

临床疾病护理 要点与规范 (下)

刘洪艳等◎主编



临床疾病护理要点与规范

(下)

刘洪艳等◎主编

第十章

妇科护理

第一节 妊娠滋养细胞疾病

妊娠滋养细胞疾病是一组来源于胎盘滋养细胞的疾病。根据组织学可分为葡萄胎、侵蚀性葡萄胎、绒毛膜癌和极少见的胎盘部位滋养细胞肿瘤。

一、葡萄胎

葡萄胎是因妊娠后胎盘绒毛滋养细胞增生、间质水肿，而形成大小不一的水泡，水泡相互间有细蒂相连成串，形似葡萄而得名。葡萄胎可分为完全性葡萄胎和部分性葡萄胎。

葡萄胎可发生在生育期任何年龄的妇女，其病变局限于子宫腔内，不侵入肌层，也不发生远处转移，是一种良性滋养细胞疾病。其病理特点为滋养细胞呈不同程度的增生，同时绒毛间质水肿；间质内血管消失，但部分性葡萄胎的绒毛血管不一定完全消失。病变的绒毛失去吸收营养的作用，致使胚胎早期死亡。由于部分性葡萄胎患者尚存部分正常绒毛，胚胎可能存活。

（一）病因

葡萄胎的发病原因尚不完全清楚。目前认为可能与种族、营养状况、社会经济因素、病毒感染、卵巢功能失调、细胞遗传异常及免疫功能等有关。

（二）临床表现

1. 病史 100% 的患者有停经史，停经时间为 4~37 周，平均为 12 周。

2. 症状

（1）停经后阴道出血：是最常见的症状。多数患者在停经 8~12 周发生不规则阴道出血，开始量少，呈咖啡色黏液状或暗红色血样，以后出血量逐渐增多，时出时停。若葡萄胎组织从蜕膜剥离，可发生阴道大量出血，导致休克，甚至死亡。阴道出血时间长、未及时治疗的患者可导致贫血及继发感染。

（2）子宫异常增大、变软：由于葡萄胎的迅速增长以及宫腔内出血，子宫体积一般增长较快，约有 50% 以上的患者子宫大于相应月份的正常妊娠子宫，且质地极软。1/3 的患者子宫大小与停经月份相符。少数患者子宫小于停经月份，其原因可能与水泡退行性变、停止发展有关。

（3）卵巢黄素化囊肿：由于大量 hCG 刺激卵巢卵泡内膜细胞发生黄素化而形成囊肿，

称卵巢黄素化囊肿。常为双侧，也可是单侧，囊肿大小不等，表面光滑，活动度好，切面为多房，囊壁薄，囊液清。其一般不产生症状，偶因急性扭转而致急腹症。黄素化囊肿在葡萄胎清除后，随着 hCG 水平下降，于 2~4 个月自然消失。

(4) 妊娠呕吐及妊娠高血压综合征：由于增生的滋养细胞产生大量 hCG，因此患者呕吐往往比正常妊娠严重且持续时间长。发生严重呕吐且未能及时纠正时，可导致水电解质平衡紊乱。又因患者子宫增长速度较快，子宫内张力大，患者在妊娠早、中期即可出现妊娠高血压综合征，葡萄胎患者在孕 24 周前即可出现高血压、水肿、蛋白尿，而且症状严重，容易发展为先兆子痫。

(5) 腹痛：由于子宫急速扩张而引起下腹阵发性疼痛，其常发生在阴道出血前，疼痛一般不剧烈，可耐受。但如是黄素化囊肿急性扭转则为急腹痛。

(三) 辅助检查

1. 人绒毛膜促性腺激素 (hCG) 测定 葡萄胎患者由于滋养细胞增生，产生大量 hCG，血清中 hCG 滴度高于相应孕周的正常值，而且在停经 8~10 周以后，随着子宫增大仍继续持续上升。但少数葡萄胎患者，特别是部分性葡萄胎患者血清中 hCG 水平升高不明显。

2. 超声检查 B 型超声是诊断葡萄胎的重要辅助手段。完全性葡萄胎典型的超声影像学表现为子宫明显大于相应孕周，无妊娠囊或胎心搏动，宫腔内充满不均质密集状或短条状回声，呈“落雪状”，若有较大的水泡则形成大小不等的回声区，呈“蜂窝状”。常可见两侧或一侧卵巢囊肿。部分性葡萄胎宫腔内可见由水泡状胎块所引起的超声图像的改变及胎儿或羊膜腔，胎儿常合并畸形。

(四) 治疗方法

1. 清除宫腔内容物 葡萄胎的诊断一经确定后，应立即给予清除。清宫前应做好全身检查，注意有无休克、子病前期、甲状腺功能亢进、水电解质紊乱及贫血等。必要时要先对症处理，稳定病情后再行清宫术。清除葡萄胎时应注意预防出血过多、穿孔及感染，并应尽可能减少以后恶变的机会。

2. 预防性化疗 葡萄胎患者是否进行预防性化疗尚存在争议，建议对有高危因素的患者给予预防性化疗，其余的患者则进行严密的随诊。高危因素包括：①年龄 > 40 岁。②葡萄胎排出前 β -hCG 值异常升高 ($> 100\,000\text{U/L}$)。③葡萄胎清除后，hCG 下降曲线不呈进行性下降，而是降至一定水平后即持续不降或始终处于较高值。④子宫明显大于停经月份。⑤黄素化囊肿直径 $> 6\text{cm}$ 。⑥第二次清宫仍有滋养细胞高度增生。⑦无条件随访者。预防性化疗一般选用单药化疗，如氟尿嘧啶 (5-FU)、放线菌素 D (KSM)、甲氨蝶呤 (MTX) 等。

3. 卵巢黄素化囊肿的处理 因黄素化囊肿在葡萄胎排出后可自行消退，一般不需处理。若发生急性扭转，可在 B 超下或腹腔镜下进行穿刺吸出囊液，如囊肿发生坏死，则需做患侧附件切除术。

4. 子宫切除术 单纯切除子宫只能去除病变侵入局部组织的危险，不能防止转移的发生。对于年龄超过 40 岁，无生育要求的患者可行全子宫切除术，保留附件；子宫小于妊娠 14 周可直接进行子宫切除术，若子宫超过孕 14 周大小，应考虑吸出葡萄胎组织后再行子宫切除术。

