

流产_妇产科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/609/2021_2022__E6_B5_81_E4_BA_A7__E5_A6_87_c22_609368.htm

流产（abortion）为妇产科常见疾病，如处理不当或处理不及时，可能遗留生殖器官炎症，或因大出血而危害孕妇健康，甚至威胁生命；此外，流产易与妇科某些疾病混淆。妊娠于20周前终止，胎儿体重少于500克，称为流产（1966年世界卫生组织）。流产发生于孕12周前者，称为早期流产。发生于12周后者，称为晚期流产。

【病因学】导致流产的原因很复杂，是多种的，早期流产较为常见的原因因为染色体异常、内分泌异常、子宫发育不良或畸形。

一、染色体异常 染色体异常包括染色体数目异常，如单体、三体、多倍体；结构异常，如断裂、缺失、易位均可致流产。有人对自然流产和治疗性流产进行染色体的研究，发现在自然流产中核型异常者占60%。核型异常者每伴有胎儿或胎盘等一种结构上的异常。而核型正常者流产的胎儿多正常。

二、内分泌失调 雌激素过多与孕酮不足亦为早期流产的原因。因在妊娠12~14周正处于胎盘形成代替妊娠黄体功能的时期，易有内分泌失调，尤以黄体功能不足。此外，甲状腺素缺少，使细胞的氧化过程遭受障碍，以及甲状腺机能亢进与糖尿病等皆易发生流产。

三、胎盘异常与胎盘内分泌不足 早期妊娠时的蜕膜炎可使底蜕膜出血或增生，绒毛上皮细胞及蜕膜细胞被溶解，绒毛内血管阻塞，影响营养物质的吸收与运送，以致孕卵从附着处分离、出血而流产。此外如胎盘内巨大梗塞可使胎盘功能降低，影响胎儿生存；而前置胎盘、胎盘绒毛水肿变性致成流产者亦不少见。妊娠后

母血中 -hcg、hpl、p、e2、雌酮，早孕时如这些激素值下降，则50%流产。四、血型不合由于以往妊娠或输血，致rh因子、不合的abo血型因子在母体中产生抗体，此次妊娠由胎盘进入胎儿体内与红细胞凝集而产生溶血，以致流产。五、精神神经因素如惊吓、严重精神刺激等也都可致成流产。近年来通过研究认为，噪音与振动对人的生殖有一定影响。六、母体全身性疾病（一）严重的急性传染病和感染疾病：如大叶性肺炎，多伴发生高热导致子宫收缩，或/和胚胎死亡均可致流产。（二）慢性疾病：严重贫血、心脏病、心力衰竭可引起胎儿缺氧、窒息而死亡；慢性肾炎、严重高血压可使胎盘发生梗死或早剥离而引起流产。（三）营养不良或药物中毒：如维生素缺乏，特别是维生素e生育醇的缺乏，汞、铅、酒精及吗啡等慢性中毒，均可引起流产。七、生殖器官疾病子宫畸形，如双角子宫、子宫腔纵隔，常为流产的原因。但子宫发育不良往往是不孕的原因。此外，如子宫肌瘤，尤其是向子宫腔内发展的粘膜下肌瘤或嵌顿在骨盆腔中的卵巢囊肿，均可影响胎儿的发育而导致流产。子宫内口松弛为习惯性流产常见原因之一。近年来发现宫腔粘连患者中，约14%发生在流产后。粘连引起宫腔缩小、变形和子宫内膜面积减少，且有硬化，影响胚胎发育。八、免疫因素对原因不明者，近年来研究发现多数与免疫因素密切相关。（一）组织相容抗原（histocompatibilitylocusantigen，hla）：hla复合体定位于人的第六对染色体短臂的一个区段上，至少包括4个与移植有关的基因位点：hla-a、b、c、d/dr等。正常妊娠时夫妇hla不相容，可维持遗传的多样性，防止致死纯合子的产生。而习惯性流产夫妇间hla抗原相容的频率大于正常妊娠者，其中

