

什么才是一个医生的核心竞争力？

思维敏捷，足够细心。

减少病人的误诊几率。

讲一个我在急诊室的亲身经历吧。

女生，博士，26岁，一直咳血，男友陪同来的。

以为自己快不行了，非常害怕。

赶紧打电话让男朋友送她过来急诊。

我给她量了血压，基本上是正常的，心率也不算太快，安慰了她一番。

她语无伦次，嘴唇都在颤抖，的确是紧张，一直问我到底怎么了，哪里出了问题。

我示意她先别着急，现在生命体征各方面都是稳定的，让我先了解情况再说。

她告诉我，3个多月前就有咳嗽了，但都是咳几天就好，或者吃点药就好。

就今晚这次最厉害，吃过饭后不断地咳，突然咽喉有股血腥味，然后就咳出一口血，接着有第二口，第三口，擦嘴的纸巾都是血。

为了安全起见，我让她去抢救室待着。

抢救室什么病人都有，但都是很严重的，她能走能动，看起来是抢救室里面最轻微那个。

但我拿不准，我担心下一秒她再次大咯血或者大呕血，那就麻烦了。

她可能是个定时炸弹。

安置好她后，我得先搞清楚，她到底是咳血（咯血）还是呕血。

如果是从呼吸道，比如从肺、气管、支气管咳嗽咳出来的血，那就叫咯血。

如果是从消化道，比如食管、胃、十二指肠等呕吐出来的血，那就叫呕血。

我告诉他们，这是不一样的。

「我肯定是咯血。」她对我说，「我先是很剧烈地咳嗽，然后感觉咳出痰了，没想到一看就是血，当时差点吓晕过去了。」

「确定吐出的血里面没有食物残渣？」我反复确认。

「没有。」

如果咳出的血液里面不含有食物残渣，那就基本上可以排除是呕血了。

毕竟患者刚吃完晚饭，如果真是消化道呕血的话，肯定会伴随着食物残渣呕吐出来。

我还快速确认了一个事实，她既往没有过慢性的腹痛、腹胀、反酸、暖气等症状。

那就意味着，她很可能没有胃溃疡、十二指肠溃疡等毛病，这样看起来，就真的不是呕血了。

那就真的是咯血了。

血是从呼吸道出来的。

我说你运气好，只是咯少量的血。前天有个病人咯血咯了一脸盆，都来不及抢救，窒息了。

我这么说，是为了让她知道这个咯血可能是很凶险的，不能小觑。

但没想到这句话有点猛过头了，她一听脸色大变，嘴唇颤抖地更厉害，被吓到了。

我赶紧接着说，你这个咯血量很小，问题不严重，别担心。

我让护士给她开通了静脉通道，说通俗点，就是打了针，随时能输液的那种。

万一她等下真的大咯血，我们是来不及给她打针的，必须提前打好，以备不时之需，同时还可以抽血化验。

我给她仔细听诊了心肺，没发现多大异常。

她情绪稍微稳定了，问我可能是什么问题。

我告诉她，咯血最常见的原因有几个，一个是肺结核，一个是肺癌，还有一个是支气管扩张。

另外，普通的肺炎也是可能咯血的，基本上都是肺的毛病，但心脏和一些血管的疾病也会有咯血的。

短期内还不能明确病因，得查。

她男朋友表示，该查的都查。

我让规培医生推着她去做胸部 CT，看看肺部情况。

同时吩咐她男朋友，如果中途病人有大咯血，一定要注意保护呼吸道，别让她窒息了。

我自己走不开，陆续有急诊病人过来需要处理。

不一会，他们做完 CT 回来了。

所幸一切顺利，片和报告都马上接着拿到了。

胸部 CT 看到，左上肺有少许磨玻璃影，看起来不厉害。