(五) 护理评估

1. 病史 采集个人既往史、家族病史，特别是有无滋养细胞疾病史。个人的月经史、生育史。

2. 身心状况 此次妊娠的反应情况，有无恶心、呕吐，呕吐的程度。有无阴道出血，阴道出血量、质、时间，是否有水泡状物排出。患者有无妊娠高血压综合征症状。有无腹部的不适感或阵发性隐痛。评估患者及家属的心理状况，有无焦虑或恐惧等情绪表现。

(六) 护理问题

1. 潜在的并发症 出血：与葡萄胎清宫前后随时有可能大出血有关。
2. 自理能力缺陷 与长期的阴道出血、化疗及手术。
3. 有感染的危险 与长期的阴道出血、化疗或手术，机体抵抗力降低有关。
4. 知识缺乏 缺乏疾病及其防护知识。
5. 恐惧 与不了解病情及将要接受的清宫手术有关。
6. 自尊紊乱 与对分娩的期望得不到满足及对将来妊娠担心有关。

(七) 护理措施

1. 心理护理 详细评估患者对疾病的心理冲突程度及对接受治疗的心理准备，鼓励其表达不良情绪，并认真倾听。向患者讲解有关疾病的知识及清宫手术的过程，以解除顾虑和恐惧，增强信心。

2. 病情观察 密切观察腹痛及阴道出血情况，检查阴道排出物内有无水泡状组织并保留会阴纸垫，以评估出血量及出血性质。出血过多时，密切观察血压、脉搏、呼吸等。

3. 预防感染 患者阴道出血期间，保持局部的清洁干燥，每日冲洗会阴 1 次，监测体温，及时发现感染征兆。

4. 生活护理 患者卧床期间，护士应经常巡视，做好生活护理，满足患者的基本生活需要。

5. 清宫术的护理 葡萄胎一经诊断应立即行清宫术，为防止术中大出血，术前建立有效的静脉通路。备血，准备好抢救措施。术前协助患者排空膀胱。术中严密观察患者一般情况，注意有无面色苍白，出冷汗，口唇发绀的表现，及时测量血压、脉搏，防止出血性休克发生。术后注意观察阴道出血及腹痛情况。

6. 预防性化疗的护理 部分患者需要进行预防性化疗，按妇科肿瘤化疗患者护理。

7. 健康及随访指导

(1) 避孕：葡萄胎后应避孕 1 年，至少半年，以免再次妊娠与恶变鉴别困难，并且患者机体的康复也需要时间。避孕方法宜选用阴茎套及阴道隔膜。

(2) 随访：葡萄胎患者随访非常重要，定期随访可以早期发现滋养细胞肿瘤并及时处理。随访内容包括：①血 hCG 的变化，葡萄胎清宫后应每周 1 次，直至连续 3 次正常，然后每月 1 次，至少 6 次。此后每半年 1 次，共 2 年。②月经情况，应注意有无不规则阴道出血，有无咳嗽、咯血及其他转移症状，并做妇科检查，必要时进行 B 型超声和影像学检查。

二、恶性滋养细胞肿瘤

恶性滋养细胞肿瘤包括侵蚀性葡萄胎和绒癌，其 60% 继发于葡萄胎，30% 继发于流产，

10%继发于足月妊娠或异位妊娠。恶性滋养细胞肿瘤发生在葡萄胎排空半年以内的多数为侵蚀性葡萄胎；而1年以上者多数为绒癌；半年至1年者，侵蚀性葡萄胎和绒癌均有可能，但一般来说时间间隔越长，绒癌的可能性越大。继发于流产、足月妊娠、异位妊娠后者组织学诊断多为绒癌。

侵蚀性葡萄胎是指葡萄胎组织侵入子宫肌层引起组织破坏，其恶性程度一般不高，多数仅造成局部侵犯，仅有4%的患者并发远处转移，一般预后较好。

绒癌是一种高度恶性的滋养细胞肿瘤，早期就可以通过血液转移至全身各个组织器官，并引起出血坏死。在化疗药物问世以前，其死亡率高达90%以上。由于现代诊疗技术及化疗药物的发展，绒癌患者的预后已经得到极大的改善。

（一）病理改变

侵蚀性葡萄胎大体检查可见子宫肌壁内有大小不等、深浅不一的水泡状组织，宫腔内原发病灶可有可无。当侵蚀性葡萄胎接近子宫浆膜层时，子宫表面可见紫蓝色结节。病变较深时可穿透子宫浆膜层或阔韧带。镜下可见侵入肌层的水泡状组织的形态和葡萄胎相似，可见绒毛结构和滋养细胞增生和分化不良，但绒毛结构也可退化，仅见绒毛阴影。

绒癌多数原发于子宫，肿瘤常位于子宫肌层内，也可突向宫腔或穿破浆膜，单个或多个，大小不等，与周围组织分界不清，质地软而脆，伴出血坏死。镜下特点为细胞滋养细胞和合体滋养细胞不形成绒毛或水泡状结构，成片高度增生，排列紊乱，并广泛侵入子宫肌层和破坏血管，造成出血坏死。肿瘤中不含间质和自身血管，瘤细胞靠侵蚀母体血管而获取营养物质。

（二）临床分期

滋养细胞肿瘤的临床分期对于病情监测、指导治疗及估计预后有非常重要的作用。目前国内主要应用FIGO妇科肿瘤委员会于2000年审定的临床分期。

I期：病变局限于子宫；

II期：病变扩散，但仍局限于生殖器官（附件、阴道、阔韧带）；

III期：病变转移至肺，有或无生殖系统病变；

IV期：所有其他转移（脑、肝、肠、肾等处）。

（三）临床表现

1. 病史 侵蚀性葡萄胎基本上继发于葡萄胎清除术后6个月以内。

2. 阴道出血 为侵蚀性葡萄胎最常见的症状。多发生在葡萄胎排除后，阴道不规则出血，量多少不定。阴道出血可以在葡萄胎排除后持续不断，或断续出现，亦可先有几次正常月经，再发生阴道出血。合并有阴道转移结节，破溃时可发生反复大出血。