以dr抗原相同的机会更多。过多的共有抗原，阻止母体对妊娠作为异体抗原的辨认，不能刺激母体产生维持妊娠所需的抗体，缺乏抗体的调节作用。母体免疫系统易对胎儿产生免疫学攻击，而导致流产。（二）抗磷脂抗体：为一组自身免疫性抗体，其中包括狼疮抗凝抗体（la）及抗心磷脂抗体（acl）。近年来研究发现，在自身免疫性疾病，某些感染、药物，或不明原因的疾患中，如抗磷脂抗体阳性，习惯性流产发生率极高。患者常有动静脉血栓形成，血小板减少，考虑致流产的原因是由于血栓形成，引起蜕膜或胎盘功能不足。抗磷脂抗体不是作用于妊娠早期导致流产，而是作用于妊娠中、晚期使胎儿死亡，抗磷脂抗体可能是中晚期流产的因素。（三）抗精子抗体：在反复自然流产

（recurrentspontaneousabortion，rsa）夫妇中，研究发现双方或男方血清中的抗精子抗体。动物实验证明抗精子抗体有杀死胚胎的作用。提示该抗体的存在与rsa有关。国内亦有报道女方抗精子抗体阳性多见，说明女方对精子的同种异体免疫及丈夫的自身免疫均与rsa有关。抗精子抗体引起的流产，多发生在3个月以内的早期流产，即母体内精子凝集抗体持续作用于早期胚胎组织致病变，使胚胎受损而流产。【病理改变】由于流产发生时期不同，其病理过程亦不一致。发生于妊娠8周以前者，多数胚胎先死亡，然后底蜕膜的海绵层出血、坏死及血栓形成。因此时绒毛发育不全与母体联系不牢固，流产时多数是胚胎和整个胎囊与子宫壁完全剥离而排出，故一般出血不多。这种流产常被忽视而误认为是一次过期的月经。流出的典型标本为一厚而不透明稍有血性浸润之胚囊。囊中最厚的部分为增生绒毛所在，放入水中，可见有绒毛漂浮

。切开囊壁，囊内有少量羊水，可见胚胎或已被吸收之胚胎组织如米粒大，色灰，联系在灰色的羊膜上。发生于8~12周者，因绒毛已发育相当完全，与底蜕膜联系较牢固，往往仅胎儿或胎儿同一部分胎盘绒毛流出，而另一部分组织稽留于宫腔，影响子宫收缩，故流血甚多。有的胎儿虽已死亡，但未立即排出，胚胎周围有多次少量出血，血积在底蜕膜绒毛间隙，并可侵及胎囊，血液流出后凝结，可再次出血形成新血块，包围旧血块，胚胎为多层血块所包围，称为血样胎块，时间久后血红蛋白被吸收，则呈肉样胎块。血液凝结于绒毛与蜕膜之间，形成凹凸不平的结节状物，凸向羊膜囊，使羊膜囊被挤压变小，胎盘血循环中断，胎儿被吸收，成为结节状胎块。胎盘已形成，与子宫壁联系牢固，流产过程与早产、足月产相仿。开始阵缩，子宫口逐渐扩大，羊膜破裂，胎儿排出，随后胎盘剥离，自行排出，或稽留于宫腔。流血量可多可少，视胎盘剥离情况而不同。如胎儿死于宫内，无感染者，则变为浸软胎，胎儿皮肤及脐带均被浸软，血红蛋白沉着，而现暗红色，羊水被血所染，时间久后，则呈棕色。较少见的是干尸化。羊水被吸收，胎儿的皮肤贴在骨骼上呈干枯白色，胎体被压扁，而呈纸样胎儿。

【临床表现】

一、流产的主要症状为出血与腹痛

(一) 阴道流血：在妊娠3个月内流产者，开始时绒毛和蜕膜分离，血窦开放，即开始出血。当胚胎全部剥离排出，子宫强力收缩，血窦关闭，出血停止。故早期流产的全过程均伴有阴道出血。晚期流产时，胎盘已形成，流产与早产及足月产相似，一般流血不多。