但是性质不明，不好说是什么东西，可能是肺炎，可能是肺结核，也可能是肺癌。

「有这么多可能？」她男朋友似乎不满意我的告知。

这种情况我见多了，很多病人和家属以为，我们一上来就能断定病情，顶多做一两个检查就要给到准确答复。

没错，多数病人都是可以做得到的，因为病情简单。

但眼前这个女病人，不大简单，CT 报告也是模棱两可，我手头上资料也不多，不敢下定论。

这时候抽血化验结果也回来了，白细胞计数偏高一点，其余没有异常，肝肾功能电解质啥的都是正常的。

我建议说要住院，住呼吸内科，明天可以考虑做一个增强 CT，看的得清晰一些，甚至要做纤维支气管镜也不一定。

当然，也可能是普通的肺炎，用几天抗生素可能就好了，就不咯血了。

通常来说，一般的肺炎不会咯血的，但如果这个肺炎恰好影响了血管，导致血管破坏了，那就有可能咯血，这也不出奇。

「能回家吗？我感觉好多了。」病人问我。

「那不行。咯血可大可小，不能冒险。」我直截了当拒绝了她的。

刚刚她还害怕得要死呢，这回怎么要想到回家了呢。

她男朋友比较谨慎，同意了我的建议，住院。

我给她用了点止血药，同时让呼吸内科医生下来，看了病人。

他也说咯血原因不明，需要进一步住院检查治疗。

「就这么办吧，住院。」我叮嘱道。

后来我了解到，病人上了呼吸内科之后再次发生咯血了。

而且咯血量还不小，吓了值班医生一跳，各种止血药齐齐上阵，好不容易咯血止住了。

第二天，就给病人安排了胸部 CT 增强扫描，进一步了解到底有没有肺癌。

我们医生这边还没有确定病因，但患者和她男朋友，已经吓得不轻。

他们认为，肺癌的可能性是很高的，虽然患者这么年轻，但是有两个点让人生畏：

第一，病人的姑妈是肺癌去世；

第二，病人这两个月搬进了刚装修好的新房子，她自己认为甲醛超多。

由于昨晚做的胸部 CT 是平扫的，看肿瘤不清晰，所以才重新做的增强扫描，要注射造影剂。昨晚我本来也想给患者直接上 CT 增强的，但晚上影像科做增强扫描不容易。

一个是人手不足，没办法腾出人手来给患者打专门造影用的针；

另外一个，增强扫描要多耽误点时间，这对于患者来说可能是个潜在的威胁。

增强 CT 结果出来了，不像肺癌。

肺炎或者肺结核的可能性高。

于是呼吸内科医生给患者做了一轮关于结核的检查，包括 PPD 试验、结核抗体、T-SPOT 试验、多次痰找抗酸杆菌等，但结果都是阴性的。

这说明，患者基本上不可能是肺结核。

一般来说，典型的肺结核是能够通过影像学做出大概诊断的，但总有不典型的时候。

这个女性患者的肺部表现就不是很典型，所以大家都没敢说一定是结核。

最终结果证明，她真的可能不是肺结核。

再加上她整个人还算是偏胖的，没有经常低热、乏力那种表现，也不像是典型的结核病人。**典型的结核病患者都是比较消瘦的，柔弱的，就好像林黛玉那样。**

既然不是肺癌，也不是肺结核，那就是普通的肺炎了吧。

事实上，呼吸内科医生一直也是按照肺炎来治疗的，由始至终都有用抗生素在维持着。

就这么搞了差不多一个星期，情况好得差不多了。

患者也不咳嗽了，咯血也没了。

他们主任不放心，又复查了一个 CT，发现肺部病灶明显缩小了。