3. 腹痛 一般无腹痛，但当子宫病灶穿破浆膜层时可引起急性腹痛及腹腔内出血症状。若子宫病灶坏死继发感染时也可引起腹痛及脓性白带。

4. 黄素化囊肿 由于hCG的持续作用，患者黄素化囊肿持续存在。当黄素化囊肿发生急性扭转时患者可出现急性腹痛。

5. 假孕症状 由于肿瘤分泌的hCG及雌、孕激素的作用，患者可出现假孕症状。如，乳房增大，外阴、宫颈着色。

6. 转移灶表现 转移灶表现大多是绒癌，特别是继发于流产、足月妊娠、异位妊娠后

的绒毛，其转移发生早而且广泛。滋养细胞肿瘤是通过血行转移的，最常见的转移部位是肺，其次是阴道、盆腔、肝和脑等。由于滋养细胞生长特点之一是破坏血管，所以各转移部位症状的共同特点是局部出血。

(1) 肺转移：表现为胸痛、咳嗽、咯血及呼吸困难。

(2) 阴道转移：阴道转移病灶常位于阴道前壁，呈紫蓝色结节，破溃时引起不规则阴道出血，甚至大出血。大量出血患者可在较短时间内出现出血性休克。

(3) 肝转移：一般情况下肝转移的患者同时伴有肺转移，患者表现为上腹部或肝区疼痛，若病灶有穿破肝包膜可出现腹腔内出血的表现，导致死亡。

(4) 脑转移：脑转移的患者按病情进展分为3期：第1期为瘤栓期，患者表现为一过性脑缺血症状，如突然跌倒、暂时性失语、失明等。第2期为脑瘤期，即瘤组织继续增生侵入脑组织形成脑瘤，表现为头痛、喷射性呕吐、偏瘫、抽搐直至昏迷。第3期为脑疝期，因脑瘤增大及周围组织出血、水肿，造成颅内压进一步增高，脑疝形成，压迫呼吸中枢，最终死亡。

(四) 辅助检查

1. 人绒毛膜促性腺激素(hCG)测定 对于葡萄胎后滋养细胞肿瘤的患者hCG水平是诊断及治疗监测的重要依据。一般认为，葡萄胎清除后9周以上，或流产、足月产、异位妊娠后4周以上，hCG应降至正常范围。如hCG仍持续高水平，或曾一度降至正常水平后又迅速升高，即考虑发生妊娠滋养细胞肿瘤。

2. B型超声检查 超声检查常可以发现广泛的肌层内肿瘤血管浸润及低阻性血流频谱。超声检查有助于早期确定滋养细胞疾病的性质。

3. X线胸片 是诊断肺转移的重要检查方法。肺转移典型表现为棉球状或团块状阴影。转移灶以右侧肺及中下部较多见。

4. CT和磁共振检查 CT对发现肺部较小病灶和脑、肝等部位的转移灶有较高的诊断价值。磁共振主要用于脑转移和盆腔转移病灶的诊断。

5. 组织学诊断 在子宫肌层内或子宫外转移灶内若见到绒毛或退化的绒毛阴影，则诊断为侵蚀性葡萄胎；若仅见到成片的滋养细胞浸润及坏死出血，未见绒毛结构者，则诊断为绒毛癌。

(五) 治疗方法

滋养细胞肿瘤的治疗原则以化疗为主，手术和放疗为辅。

1. 化学治疗 目前可应用于滋养细胞肿瘤的化疗药物很多，常用的一线化疗药物有：氟尿嘧啶、放线菌素-D、依托泊苷、甲氨蝶呤、环磷酰胺、异环磷酰胺、长春新碱等。化疗方案要根据患者全面情况，如病情、分期、骨髓功能、肝肾功能等制定。低危患者应用单药化疗，高危患者需选用联合化疗。

2. 手术治疗 手术为主要的辅助治疗方法。其对控制大出血、消除耐药病灶和缩短化疗疗程等方面有一定作用。

患者病变在子宫或肺、化疗疗程较多但效果差者，可考虑手术治疗。肺转移可行肺叶切除术，病变在子宫者可行子宫切除术，生育期妇女应保留卵巢。年轻患者需要保留生育功能的可行病灶挖除术。

3. 放射治疗 目前应用较少，主要用于肝、脑转移和肺部耐药病灶的治疗。

三、滋养细胞肿瘤转移患者的护理

滋养细胞疾病的患者一般病情重且变化快,护士应对患者进行全面的评估,同时要重视对患者心理状态的观察,及时给予适宜的帮助和护理,使患者能够早日康复。

(一) 恶性滋养细胞肿瘤病肺转移的护理

1. 护理评估

(1) 病史:了解患者的婚育情况,月经周期、末次月经的时间、有无葡萄胎病史等。

(2) 身心状况:了解患者阴道出血时间、量、颜色等,评估一般情况、呼吸情况,有无呼吸困难、咯血、胸闷等症状;了解患者患病后的心理状态。

2. 护理问题

(1) 潜在的并发症:出血 与肺部转移病灶可能破溃出血有关。

(2) 有感染的危险与肺转移可并发肺部感染有关。

3. 护理措施

(1) 密切观察病情:护士应密切观察患者有无咳嗽、咯血、胸闷、胸痛等症状,遵医嘱给予镇静药物以减轻症状。

(2) 吸氧:呼吸困难的患者可间断给予吸氧,取半坐卧位,有利于呼吸及痰液排出。

(3) 血胸的护理:患者出现血胸时需保持安静,避免剧烈活动;出血多、症状重的患者应遵医嘱进行胸腔穿刺,穿刺时应严格无菌操作,防止胸腔感染,同时注意观察患者的脉搏、呼吸的变化。当肺部转移病灶破溃大出血时,立即将患者置于头高脚低位,头偏向一侧,以利于引流,同时通知医师,受时清除口腔及呼吸道的血块,保持呼吸道通,建立静脉通路,配合医生抢救。

(4) 化疗:患者按化疗护理常规护理:

(二) 滋养细胞肿瘤阴道转移的护理

恶性滋养细胞肿瘤阴道转移瘤多发生在阴道前壁,尤多见于尿道下,瘤体数目不一,大小不等,多位于黏膜下,呈紫蓝色,破溃后引起大出血,容易发生感染。由于阴道黏膜静脉丛血流丰富且无瓣膜,出血往往是大量、活跃,可致休克,甚至危及生命。如能及时采取有效的治疗,转移结节可完全消失。因此,护士要严密观察精心护理,防止转移结节破溃出血,一旦发现出血应能立即采取抢救措施。

1. 护理评估 评估患者阴道转移结节的大小、位置、有无破溃出血、近期治疗和用药情况、一般情况、心理状况。

2. 护理问题

(1) 潜在的并发症:出血。与阴道转移结节随时有大出血的可能有关。

(2) 有感染的危险。与阴道出血有关。

(3) 生活自理能力受限。与卧床、静脉输液有关。

(4) 知识缺乏 缺乏疾病相关知识及保健知识。

3. 护理措施

(1) 预防出血:

1) 阴道转移患者应尽早开始应用化疗,以便结节尽快消失。

2) 阴道转移结节未破溃的患者应以卧床休息为主,活动时勿用力过猛过重,以免因摩擦引起结节破溃出血。

3) 减少一切增加腹压的因素,如患者出现恶心、呕吐、咳嗽时应及时给予有效的处理,同时保持大便通畅,必要时给予缓泻药。

4) 注意饮食。保证热量及蛋白质的需要,同时要粗细搭配及维生素的供给。

5) 做好大出血抢救的药物及物品的准备。备好无菌填塞包及止血药,止血药物应装入喷雾器内备用。

6) 避免不必要的阴道检查及盆腔检查。如必须检查要先做指检,动作要轻柔,防止碰破结节引起出血。阴道转移的患者严禁行阴道冲洗。

7) 加强巡视,严密观察病情变化。

(2) 大出血的抢救:

1) 护士必须具备大出血抢救的基本知识,操作熟练。当发现患者有阴道大出血时及时通知医生,以最快的速度建立静脉通路、备好抢救物品及药品,积极进行抢救。

2) 滋养细胞阴道转移结节大出血时,立即将患者移至治疗室并用双拳压迫腹主动脉以达到紧急止血的目的,同时请其他人员通知医师,配血,配合医师进行阴道填塞。当患者出血多、病情危急时,抢救可在床边进行。

3) 阴道填塞过程中,护士要严密观察患者血压、脉搏、呼吸及面色的变化,定时测量血压,必要时应用心电监护仪,以随时了解病情变化,防止发生出血性休克。

(3) 阴道填塞后护理:

1) 心理护理:患者发生阴道出血后多表现为紧张、焦虑并担心再次出血,此时要多与患者交谈,了解患者的心理状况及需要,及时解除患者的心理负担,使其能积极配合治疗。

2) 加强生活护理:填塞后的患者需绝对卧床休息,做好患者生活护理,满足其基本生活需要。

3) 饮食护理:阴道填塞后患者可根据病情给予相应的饮食,但要注意保持大便通畅,必要时可应用缓泻药或用1%肥皂水低压灌肠,以减少增加腹压因素,避免再次出血。

4) 加强巡视:必要时每15分钟巡视1次,严密观察填塞纱条有无渗血,如出现较多渗血,及时通知医生并保留会阴垫,以估计出血量。

5) 留置尿管的护理:阴道填塞期间为防止纱条脱落和小便污染填塞纱条,要置保留尿管,操作时注意无菌操作防止感染,每日更换尿袋,保持尿管通畅。

6) 保持外阴清洁:每日用消毒剂或无菌生理盐水擦洗外阴,大便后亦应擦洗,切忌冲洗外阴。

7) 观察体温的变化:每日测3~4次体温,体温升高时要警惕感染发生,必要时遵医嘱使用抗生素。

8) 更换阴道填塞纱条:阴道填塞纱条应每24小时更换1次。第1次填塞之纱条亦不应超过36h,以免填塞时间过长发生感染。更换纱条应在抢救措施准备好的情况下进行。

(三) 滋养细胞肿瘤脑转移的护理

滋养细胞肿瘤脑转移瘤是由于肺内瘤细胞向上沿颈内动脉或脊椎动脉进入脑血管而形成的。脑转移患者病情变化快,因此,护士要随时观察病情变化,特别是早期症状的观察是非常重要的,以便抓住治疗抢救时机,以挽救患者生命。

1. 护理评估 评估患者的生命体征, 特别注意患者的意识、瞳孔及血压, 肢体活动情况, 有无偏瘫; 评估患者的语言能力、听力、视力等。有无一过性症状、有无喷射性呕吐等, 注意相关的辅助检查如: 脑脊液的蛋白测定、hCG 测定等。心理状况的评估。

2. 护理问题

(1) 头痛 与颅内压升高有关。

(2) 有皮肤完整性受损的危险 与脑转移引起偏瘫、昏迷使局部皮肤长期受压有关。

(3) 生活自理能力受限 与卧床、昏迷、静脉输液有关。

(4) 有受伤的危险 与脑转移引起意识障碍有关。

3. 护理措施

(1) 病室环境: 脑转移患者应置于单间并有专人护理, 病室内保持空气新鲜, 暗化光线, 防止强光引起患者烦躁、紧张、头痛而加重病情。抽搐的患者应安置床档, 防止发生意外。

(2) 病情观察: 绒癌脑转移是病情已进入晚期, 患者可出现因瘤栓引起的一过性症状, 如猝然摔倒, 一过性肢体失灵, 失语, 失明等约数分钟或数小时可恢复。亦可因瘤体压迫致颅压增高, 或瘤体破裂引起颅内出血, 出现剧烈头痛、喷射性呕吐、偏瘫、抽搐、昏迷等, 以上症状往往来势凶猛, 护士应随时观察病情变化, 认真倾听患者的主诉, 以便能及时发现病情变化及时进行抢救。

(3) 生活护理: 做好生活护理, 满足患者的基本生活需要, 保持口腔卫生, 协助其每日用生理盐水漱口。

(4) 皮肤护理: 保持皮肤的清洁干燥及床单位的清洁无污物, 偏瘫、昏迷的患者要定时翻身, 防止压疮的发生。

(5) 严格准确记录出入量: 认真书写病情记录及准确记录出入量, 注意患者每天的总入量应限制在 2 000 ~ 3 000ml, 以防止加重脑水肿, 同时应尽量控制脑转移患者钠的摄入量。应用脱水药物时, 应根据药物的特性掌握好输入速度, 以保证良好的药效。