(二) 腹痛：早期流产开始流血后，宫腔内存有血液特别是血块，刺激子宫收缩，呈持续性下腹疼痛。晚期流产则先有

阵发性子宫收缩，然后胎盘剥离，故阴道流血前即有腹痛。腹痛与流血多数是进行性的，与其临床经过及进度有关。二、流产的临床分型 流产大多有一定的发展过程，虽然有的阶段在临床表现不明显，且不一定按顺序发展。但一般不外后列几种过程，即临床分型：先兆流产、难免流产、不全流产和完全流产。过期流产为流产发展的另一种特殊情况。习惯性流产是从其反复流产这一特点命名的。但两者在流产过程中仍包含有以上临床分型。（一）先兆流产

（threatenedabortion）：有流产的表现，但经保胎处理后，可能继续妊娠至足月者。常发生在妊娠早期，仅有少量阴道流血，伴发轻微的间歇性子宫收缩。检查时子宫口未开大，羊膜囊未破裂，子宫大度与停经月份相符，妊娠试验阳性。（二）难免流产或不可避免流产（inevitableabortion）：有以上过程，但胚胎继续与子宫壁分离，流血时间长，出血量增多，超过正常月经量，且有血块排出，阵发性下腹部疼痛加剧，为痉挛性或为坠胀感。检查子宫口逐渐开大，妊娠月份较大的，有的羊膜囊已膨出或破裂；有的胚胎组织阻塞于子宫颈管中甚至露见于宫颈外口，流产势必发生，妊娠已不能继续。（三）不全流产（imcompleteabortion）：常发生于较晚期妊娠（10周以后），胎盘正在发育或已形成，流产时胎儿及部分胎盘排出，整个胎盘或部分胎盘仍附在子宫壁上，子宫不能很好收缩，以致阴道流血甚多。残留的胎盘日久可形成胎盘息肉，反复出血，且易诱发感染。（四）完全流产（completeabortion）：通过先兆及难免流产过程，在短时间内胚胎组织完全排出，流血、腹痛停止。（五）稽留流产（missedabortion）：亦称过期流产或死胎不下。系指胚胎死

亡而仍稽留于宫腔内者，且孕产物一般多在症状产生后1~2个月内排出。因此，皆规定胚胎停止发育后2个月尚未自然排出者，称为稽留流产。孕妇多有早期妊娠先兆流产经过，此后子宫不再长大，反渐缩小，且亦不象一般妊娠那样柔软。妊娠试验从阳性变为阴性，胎盘机化与子宫壁紧密粘连，不易分离。另一方面因性激素不足，子宫收缩力降低，不易排出而稽留宫腔。胚胎死亡后，胎盘溶解，产生溶血活酶进入母体血液循环，引起微血管内凝血，消耗大量凝血因子，稽留宫腔时间愈长，引起凝血功能障碍的可能性愈大。近年来b超广泛应用于临床，停经6~7周时即可探及胎囊、胎芽。如疑及胚胎停止发育，可用b超观察，及时做出诊断及处理。故有人提出现今是否再用稽留流产一词，但临床上也有症状不明显，未引起患者注意，来诊时胚胎死亡稽留宫腔为时较长者。

（六）习惯性流产（habitual abortion）：连续3次以上自然流产称为习惯性流产，且流产往往发生于同一月份，而流产的过程可经历前述的临床分型。

【并发症】一、大失血 有时难免流产或不全流产可造成严重大失血，甚至休克。所以应积极处理。各种措施可同时进行。静脉或肌注催产素或垂体后叶素10u。争取给病人输血。在没有血库的条件下，可动员医务人员或其家属献血。确实一时得不到血，也可暂时静脉滴注右旋糖酐。与此同时给予刮宫，在取出胚胎组织后，出血往往停止，即使在有感染存在的情况下也应将大块的胚胎组织取出。随后还应积极创造条件予以输血。