这就对了。

这就再次确认，患者仅仅是个普通的细菌性肺炎而已，不是肺癌，不是支气管扩张，不是肺结核或者其他疑难杂症。

如果是肺癌、肺结核，你用一个星期抗生素是不可能有明显好转的，甚至肺癌还是会肆无忌惮地生长的。

另外，支气管扩张的胸部 CT 很典型的，现在一点都不像。

病人听说是肺炎，很开心，终于不用提心吊胆了。

在 100 年前，缺乏抗生素的年代，肺炎是可能会死人的。但现在，绝大多数肺炎都可以轻松搞定。

病人最终出院了。

然而没过多久，意外出现了。

过了差不多一个月，我已经忘掉这个病人了。

很快我也结束了急诊科的轮转，回到 ICU 病房继续搬砖。

那天晚上我值夜班。

呼吸内科给我们打电话，说有个大咯血的病人，快休克了，准备转来我们这里监护治疗，有没有床位。

刚好有个空床，我让护士做好接收病人的准备后，马不停蹄赶到了呼吸内科。

路上一直在想，这么严重的咯血，如果不止住血的话，放来我们这里也只是等死啊。

可能得找二线医生了，让她过来帮忙，说不定要纤支镜下止血，那得马上先气管插管。

到了呼吸内科，现场乱成一团。

病人的床上、被子、地板都有一滩血迹，显然刚刚有大咯血了。

病人呼吸稍微有点快，心电监护上看到血压还行，偏高，心率也快，血氧饱和度还有 98%，这是塞着鼻导管吸氧的前提下的。

初步看起来，好像还行，比我想象中的要好一些。

口唇稍微有点苍白，脸色还行，咦，我惊讶地发现，这个不就是上个月，我在急诊科看的咯血的女博士嘛。

当时不是说治好了吗，怎么又回来了？

而且显然比上次要重得多了。

呼吸内科值班医生告诉我说，病人上次出院的诊断是肺炎，但今晚在家又咯血了。

急诊科医生做完了胸部 CT 后，又把她送入呼吸内科。

刚过床，患者就一阵剧咳，紧接着地板、被子就都是血了，患者咳了好几口血，差点就是喷涌而出了。

太吓人了。

呼吸内科二线老师也回来了，在指挥着抢救。

这种情况下，有三点是最关键的。

第一，马上止住血，不管是用药物也好，做纤支镜也罢，找到咯血点，掐灭它，虽然这个难度很大。

第二，立即输血补液抗休克，稳住患者血压。

第三，也是最容易被忽略的，就是一定要保证好患者呼吸道是通畅的，千万不要让患者被凝血块噎住了，一旦窒息，那就玩完了。

二线老师的话句句在理，我深表赞同。

但说起来容易，做起来难，只能尽力而为。

患者男朋友也在，惊慌失措，一个劲地催着要去 ICU。

上次我们考虑是肺炎，现在看起来，可能不仅仅是肺炎这么简单，哪有接二连三咯血的肺炎？「没有，我干了 30 年医生，没过这种肺炎。」二线老师跟我们说。

所以，患者应该还有隐藏的问题，没有找到病因。

我把患者男朋友叫出来，跟他沟通了 ICU 的情况。

我很谨慎，说目前知道是咯血，但是病因还不明，上 ICU 是多一层保护。

我们也会想方设法为她治病、止血，但不能担保一定能成功，只能说全力以赴。

他没认出是我，我戴着口罩帽子全副武装。

「我不管。」他说，「抢救病人是你们的问题，你们上次说是肺炎，现在又说不是，我又不懂。现在我老婆（其实还没结婚，病历上记载患者是未婚）的命在你们手上，你们一定要帮我。」

