

慢性输卵管卵巢炎 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_85_A2_E6_80_A7_E8_BE_93_E5_c22_302531.htm 名称慢性输卵管卵巢炎

所属科室妇科病因 慢性输卵管卵巢炎的病变类型大致可发为4种：输卵管积水、输卵管积脓、附件炎块及间质性输卵管炎。

（一）输卵管积水及输卵管卵巢囊肿：（Hydrosalpinx and tuboovarian cyst）：输卵管积水系输卵管内膜炎引起伞端闭锁，管腔中渗出液积聚而成。有的则为输卵管积脓，部分日久脓液吸收液化，呈浆液状，演变成输卵管积水。如原为输卵管卵巢脓肿则形成输卵管卵巢囊肿（积水）。此外，有时因卵巢四周炎使卵泡破裂受阻而形成卵泡囊肿，或卵泡破裂时细菌乘隙而入，形成炎性积液，以后又与输卵管积水贯通而成输卵管卵巢囊肿。输卵管积水常不甚大，均在15cm直径以下，与输卵管积脓一样，呈曲颈瓶状。输卵管卵巢积水直径可达10~20cm左右。两者都见于炎症多年不复发的病例。外表光滑，管壁因膨胀而菲薄透亮。输卵管积水一般有纤细膜样索条与盆腔腹膜粘连，但个别游离。由于远端膨大较重，偶以近端（峡部）为轴，发生输卵管积水扭转，以右侧多见。输卵管积水常为双侧性。其子宫端有时仅疏松闭塞，因而作子宫输卵管碘油造影时，X线透视或摄片可显示典型的输卵管积水影象；少数病例诉称偶有突发性多量或间断性少量水液自***排出，可能为输卵管积水腔内压力增大，积液冲出疏松闭塞的输卵管口所致。大量***排液后盆腔检查，可发现原有之包块消失。

（二）输卵管积脓、输卵管卵巢脓肿：（pyosalpinx and tubo-ovarian abscess）：输卵管积脓日久不

消，可反复急性发作。尤其与盆腔内的肠管紧密相连，大肠杆菌渗入而继发混合感染。机体抵抗力减弱时，遗留的输卵管积脓亦可受到外界的激惹。如患者过于劳累、性生活、妇科检查等而急性发作。月经前后由于局部充血亦可复发。由于反复发作，输卵管壁高度纤维化而增厚，并与其邻近器官（子宫、阔韧带后叶、乙状结肠、小肠、直肠、盆底或骨盆侧壁）粘连。如经治疗后稳定，脓液除液化形成输卵管积水外，亦可日益粘稠，并渐渐被肉芽组织所代替，偶可发现钙化或胆固醇结石。（三）附件炎块（adenexitis）：慢性输卵管卵巢炎症，可呈炎性纤维化增生而形成较坚实的炎块。一般较小，如与肠管、大网膜、子宫、盆腔腹膜、膀胱等共同粘连，可形成一大包块。包块亦可在盆腔炎症的手术后形成。此时以保留的器官，如卵巢或部分输卵管、盆腔结缔组织或子宫残端为中心，肠管、大网膜等与之粘连。如已成慢性炎块，欲使其炎症彻底消散或包块完全消失，则较为困难。

（四）慢性间质性输卵管炎（chronic interstitial salpingitis）：为急性间质性输卵管炎遗留的慢性炎症病变，多与慢性卵巢炎并存。可见双侧输卵管增粗、纤维化，在其肌层中、腹膜下可有小脓灶残留。临床表现为附件增厚或条索状增粗。镜检输卵管各层均有淋巴细胞、浆细胞广泛浸润（照片2）。此外尚可形成一种峡部结节性输卵管炎，是输卵管慢性炎症病变的残留。病变主要局限于输卵管峡部。这类病例在峡部出现明显的结节，结节有时可能很大，类似宫角的小纤维样肿瘤。镜检肌层异常增厚，管腔内膜皱襞可分别卷入肌层，形似子宫内膜异位症，可由其缺乏子宫内膜间质而区别，个别肌层有淋巴细胞、浆细胞浸润。临床表现（一）腹痛：下腹

有不同程度疼痛，多为隐性不适感，腰背部及骶部酸痛、发胀、下坠感，常因劳累而加剧。由于盆腔粘连，可能有膀胱、直肠充盈痛或排空时痛，或其他膀胱直肠刺激症状，如尿频、里急后重等。（二）月经不调：以月经过频、月经量过多为最常见，可能是盆腔充血及卵巢功能障碍的结果。由于慢性炎症导致子宫纤维化、子宫复旧不全或粘连所致的子宫位置异常等，均可引起月经过多。（三）不孕症：输卵管本身受到病损的侵害，形成阻塞而致不孕，以继发不孕较为多见。（四）痛经：因盆腔充血而致成瘀血性痛经，多半在月经前1周开始即有腹痛，越临近经期越重，直到月经来潮。

