

妇产科疾病

的治疗及护理

主编 丁永清 万桂华 朱东辉

FUCHANKESIBINGDEZHILIAOJIHULI

吉林科学技术出版社

妇产科疾病的治疗及护理

主 编：丁永清 万桂华 朱东辉
副主编：刘振云 梁 磊 刘 莹
杜 影 刘 涛

吉林科学技术出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

妇产科疾病的治疗及护理 / 丁永清主编. — 长春: 吉林科学技术出版社, 2007

ISBN 978-7-5384-3479-8

I. 妇… II. 丁… III. ①妇产科病 - 治疗 ②妇产科病 - 护理 IV. R71

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 046626 号

妇产科疾病的治疗及护理

丁永清 万桂华 朱东辉 主编

责任编辑: 李 梁 封面设计: 创意广告

*

吉林科学技术出版社出版、发行

长春市康华彩印厂印刷

*

787×1092 毫米 16 开本 16.5 印张 423 千字

2007 年 5 月第 1 版 2007 年 5 月第 1 次印刷

定价: 38.00 元

ISBN 978-7-5384-3479-8

版权所有 翻印必究

如有印装质量问题, 可寄本社退换。

社址 长春市人民大街 4646 号 邮编 130021

前 言

妇产科的常见病、多发病给患者带来了很大痛苦,也一直困扰着临床医生。随着科学技术的发展,大家对临床上很多疾病的治疗有了重新认识,在广泛重视患者心理状况的年代,心理护理尤为重要。

本书是供临床医师、在校学生使用的参考书,内容是关于妇科与产科常见疾病的处理及合理的护理方法。同时,也讲解了有关围绝经期妇女疾病的处理及护理。

本书在编写过程中参考了很多相关书籍,将更新的知识及近年来的研究成果奉献给大家,希望能对妇科及产科的临床工作者、医学生有一定帮助。

由于水平及经验有限,难免有错误和缺点,希望同仁批评指正。

谢谢!

编 者

2006 年 12 月

目 录

第一篇 产 科

第一章 病理妊娠	1
第一节 流产	1
第二节 异位妊娠	6
第三节 妊娠期高血压疾病	11
第四节 早产	18
第二章 妊娠合并内科疾病	22
第一节 心血管系统疾病	22
第二节 呼吸系统疾病	38
第三节 消化系统疾病	51
第四节 泌尿系统疾病	59
第五节 血液系统疾病	70
第六节 内分泌系统疾病	86
第七节 系统性红斑狼疮	101
第三章 妊娠合并性传播疾病	108
第一节 梅毒	108
第二节 淋病	109
第三节 尖锐湿疣	111
第四节 生殖器疱疹	112
第四章 妊娠合并皮肤病	114
第一节 瘙痒性荨麻疹性丘疹及斑块	114
第二节 疱疹	116
第三节 痒疹	118
第四节 荨麻疹、血管性水肿和过敏反应	120
第五章 妊娠及授乳妇女的临床用药	123

第一节	妊娠妇女的临床用药	123
第二节	孕妇用药对胎儿的影响	125
第三节	妊娠后期及临产时用药对婴儿的影响	127
第四节	授乳妇女用药对乳婴的影响	128

第二篇 妇 科

第六章	女性生殖系统炎症	131
第一节	外阴及前庭大腺炎症	131
第二节	阴道炎	132
第三节	宫颈炎症	137
第四节	盆腔炎症性疾病	141
第七章	妇女皮肤病	147
第一节	化妆品性皮炎	147
第二节	自身免疫性黄体酮皮炎	148
第三节	自身免疫性雌激素皮炎	150
第八章	性传播疾病	151
第一节	软下疳	151
第二节	性病性淋巴肉芽肿	153
第三节	腹股沟肉芽肿	154
第四节	艾滋病	155
第九章	外阴肿瘤	162
第一节	外阴良性肿瘤	162
第二节	外阴恶性肿瘤	163
第十章	阴道肿瘤	167
第十一章	宫颈癌	170
第十二章	子宫体肿瘤	181
第一节	子宫肌瘤	181
第二节	子宫内膜癌	185
第三节	子宫肉瘤	189
第十三章	输卵管肿瘤	191
第十四章	卵巢肿瘤	193
第一节	卵巢肿瘤	193
第二节	妊娠期卵巢恶性肿瘤	204
第十五章	妊娠滋养细胞疾病	207
第一节	葡萄胎	207
第二节	侵蚀性葡萄胎和绒癌	211
第十六章	月经失调	217
第一节	功能失调性子宫出血	217