他是矛盾的，既生气，又无奈，既想责难我们，又得有求于我们。

快速沟通完费用和其他注意事项后，我请示了我的上级医师，然后准备把病人接到 ICU 去。

没想到患者本人开始退缩了，她嘴角还有血迹，说不敢去 ICU，太恐怖了。

我直截了当告诉她，如果真的再发生严重的大咯血，那就要气管插管，做纤支镜止血等处理了。只有在 ICU 能做，那里才有机会。

「否则一旦发生突然情况，是死路一条。」值班医生加了一句。

这句话发挥了作用，患者不再抵触，配合我们，送入 ICU。

二线医生告诉我，胸部 CT 上看到的病灶，并不靠近大气道。如果真的是那里局部出血了，那么要想在镜子（纤维支气管镜）下止血恐怕有难度。

我也看了 CT 片子，的确困难。

虽然有难度，但是如果没有其他办法，或者被逼无奈，该尝试的时候还是要尝试的。大家得出共识。

到了 ICU 后，继续用止血药，垂体后叶素也用了。

垂体后叶素这个药，能减少肺部血管的血流量，从而减轻出血。

我跟患者男朋友说，你不是直系亲属，也还不是真正的夫妻，最好是能找到病人的父母或者兄弟姐妹，这样签字会更好一些。

他告诉我，病人的家里人都在外省，要过来起码都明天了，现在需要做什么抢救措施， he 可以做主决定。

她男朋友表示，如果不是这么一折腾的话，他们原本就计划领证结婚的。

我请示了上级医师，也请示了医务科，既然如此，那就暂由病人男朋友签字。

等直系家属到了后，再补签字。

「该做什么诊疗就继续，不可耽误了。」医务科说。

我跟病人男朋友说，现在最关键的问题就是止血，要止得住血，就不会有生命危险。

病人男朋友此刻已经非常焦虑，整个人坐立不安，我能理解他。

我告诉他，确定病因需要点时间。

并且告诉他，上一次在急诊科，给女患者看病的，也是我。

我摘下口罩。

他征了一下，终于认出是我。

我跟他说，患者的病情有些复杂，我们正在努力查明。

今晚最关键的，是尽快止住血。

如果患者再来一次大咯血，她如果不能及时咳出去，很可能导致血液凝块堵住呼吸道，造成窒息，这会有生命危险。

病人男朋友焦急地问我们，目前该这么做。

我说止血药已经用了两三种了，同时也开始给她输血输液了，如果还是不能止住血，还是有反复咯血的话，尤其是大咯血的话，我们就要给她气管插管了。

先用镇静药物放倒她，然后从口腔这里插入一根手指般粗的管子，直达气管。

然后我们再用纤维支气管镜下去，看看到底是哪里出血了，想办法掐灭出血点。

同时保护好没出血的那侧肺，不要让血液倒流进去了，以免造成窒息。

病人男朋友似懂非懂点头，问我：

「是不是马上就要这样做了？」

「还可以等，观察一下。毕竟气管插管、纤支镜也是有风险的，可能加剧出血。如果她能自己止住血那就最好了，不要冒险。」我说。

给他签好所有的知情同意书之后，我就回到了病房，守在患者床前。

患者神色慌张，问我什么时候能出 ICU。

「这里一天我也受不了，太压抑了。」她环顾了一下周围，呼吸微促。

也对，ICU 的病人都是非常危重的，几乎所有病人都是气管插管接着呼吸机。

还有血液净化机，各种机器在滴滴答答地运转，还有不断的尖锐的报警声音，医生护士匆忙的声影和脚步，对于一个意识尚清醒的年轻病人来说，这里真的是炼狱了。

我安慰她，说观察两天，如果没出血了，咱们就回到呼吸内科，你男朋友可以陪着你。

旁边一个年轻的护士问我，垂体后叶素是什么药，为什么要给这个患者使用。

我说肺出血可以用啊，这个药能收缩部分血管，减少流入肺的血量，从而减轻咯血，达到止血的目的。

「原来如此，我还以为这个药只能用妇产科病人呢，我在产科实习的时候，见很多产后大出血的病人都是用这个药，原来肺出血也可以用。」她说。

「患者现在来月经，用了这个药会不会导致月经紊乱呢，会不会月经不来了？」她继续问我。

嗯，是个爱提问的小妹妹，把我问倒了。

我也不会啊，我尴尬地摇摇头。

妇产科和内分泌科重叠的这部分知识比较复杂，我也是一知半解。

止血药用完了，也连续输进入了 2u 红细胞，还有 400ml 血浆，患者情况似乎稳定了些，没再咯血。

复查的血常规提示血红蛋白恢复到了 98g/L，这个差不多是患者平时的水平了，因为她本身就有点轻度贫血。

血压是正常的，心率也没那么快了。

之前心率快估计跟出血、紧张都有关系，现在安定下来后，大家也稍微放松了点。

逛了一圈病人后，我打算去休息一下，眼皮架不住了。

可我怎么也睡不着，这个咯血的女性病人在这里就是个定时炸弹，她现在虽然不咯血了，但我们谁也不知道，下一次咯血会是什么时候，会是什么样的咯血量，这种未知的感觉真的很不好。

