或有性生活，细菌极易经粘膜上行，引起输卵管内膜感染。这是最常见的发病原因及感染途径。经期下腹部受凉或长时间在冷水中作业，使机体抵抗力减弱而引起急性附件炎，在临床亦可碰到。（二）细菌感染在一些国家是导致急性输卵管卵巢炎的最主要原因，近年来我国也有发生，故对细菌感染患者要注重此情况。（三）结核杆菌的播散至输卵管，主要是经血液循环所致。其他传染病如化脓性扁桃体炎、白喉、腮腺炎、伤寒及副伤寒、猩红热等病原菌偶可经血行播散，引起急性附件炎。（四）输卵管邻近器官炎症病变，如阑尾炎、结肠憩室炎等可通过直接接触蔓延至输卵管。病理（一）从生殖道粘膜上行性感染，波及输卵管内膜引起输卵管内膜炎，粘膜水肿，有浆液性或脓性渗出液排出。开始炎症病变范围较小仅局限于粘膜层，很快炎症波及输卵管各层，输卵管浆膜层最后受累，浆膜失去光泽且有纤维素沉着mdash.输卵管四周炎。这时输卵管肿胀、充血、发红、卷曲。粘膜血管极度充血时，可出现含大量红细胞的血性渗出液，称为出血性输卵管炎。进一

步炎症加重，输卵管管腔中含有大量脓性分泌物。由于输卵管腹腔口的内陷及伞部的粘连而闭锁。这一病变可以阻止脓液流入腹腔，避免炎症进一步扩散，以防引起盆腔腹膜炎等。输卵管的子宫端由于粘膜高度肿胀，与宫腔的通道亦遭到阻塞。镜下所见：输卵管粘膜增厚、充血、间质水肿，有大量中性白细胞浸润，粘膜上皮片状脱落而致相互粘连。管腔含有脱落坏死上皮及大量炎细胞形成的脓性分泌物。肌层及浆膜层也有轻重不等的炎性反应。淋巴管及毛细血管扩张，布满多形核白细胞及血栓，且肌层内有小的脓肿形成。（二）输卵管积脓。输卵管两侧端的闭锁，导致输卵管腔内脓液的瘀积，并随着炎症病变的发展日益增多，而形成输卵管积脓。输卵管壶腹部肌层薄，极易扩张，峡部肌层较厚，较难胀大，因而输卵管积脓形似曲颈瓶，渐向壶腹部膨大，最大直径可达12~15cm，而与此同时输卵管自身变延长，并坠于阔韧带后方。内容物可为浆液脓性，或粘液脓性。输卵管积脓常与四周组织及脏器粘连，如阔韧带后叶、卵巢、乙状结肠、回肠，有时坠到子宫直肠窝，与该部腹膜粘连。这时输卵管增厚，呈致密坚韧的囊性肿块。如细菌毒性极强，炎性病变继续发展，积脓增多，可以使胀大变薄的输卵管穿孔、破裂，而引起盆腔腹膜炎或弥漫性腹膜炎。有时亦可向直肠、\*\*\*后穹窿穿破，偶可向膀胱穿破。（三）从宫颈或宫壁淋巴管向外播散者，一般都首先在宫旁组织产生程度不等的淋巴管及淋巴管四周炎、静脉与静脉四周炎以及阔韧带蜂窝组织炎。炎症继续深入而扩展至输卵管系膜及输卵管腹膜，最后输卵管壁受累。因此，这一类型属于输卵管间质部炎症，粘膜受累很轻，甚至未受波及。其横断面可看到输卵管系膜

及输卵管壁显著增厚并有明显浸润，而其管腔可能基本正常，被覆之粘膜上皮可无炎症反应。因此，与直接经粘膜上行蔓延的炎症病变不同，对生育方面的影响较小，即使有很严重的盆腔炎症病变，日后仍有妊娠可能。这类病例宫旁结缔组织炎先于输卵管炎，因而子宫有不同程度的固定。镜下观察：粘膜正常或轻度炎性浸润，肌层因水肿及白细胞浸润而极度增厚，浆膜层常产生有某种程度的急性纤维性腹膜炎。

