

慢性输卵管炎\_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\\_85\\_A2\\_E6\\_80\\_A7\\_E8\\_BE\\_93\\_E5\\_c22\\_609456.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/609/2021_2022__E6_85_A2_E6_80_A7_E8_BE_93_E5_c22_609456.htm) 【概述】 输卵管卵巢炎的急性期，若治疗延误或不彻底，迁延日久则形成慢性。有一小部分病例其病原菌毒力较弱，或机体抵抗力较强，可无明显症状，因而未引起注意，或被误诊以致拖延失治。但在当今已有众多强有力抗生素足以有效治疗急性输卵管卵巢炎的情况下，急性转为慢性病灶的可能性已大为减少，唯结核菌感染一般均为慢性病变过程。 【病理改变】 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，有时因卵巢周围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（图1），以右侧多见。输卵管积水常为双侧性（照片1）。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阴道排出，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。大量阴道排液后盆腔检查，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、腹膜下可有小脓肿残留。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，如证明输卵管不通，慢性输卵管通液检查，如证明输卵管不通，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，突然下腹部疼痛，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，阴道有持续少量流血等，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，形状极不规则，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。

【治疗措施】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、阴道、尿道腺体炎症，特别是宫颈糜烂，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](http://www.100test.com)