第二节	痛经	224
第三节	围绝经期综合症	227
第十七章	子宫内膜异位症	233
第十八章	泌尿生殖道损伤、缺陷	237
第一节	阴道壁膨出	237
第二节	子宫脱垂	239
第三节	生殖道瘘	243
第四节	妇科手术导致的泌尿系损伤	250

第一章 妊娠病理

第一节 流 产

流产(abortion)指妊娠不足28孕周,胎儿体重尚未达到1000g即终止者。发生在孕龄小于12周者称早期流产;发生在12孕周以上至27孕周末期间者称为晚期流产。早期流产的发生率较高。因妊娠20周至不足28周之间流产的胎儿有存活的可能,为有生机儿,美国等国家把流产定义为妊娠20周之前终止者。流产又分为自然流产和人工流产,本节主要讲解自然流产,自然流产率占全部妊娠的10%~15%。

〔病因〕

1. 胚胎因素

(1)胚胎发育异常:为早期流产的主要原因。夫妇中任何一方有染色体异常都可能遗传给子代。胚胎染色体异常包括数目和结构的异常,如三体、三倍体、染色体易位、断裂等;免疫功能异常,如组织相容性抗原(HLA)、胎儿抗原、血型抗原与母体的自身免疫状态不协调;外界环境中的有害物质,如砷、铅、苯等因素影响了胚胎发育,导致流产。

(2)胎盘因素:妊娠早期的滋养层发育不全或胎盘绒毛变性,使胎盘功能降低或血循环障碍导致胚胎死亡。

2. 母体方面

(1)全身性疾病:全身感染时,梅毒螺旋体、流感病毒、支原体、衣原体、巨细胞病毒等可造成胚胎或胎儿死亡,高热可使子宫收缩导致流产。慢性肾炎、高血压引起的胎盘梗死、严重贫血、心力衰竭均可导致胚胎或胎儿缺氧死亡。

(2)内分泌失调:由于黄体功能不全,体内孕激素不足,使子宫蜕膜组织发育不良,胚胎不能继续生长而流产。甲亢或甲低导致细胞的氧化过程障碍,影响胚胎的正常发育。

(3)生殖器官疾病:子宫发育不良、子宫畸形、子宫肌瘤等,可影响胚胎发育而发生流产。子宫颈重度裂伤、宫颈内口松弛常引起晚期流产。

(4)其它因素:跌伤、过劳等,可引起子宫收缩造成流产;过量吸烟、酗酒、吗啡、妊娠期间维生素缺乏,影响受精卵发育导致流产。

〔临床表现与诊断〕

阴道流血和下腹部疼痛是流产的主要症状。阴道流血是绒毛与蜕膜层剥离,血窦开放所致。流产发生于妊娠8周以前者,胚胎多已死亡,底蜕膜血管形成血栓、坏死、出血;有时

底蜕膜海绵层先出血坏死或者有血栓形成,促使胎儿死亡。宫腔内积血块犹如异物刺激子宫,引起阵发性腹痛即子宫收缩,故早期流产先出现阴道流血后有下腹疼痛。而晚期流产时,胎盘已形成,往往先出现阵发性子宫收缩,然后胎盘剥离出现阴道流血,故阴道流血出现于腹痛之后。

1. 先兆流产

先兆流产(threatened abortion)是流产的先兆,指妊娠28周以前,出现少量阴道流血或下腹痛,症状轻,子宫颈口未开,有希望继续妊娠者。患者有停经史,或有早孕反应;出现阴道少量流血,少于月经量,色红,如血液积聚于阴道内时间较长,可呈暗红色或深褐色;可伴有下腹部或腰骶部轻微坠痛;妇科检查子宫颈口未开,子宫大小符合停经月份;尿妊娠试验阳性;B型超声检查,妊娠6~7周后可探及胚芽及胎儿原始心管搏动。经保胎治疗后可继续妊娠,若阴道流血量增多或下腹痛加剧,可发展为难免流产。

2. 难免流产

难免流产(inevitable abortion)一般由先兆流产发展而来,子宫颈口已开大,流产已不可避免。此时阴道流血量增多,多于月经量;下腹痛加剧,呈阵发性坠痛;妇科检查子宫颈口已扩张,有时可触及胚胎组织,子宫大小与停经月份相符,若胎膜已破子宫可能略小于停经月份。

3. 不全流产

不全流产(incomplete abortion)是指部分妊娠物已排出宫腔,尚有部分妊娠物残留于子宫内,影响子宫收缩,导致大量出血。多发生于妊娠8~12周,阴道流血很多,可因流血不止而发生休克;妇科检查,子宫颈口松弛或已开大,见多量血自宫颈口内流出,有时在子宫颈口处堵有胎盘组织,子宫小于停经月份。