二、感染 上述各型流产皆可合并感染，发生在全流产者较多。感染常发生于用未经严密消毒的器械施行流产手术；器械损伤宫颈；或宫腔原有感染病灶，手术流产或自然流产后可引起感染

扩散。此外，流产后（自然或人工流产）不注意卫生、过早性交等均可引起感染。感染性的病原菌常为多种细菌，厌氧及需氧菌混合感染，近年来各家报道以厌氧菌占大多数可达60~80%。感染可局限于子宫腔内，亦可蔓延至子宫周围，形成输卵管炎、输卵管卵巢炎、盆腔结缔组织炎甚至超越生殖器官而形成腹膜炎、败血症。患者发冷发热、腹痛、阴道流血，有时有恶臭分泌物，子宫及附件压痛，子宫复旧不好，白细胞增多等炎症表现。严重者可发生感染性休克。可做血、宫颈或宫腔分泌物涂片、培养（需氧菌及厌氧菌）。b超检查子宫腔有无组织残留。治疗：1.迅速控制感染，应用甲硝唑静脉点滴、抗生素应用，种类、剂量、给药途径，可根据病情严重程度来考虑。已有培养、药敏结果者，可针对情况选用。2.尽早清除宫腔内感染组织，刮宫可在静脉给药后6小时进行，将大块组织钳出。3.支持疗法，必要时给新鲜血液输入。各种维生素。4.中医治疗见盆腔器官炎症章。三、子宫复旧不佳可给予子宫收缩药物，如麦角流浸膏或益母草流浸膏。怀疑有胎盘残留者，可待炎症控制后，再予刮宫。但有大出血者，当立即施行。四、急性肾功衰竭流产后可因急性大量失血及严重感染发生休克而引起急性肾功衰竭。五、胎盘息肉足月妊娠与流产比较，以发生于流产者为多。可致成严重子宫出血，多在流产后几周内发生。检查时子宫稍大于正常，较软，宫颈口稍许扩张。有时妊娠试验还可呈阳性。应进行宫颈扩张刮宫术刮除息肉。必须送病理检查，可见完整绒毛或退变的绒毛由血块所包绕。【辅助检查】超声技术图象分辨率清晰，对早期各类流产进行经腹超声检查，符合率高，为早期诊断早期治疗提供了条件。尤其是近数

年阴道探头检查早期妊娠及早期流产，比经腹检查更为优越。此外，基础体温（如为妊娠，则体温不再下降）、妊娠试验、阴道涂片、宫颈粘液结晶，在诊断上均有一定意义。绒毛膜促性腺激素水平降至正常范围。【诊断】一、首先应确定是否流产（一）详细询问病史：有无停经史，有无阴道流血，流血量，性质，是否伴有腹痛及其他排出物等。1.流产时子宫出血量一般较异位妊娠为多；与其他异常妊娠亦不同。异位妊娠多为点滴阴道流血；葡萄胎之流血常为暗红色，也可反复流血，甚至发生大量阴道流血，如仔细检查，有时在血中可查到水泡样组织。功能失调性子宫出血则多发生在生育期年龄的两端，其发生在40岁以上者常有停经史，虽阴道大量流血，但多无腹痛，很少杂有其他排出物。凡此种情况，结合孕产史及有无避孕措施，不难区别。如有疑问，可行诊断性刮宫，经病理检查，多可确诊；也有利于治疗。不少流产病例，确实误诊为功血。子宫肌瘤患者无明显停经史而有月经过多及不孕史，检查子宫大，如可触及肌核，则诊断更为明确。2.流血距末次月经时间：即从未次月经至开始发生阴道流血的时间，在异位妊娠常较短；而在流产、葡萄胎则较长。3.流出血液的颜色：流产开始时为鲜红，时间长方变为暗红色或褐色。异位妊娠常为少量、色淡红或褐色；葡萄胎则常为暗红色。4.腹部疼痛：流产、葡萄胎腹痛一般较轻，为阵发性，多在下腹部中央。异位妊娠为一侧性下腹剧烈疼痛，可波及全腹，1~2日后逐渐减轻。功血时多无下腹部疼痛。子宫肌瘤可能有盆腔沉重感或痛轻。5.了解停经后有无早孕现象及流产之诱因，如性生活、负重、旅游等。（二）双合诊：注意子宫的位置、大小、形态、硬度，子