(6) 脑转移抽搐的护理: 脑瘤期的患者, 由于肿瘤压迫, 患者可突然出现抽搐, 当抽搐发生时应立即用开口器, 以防舌咬伤, 同时通知医生进行抢救。保持呼吸道通畅, 定时吸痰, 有假牙的患者取下假牙防止吞服。抽搐后, 患者常有恶心、呕吐, 此时为防止患者吸入呕吐物, 应使其去枕平卧, 头偏向一侧。大小便失禁者给予保留尿管长期开放。昏迷患者要定时翻身叩背, 并做好口腔及皮肤护理, 防止肺部并发症及压疮的发生。

(7) 腰穿的护理: 绒癌脑转移患者进行腰穿目的是: ①测定颅内压及脑积液生化及 hCG 的变化。②注入化疗药物达到治疗目的。可以说腰穿是诊断和治疗的重要手段之一。因此做好腰穿患者的护理是非常重要的。

腰穿前护士协助患者摆好体位, 患者去枕侧卧, 背齐床边, 低头手抱双膝, 腰部尽量后凸, 使腰椎间隙增宽, 便于操作。腰穿一般选择第 3 或第 4 腰椎间隙。在治疗过程中, 要严格无菌操作, 防止感染。护士要观察患者的呼吸, 脉搏, 瞳孔及意识的变化。如有异常发现应停止操作, 进行抢救。操作时应注意放脑脊液的速度不可过快, 防止形成脑疝。留取脑脊液标本时, 1 次不可超过 6ml。腰穿后患者宜头低脚高位 6h, 平卧 24h, 以便达到较好的治疗目的, 亦可防止低颅压性头痛。腰穿前疑有颅内压升高或体温升高的患者不行腰穿, 控制体温及降低颅压后再进行。

四、妇科恶性肿瘤化疗患者的护理

(一) 化疗药物的种类

妇科肿瘤患者常用的化疗药物包括：烷化剂、抗代谢药物、抗肿瘤植物药、抗肿瘤抗生素等。

(二) 作用机制

主要有：影响去氧核糖核酸（DNA）的合成；直接干扰核糖核酸（RNA）的复制；干扰转录；抑制信使 RNA（mRNA）的合成；阻止纺锤丝的形成；阻止蛋白质的合成。

(三) 化疗不良反应

临床上常见的化疗不良反应包括：造血功能障碍（骨髓抑制）；消化道反应；皮肤、黏膜的损伤及肝、肾功能的损伤等。

(四) 化疗护理

1. 化疗前准备

(1) 护士应熟练掌握化疗的基础知识。应严格执行无菌技术原则和三查七对制度。做好化疗防护工作。同时做好患者的心理护理。

(2) 准确测量患者体重。

2. 化疗中的护理 根据医嘱正确溶解和稀释药物，并做到现配现用。注意保护血管，提高成功率。加强巡视，保证化疗药物准确、按时输入。

3. 化疗不良反应的护理

(1) 造血系统反应的护理：①白细胞减少的护理。保持环境的清洁，病室每日定时通风。注意病情的观察，应随时注意患者的血象变化。给予营养支持，指导患者增加蛋白质、维生素类食物的摄入。保持口腔的清洁，每日要清洁外阴，注意保暖，避免感冒。在进行治疗的过程中应严格遵守无菌技术原则，预防感染发生。必要时遵医嘱给予抗生素、升白细胞药物，并注意观察用药后的反应。②血小板降低的护理。应随时注意患者的血象变化。根据病情，适当限制患者的活动，防止活动时发生意外。嘱患者用软毛刷牙，防止牙龈出血。鼓励患者改掉不良习惯，如抠鼻、咬指甲等。忌食辛辣、坚硬粗糙的食物，防止因过强的刺激造成消化道出血。多喝水、吃新鲜水果及蔬菜，避免患者出现便秘。同时，在进行各种治疗操作时应动作轻柔。

(2) 消化道不良反应的护理：①食欲缺乏、恶心、呕吐的护理。给予心理疏导，减轻患者心理压力。鼓励患者多进食清淡、易消化的食物，可少食多餐。患者出现恶心、呕吐时，及时清理呕吐物，且协助患者漱口，更换污染衣被。详细记录患者的呕吐量。遵医嘱给予镇静、止吐药物，必要时给予静脉营养输注。②口腔溃疡的护理。保持口腔清洁，用盐水、硼酸水漱口。患者若已发生口腔溃疡，护士应依溃疡程度给予口腔护理。患者进食前用 0.03% 的丁卡因喷口腔及咽部止痛。鼓励患者多咀嚼，多说话，以利唾液（内含溶菌酶）的分泌。饮食应以较清凉、质软、无刺激性食物为主，急性期的患者应以流食少渣为主。③腹痛、腹泻的护理。详细记录患者每天的大便次数，并观察其量、性质及颜色。在化疗的过程中患者出现腹泻，应立即停止化疗药的使用。做好饮食指导。对疑似假膜性肠炎的患者，要及时进行床边隔离。

(3) 皮肤、黏膜损害的护理: 保护血管, 防止药物外渗。在输注化疗药物, 特别是对血管刺激性强的化疗药物时, 出现外渗现象, 应立即停止用药。局部采取封闭治疗。

(4) 脱发的护理: 护士应帮助患者正确面对自身形象的改变。协助患者选择假发、围巾、帽子等装饰物, 以增进患者的自尊。

(5) 肾功能损害的护理: 在化疗的过程中应通过静脉给予大量液体, 保证尿量。详细记录 24h 出入量。注意观察患者有无泌尿系统症状, 发现问题及时通知医师。遵医嘱及时给予解救药。

(张 冠)

第二节 闭经

一、疾病概要

闭经是妇科疾病中常见症状。通常将闭经分为原发性闭经和继发性闭经两类。原发性闭经是指年龄超过 16 岁、第二性征已发育, 或年龄超过 14 岁、第二性征尚未发育, 无月经来潮者。继发性闭经指曾建立正常月经, 后月经停止 6 个月以上者, 或按自身原来月经周期计算停经 3 个周期以上者。根据闭经的原因, 又分为生理性闭经和病理性闭经两大类。青春期前、妊娠期、哺乳期及绝经后的月经不来潮均属生理现象, 本节不讨论。