4. 完全流产

完全流产(complete abortion)是指有流产的症状,妊娠物已全部排出。多发生于妊娠8周以内,阴道流血较少,腹痛也随之消失;妇科检查,子宫颈口已关闭,子宫体接近正常大小。

5. 稽留流产

稽留流产(missed abortion)亦称过期流产。指胚胎或胎儿在子宫内死亡后未自然排出者。曾有先兆流产的症状,也可有少量咖啡色阴道分泌物,子宫不再增大反而缩小;妇科检查,子宫颈口已闭合,子宫小于停经月份,质地不软;B超未探及胎心搏动;血或尿妊娠试验由阳性转为阴性,或滴度下降,与妊娠月份不相符。

6. 习惯性流产

习惯性流产(habitual abortion)是指自然流产连续发生3次或3次以上者。近年国际上将连续2次的自然流产称为复发性流产。常见原因为染色体异常、免疫因素异常、子宫畸形或发育不良、宫腔粘连、宫颈内口松弛等。习惯性流产的诊断并不困难,但应该明确习惯性流产的病因,以便防治。在进行诊断时应详细询问病史,对男女双方做全面的检查。

[处理]

根据流产的不同类型,给予积极恰当的处理。

1. 先兆流产

先兆流产的预后主要取决于胚胎或胎儿的发育是否正常,其次是导致先兆流产的环境因素能否及时纠正与控制。具体的保胎措施如下:

(1) 静养:卧床休息,禁止性生活,对于精神紧张睡眠不佳者,可给予少量对胎儿无害的镇静剂,如口服鲁米那 0.03g,每日 3 次。

(2) 口服助胚胎发育药:维生素 E 0.05g,每日 1 次,长期服用有助于孕卵发育;叶酸 5mg,每日 3 次,可促进胚胎的发育。

(3) 黄体功能不全的治疗:

① 孕酮治疗,常用黄体酮 10~20mg,每日或隔日肌肉注射 1 次,至阴道流血停止,逐渐停止使用。

② HCG 治疗,HCG 3000IU 肌肉注射,隔日 1 次。或 HCG 1000IU,每日 1 次,肌肉注射,可持续用药至妊娠 12 周末。

③ HCG 与孕酮联合治疗,先用 HCG 治疗 3 次,随后肌注黄体酮,仍未改善者,可隔日交替使用,直至妊娠 12 周末。

④ 抑制子宫收缩的药物,发生于妊娠 12~28 周末以前的中、晚期先兆流产,子宫较敏感,或有不规则的子宫收缩,可用硫酸舒喘灵,每次 2.4mg 或 4.8mg 口服,每 6 小时 1 次,如用药 30 分钟,宫缩未见减轻,可加服 2.4~4.8mg,或舌下含化 2.4mg,直至宫缩停止后停药。

⑤ 其它治疗,如甲低或基础代谢低者,可给甲状腺素片 0.03g,每日口服 1 次,如出现心悸等症立即停药。

⑥ 中药治疗,以补肾安胎固冲为治则,安胎的基本方剂为寿胎丸加减,药物:菟丝子 20g,川断 15g,寄生 15g,阿胶 15g(另包烔化冲服),腹痛下坠者加用补气健脾药。

2. 难免流产

诊断明确后,尽早使胚胎及胎盘组织完全排出,清除宫内妊娠物,促进子宫收缩,达到止血的目的。

(1) 妊娠 <12 周者,立即行刮宫术。手术前后可用催产素 10U 肌肉注射,以加强子宫收缩减少出血。失血过多可酌情输血。

(2) 妊娠 >12 周者,可用催产素 5~10U 加入葡萄糖注射液内静脉滴注,先从低浓度开始,逐渐增加,必要时可加至 20U 催产素,但应严密观察宫缩情况。当胎儿胎盘排出后,应检查是否完整,一般需要刮出残留的胎盘、胎膜,可减少出血。

(3) 特殊情况下,阴道流血很多,当时又无刮宫条件,为迅速取出妊娠物,以达到止血目的,可在严密消毒下,戴无菌手套行指搔术,术后用抗生素预防感染。

(4) 如出血不多可以试用中药:川芎 6g、当归 9g、红花 9g、牛膝 9g、车前子 12g、益母草 30g,煎服。

3. 不全流产

如阴道流血不多,立即行刮宫术;若流血过多,患者呈休克状态,应在输液、输血同时行刮宫术,并给予催产素,促进子宫收缩止血;术后应用抗生素预防感染;若无刮宫条件,可用指搔术,刮出物送病理;有贫血者给予纠正。