宫峡部是否特别柔软，犹如子宫体部与子宫颈部失去连续性；两侧附件有无包块或压痛、抵抗；子宫颈口有无糜烂、出血，有无子宫颈息肉；并须鉴别流血是否出自子宫，如为流产，则流血必定来自子宫。（三）辅助检查。二、确定为何种流产 各种流产所表现之临产经过不同，其处理原则亦不同，故必须确定何种流产。阴道流血量少，子宫口未开大，子宫大度符合停经月份者，为先兆流产。子宫口开大，羊膜囊突出，或已破裂，阴道流血量甚多，则为难免流产。出血多，排出部分组织，子宫小于停经月份，为不全流产。有先兆流产史，子宫口未开大，开始时流血量多，胚胎组织排出后，阴道流血迅速减少或停止，检查子宫口已闭，子宫收缩良好，为完全流产。子宫体小于停经月份，妊娠试验阴性，则为过期流产。习惯性流产 首先了解流产原因，强调夫妇同时诊断，不仅查女方，应重视男性因素，有条件的医院均已设立遗传优生咨询门诊。习惯性流产的诊治为其重要内容之一。

（一）详细询问既往妊娠史、既往病史、家族遗传史，有可疑遗传病史应绘制家谱图。（二）进行全身系统检查及妇科检查。（三）进行必要的化验及辅助检查。男方：精液常规、血型、染色体等。女方：阴道细胞涂片、宫颈评分、基础体温、血型、染色体、b超检查子宫发育情况有无畸形等。

（四）可根据情况进一步检查：1.疑子宫畸形除b超外，可行子宫输卵管造影、子宫镜、腹腔镜检查。2.疑内分泌异常，检查空腹血糖。可结合基础体温行子宫内膜病理检查及放免查孕酮、lh、fsh、prl、e2、t3、t4、tsh、17-oh、17-cu等检查，必要时可行颅脑ct，了解脑下垂体有无微腺瘤等。3.疑特殊感染可查巨细胞病毒，弓形体、衣原体检查。4.有不良环境

接触史者，行sle、微核、染色体畸变率检查。5.疑abo血型不合者，进一步检查抗体效价。如妊娠期进行间段检查，抗体效价是否有改变。接受治疗后效价是否下降。三、有无流产合并症（详后）。【鉴别诊断】（一）超声诊断：一般在孕5~6周可见胎囊，孕6~7周可见胎芽，经阴道探头比经腹早。当临床尚无流产征象时，经超声检查即可发现枯萎孕卵。胎囊>20mm无卵黄囊或胎囊>25mm而无胎芽者，为枯萎孕卵。图象仅见一较大胎囊内为无回声区。可诊断为何种流产：1.先兆流产：超声检查轻者由于少量出血，胎囊一侧为无回声区包绕，量不多但清晰；重者宫腔有较大量积血，有时可见到胎膜与宫壁剥离，胎膜后有无回声区，根据不同孕周可见胎芽、原始胎心搏动等。2.难免流产：超声表现：胎囊变形，胎囊下移，或羊水已流出；宫内口或宫颈管已开大，胚胎产物下移堵塞于宫内口或宫颈管内，如胎膜未破则宫颈管或阴道内见囊性暗区；胎儿多已死亡，无胎心搏动。3.不全流产：超声表现：子宫略大；宫腔内有不规则光团或小暗区。4.完全流产：超声图象：子宫正常大小或正常略大；宫腔内见规则宫腔波，未见不规则光团。5.稽留流产：近年来应用超声可及时发现胚胎死亡，不需等待2个月后才诊断，因此近年来有人提出用“胎死宫内”。超声表现：子宫小于孕周；未见胎心搏动或胎动；子宫内回声紊乱，难以分辨胎盘或胎儿结构。（二）阴道细胞学1.绒毛膜合体细胞在涂片中的出现倾向于发生流产。绒毛膜合体细胞为大小不等的细胞团，胞浆呈碱性，含有不同数目的深染大核，且常被红、白细胞所包围，为其特点。2.核固缩指数：妊娠期阴道涂片中核固缩指数升高表示孕激素不足，

