



異位妊娠的判斷、 治療及護理活動

785123 林孟怡

“Ectopic” 這個字源自希臘，意即“離開正常位置”。在異位妊娠中，受精卵植於子宮內膜；的確是離開了正常位置。異位妊娠中，98%的比例，植入部位是在輸卵管的一側，其他可能發生異位妊娠的地方包括卵巢、腹腔及子宮頸等部位。

當異位妊娠在輸卵管發生，伴隨胚胎發育、分裂的同時，將威脅生命。尤其當它持續越久未被查明，則輸卵管遭受破裂及出血的危險性亦隨之增加，結果可能造成生殖能力的喪失甚至死亡。異位妊娠是目前在美國造成母親死亡最普遍的原因，亦是懷孕第一期最主要的死因。

婦女超過35歲，為黑人或其他有色人種，並且曾患骨盆腔病症，輸卵管動過手術或裝置子宮內避孕器者，通常是最高危險群。（詳見附表）許多婦女一再延遲生育及性病等潛在危機促使異位妊娠排名接

近傳染病的比例。

經由護士的幫忙，不孕及死亡的可能性將降至最低。第一任務是鑑定婦女所遭受的危險及壓力，對一個可能懷了孕或任何骨盆腔病症病人尋找出一套重要且迅速的醫療照顧。

——羣紊亂的徵象狀——

在腹部較低位的腹痛通常有①一邊性的痛性痙攣。②點狀陰道出血。③至少經期慢了一個月左右。以上是典型異位妊娠三大症狀，但並非所有病人都有這些徵狀。其中約1/10的病人無痛覺，直到輸卵管破裂；約發生於妊娠第三個月後。1/4的婦女有腹部疼痛，但仍有月經。其他尚有

陰道不適、瀰漫性疼痛或誤以為是經期痙攣所引起的不適。由於這些多樣性的呈現，很容易混淆了診斷。從內膜炎到卵巢囊腔，每一個將面臨的誤判，都是很常見的。對病人而言，等待數小時去會診或尋得有效的藥物是常有的事情，因此會發生病人已放心地回家了，而事實她們正需要立刻的處理這樣的錯誤事件。

——做一個迅速徹底的評估——

大部份的婦女會出現亞急性的疼痛，因此尚有足夠的時間做生理檢查，疼痛評估，婦科史及診斷性測試並且做醫療處理。

劇烈地闌尾炎性疼痛意味著輸卵管的破裂，這是一個威脅生命的緊急狀況。在此情況下，病人會抱怨有極度敏感的回縮痛、劇烈疼痛甚至牽引至肩部，這種牽引的原因是由於血液流失，進入了腹腔，刺激了橫膈膜及膈神經。其他暗示破裂的徵狀包括：眩暈、噁心、臉色蒼白、腹音降低、出血及休克。此時需監視病人的生命徵象並警戒醫師，準備外科手術，小心地保持心平氣和並使病人安心。集合急救小組，氧氣、I V、針筒、輸血準備等。立刻做血型交叉測試，RH血型、CBC、PT、PTT及HCG濃度等有血液的測試。

詢問非急性症狀病人，何以她會來尋求醫療。目前她覺得有何不適。查看她的

乳房是否腫脹？何時做懷孕測試的？懷孕測試結果是否為陽性反應？同時辨別慢性徵狀及一些有關於正常月經週期的問題資料收集。包括：上次月經何時來？持續多久？現在是否仍有出血或最近有沒有出血？出血的量、濃度、顏色是否洪於平時的經血型態？同時亦需要病人對疼痛的敘述，是尖銳的？或較緩和的痛？片面的？或瀰漫性的。由於某些因素，異位妊娠發生的部位最常見者為右側輸卵管，因此右側的疼痛及觸痛較有可能發生。

如果病人曾體驗過月經痙攣，則此次疼痛和前者有何不同？此疼痛是持續性的或間歇性的？發生頻率如何，一次持續多久？有任何活動，例如：吃東西或性行為等會引發它嗎？詢問有關以往的婦科疾病。性行為及慣用的避孕方法。即使病人輸卵管已結紮，仍不排除異位妊娠發生的可能性。注意這些可能使病人遭遇風險的因素。

在你的評估之後，醫師將執行骨盆腔檢查，此時的檢查很少是具決斷性的：子宮頸可能有呈現藍，色而且柔軟似懷孕徵象。子宮微軟或增大；就如同懷孕早期，但也可能一點都沒有改變。觸診可以查明附屬器官的大小、軟硬等性質是否仍正常，但也可能無法查明。

——實驗室的檢驗支持診斷結果——

跟著CBC檢驗，醫師可能醫囑血清

檢驗以測出 HCG 的數值。由此檢驗能測出甚至只發生於排卵 9 天後，如此早期的懷孕。一般懷孕，前六週 HCG 每 2 到 3 天倍增，但在異位妊娠中，HCG 增加率遠遠地慢了許多。因此，一份數值測量若比正常未懷孕 10MIU/ML 大但未達 6000MIU/ML 時，就足以支持異位妊娠的診斷。