（四）在输卵管炎急性期，卵巢通过浆膜面炎症的直接蔓延或通过输卵管系膜及卵巢系膜中淋巴管的播散而受到感染。前者的炎症反应仅限于卵巢表面的渗出物及纤维素形成，使基本正常的卵巢包绕于四周炎症组织的粘连之中。炎症严重，侵入卵巢实质，可发生多发性脓肿，非凡轻易侵入成熟卵泡或新生黄体之内，形成卵泡—黄体脓肿，多发性脓肿相互融合而成卵巢脓肿。卵巢脓肿常与输卵管积脓贯通，形成输卵管卵巢脓肿，是盆腔脓肿中最多见的一种。（五）急性输卵管卵巢炎，多半双侧受累，可能一侧病变较轻。单侧输卵管卵巢炎偶见于阑尾炎或憩室炎直接蔓延到附件的炎症病变。极个别的产褥感染可发生一侧附件感染，甚至有一侧形成很大的输卵管积脓而另一侧则无。在输卵管炎急性期盆腔腹膜常有轻度感染，并有浆液性液性渗出。严重时可发生化脓性变而形成脓液。脓液可积聚于子宫直肠窝，从\*\*\*后穹窿可以扪到张力大的疼痛性包块。子宫直肠窝脓肿亦可直接来自感染的输卵管，当伞端没有闭锁，输卵管腔中的脓液排出腹腔口外，积聚于盆腔深处而成。临床表现一般在感染后两周内发病，先有全身乏力、食欲不振等全身症状，发病即出现高热39~40℃，脉速110~120次/分，可能有恶寒或寒战

，两侧下腹部剧痛，大便时加重。有时并有小便疼痛、腹胀、便秘等。大便带粘液是结\*\*\*受炎性浸润的刺激现象。常有月经过多，月经期延长或月经失调及脓性白带。体征：急性病容，颜面潮红，舌干苔白厚，腹部非凡下腹部压痛明显，拒按，腹肌强直，反跳痛明显，并有鼓肠。妇科检查：\*\*\*有脓性分泌物或为血性，宫颈多有程度不等的红肿。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。双合诊时移动宫颈有剧痛。由于病人怕痛及腹壁紧张，往往不易查清盆腔内情况。如可扪清子宫，则一般子宫较固定，正常大或稍增大，有剧烈触痛。两侧附件区普遍触痛，一般不易摸清附件肿块。急性输卵管卵巢炎患者有时可伴发肝四周炎（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。此症常被误诊为急性胆囊炎。当形成输卵管卵巢脓肿时，虽接受积极治疗，体温仍高，呈弛张热或稽留热，脉细速，腹膜刺激症状更为明显，且常有直肠压迫及疼痛感觉。妇科检查子宫及附件已触痛明显，在盆腔一侧或两侧可触到张力大而稍带囊感的疼痛包块。如脓肿位于子宫直肠窝，则\*\*\*检查可感后穹窿饱满突出，肛诊时感觉更明显。输卵管卵巢脓肿向腹腔穿孔破裂时，病人忽然感到剧烈疼痛，并持续加剧，可有恶心、呕吐、寒战，随之病人面色苍白。血压下降，脉搏微速，出冷汗等临床休克状态。检查腹部有弥漫性压痛、明显反跳痛及腹肌强直。腹式呼吸消失，并有腹胀、肠麻痹等症状，需紧急处理。如脓肿向直肠或\*\*\*后穹窿穿破，则可由\*\*\*或\*\*\*排出多量脓液，此后病情即有明显好转。诊断

急性输卵管卵巢炎常有一定病因存在，如月经期卫生与性生活情况，故病史很重要，很多误诊常由于忽略仔细询问病史。白细胞分类计数及血沉，对诊断有一定帮助。白细胞总数在 $20 \sim 25 \times 10^9/L$ ，可能尚无脓肿，应反复检查数次，一次检查有时不够准确。血沉超过 $20 \sim 30 \text{ mm/h}$ ，亦常有脓肿形成的线索。但仍宜结合临床表现及局部检查，综合分析判定。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。现已发现在子宫直肠陷凹处的腹水中，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，其正常值为 $300 \mu\text{u./L}$ 左右，但患者的血清同种淀粉酶值仍维持在 $140 \mu\text{u./L}$ 左右。故对可疑急性输卵管炎患者，可行\*\*后穹窿处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。凡腹水同种淀粉酶值/血清同种淀粉酶的商少于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。鉴别诊断 在妇科检查同时，最好采取子宫腔排出物送细菌培养及药敏，作为使用抗生素的参考。（一）与急性阑尾炎鉴别：右侧病灶较为严重的输卵管卵巢炎易与急性阑尾炎相混淆，但急性阑尾炎腹痛开始于脐四周，数小时或稍长时间后即局限于马氏点，而急性输卵管卵巢炎开始即局限于下腹部两侧。急性阑尾炎常伴有恶心、呕吐症状，而输卵管卵巢炎可有可无。急性阑尾炎仅有轻度发烧，而白细胞增高较为明显。检查时阑尾炎压痛点在马氏点，而在输卵管炎压痛处较低且为双侧。阑尾穿孔伴发腹膜炎时鉴别较困难，这时腹痛、触痛、腹肌紧张均累及整个下腹部，极似输卵管卵巢炎。