二线医生打电话过来，问病人现在如何。

我连忙汇报了情况，还表示了自己的担忧，要不要积极一点，直接给她气管插管做纤支镜看看得了。

二线医生要我淡定些，不可鲁莽。

患者现在还那么清醒，从片子上来看，估计病灶不算太大，可以再观察。

如果可以的话，放到明天，大家再讨论讨论。

唯有如此。

没多久，护士冲进来叫我，说患者来月经了。

「我知道啊，刚刚不是已经知道了吗。」我说，「我想多眯两眼，休息一会儿。你给她多垫两块干净的敷料，那玩意比卫生巾好使。」

「不，她说一定要卫生巾。」护士坚定地告诉我。

我尝试给她男朋友打电话了，但是关机，没人接听，找不到人送卫生巾来，怎么办。

我也睡不着了，干脆起床了。

「你们能想想办法吗？比如你们小姑娘，谁有存货的，送给她一片两片。」

护士白了我一眼，说我们如果有货也不用来找你了。

我知道姑娘们都很好心，见到这个年轻的女孩子患病都比较心疼，大家都想帮帮她，她有什么要求都会尽量满足她。

大家都是年纪差不多的女孩子嘛，所以帮她找卫生巾这个事也是够上心了。

既然如此，那还是让她用伤口敷料凑合凑合吧，卫生巾的原料也就是那些伤口敷料嘛，应该差不多的。

我打算亲自去说服她。半夜三更去哪里给她找来卫生巾。唯一有希望的她的男朋友又不接电话，那有啥法子哩。

结果病人告诉我说，她男朋友应该在门口的。

「这么晚了，我让他回去休息了，估计是手机没电，所以没接到电话。」我说。

她还是坚持要我到门口看看，如果她男朋友在外头，就让他回去带点卫生巾过来。

我拿她没办法，也不想她太激动，万一血压飙高，又整出血就不好了，所以答应她，到外面看看。

到外头一看，还真的是惊讶到我了。

她男朋友还真的有在，直接在走廊的凳子上躺着，寸步不离。

他见到我也有点惊讶，然后是紧张。

「不会又咯血了吧？」他问我。

我让他别慌张，没事，就是想让你回家拿点卫生巾过来而已，你女朋友大姨妈来了，卫生巾用完了。

他舒了口气，说就这个事吧，没别的了吧。

「还有，你得保持手机通畅啊，记得充电，万一有事又找不到你。」我叮嘱他。

他挠挠头，有点不好意思，说每次住院都让我回家拿卫生巾，也是够巧了。

「每次？」我疑惑。

「就上次住院，也是卫生巾没带够，我还专门出去买了。」他说。

「上次也来月经了？」我隐隐感到有些不安。

「是的。」

他走了后，我仍伫立在原地，大脑飞速地转动着。

我似乎发现了点什么。

两次住院都是因为咯血，两次住院都刚好是月经期，就这么凑巧？

月经来的时候是阴道出血，那是因为子宫内膜脱落导致的。

如果同时有肺出血，那意味着什么呢？我兴奋得差点跳起来。

这是子宫内膜异位症啊。

这是妇科的疾病啊，虽然少见，但不是不可能。

子宫内膜异位症，是指原本只在子宫里面的内膜，现在可能出现在其他部位，最常见是盆腔的其他脏器，少见的情况是可能出现在胃肠道，或者呼吸道，就好像眼前这个病人一样。

如果是胃肠道异位，那会跟着月经周期出血腹痛腹胀；如果是肺部异位，那就肯定会跟着月经周期有咯血啊。

不管在哪个部位，只要是子宫的内膜，月经周期它都会脱落出血的啊。

这不就是咯血了吗？

真的是子宫内膜异位症吗？我简直不敢相信，我从来还没见过这个病。一切都只是理论知识而已。

回到病房，看到患者生命体征还算稳定，我心里舒坦了一些。