4. 完全流产

妊娠物完全排出,阴道流血少,B 型超声检查宫腔内无残留物,不需特殊处理。

5. 稽留流产(过期流产)

明确诊断后,应住院治疗尽早排出宫内容物。

(1) 立即检查血常规、出凝血时间、血小板计数、血型、纤维蛋白原、凝血酶原时间、3P 试

验等,如有凝血功能异常,可静脉滴注纤维蛋白原、肝素、输新鲜血,待凝血功能纠正后行刮宫或引产术,术前常规备血。

(2)提高子宫敏感性,术前给予己烯雌酚 5mg,每日口服 3 次,连用 3~5 日。以提高子宫肌肉对催产素的敏感性,加强宫缩以利于止血。

(3)子宫小于妊娠 12 周者,行刮宫术。刮宫比较困难,易引起子宫穿孔及流血过多,故术前备血,术时注射宫缩剂加强宫缩以减少出血,必须耐心谨慎,如一次不能刮净,可于 5~7 日后行第二次刮宫。

(4)子宫大于妊娠 12 周者,采用人工引产的方法。

(5)前列腺素(PG)及其类似药物,具有诱发宫缩及松弛子宫颈的作用,常用的 PGF_{2a} 及 PGE₂,效果好,副作用少,应用较广,在终止晚期流产中已取得良好的效果。

6. 习惯性流产

针对前几次流产的病因进行治疗,如已经妊娠,应在 B 超监护下进行保胎治疗。

(1)染色体异常夫妇应于孕前进行遗传咨询,排除不能妊娠的情况。免疫因素的治疗,夫妇双方服用小剂量强的松。

(2)子宫病变的治疗,如为子宫发育不良,给予己烯雌酚 0.25mg,促进发育;如子宫畸形,可行矫正手术;如为子宫肌瘤,可做肌瘤剔除术,术后避孕 1 年。

(3)子宫颈内口松弛者,应在妊娠前行宫颈内口修补术,或在妊娠 12~18 周行子宫颈内口环扎术。在终止妊娠前或距预产期 2 周拆线,以免宫颈撕裂。

(4)黄体功能不全者,尽早应用黄体酮等保胎治疗,治疗期限应超过历次流产的妊娠月份。

习惯性流产的病因很复杂,保胎不易成功者,妊娠不宜过密,应先避孕 1~2 年;已受孕者,避免劳累、性生活及精神刺激,卧床休息,适当补充维生素 E、B、C 及叶酸等。

[护理评估]

(一) 病史

对于不同类型的流产孕妇,其病史也不一样,应详细询问停经史、早孕反应;阴道流血的数量及出血持续的时间;有无腹痛及部位、程度;还应了解有无妊娠产物排出。认真询问既往病史,全面了解妊娠期间有无全身性疾病、生殖器疾病、是否接触了有害物质等。

(二) 身心状况

流产的孕妇可出现休克、感染,护士应全面评估孕妇的各项生命体征,注意与贫血及感染有关的表现;由于对阴道流血不知所措,又担心胎儿的健康,还可能将疾病过度严重化,故孕妇常常表现为焦虑和恐惧,还会出现伤心、郁闷和烦躁不安。

(三) 诊断检查

1. 妇科检查

严格消毒后进行妇科检查,了解宫颈口的扩张情况,羊膜囊是否膨出,有无妊娠产物排出堵塞于宫颈口;子宫大小是否与停经月份相符;双侧附件有无异常。

2. 实验室检查

(1)绒毛膜促性腺激素(HCG)测定:采用放射免疫的方法进行定量测定,如低于正常值提示将要流产。

(2)其它激素测定:胎盘生乳素(HPL)、雌二醇(E₂)、孕二醇等,都是胎盘产生的激素,

如测定的结果低于正常值,预示将要流产。

(3)B超:B型超声可显示有无胎囊、胎动和胎心等,并可诊断、鉴别流产及其类型。

[可能的护理诊断]

焦虑:与担心胎儿健康有关。

有感染的危险:与宫腔内有残留组织、阴道流血时间过长等因素有关。

潜在并发症:出血性休克。

[预期目标]

经过积极的护理,以做到如下预期目标,出院时无感染迹象;先兆流产孕妇能配合保胎措施,继续妊娠;护理对象能比较了解流产的相关知识,使再次流产的发生率降低。

[护理措施]

