



女性下腹痛

彭道鈞 孫于珊 廖芳藝 吳立偉 高東煒

簡介

急性下腹痛在女性是常見的主訴，一般被定義為肚臍以下，疼痛持續不超過三個月。造成的原因包括婦科、泌尿疾病、肌肉骨骼、腸胃道、血管及代謝疾病等，通常需要詳細病史詢問及身體檢查找出可能診斷和後續的處理方法。

病理生理學

急性下腹痛可能來源是體覺痛(somatic pain)或是內臟痛(Visceral pain)或是兩者皆有；體覺痛的來源包括腹部及骨盆的肌肉、筋膜、壁層腹膜(parietal peritoneum)、皮下組織及肌肉系統；內臟痛的來源則位於臟器的表面、腸系膜內及所有中空器官的內壁上，當這些器官受到擴張或是有缺血反應時，疼痛的感覺便會產生，因為這類的痛覺接受器分布的密度較低，造成內臟痛是比較難以定位，且傳遞路徑有時候在脊髓內會聚集在一起(viscerosomatic convergence)，造成轉移痛(referred pain)的現象。

三軍總醫院家庭暨社區醫學部

關鍵詞：woman, abdominal pain, pelvic inflammatory disease, pregnancy test, appendicitis

通訊作者：彭道鈞

鑑別診斷

鑑別診斷最重要的是必須先排除一些可能危及生命的疾病，包括子宮外孕(ectopic pregnancy)、黃體囊腫破裂(corpus luteum cyst rupture)、卵巢扭轉(ovarian torsion)、闌尾炎(appendicitis)等。下腹疼痛的鑑別診斷可以先用年齡和妊娠狀態來區分，用年齡將患者分為三個族群：少女(adolescents)、育齡婦女(women of reproductive age)和停經後婦女(postmenopausal women)；少女要特別將先天異常的原因，如處女膜閉鎖(imperforate hymen)及陰道隔膜(transverse vaginal septum)阻礙月經正常流出列入鑑別；停經後婦女就不需像育齡婦女考慮和妊娠有關的疾病，但對於非妊娠有關的條件三者皆是類似的；在停經後婦女，子宮內膜異位症和卵巢扭轉發生較少，但是，仍有停經後婦女發生卵巢扭轉病例報告(表一)。

病史

病史和身體檢查可以縮小鑑別診斷的範圍，並讓醫師進一步選擇合適的影像學檢查。首先應詢問病人疼痛的位置、強度、疼痛的性質、轉移痛的位置、發作的時



表一 急性下腹痛的鑑別診斷

族 群	鑑別診斷
孕 齡 女 性	腸胃道：闌尾炎、腸阻塞、憩室炎、胃炎、疝氣、腸躁症、腸繫膜靜脈栓塞、肛門膿瘍
	婦科：肌腺症、子宮肌瘤、子宮外孕、子宮內膜異位、卵巢扭轉、骨盆腔發炎、黃體囊腫破裂、卵巢輸卵管膿瘍
	泌尿道：膀胱炎、腎盂腎炎、輸尿管結石
	其他：主動脈剝離、鉛中毒、鐮刀型貧血危機、酮酸中毒
懷 孕 女 性	黃體血腫、子宮外孕、胎盤早期剝離、子宮內膜炎(產後)、卵巢扭轉、闌尾炎
少 女	和孕齡婦女相似再加上處女膜閉鎖、陰道隔膜
停經後女性	和孕齡婦女相似，除了婦科疾病較少見

參考資料：資料來源¹

間、持續的時間、加劇和減輕疼痛的因素等；過去病史則應包括以前是否曾接受過腹部和婦科手術；一項研究指出，卵巢扭轉的患者有一半以上過去已知有卵巢囊腫或腫塊的病史，因此過去婦科的問題也應要一併考慮；個人病史方面則應包括患者的月經史、性生活和性病感染等病史，以幫助評估是否有可能懷孕及骨盆腔發炎和子宮外孕的風險；最近有無外傷或激烈的運動也要考慮可能造成肌肉骨骼等傷害(表二)。

身體檢查

首先要注意生命徵象，假如病人有明顯的低血壓、心跳快或發燒，則需要立即做聚焦式的病史詢問和相關的檢查，找出最可能的原因，立即做處置；在一個生命徵象穩定的病人，則需要做全面式的評估再特別把重心放在腹部和骨盆腔檢查，腹部的檢查要看有沒有腹脹、腫塊、紅疹、瘀青、疤痕或是疝氣，接下來是觸診看有

沒有腹膜炎症狀(peritoneal sign)、疼痛的位置、觸摸到腫塊或是器官腫大；Carnett's sign有助於區分是臟器或腹壁的疼痛，假如在腹壁用力時仍可以摸到疼痛的區域則要考慮疼痛的來源應該不是在腹腔內，另外腰際、鼠蹊部、下背部也應該檢查看是否有瘀青、疼痛或淋巴腫大(表二)。