其原因，一是卵巢黄体功能不全，致子宫内膜和蜕膜发育欠佳，从而使滋养叶发生缺陷；一为滋养叶本身的缺陷。黄体素不足可自然恢复或经治疗后恢复。如滋养叶呈大片异常，则无论是原发于受精卵的缺陷，或继发于滋养叶的分离或蜕膜的缺陷，流产均将不可避免。上述两种情况的预后不同，但核固缩指数均升高，故核固缩指数不能鉴别两种不同的情况。只有连续观察核固缩的变化才有意义。（三）宫颈粘液结晶：雌激素能产生宫颈粘液结晶，而孕激素对结晶则有抑制作用。因此，在孕期检查宫颈粘液结晶，可测知流产的预后。（四）基础体温：早期妊娠应保持高温曲线，持续16周左右，逐渐正常。有流产先兆时如基础体温与正常妊娠相同，预后良好，若较正常妊娠降低者，预后不良。（五）激素测定：由于内分泌异常所致流产，可根据不同情况测定激素，如疑黄体功能不全，可测定孕二醇观察动态变化，选择适当方法治疗。预防：预防流产要避免早婚和生育过密。矫治男女双方所引致流产的原因。做好接触有害物质(铅、汞、苯、砷及放射线等)的防护工作。【治疗措施】治疗原则及方法：分安胎和清除宫腔两方面。(1)安胎：对于先兆流产或习惯性流产，估计胚胎尚存活，有可能继续妊娠者：(a)卧床休息，禁止性生活。(b)服用镇静剂：鲁米那0.03，每日3次，或利眠宁10毫克，一天3次。(c)每日肌注黄体酮10~20毫克，每天1~2次，可持续至妊娠3个月或症状消失后2周。(d)维生素e，10~20毫克，每天3次。(e)腹痛剧烈者用杜冷丁50毫克肌注。(f)中医辨证施治：对肾虚型宜固冲任，安胎元，用寿胎丸。对气虚型，宜益气养血安胎，用泰山磐石饮。对血热型，宜凉血安胎，用保阴煎。晚期习惯性流产，常在妊娠3

~ 5月时发病，宫颈较松，有时羊膜囊鼓出，称为宫颈松弛性流产。可将尼龙丝将宫口四周缝合一圈打结以缩小颈口，防止流产，到预产期前2周拆去尼龙丝，效果较好。在安胎处理过程中，应随时注意出血情况及有无组织排出。若出血增多而宫口扩大时，应及时清除宫腔。切勿因循姑息而引起大出血或感染。

(2)清除宫腔：确诊妊娠不可能继续时，应及时清除宫腔内的胚胎组织，以防止出血及感染。清除宫腔可用以下方法。

(a)催产素或垂体后叶素：主要用于难免流产或稽留性流产，出血不多而宫缩较弱者，或晚期流产不宜刮宫者，用催产素或垂体后叶素(高血压者慎用)肌注，每隔半小时一次，每次5个单位，共4~6次，以加强宫缩，促使自然排出。妊娠月分较大者，可用催产素作静滴引产。

(b)雌激素类药物：用于稽留性流产。常用者为乙 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