1. 先兆流产孕妇的护理

先兆流产孕妇必需卧床休息,禁止性生活,不要灌肠,减少刺激。护士不仅为患者提供生活护理,还应随时评估孕妇的病情变化,腹痛是否加重、阴道流血量多少等。此外,由于孕妇的情绪状态对保胎效果非常重要,护士应注意观察孕妇的情绪变化,加强心理护理,稳定孕妇情绪,以增强保胎的信心。

2. 难免流产孕妇的护理

护士要主动采取措施,进行终止妊娠的准备,协助医师顺利完成手术,同时开放静脉,进行输液,并作好输血准备。严密监测孕妇的四大生命体征。注意观察面色,了解腹痛、阴道流血的情况及与休克有关的征象。及时发现有凝血功能障碍的症状,向医生汇报,及时纠正,再行引产或手术。

3. 预防感染

严密监测孕妇的体温、血象,了解阴道流血、分泌物性质、颜色及气味等情况,严格执行无菌操作,加强会阴护理,指导并协助孕妇使用消毒会阴垫,保持会阴部的清洁,养成良好的卫生习惯。如发现感染征象及时报告医师。

4. 协助患者正确面对现实,避免再次流产

如孕妇失去胎儿,往往会出现伤心、悲哀等情绪。护士应同情和理解,经过劝导帮助患者及家属接受现实,顺利渡过悲伤期;与孕妇及家属讨论流产的原因,讲解流产的相关知识,及妊娠后的注意事项,为再次妊娠做好准备。对于病因明确者,应积极给予相应治疗。

[结果评价]

1. 先兆流产患者经过积极保胎治疗,继续妊娠;

2. 患者体温正常,红细胞及白细胞计数正常,无出血、感染的症状;

3. 通过讲解,患者了解了流产的相关知识及注意事项,并分析此次流产的原因,避免再次妊娠发生流产。

(丁永清)

第二节 异位妊娠

受精卵在子宫腔以外着床称为异位妊娠(ectopic pregnancy),习称宫外孕(extrauterine pregnancy)。根据受精卵在子宫体腔外种植的部位不同分为:输卵管妊娠、卵巢妊娠、宫颈妊娠、腹腔妊娠、阔韧带妊娠。异位妊娠是妇产科常见的急腹症之一,发生率约为1%,可导致孕妇死亡,一直被视为具有高度危险的妊娠早期并发症,以输卵管妊娠最为常见。下面以输卵管妊娠为例进行讲解。

输卵管妊娠约占异位妊娠的95%,多发生在壶腹部,其次是峡部,伞部及间质部妊娠少见。

〔病因〕

1. 输卵管异常

输卵管炎症是异位妊娠的主要原因,分为输卵管粘膜炎症和输卵管周围炎。慢性炎症可导致管腔皱襞粘连、管腔变窄引起部分堵塞;盆腔结核、腹膜炎、阑尾炎及子宫内膜异位症可导致输卵管周围粘连、输卵管扭曲、僵直,引起管腔狭窄、部分堵塞或蠕动异常;盆腔肿瘤牵拉和压迫使输卵管细长、迂曲、管腔狭窄;输卵管粘连分离术、再通术及伞端造口术后重新粘连或疤痕狭窄;输卵管绝育术后形成瘘管或再通,延迟或阻止受精卵进入宫腔,引起输卵管妊娠。

2. 受精卵游走

卵子在一侧输卵管受精,经宫腔或游走于腹腔,被对侧输卵管拾捡,由于时间较长,受精卵发育较大,已经具备了着床的能力,只能在对侧输卵管中种植而引起输卵管妊娠。

3. 避孕失败

最近研究表明,IUD的使用不增加输卵管妊娠的发生率,但IUD避孕失败时,发生输卵管妊娠的机会较大。

4. 其它

内分泌异常、精神紧张可使输卵管蠕动异常或痉挛;在实施辅助生育技术后,使输卵管妊娠的发生率增加。

〔临床表现〕典型的症状表现为停经、腹痛及阴道流血。

1. 症状

(1)停经:输卵管间质部妊娠停经时间较长,其它一般停经6~8周。约有25%无明显停经史,因月经刚过几日即出现阴道不规则流血,常误认为是月经来潮。要详细询问病史,以免误诊。

(2)阴道流血:常表现为短暂停经后出现不规则阴道流血,色暗红或深褐色,量少呈点滴状,一般不超过月经量,部分患者流血量似月经量,约有5%的患者表现为大量阴道流血。由于胚胎受损或已经死亡,HCG下降,蜕膜激素难以维持蜕膜生长而剥离出血,可伴有蜕膜碎片或管型排出。阴道流血常在病灶去除后停止。