盆腔检查虽可有触痛及反抗感，但其剧烈程度似不及急性输卵管卵巢炎，后者有时还可触到附件肿大或附件脓肿。但有时阑尾炎波及同侧子宫附件或阑尾穿孔后形成盆腔脓肿，则不易鉴别，需要剖腹探查。（二）与急性肾盂炎鉴别：肾脏虽位于骨盆之上，但严重的急性肾盂炎，有时症状极似急性附件炎。肾盂炎疼痛主要在上腹部，但可波及满腹，肾区肋椎角有显著触痛及叩击痛；同时可有高烧，但病人痛苦情况不如附件炎及阑尾炎严重。小便（中段尿或导尿标本）检查有脓细胞、红细胞存在。（三）与输卵管妊娠流产或破裂及卵巢囊肿蒂扭转的鉴别除见表21-1外，可详见有关章节。鉴别有困难时，可先按炎症处理，密切观察。病情需要时可剖腹探查。治疗（一）一般支持及对症治疗：绝对卧床，半卧位以利引流排液，并有助于炎症局限。多进水及高热量易消化的半流质饮食。高热者应补液，防止脱水及电解质紊乱。纠正便秘，服用中药，如番泻叶，或用生理盐水或1、2、3剂灌肠。疼痛不安者可给镇静剂及止痛剂。急性期腹膜刺激症状严重者，可用冰袋或热水袋敷疼痛部位（冷或热敷以病人感觉舒适为准）。6~7天后经妇科检查及白细胞总数、血沉的化验证实病情已稳定，可改用红外线或短波透热电疗（详见慢性输卵管卵巢炎）。（二）控制感染：可参考宫腔排出液的涂片检查或细菌培养与药敏结果，选用适当抗生素。由于此种炎症多系混合感染，而在我国致病菌大多为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，或24万U静滴，如灭滴灵0.4g日服3次。庆大霉素对抗大肠杆菌效果较好，而灭滴灵对厌氧菌有特效，且毒性小，杀菌力强，价廉，

因而已被广泛应用。严重者可静脉点滴广谱抗生素如头孢菌素、丁胺卡那霉素、氯霉素等。治疗必须彻底，抗生素的剂量和应用时间一定要适当，剂量不足只能导致抗药菌株的产生及病灶的继续存在，演变成慢性疾患。有效治疗的标志是症状、体征逐渐好转，一般在48~72小时内可看出，所以不要轻易改换抗生素。严重感染除应用抗生素外，常用时采用肾上腺皮质激素。肾上腺皮质激素能减少间质性炎症反应，使病灶中抗生素浓度增高，充分发挥其抗菌作用，并有解热抗毒作用，因而可使退热迅速，炎症病灶吸收快，非凡对抗生素反应不强的病例效果更好。静滴地塞米松5~10mg溶于5%葡萄糖溶液500ml，1日1次，病情稍稳定改为每日口服强的松30~60mg，并渐减量至每日10mg，持续1周。肾上腺皮质激素停用后，抗生素仍需继续应用4~5天。

（三）脓肿局部穿刺及注射抗生素：脓肿形成后，全身应用抗生素效果不够理想。如输卵管卵巢脓肿贴近后穹窿，\*\*\*检查后穹窿饱满且有波动感，应行后穹窿穿刺，证实为脓后，可经后穹窿切开排脓，放置橡皮管引流；或先吸净内容物，然后通过同一穿刺针注入青霉素80万U加庆大霉素16万U（溶于生理盐水中）。如脓液粘稠不易抽出，可用含抗生素之生理盐水稀释，使逐渐变成血性血清样物后易被吸出。一般经2~3次治疗，脓肿即可消失。

（四）如盆腔脓肿穿孔破入腹腔，往往同时有全身情况的变化，应立即输液、输血，矫正电解质紊乱，纠正休克，包括静滴抗生素和地塞米松等药物。在纠正一般情况的同时应尽速剖腹探查，清除脓液，尽可能切除脓肿。术毕，下腹两侧放置硅胶管引流。术后应用胃肠减压及静脉滴注广谱抗生素，继续纠正脱水及电解质紊乱，输血，以提

高身体抵抗力预防及预后 急性输卵管卵巢炎及时诊断，正确治疗，预后良好。轻型单纯性输卵管炎经过治疗常可于2~3天体温下降，1周左右输卵管水肿消失，增厚的输卵管在1~2月内完全吸收。输卵管皱襞及纤毛上皮可恢复正常，而不致影响生育。其他类型的输卵管炎很难完全吸收，大多遗留程度不等的输卵管炎及腹膜粘连。输卵管壁狭窄迂曲，管腔阻塞，伞端粘连闭锁而功能损害，造成不孕症。但间质型的输卵管炎粘膜损害较轻，虽输卵管壁病变严重，日久输卵管腔可能再通。然而皱襞纤毛破坏，管腔部分狭窄，一旦受孕，由于蠕动性差，输送受精卵缓慢，成为异位妊娠的原因。有的因种种原因可演变为慢性疾病（详见慢性输卵管卵巢炎）。

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)