如果真的是子宫内膜异位症的话，按道理这个出血，肯定会随着月经周期的结束而结束的，我悬在嗓子眼的小心脏终于放下了。

我很想打电话给二线医生，让她过来评估一下，但一想到这个事情不紧急，没必要打扰她了，二线医生忙了一天，估计骨头都松散了。

刚刚那一波出血，就好像来月经一样，只不过位置不在生殖道，而在呼吸道，这可真的是匪人所思啊。

虽然我觉得这个可能性很高，但暂时先不告诉患者及家属，等明天跟上级医师汇报后，请了妇科医生会诊，确定是这玩意了再沟通。

很快，患者男朋友捧着卫生巾过来了。

患者也了却了一桩心事。

我甚至有点玄幻的想法，会不会这正儿八经的子宫内膜出了血之后，肺那边的异位组织就不会出血了呢？希望如此吧。

不管猜测是否合理，总之下半夜患者的确没有再咯血了。

大家也顺利过了一个晚上。

第二天我跟上级医师汇报了情况，尤其是大家听到两次咯血都是发生在月经周期时，都啧啧称奇，说十有八九就是这个子宫内膜异位症了。

但谁也不敢大意，依旧要做好随时大咯血抢救的准备。

我们把呼吸内科医生、妇科医生都找了过来，仔细对比患者前后做了几次的胸部 CT 片子，都是差不多同一个位置的病变。

磨玻璃影，胸部 CT 增强扫描认为排除了肺癌、支气管扩张，其他检查排除了肺结核、一些自身免疫性疾病引起的肺部病变等。

妇科医生说，从患者的咯血进程来看，的确符合子宫内膜异位症啊。

我仔细问了病人，病人也认真回忆了，这两次咯血的确是在月经周期，但患者自己没意识到这个咯血跟月经是有关联的，所以没有刻意告诉医生。

呼吸内科医生有些懊恼，说第一次住院的时候，病史问得不够详细，没有问患者的月经情况，以至漏掉了。

大家安慰他，说这是个很少见的情况啊，普通的子宫内膜异位症都是异位到卵巢、宫骶韧带、盆腔等地方，异位到肺脏的大家都是第一次见。

即便问了月经，估计一时半会也没办法把它们联系起来。

要想诊断是不是子宫内膜异位症是很简单的，再过几天，患者月经干净了，咱们再拉出去做个胸部 CT，对比一下，如果病灶不见了，那就石锤了啊。

这个病灶可不是普通的炎症，你用抗生素没效果的，它是自己不见的，都脱落并以咯血的形式排出来了。

妇科医生的话很有道理，大家赞同。

想起昨晚大咯血的场景，呼吸内科医生和我仍心有余悸。

事实上，患者第一次住院的时候就是这样，以为是细菌性肺炎，用了抗生素，后来症状好转，复查胸部 CT 病灶明显好转，当时以为是肺炎好转了。

现在回过头想，可能也是妇科医生提到的这个情况，那是月经干净了，病灶自然不见了，跟咱们的药物没关系。

而之前护士提醒我，患者来月经了，由于我没有相关经验，一直也没有想到患者的咯血可能跟月经有关。

但凡我有类似经验，就不会傻乎乎地只跟护士谈论垂体后叶素的功效了。

这真的是让人开眼界啊。

经过谨慎评估，也是患者的强烈要求，当天我们就把患者迁出去了，回到呼吸内科病房。

本想去妇科更合适的，但万一患者还有咯血，妇科医生可能应付不过来，那不是她们的强项，所以回去呼吸内科更合适。

妇科医生告诉患者及家属，这是子宫内膜异位症引起的咯血。

患者及家属听了都不敢相信，直到他们上网查询，得知的确有这么一种疾病的时候，才相信了妇科医生的话。

月经结束后一复查胸部 CT，果然病灶几乎消失。

水落石出。