(3)腹痛:输卵管妊娠患者中95%以腹痛为主要症状,可出现于阴道流血前后,也可与阴道流血同时发生。在发生流产和破裂之前,增大的胚胎使输卵管膨胀,引起输卵管痉挛及逆蠕动,患者出现一侧下腹部隐痛或胀痛。当发生流产或破裂,尤其是破裂时,突感一侧下

腹部撕裂样剧痛,呈持续性或阵发性;血液积聚于直肠子宫陷凹引起肛门坠胀感;出血多时流向全腹引起全腹疼痛;血液刺激膈肌,引起肩胛部放射性疼痛。

(4)晕厥和休克:由于腹腔内急性出血及剧烈腹痛,部分患者出现晕厥,甚至休克。休克的程度取决于内出血的速度及出血量,但与阴道流血量不成比例。间质部妊娠破裂常引起严重休克。

(5)腹部包块:如输卵管妊娠流产或破裂形成的血肿时间很长,血液发生凝固并与周围组织、器官粘连形成包块。

2. 体征

(1)一般情况:可出现面色苍白、四肢厥冷、血压下降、脉搏细弱而快等休克表现。体温不超过38℃。

(2)腹部体征:出血量较少时,患侧下腹部明显压痛及反跳痛,轻度肌紧张;出血量较多时,下腹膨隆,全腹压痛及反跳痛,以输卵管妊娠处最明显,移动性浊音阳性。

(3)盆腔体征:阴道内少量血液,后穹窿饱满、有触痛;宫颈有举痛或摇摆痛,少量血液自宫腔流出;子宫增大变软,内出血多时有漂浮感;患侧附件或子宫后方可触及肿块,大小、形状、质地不一,边界不清,有触痛,如包块形成较久,机化、变硬,边界比较清楚。

[诊断]输卵管妊娠流产或破裂后,临床表现明显,可根据停经、阴道流血、腹痛及休克等表现诊断。如临床表现不明显,诊断较困难,应密切监护病情变化,严密观察腹痛情况、盆腔包块是否增大、血压变化及血红蛋白下降情况,并进行相应辅助检查以助于明确诊断。

1. B型超声检查

B型超声检查现已成为诊断输卵管妊娠的重要方法之一。典型声像图特点为:①宫腔内空虚,不见妊娠囊,内膜增厚;②宫旁可见边界不清、回声不均的混合性包块,如其内探及妊娠囊、胚芽及原始心管搏动,可确诊输卵管妊娠;③直肠子宫陷凹处可见液性暗区。阴道B型超声检查较腹部B型超声检查准确率高。

2. 妊娠试验

β -HCG测定是早期诊断异位妊娠的常用手段。胚胎存活或滋养细胞有活力时, β -HCG阳性时不能确定妊娠在宫内或宫外,但异位妊娠常常低于正常宫内妊娠。当 β -HCG阴性时,也不能排除异位妊娠的诊断。

3. 腹腔穿刺

腹腔穿刺包括经阴道后穹窿穿刺和经腹腔穿刺,是简单、可靠的方法。内出血积聚于直肠子宫陷凹,后穹窿穿刺可抽出暗红色陈旧性不凝血。如血肿形成或粘连时,不能抽出血液,也不能否定异位妊娠。如出血量多,移动性浊音阳性时,可经下腹壁一侧穿刺。

4. 腹腔镜检查

腹腔镜可在直视下检查,创伤小、恢复快,适用于输卵管妊娠未流产或未破裂时的早期诊断及治疗。

5. 子宫内膜病理检查

目前已经很少使用这种检查方法诊断异位妊娠,仅适用于阴道流血较多的患者。诊断性刮宫的切片见到绒毛,为宫内妊娠;如见到蜕膜而无绒毛时有助于诊断异位妊娠。

[治疗]

根据病情缓急,患者生命体征是否平稳、输卵管妊娠是否流产或破裂、异位妊娠的部位

及妊娠的周数、腹腔内出血的情况、既往盆腔疾病史或手术史、孕产史以及对生育的要求等情况综合分析,选择不同的方法。包括手术治疗、化学药物治疗及期待疗法。

1. 手术治疗

手术治疗分为保守手术(保留患侧输卵管)和根治手术(切除患侧输卵管)。对有生育要求的患者,在病情许可的情况下尽量选择保留输卵管的治疗方法。手术治疗的适应症是:①诊断不明确;②生命体征不稳定或有腹腔内出血;③异位妊娠病情有进展;④无法随诊;⑤期待疗法或药物治疗有禁忌。