正常月经的建立和维持有赖于下丘脑-垂体-卵巢轴的神经内分泌调节以及靶器官子宫内膜对性激素的周期性反应, 其中任何一个环节发生障碍都会出现月经失调, 甚至导致闭经。根据闭经的常见原因和病变部位闭经可分为 4 种。

1. 子宫性闭经 闭经的原因在子宫, 而月经调节功能正常, 第二性征发育也可正常, 但子宫内膜受到破坏或对卵巢激素不能产生正常的反应, 如先天性无子宫、子宫内膜损伤、宫腔粘连、子宫内膜炎、子宫内膜结核、子宫切除后或子宫腔放疗后, 从而引起闭经。

2. 卵巢性闭经 闭经的原因在卵巢。因卵巢性激素水平低落, 子宫内膜不发生周期性变化, 如先天性卵巢发育不全或缺如(单纯性腺发育不全、特纳综合征)、卵巢功能早衰、卵巢已切除或放疗后、卵巢功能性肿瘤和多囊卵巢综合征等而导致闭经。

3. 垂体性闭经 闭经的原因在垂体。腺垂体器质性病变或功能失调, 如垂体肿瘤、垂体梗死(如 Sheehan 综合征)、原发性垂体促性腺功能低下, 可影响促性腺激素的分泌, 继而影响卵巢功能而引起闭经。

4. 下丘脑性闭经 是最常见的一类闭经。中枢神经系统-下丘脑功能失调可影响垂体, 进而影响卵巢而引起闭经。其病因最复杂。

(1) 精神性因素: 精神压抑、紧张、恐惧、创伤、环境改变、盼子心切或畏惧妊娠等精神因素可使机体处于紧张的应激状态, 扰乱内分泌的调节功能而发生闭经。闭经多为一时性, 通常很快自行恢复, 也有持续时间较长者。

(2) 体重下降和营养缺乏: 神经性厌食者通常由于内在情感的剧烈矛盾或为保持体形而强迫节食, 当体重下降到标准体重的 85% 以下时, 即可引起下丘脑功能失调, 使促性腺激素释放激素、促性腺激素和雌激素水平均低下而发生闭经。

(3) 剧烈运动: 如长跑、芭蕾舞、现代舞等训练易致闭经。初潮发生和月经的维持有

赖于一定比例（17%~20%）的机体脂肪，若运动员的肌肉/脂肪的比率增加或总体脂肪减少，可使月经异常。因为脂肪是合成甾体激素的原料，同时运动加剧后促性腺激素释放激素（GnRH）释放受到抑制，也可引起闭经。

（4）药物：除垂体腺瘤可引起闭经溢乳综合征外，长期服用甾体类避孕药、某些药物如吩噻嗪及其衍生物（奋乃静、氯丙嗪）、利血平等，偶尔也可出现闭经和异常乳汁分泌。药物所致的闭经常常是可逆的，一般在停药后3~6个月月经自然恢复。

（5）颅咽管瘤：是较罕见的原因，当瘤体增大压迫下丘脑和垂体柄时，可引起闭经、生殖器官萎缩、肥胖、颅压增高、视力障碍等症状，又称为肥胖生殖无能营养不良症。

（6）特发性因素：是闭经中最常见的原因之一。其确切机制不明，但表现为促性腺激素释放激素的脉冲式分泌异常，这种改变与中枢神经系统的神经传递或下丘脑功能障碍有关。

5. 其他内分泌功能异常 肾上腺、甲状腺、胰腺等功能异常也可引起闭经。常见的疾病为甲状腺功能减退或亢进、肾上腺皮质功能亢进、肾上腺皮质肿瘤、糖尿病等均可通过下丘脑影响垂体功能而造成闭经。

处理原则为纠正全身健康情况，进行心理和病因治疗。因某种疾病或因素引起的下丘脑-垂体-卵巢轴功能紊乱者，可用性激素替代治疗。

二、护理评估

1. 健康史 询问患者的成长发育过程，有无先天性缺陷或其他疾病。了解家族中有无相同疾病者。详细询问月经史，包括初潮年龄、第二性征发育情况、月经周期、经期、经量、有无痛经，了解闭经前月经情况。已婚妇女询问其生育史及产后并发症。此外，还要询问闭经时间及伴随症状，发病前有无引起闭经的诱因，如精神因素、环境改变、体重增减、剧烈运动、各种疾病及用药影响等。

2. 身体状况 观察患者的精神状态、营养、身高、体重、智力情况、全身发育状况、第二性征发育情况，观察双乳有无乳汁分泌。妇科检查内、外生殖器的发育，注意有无缺陷、畸形或肿瘤。

3. 心理社会因素 闭经患者担心对自己的健康、性生活和生育能力的影响。病程过长及反复治疗效果不佳时，又会加重患者和家属的心理压力，造成紧张焦虑，反过来又会加重闭经。

4. 辅助检查

（1）诊断性刮宫：适用于已婚妇女。了解子宫大小、宫颈管或宫腔有无粘连。刮取子宫内膜做病理检查，了解子宫内膜对卵巢激素的反应，确定子宫内膜结核的诊断，刮出物可同时做结核菌培养。

（2）子宫输卵管碘油造影：了解宫腔形态、大小及输卵管情况，诊断生殖系统发育不良、畸形、结核及宫腔粘连等病变。

（3）子宫镜检查：在子宫镜直视下观察子宫腔及内膜有无粘连、可疑结核病变，常规取材送病理学检查。

（4）孕激素试验：用以评估内源性雌激素水平。黄体酮每天20mg肌注，连用5天，停药3~7天后出现撤药性出血（阳性反应），提示子宫内膜已受一定水平雌激素的影响，无

排卵，为Ⅰ度闭经。如孕激素试验无撤药性出血（阴性反应），说明患者体内雌激素水平低下，对孕激素无反应，应进一步做雌、孕激素序贯试验。

（5）雌、孕激素序贯试验：每天服用己烯雌酚 1mg，连续 20 天，最后 10 天加用甲羟孕酮，每天口服 10mg，停药后 3~7 天发生撤药性出血为阳性，提示子宫内膜功能正常，闭经是由于患者体内雌激素水平低落所致，为Ⅱ度闭经，应进一步寻找原因。如无撤药性出血为阴性，可再重复试验一次，若两次试验均阴性，提示子宫内膜有缺陷或被破坏，可诊断为子宫性闭经。