實驗室檢查

所有的孕齡女性不論自述有無性行為或避孕，在評估腹部疼痛時，皆應該接受尿液懷孕試驗；尿中的 β -人類絨毛性腺激素(β -hCG)在胚胎著床後三至四天就會使檢驗呈現陽性，但是驗孕結果是陽性，仍不能完全排除非懷孕相關的原因。其他的檢驗則應該要根據病史和身體檢查再加以檢測，例如懷疑有感染或發燒，可以檢查血液常規；如果陰道有膿樣或異味的分泌物，則可以採集陰道抹片檢體，並進行披衣菌(*Chlamydia*)和淋病



表二 病史和身體檢查的線索與可能診斷

臨床線索	可能診斷
病史	
雙側骨盆疼痛	骨盆腔發炎
經痛	子宮內膜異位
性交疼痛	子宮內膜異位
解尿疼痛	骨盆腔發炎、泌尿道感染
血尿	泌尿道感染、腎結石
左側骨盆痛	憩室炎、腎結石、卵巢扭轉
右側骨盆痛	闌尾炎、腎結石、卵巢扭轉
陰道分泌物	骨盆腔發炎
身體檢查	
雙側腹部壓痛	骨盆腔發炎
子宮頸移動痛	骨盆腔發炎
發燒	闌尾炎、腎盂腎炎、骨盆腔發炎
低血壓	子宮外孕、黃體囊腫破裂
左下腹壓痛	憩室炎
右下腹壓痛	闌尾炎

參考資料：資料來源¹

(Gonorrhea)檢測；如果有血尿或解尿疼痛等症狀，則可以收集尿液常規和尿液細菌培養。

影像檢查

超音波檢查有低成本、沒有輻射線、容易取得和容易使用的好處，因此是用來評估女性下腹痛的首選，結合檢查結果、病史及身體檢查發現也許可以使一些病人避免不必要的侵入性檢查及治療；例如當驗孕結果是陽性，應立即進行陰道超音波檢查，來排除子宮外孕；當血中 β -HCG大於1500mIU/mL，在陰道超音波檢查下

一般可見子宮內妊娠囊，如果沒有，便需高度懷疑是子宮外孕；在很罕見的情況下子宮內懷孕可能合併子宮外孕(機率大約1/7000)，然而如果是使用輔助生殖技術而懷孕，這機率將大幅提升至1/100。另外闌尾炎是最常見非婦科疾病造成下腹痛的原因，用超音波診斷敏感率大概75-90%，用電腦斷層的敏感度為87-90%，因此如果超音波正常可能比較不像闌尾炎的診斷，但是不能完全排除；而最常見造成女性下腹痛的骨盆腔發炎，早期在超音波下可能看不到甚麼異常；然而如果演變成卵巢輸卵管膿瘍(tubo-ovarian abscess)，則可在超音波下發現類似腫瘤狀的囊腫病灶



；對於其他危急的情況例如出血性卵巢囊腫、子宮肌瘤、卵巢扭轉，超音波也是一項敏感的診斷工具；當超音波對於診斷疾病有不確定時，則可以考慮使用電腦斷層或是核磁共振輔助。

評估病人流程

為了避免延誤診斷產生後遺症，例如闌尾破裂、骨盆腔發炎或卵巢扭轉造成的不孕或是子宮外孕造成的腹腔出血，早期診斷非常的重要。右側的下腹痛特別具有挑戰性因為附近的器官有闌尾、子宮、右側輸卵管、卵巢，通常皆需要影像檢查來診斷。在少數情況下也許需要做診斷性的腹腔鏡來做進一步診斷。當在沒有明顯其他原因造成下腹疼痛時，骨盆腔發炎特別需要在性行為頻繁的女性被考慮。尤其是當病人有子宮頸移動痛(cervical motion tenderness)以及子宮附屬區域壓痛；臨床醫師必須認知到骨盆腔發炎有時候的表現是輕微且不明顯的，且未正確的診斷與治療將造成不孕的後遺症；在一項研究指出，大約70%因為輸卵管阻塞而造成不孕的病人可以在體內偵測到披衣菌的抗體，顯示有可能是過去曾有骨盆腔發炎而未被診斷出來。(圖1)