(1)根治手术:适用于生命体征不稳定,内出血并发休克的急症患者。应快速备血、建立静脉信道、输血、吸氧,立即进行手术。迅速开腹后,以卵圆钳钳夹患侧输卵管病灶,控制出血,并快速输血输液,纠正休克。

1)输卵管切除术:适应于生命体征不稳定,为了尽快缩短手术时间;患侧输卵管粘连、破损严重,对侧基本正常;无生育要求;双侧输卵管粘连、破损严重。在进行手术时,应注意以下问题:①输卵管间质部妊娠时可行子宫角部楔形切除及患侧输卵管切除,必要时切除子宫;②双侧输卵管粘连严重或管腔狭窄,估计异位妊娠再次发生的可能性很大,应同时结扎对侧输卵管;③切除输卵管时,不要损伤同侧卵巢的血液循环,防止造成卵巢功能紊乱。④一般保留同侧卵巢,如粘连、破坏严重,或卵巢的血液循环已经受到影响,将卵巢一并切除。

2)输卵管部分切除:适用于位于输卵管峡部或壶腹部的异位妊娠。可暂时切除妊娠部位输卵管,保留正常输卵管,3个月后再行输卵管吻合术。

(2)保守性手术:适应于生命体征平稳,内出血不多,输卵管完整,与周围组织无明显粘连,而且有生育要求。输卵管伞部妊娠可行挤压术排出胚胎;壶腹部妊娠可纵形将壶腹部切开,取出血块和胚胎,不缝合切口,为造口术或开创术;峡部妊娠可切除病灶,断端吻合。

(3)腹腔镜下输卵管手术:不宜用于①生命体征不稳定;②腹腔内出血较多;③严重心脏疾病;④腹膜炎;⑤手术史或有盆腔大包块。有明显缩短住院时间、手术时间、恢复时间的优点,并减少了术后粘连。腹腔镜下异位妊娠手术包括输卵管切除术、纵形切开术、输卵管钳刮术、盆腔冲洗术及粘连松解术。

2. 药物治疗

(1)局部药物治疗:适应于以下情况:①输卵管直径 $<3.5\text{cm}$;②输卵管妊娠未破裂;③盆腔内无粘连,结构清晰;④HCG $<5000\text{mIU/ml}$ 。很多资料表明,局部治疗有效可行,副作用少,成功率为71%~100%。在B超引导下应用抗胚胎发育药物直接注入孕囊内,使胚胎死亡,绒毛变性、坏死、吸收,不仅避免了手术,还保留了输卵管;也可以将药物直接注入妊娠黄体,使黄体细胞死亡,加速异位妊娠胚胎和绒毛组织变性坏死。最常用的药物是氨甲喋呤(MTX),单剂量为2.5~12.5mg,吸出部分囊液后,用盐水2ml将药物溶解再注入。也曾经有报道,用50%葡萄糖注射液10~20ml诸如输卵管内,疗效很好,使用安全,无副作用。

(2)全身药物治疗:

1)全身MTX化疗:

指征:①无明显内出血,生命体征平稳;②无药物治疗的禁忌症;③输卵管妊娠未发生破裂或流产;④输卵管妊娠包块直径 $\leq 3.5\text{cm}$;⑤血 $\beta\text{-HCG}<2000\text{U/L}$;⑥有生育要求。

作用机制:MTX是叶酸拮抗剂,抑制四氢叶酸的生成,从而干扰DNA的合成,抑制滋养细胞增生,使胚胎停止发育、死亡。

治疗方案:方案很多,单次给药剂量为 $50\text{mg}/\text{m}^2$,肌肉注射一次,不加用四氢叶酸,成功率在 85% 以上;分次给药,MTX $0.4\text{mg}/\text{kg}$ 肌肉注射,5 日为一疗程。治疗期间应进行严密监护 β -HCG 的测定和 B 型超声的结果,并注意患者的病情变化及药物的毒副作用。若病情无改善,并发生急性腹痛等症状,应立即手术治疗。

2) 中药治疗:

治疗原则以活血散瘀止痛、散结为主,可以应用活络效灵丹(乳香、没药、赤芍、丹参、桃仁)加减,消结加三棱、莪术、山甲和牛膝;止痛加元胡。

3. 期待疗法

少数输卵管妊娠可能发生自然流产或被吸收,症状非常轻微,不用手术或药物治疗。

[护理评估]