（6）垂体兴奋试验：又称 Gn-RH 刺激试验，用以了解垂体功能减退是否起因于垂体或下丘脑。静脉注射 LHRH 100 μ g，15~60 分钟后黄体生成素（LH）较注射前高 2~4 倍以上，说明垂体功能正常，病变在下丘脑；若经多次重复试验，LH 值仍无升高或增高不显著，提示引起闭经的病变在垂体。

（7）激素测定：①血雌二醇、黄体酮及睾酮的放射免疫测定：若雌、孕激素浓度低，提示卵巢功能不正常或衰竭；若睾酮值高，提示有多囊卵巢综合征、卵巢男性化肿瘤或睾丸女性化等疾病的可能。②血催乳激素（PRL）、促卵泡素（FSH）、黄体生成素（LH）放射免疫测定：PRL > 25 μ g/L 时称高催乳激素血症，PRL > 100 μ g/L 时应进一步做头颅 X 线摄片或 CT 检查，以排除垂体肿瘤；FSH > 40U/L 提示卵巢功能衰竭；LH > 25U/L，高度怀疑为多囊卵巢；FSH、LH 均 < 5U/L，提示垂体功能减退，病变可能在垂体或下丘脑。

（8）影像学检查：①疑有垂体肿瘤时，应做蝶鞍 X 线摄片，阴性时需再做 CT 或 MRI 检查。②B 超检查：可发现子宫畸形、多囊卵巢、肾上腺皮质增生或肿瘤，也可动态监测卵泡发育及排卵情况。

（9）其他检查：可相应做染色体核型分析及分带检查，测定 T_3 、 T_4 、尿 17-酮、17-羟类固醇或血皮质醇。

三、护理诊断及相关合作性问题

1. 焦虑 与担心疾病对健康、性生活、生育的影响有关。
2. 自尊紊乱 与长期闭经，不能每月正常月经来潮而自我否定有关。
3. 功能障碍性悲哀 与担心失去女性形象有关。

四、护理目标

1. 患者能够主动诉说病情及担心。
2. 患者能够接受闭经的事实，客观地评价自己。
3. 患者能够主动、积极地配合诊治方案。

五、护理措施

1. 一般护理 单纯性营养不良则需要增加营养，保持标准体重；体重过重而肥胖的妇女闭经，需进低热量饮食，但饮食需富含维生素和矿物质。此外，要鼓励患者加强锻炼，经常进行适当的体力劳动，增强体质，保证睡眠。

2. 治疗配合

（1）配合医生对患者进行全身治疗：急性或慢性疾病引起的闭经首先考虑全身性治疗，

闭经若由器质性病变引起,应针对病因治疗。如宫颈、宫腔粘连者,可行宫腔镜宫颈-宫腔粘连分离,然后放置避孕环。先天性畸形如处女膜闭锁、阴道横膈或阴道闭锁均可手术切开或行成形术,使经血畅流。结核性子官内膜炎者应积极抗结核治疗。卵巢或垂体肿瘤者应制订相应治疗方案。

(2) 性激素替代疗法:常用雌激素替代疗法,雌、孕激素序贯疗法和雌、孕激素合并疗法。雌激素可促进或维持生殖器官和第二性征的发育,并对下丘脑和垂体产生反馈作用。用雌、孕激素作人工周期,模仿自然月经周期进行治疗。雌、孕激素合并治疗可抑制垂体分泌促性腺激素,停药后可能出现反跳作用,使月经恢复及排卵。

(3) 诱发排卵:下丘脑垂体性闭经而卵巢功能存在且要求生育者,可根据临床情况选用促排卵药,如氯米芬(CC)、人绝经期促性腺激素(HMG)、人绒毛膜促性腺激素(HCG)、溴隐亭治疗。

3. 心理护理 在闭经治疗中占重要位置,如精神性闭经应行精神心理疏导疗法,神经性厌食症者应进行精神心理方面的治疗。护理人员要与患者建立良好的护患关系,鼓励患者表达自己的感情,对健康问题、治疗和预后提出问题。向患者提供诊疗信息,帮助其澄清一些观念,解除患者担心疾病及其影响的心理压力。

4. 健康指导 鼓励患者与同伴、亲人交往,参与力所能及的社会活动,保持心情舒畅,正确对待疾病。要告知患者闭经的原因很多,诊断时间较长,要耐心地按规定接受有关检查,得到正确结果,取得满意治疗效果。

(张冠)

第三节 痛经

一、疾病概要

凡在月经来潮前后或月经期出现下腹疼痛、坠胀、腰酸或并发头痛、乏力、头晕、恶心等其他不适,影响生活和工作质量者称为痛经。痛经分为原发性和继发性两类。原发性痛经是指生殖器官无器质性病变的痛经;继发性痛经是指由于盆腔器质性病变,如子宫内膜异位症、盆腔炎或宫颈狭窄等引起的痛经。本节只叙述原发性痛经。

原发性痛经多见于青少年时期,其疼痛的原因与子宫肌肉活动增强所导致的子宫张力增加和过度痉挛性收缩有关。痛经患者子宫内膜和月经血中前列腺素(PG)含量较正常妇女明显升高,前列腺素诱发子宫平滑肌收缩,使下腹痉挛性绞痛。子宫平滑肌的过度收缩,又造成子宫供血不足,引起子宫缺血,而发生痛经。原发性痛经的发生也可能受内分泌、遗传、免疫、精神、神经因素等影响。痛经常发生在有排卵的月经周期,无排卵的月经周期一般不伴有腹痛。