「那要怎么处理呢？总不能一来月经就吐血吧？」患者皱着眉头问妇科医生。

有两个办法，一个是做手术，开胸，把肺部的子宫内膜组织通通切掉。但也有可能切不干净，术后还是有可能出血。

「开胸我不考虑，太吓人了。」患者说。

第二个办法就是吃避孕药，不让月经来就可以了。

避孕药包括了雌激素和孕激素在里面，服药过程中月经不会来，也就不会出血了。

这个办法效果很好。

「那我总不能一直避孕啊，我都有结婚生小孩的打算了。」患者很苦恼。

妇科医生笑了，说不是一直吃，是吃一年左右，到时候可以停药，停药有可能就不会再出血了，如果到时候还出血，可能要换其他药，或者考虑手术。

我去呼吸内科病房看患者的时候，她已经不咯血了，避孕药也开始吃了。

我走之前跟她男朋友说，幸亏有你，是你救了你老婆。

其实我指的是他让我知道，患者这两次住院都是跟月经有关，但他可能以为我说的是他对她无微不至的照顾，说照顾老婆是应该的，其他的靠你们。

我没打算告诉他，是由于他无意间的提醒，我们才做出正确诊断的。否则显得我们多么没水平啊，哈哈，事实上，这个病我们真的是没经验。

后来我听妇科医生说，患者用了避孕药后的第一个月没怎么咯血了，第二个月完全没咯血了，持续了一年。

停药后一年仍然没有咯血。

后来生了小孩。

到现在，差不多 3 年了，听说患者仍没有发生月经周期咯血的事情。

看来，避孕药真的把肺部的子宫内膜组织饿死了。

祝福她。

科普小课堂：什么是子宫内膜异位？

子宫内膜异位是什么病？会有哪些典型症状？

子宫内膜异位症是一种妇科疾病，只有女性才会有，男性肯定不会有（这个还是要强调的）。

因为顾名思义，这个病就是子宫内膜的位置变了，正常来讲，只有子宫才会有子宫内膜，如果其他器官也出现了子宫内膜，那就是子宫内膜异位症了。

为什么会发生子宫内膜异位呢？

目前也搞得不是很清楚，有人认为跟经血逆流有关，也有人认为可能与部分妇产科手术导致子宫内膜误入切口造成种植有关等。

总之就是原因不明白。

由于很多脏器都会有子宫内膜异位可能，所以不同器官异位导致的症状不一样，总的来说，会有下腹痛、痛经、月经异常等可能，如果直肠子宫凹陷有异位还会导致性交不适，甚至会有不孕可能。

肠道异位会有腹痛腹胀腹泻便秘；泌尿道异位会有尿频尿急等。

像咱们这篇文中的病人，呼吸道异位，就会有咳嗽、咯血等。

子宫内膜异位如何检查？该如何治疗？

检查主要是超声检查，超声检查能看到卵巢异位囊肿和膀胱、直肠等部位的异位情况。

腹腔镜是国际公认的最佳诊断方法，腹腔镜如果见到病灶可以马上进行活组织检查。

此外还可以抽血化验，子宫内膜异位症时，血清 CA125 水平可能升高（升高不代表一定是异位症）。

子宫内膜异位的治疗比较复杂，这个必须在妇科医生指导下进行。

可以选择药物治疗或者手术治疗。

药物主要是抑制卵巢功能，阻止子宫内膜异位症的发展。比如用非甾体类抗炎药、口服避孕药、孕激素等。

手术主要是切除病灶，适用于药物治疗效果不好的情况。

目前认为腹腔镜确诊、手术加药物治疗是金标准。

子宫内膜异位，会影响生育吗？

有可能会，研究表明，大概 40% 的患者会不孕。子宫内膜异位症的患者，如果有不孕的话，那就要首选手术。

本文由 [Circle 阅读模式](#) 渲染生成，版权归原文所有