(一) 病史

仔细询问月经史,准确推断停经时间,要高度重视不孕、宫内节育器、绝育术、复孕术、盆腔炎等与发病相关的高位因素。

(二) 身心状况

输卵管妊娠未发生流产或破裂时,无明显的症状及体征。当腹腔内出血较多时,患者呈贫血貌,甚至出现休克症状。体温一般正常,休克时体温略低,腹腔内出血吸收时体温升高,一般不超过 38°C 。下腹压痛、反跳痛明显,以患侧为重,无明显肌紧张,移动性浊音阳性。

由于突然腹腔内急性大出血、剧烈腹痛及妊娠终止,使孕妇出现激烈的情绪反应,表现为抑郁、恐惧、无助和自责等行为。

(三) 诊断检查

1. 全身情况

根据内出血的情况,患者可出现贫血貌,甚至休克的症状。

2. 腹部检查

输卵管妊娠流产或破裂时,下腹部明显压痛和反跳痛,以患侧为重,可有轻度的腹肌紧张;出血多时,有移动性浊音。

3. 盆腔检查

输卵管妊娠未流产或破裂时,子宫略大较软,可能触及胀大的输卵管并有轻度压痛。当发生流产或破裂时,阴道后穹窿饱满,触痛阳性;宫颈抬举痛或摇摆痛,为输卵管妊娠的主要体征;子宫稍大而软,腹腔内出血多时子宫呈飘浮感。

阴道后穹窿穿刺可抽出暗红色不凝血,是一种简单可靠的诊断方法,适用于腹腔内有内出血的患者。如无内出血、内出血的量较少、血肿的位置较高、子宫陷凹有粘连等,不能抽出血液,但不能因此否定输卵管妊娠的诊断。

4. 妊娠试验

用放射免疫法测定血中的 HCG,尤其是 β -HCG 阳性时对诊断有意义,但输卵管妊娠的阳性率一般为 80% ~ 90%,因此 β -HCG 阴性时不能完全排除异位妊娠。

5. 超声检查

B 超检查有助于诊断输卵管妊娠,腔内阴道 B 超检查较腹部检查准确性高。

6. 腹腔镜检查

适用于输卵管妊娠未流产或破裂者及诊断有困难者,可见一侧输卵管肿大,表面紫蓝

色,腹腔内无出血或仅有少量出血。

7. 子宫内膜病理检查

现在已经很少使用。

[可能的护理诊断]

恐惧:与担心手术不成功有关。

潜在并发症:出血性休克。

[预期目标]

1. 休克的症状及时发现并缓解。
2. 患者自愿接受手术治疗。
3. 患者可以用正常的心态接受此次妊娠失败的现实。

[护理措施]

(一) 手术治疗患者的护理

1. 术前护理

护士严密监测患者的生命体征,积极配合医生纠正休克,做好术前准备。对于严重内出血并发休克的患者,应立即开放静脉信道,交叉配血,做好输血输液的准备,并按急诊手术的要求做好术前准备。

2. 心理护理

在术前,要简明扼要地向患者及家属讲解手术的必要性,以亲切的态度和切实的行动赢得患者及家属的信任,保持环境安静、有序,减少和消除患者的紧张、恐惧,协助患者接受手术治疗的方案。在术后,在做好护理工作的同时,帮助患者正确面对现实;讲解异位妊娠的相关知识,较少因害怕再次异位妊娠而放弃妊娠的不良情绪,增加患者的自我保健意识,避免再次发生异位妊娠及妇科其它疾病。

(二) 非手术治疗患者的护理

1. 密切观察病情

严密观察患者的一般情况、生命体征,注意患者的主诉,尤其注意阴道流血量有无变化,与腹腔内出血量是否成比例,即贫血、休克的症状与阴道流血量是否相符。

2. 正确指导患者

告诉患者病情发展的指征,如出血增加、腹痛加剧、肛门出现坠胀感或明显、加重,以便及时向大夫汇报,得到及时、正确的处理;让患者卧床休息,避免腹部压力增大,减少输卵管妊娠破裂的可能性,并给予相应的生活护理;协助正确留取各种化验标本,监测治疗效果;指导患者摄取足够的营养物质,尤其是补充富含铁蛋白的食物,如动物肝脏、鱼肉、豆类、黑木耳等。

(三) 出院指导

输卵管妊娠的愈后是要防止输卵管的损伤和感染,护士要做好患者的健康保健工作,避免发生盆腔的感染。协助患者养成良好的卫生习惯,发生盆腔炎时积极彻底治疗,以免耽误治疗。因输卵管妊娠可再次发生,或引起不孕,护士要告诫患者,下次妊娠时要及时就医,并不要輕易终止妊娠。

[结果评价]

1. 休克症状及时发现并纠正;
2. 消除了患者的恐惧,愿意接受大夫的治疗方案;