做一份病人外觀的基本資料，約花 15 到 30 分鐘，爲了消除緊張，告訴病人什麼情況是預料中的，如果可能，陪伴她直至所有程序結束。

超音波很少能查明異位妊娠時妊娠囊內的胚胎，但它可顯示出輸卵管有增大的現象及周圍的器官，或是子宮內正常的妊娠囊。即使有後者的發現，仍不排除異位妊娠的可能性。較罕見的狀況是一對雙胞胎的胚胎，一個殖在子宮內；另一個在輸卵管中。

如果輸卵管增大，可能接著做穿刺胚壁。藉此我們可經陰道壁採集腹腔的血液。不凝集的血液暗示輸卵管破裂。如果不考慮破裂的可能性，則可利用腹腔鏡。腹腔鏡的使用對於異位妊娠發生於卵巢的情況，提供了較明確的檢視和證實。

由於一個不正常的懷孕引發了黃體素的下降，因此臨床醫師們建議以血清黃體素檢驗做爲單一診斷工具。在臨床報告顯示，當黃體素值低於 15mg/ml 時，有 90% 的精確度預測異位妊娠或即將發生流產。



當診斷確定時的處理

多年前，異位妊娠的處理幾乎都以外科手術爲主——輸卵管切除，卵巢囊腫切除或是完全子宮切開術。目前則發展出較不見侵入性的治療，不論何時，保住病人的輸卵管及生育能力是有可能的。成功與否則決定在早期診斷。最近的療法包括：

1. Methotrexate: 爲一種細胞毒性藥物。4 次，1 ml/kg 劑量，每隔一天以肌肉注射，可以消除早期的異位妊娠需預防無徵兆性的血漏。病人在醫院內接受注射。每次會診以超音波及 HCG 檢驗來判斷臨床反應。臨床報告顯示，單一 12.5mg 劑量的 Methotrexate，直接注射於異位妊娠部位（在腹腔鏡的引導下），已證實和肌肉注射一樣有效。
2. 腹腔鏡檢：查通常採用一般麻醉，腹腔鏡的使用可使診斷處理、較長時間的外科手術、顯微手術及分段輸卵管切除等醫療技術對輸卵管的危險減至最低。病人需留院 24 小時，手術後照顧包括規則監視生命徵象，點滴及排尿狀況等。病人可接受不需醫囑的止痛劑並服用一天或兩天。病人要多休息、補充水份、保持傷口乾淨。他們亦需限制活動並暫時避免性交直至生理評估，整個進展約需 2 週。
3. 腹腔手術：外科手術採用於當輸卵管破裂時。爲使輸卵管停止出血的優先選擇。手術完成後，醫師將把它取掉。病人手術後需留院數天，但在 24 小時內要能下床。導尿管要留至 36 小時。廣效性抗

生素的使用可避免肺炎及其他感染。術後照顧包括 Hgb 和 Hct 測試、教導翻身、咳嗽、深呼吸等。

伴隨腹腔鏡或腹腔手術，Rh 陰性血型病人將獲得術後單一劑量的 Rh 抗體 (Rho GAM) 以制止病人對 Rh 陽性胎兒血液細胞所發動的免疫反應。

病人及家屬需要情緒支持

在任何一種情況下，異位妊娠都是一種失落，對病人及其家屬而言，失落感是不可避免的。因此，支持，成為護理活動重點之一。

對於經歷輸卵管破裂及輸卵管切除術的病人，她們可能失去生育能力。可以和病人討論哀傷過程，鼓勵病人及其家屬表達他們悲傷、空虛的感覺。不要建議用未來的懷孕來取代這次事件中失去的胎兒。推薦他們可參加支持性團體。同時也準備有關未來懷孕及生育計畫的資料，如果病人使用子宮內避孕器，則討論各種避孕器的選擇，包括保險套、性病的預防等。如果必要，可以將她介紹給醫師，由醫師做處理。

對病人提出她仍可成功懷孕的可能性，即使目前她只剩一邊輸卵管。但曾經異位妊娠的婦女有較高的危險會再次發生異位妊娠。快速地強調重要臨床徵兆及現象。

異位妊娠不論在何時被查出，都是一種危機。但經由一位護士的專業知識及支

持，具毀壞性的經驗；包括決定性診斷及治療過程，將變得較易令人忍受。

那些人屬高危險羣

目前已證實沒有任何單一原因造成異位妊娠，但多項因素會使婦女成為異位妊娠高危險群中的一份子。

最常見的是曾患骨盆腔疾病者，每 4 位異位妊娠婦女中有一位是上述情況。由於炎症造成輸卵管邊緣損傷，防礙了卵子運動；造成卵子陷在輸卵管內無法正常移動到子宮。

輸卵管及腹部的外科手術、疤痕、不孕史、早期異位妊娠、子宮內膜炎、性病子宮內避孕的使用，上列皆和輸卵管壁炎有關。這些情況使婦女處於高危險群中。

年齡、種族、經濟同時也有影響，35 歲到 44 歲的婦女及十幾歲的黑人少女是屬於最大危險下的一群，緊接者是未成年少女及貧窮婦女。原因在於，年齡較大的婦女較可能得到骨盆腔疾病而未成少女則較疏於關心健康。

先天性畸形、良性腫瘤或囊腫及輸卵管結紮亦是造成受精卵植於輸卵管的原因。內分泌有時亦為原因之一，由於卵子在輸卵管中前進的速率需受足量內分泌的刺激，如果刺激數量不足，則胚胎前進緩慢，偶爾亦因此停止前進。