（五）其他：如白带增多，性交疼痛，胃肠道障碍，乏力，劳动受影响或不耐久劳、精神神经症状及精神抑郁等。（六）

体征：1.腹部检查：除两侧下腹部可有轻度触痛外，很少有其他阳性发现。2.妇科检查：子宫颈多有糜烂、外翻，有粘液脓性白带。子宫常后倾或后屈，活动度较正常为差，一般移动宫颈或宫体有疼痛感，轻症仅在双侧附件处触得增厚条索状输卵管；重者则可在盆腔两侧或子宫后侧方扪到大小不等、不规则和固定的包块，多有压痛。壁厚实而粘连，严重的囊性肿块多为脓肿；壁薄、张力大而稍能活动者，多为输卵管积水。诊断在急性盆腔生殖器官炎症后出现上述症状，即可考虑为慢性附件炎。即使无急性病史，有上述一系列症状亦可高度怀疑。如检查时仅发现宫旁组织稍增厚而无包块，则可进行输卵管通液检查，如证实输卵管不通，慢性输卵管通液检查，如证实输卵管不通，慢性输卵管炎的诊断即基本上可以确立。鉴别诊断（一）与陈旧性宫外孕鉴别：两者病史不同。陈旧性宫外孕常有月经短期延迟，忽然下腹部

疼痛，伴有恶心、头晕甚至晕厥等内出血症状，可自行减轻，甚至恢复正常生活。以后又有反复多次突发性腹痛。发作后时有隐痛及下坠感，自觉下腹部有包块，***有持续少量流血等，都与慢性附件炎有别。且有外貌贫血，双合诊，包块多偏于一侧，质实而有弹性，外形极不规则，压痛较炎症轻，可通过后穹窿穿刺吸出陈旧性血液或小血块而得到确诊。

（二）与子宫内膜异位症鉴别：有时很难鉴别，因共有痛经、月经多、性交痛、排便痛、不孕及盆腔包块、粘连等体征而易混淆。仔细询问病史，子宫内膜异位症之痛经为渐进性，愈来愈剧烈，经前开始，经期剧烈并持续至经后数日。多为原发不孕，无白带增多及炎症病史。双合诊附件增厚，与后倾子宫的后壁粘连。如子宫骶韧带出现触痛性结节则易诊断，量常缺乏这一体征。可通过子宫输卵管造影或腹腔镜检查，以得出正确诊断。治疗如病人无严重不适，应予非手术治疗。即使症状较明显，亦应先进行中西医结合综合治疗，如治疗适当仍可获得痊愈，有再次妊娠可能。

（一）非手术治疗：适当休息，减少房事，彻底治疗宫颈炎、外阴、***、尿道腺体炎症，非凡是宫颈糜烂，可使附件重复感染而有急性发作的可能。此外可选用下列方法：1. 抗生素治疗宜局部应用，可采用侧穹窿封闭或宫腔注射：（1）抗生素侧穹窿封闭：根据病情每日或隔日1次，7~8次为1疗程，必要时可在下次月经后重复注射，一般需3~4个疗程。亦可同时加入地塞米松或强的松龙一并注射。（2）宫腔输卵管内注射抗生素：操作与输卵管通液方法相同，或以双腔橡皮导尿管插入宫腔，注射量按宫腔大小及输卵管闭塞程度逐渐增加。首次用量不宜超过10ml，注射液不要低于室温，以免引起输卵

管痉挛。压力应小于21.3kPa，以每分钟1ml速度缓缓注入。注入药后维持15~20分钟抽出橡皮管，嘱病人静卧半小时。每月在经血干净3~4天后开始，2~3天1次，5~6次为1疗程，共3~4疗程。药物除青霉素、庆大霉素外，还应加透明质酸酶、糜蛋白酶或地塞米松，透明质酸酶能水解组织中的透明质酸，用以加速药物的渗透吸收，以增加疗效。糜蛋白酶可以溶解纤维蛋白，清除坏死组织、血肿及其他分泌物。肾上腺皮质激素常与抗生素联合使用，以治疗慢性输卵管炎。据报道，输卵管腔单纯注射抗生素使阻塞变通畅者有10%，加用地塞米松者可达50%以上。目前多在注射前先服强的松2个周期，即每周期自第五天起服强的松20mg/d，5天，渐减至15mg/d，5天，10mg/d，10天，共20天，于第三周期月经净后作宫腔注射，最初3次用青霉素80万U，庆大霉素16万U，透明质酸酶1500U（或 α -糜蛋白酶5mg）溶于10ml生理盐水，以后3次改用地塞米松5mg加抗生素，两疗程后休息1月再重复注射，至通畅为止。

2.理疗：可促进血液循环，以利炎症消散，常用的有超短波、透热电疗、红外线照射等。

3.中药：可用康妇消炎栓等。

（二）手术治疗

1.输卵管积脓或输卵管卵巢脓肿常易急性发作，因此宜采用手术切除病灶。一般在用药控制炎症数日后，不论体温是否降至正常，即可进行手术。因病灶摘除后，剩余的炎症病变很易控制，病人恢复较快。

2.慢性炎块及其他输卵管慢性炎症病变，经非手术治疗效果不明显，临床症状较重，严重影响病人生活及工作，而病人年龄超过40岁者可给予手术治疗。手术前后应用抗生素。一般根据具体情况，术前3天、术后5~7天给药。手术宜彻底，以全子宫切除及双侧附件切除预后最好，保留部分

卵巢或子宫均可形成炎症的复发。因此，对年青患者应尽量考虑非手术治疗，一经决定手术，就宜彻底，否则预后不良。对年轻并迫切希望生育而输卵管不通但尚未形成包块者，应考虑进行输卵管复通手术。 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