結論

診斷女性下腹疼痛對臨床醫師來說，是一件具有挑戰性的事，因為很多的症狀和表徵是不敏感和非特異性的。其中最需

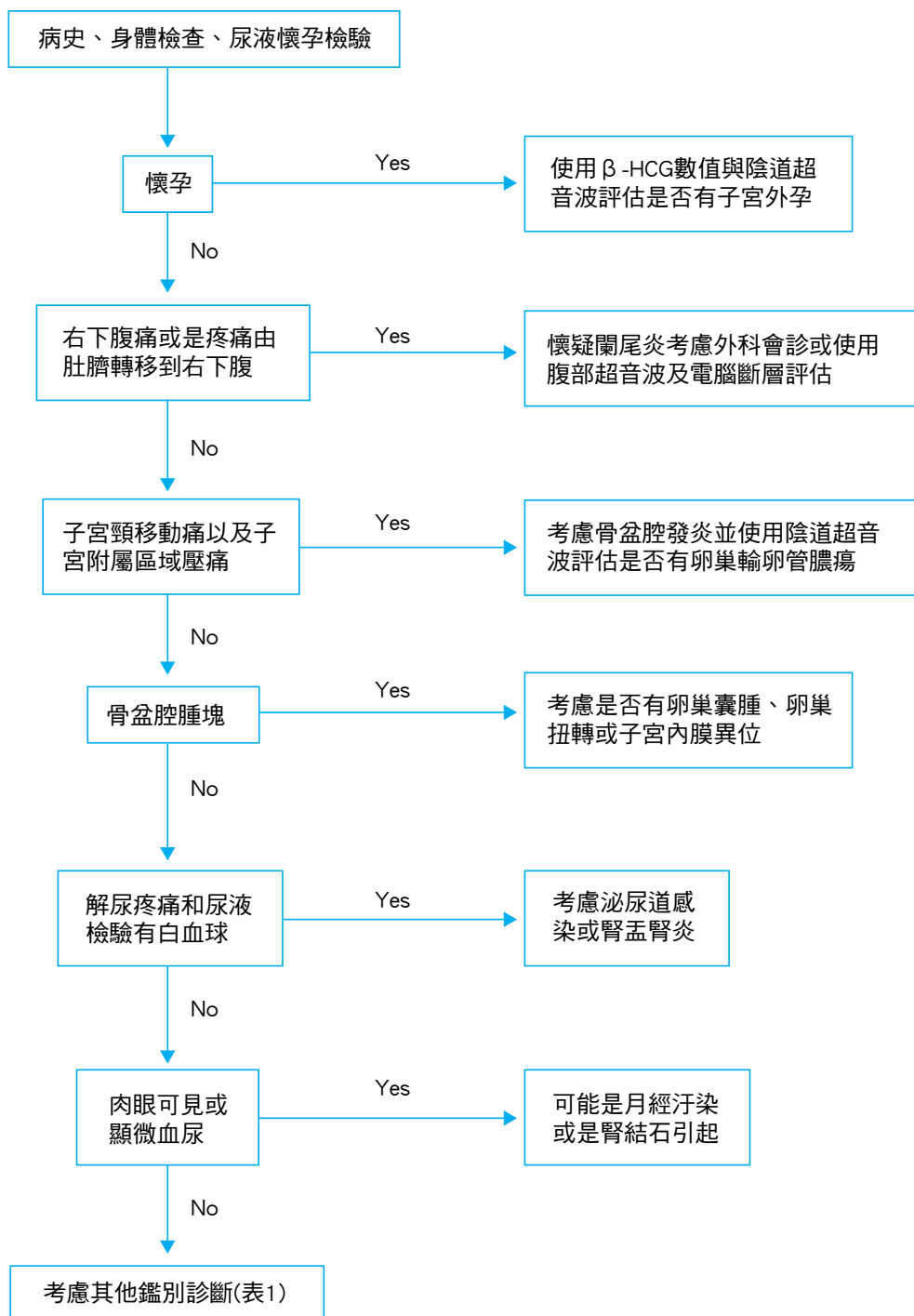
要首先被考慮到的，包括緊急危及生命的疾病（如子宮外孕，闌尾炎，卵巢囊腫破裂）和會影響後續生育能力相關的疾病（例如骨盆腔發炎，卵巢扭轉）。詳細的詢問包括疼痛的特點、系統回顧、性生活史、社會史及婦科相關等病史，用理學檢查輔助有助於縮小鑑別診斷，再加以安排適當的影像學檢查，則可以將延誤診斷的機率降到最低。

參考資料

1. Kruszka PS: Evaluation of Acute Pelvic Pain in Women. Am Fam Physician. 2010; 82:141-47.
2. Howard F: Evaluation of acute pelvic pain in women. UpToDate 2013. <http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-acute-pelvic-pain-in-women>.
3. Ding DC, Hsu S, Kao SP: Isolated torsion of the hydrosalpinx in a postmenopausal woman. JSLs. 2007; 11:252-54.
4. Houry D, Abbott JT: Ovarian torsion: a fifteen-year review. Ann Emerg Med. 2001; 38:156-59.
5. Chard T: Pregnancy tests: a review. Hum Reprod. 1992; 7:701-10.
6. Lozeau AM, Potter B: Diagnosis and management of ectopic pregnancy Am Fam Physician. 2005; 72:1707-14.
7. Vandermeer FQ, Wong-You-Cheong JJ: Imaging of acute pelvic pain. Clin Obstet Gynecol. 2009; 52:2-20.
8. McCormack WM: Pelvic inflammatory disease. N Engl J Med. 1994; 330:115-19.
9. Lamvu G, Steege JF: The anatomy and neurophysiology of pelvic pain. J Minim Invasive Gynecol 2006; 13:516.
10. Cervero F, Laird JM: Visceral pain. Lancet 1999; 353:2145.



圖1 評估女性下腹痛流程圖



參考資料：資料來源1