处理原则以对症治疗为主,疼痛不能忍受时使用镇痛、镇静、解痉药,口服避孕药有治疗痛经的作用,未婚少女可行雌、孕激素序贯疗法减轻症状,还可配合中医中药治疗。

二、护理评估

1. 健康史 了解患者的年龄、月经史与婚育史,了解诱发痛经的相关因素,是否服用

止痛药缓解疼痛及伴随的症状。

2. 身体状况 月经期下腹痛是主要症状，以胀坠痛为主，重者呈痉挛性。可伴有恶心、呕吐、腹泻、头晕、乏力等症状，严重时面色发白、四肢厥冷、出冷汗。妇科检查无异常发现，偶尔可触及子宫过度的前倾前屈或过度的后倾后屈。

3. 心理社会因素 一般妇女对痛经都能耐受，对疼痛较为敏感的人，反应强烈，甚至恐惧，表现出神经质的性格，影响工作、学习及生活质量。

4. 辅助检查 为排除盆腔病变，可选择超声检查、腹腔镜检查、子宫输卵管造影、宫腔镜检查，用于排除子宫内膜异位、子宫肌瘤、盆腔粘连、感染、盆腔瘀血综合征等疾病。腹腔镜检查是最有价值的辅助诊断方法。

三、护理诊断及相关合作性问题

1. 恐惧 与长时期痛经造成的精神紧张有关。
2. 疼痛 与子宫收缩，子宫缺血缺氧有关。

四、护理目标

1. 患者月经来潮前及经期无恐惧感。
2. 患者的疼痛症状缓解。

五、护理措施

1. 一般护理 注意休息，避免紧张；腹部热敷和进食热的饮料如热汤或热茶。

2. 治疗配合 遵医嘱服用止痛药。如每一次经期都习惯性服用止痛药，则应防止产生药物依赖和成瘾。疼痛不能忍受时，可适当应用镇痛、镇静、解痉药。对于要求避孕的痛经妇女，可口服避孕药。未婚少女可行雌-孕激素序贯疗法，或经前7~10天口服醋酸甲羟孕酮减轻症状。吲哚美辛（消炎痛）25mg，月经来潮即开始服药，连续2~3天，疗效迅速而安全。

3. 药物处理 有两种药物可以有效地治疗原发性痛经，即口服避孕药和前列腺素合成酶抑制剂。避孕药适用于要求避孕的痛经妇女，用药后可抑制子宫内膜生长，使月经量减少；药物抑制排卵，使黄体缺乏，无内源性黄体酮产生，而黄体酮刺激为子宫内膜合成前列腺素所必需，从而使月经血中前列腺素浓度降低。前列腺素合成酶抑制剂可抑制环氧合酶系统而减少前列腺素的产生。

4. 应用生物反馈法 增加患者的自我控制感，使身体放松，以解除痛经。

5. 心理护理 重视精神心理护理，关心并理解患者的不适和恐惧心理，阐明月经期可能有一些生理反应，如小腹坠胀和轻度腰酸，讲解有关痛经的生理知识。患者疼痛不能忍受时，要为其提供非麻醉性镇痛药治疗。

6. 健康教育 进行月经期保健的教育工作，包括注意经期清洁卫生，经期禁止性生活，加强经期保护，预防感冒，注意合理休息和充足睡眠，加强营养。

（张冠）

第四节 围绝经期综合征

围绝经期是指妇女自生殖年龄过渡到无生殖年龄的生命阶段,包括从出现与绝经有关的内分泌、生物学和临床特征起,至最后1次月经后1年。绝经综合征(MPS)是指妇女绝经前后出现性激素波动或减少所致的一系列躯体及心理症状。是每一个妇女生命进程中必然发生的生理过程。

绝经可分为自然绝经和人工绝经两种。自然绝经是由于卵巢卵泡活动的丧失引起月经永久停止,无明显病理或其他生理原因。实践中将40岁或以后自然绝经归为生理性,40岁以前月经自动停止为过早绝经,视为病理性。人工绝经是指手术切除双侧卵巢(切除或保留子宫)或因其他方法停止卵巢功能(如化学治疗或放射治疗)。单独切除子宫而保留一侧或双侧卵巢者,不作为人工绝经,判断绝经,主要根据临床表现和激素的测定。人工绝经较自然绝经更易发生围绝经期综合征。

一、病因及发病机制

绝经年龄的早晚与卵泡的储备数量、卵泡消耗量、营养、地区、环境、吸烟等因素有关,而与教育程度、体形、初潮年龄、妊娠次数、末次妊娠年龄、长期服用避孕药等因素无关。

1. 内分泌因素 卵巢功能减退,血中雌-孕激素水平降低,使正常的下丘脑-垂体-卵巢轴之间平衡失调,影响了自主神经中枢及其支配下的各脏器功能,从而出现一系列自主神经功能失调的症状。在卵巢切除或放疗后雌激素急剧下降,症状更为明显,而雌激素补充后可迅速改善。

2. 神经递质 血 β -内啡肽及其自身抗体含量明显降低,引起神经内分泌调节功能紊乱。神经递质5-羟色胺(5-HT)水平异常,与情绪变化密切相关。

3. 种族、遗传因素 个体人格特征、神经类型,以及职业、文化水平均与绝经期综合征的发病及症状严重程度可能有关。围绝经期综合征患者大多神经类型不稳定,且有精神压抑或精神上受过较强烈刺激的病史。另外,经常从事体力劳动的人发生围绝经期综合征的较少,即使发生症状也较轻,消退较快。

二、临床表现

约2/3的围绝经期妇女出现临床症状。

1. 月经紊乱 月经周期改变是围绝经期出现最早的临床症状,多数妇女经历不同类型和时期的月经改变后,逐渐进入闭经,而少数妇女可能突然绝经。月经改变的形式取决于卵巢功能的变化。

2. 血管舒缩症状 主要表现为潮热、出汗,是围绝经期最常见且典型的症状。约3/4的自然绝经或人工绝经妇女可出现。患者感到起自胸部的,向颈、及面部扩散的阵阵上涌的热浪,同时上述部位皮肤有弥散性或片状发红,伴有出汗,汗后又有畏寒。持续时间短者30s,长则5min,一般潮红与潮热同时出现,多在凌晨乍醒时、黄昏或夜间,活动进食、穿衣、盖被过多等热量增加的情况下或情绪激动时容易发作,影响情绪、工作、睡眠,患者感