



新编现代临床 护理学(下)

王 芬等◎主编

新编现代临床护理学

(下)

王 芬等◎主编

野味禽兽择食性 煮大酸

湖州西昌路香自 许一第

第六章 妇产科疾病护理

第六章 妇产科疾病护理

第一节 自然流产的护理

凡妊娠不足 28 周、胎儿体重不足 1000g 而终止者,称流产(abortion)。流产分为自然流产和人工流产,本节仅叙述自然流产。自然流产发病率占全部妊娠的 10%~15%,发生于妊娠 12 周之前者称为早期流产,占 80%以上;12~27 周末者称为晚期流产。

一、病因

1. 胚胎因素 胚胎或胎儿染色体异常是早期流产的最常见原因,占 50%~60%。染色体异常包括数目异常与结构异常,多为数目异常,如三体、X 单体等。染色体异常主要与遗传因素有关,此外,感染、药物因素亦可导致胚胎染色体异常。

2. 母体因素

(1) 全身性疾病:妊娠期患感染性疾病,如细菌或病毒通过胎盘进入胎儿血液循环,使胚胎或胎儿死亡导致流产;各种原因引起的高热,刺激子宫收缩导致流产;孕妇患严重心脏病、重度贫血、高血压、肾炎等导致胎儿缺氧也可引起流产。

(2) 生殖器官异常:子宫发育不良、子宫畸形、子宫肌瘤,均可影响胚胎及胎儿的生长发育导致流产。宫颈内口松弛、宫颈重度裂伤时,易引发胎膜早破而导致晚期流产。

(3) 内分泌异常:黄体功能不全、甲状腺功能减退、糖尿病经治疗效果不明显者,均可导致流产。

(4) 其他:母体外伤、手术、心理不良刺激、母儿血型不合、孕妇过量吸烟、酗酒等均可导致流产。

3. 免疫及环境因素 妊娠类似同种异体移植,如母儿双方免疫不适应,导致母体排斥胎儿而发生流产。女性在妊娠期接触放射线、化学类物质等不良因素,也可导致流产。

二、病理

流产发生时间不同,病理变化也不同。孕 8 周前的早期流产,胚胎多先死亡,继而底蜕膜出血,胚胎与宫壁分离后刺激子宫收缩,此时胎盘绒毛发育不成熟,与子宫蜕膜联系不牢固,故妊娠物多能完全排出,出血不多。妊娠 8~12 周胎盘绒毛发育茂盛,与底蜕膜联系较牢,此时发生流产,胎盘绒毛不易完全从子宫壁剥离,部分组织残留在宫腔内而影响子宫收缩,造成出血不止。而妊娠 12 周以后,胎盘已完全形成,其流产过程与足月产相似,先出现子宫收缩,继而胎儿及胎盘组织排出。

三、临床表现及分类

1. 停经、下腹部疼痛及阴道流血是流产的主要临床症状。其症状发生时间、严重程度及处理原则与流产类型有关。按临床发展阶段而分为以下几类:

(1) 先兆流产(threatened abortion):停经后出现少量阴道流血,出血量少于月经量,有时

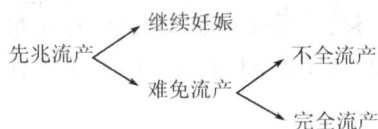
伴下腹轻微酸胀痛,无妊娠物排出。妇科检查:宫颈口关闭,胎膜未破,子宫大小与停经周数相符。此时胚胎存活,经休息及治疗后若症状消失,可继续妊娠,若阴道流血量增多或腹痛加剧,可发展为难免流产。

(2)难免流产(inevitable abortion):流产已不可避免。患者阴道流血量增多,下腹部阵发性疼痛加剧或出现阴道流液(胎膜破裂)。妇科检查:宫颈口已扩张,有时可见胚胎组织堵塞宫颈口内,子宫大小与停经周数相符或稍小。

(3)不全流产(incomplete abortion):由难免流产发展而来,胚胎组织已部分排出体外,尚有部分残留于宫腔内而影响子宫收缩。患者阴道出血量多或持续不止,下腹部疼痛较重,出血过多可致休克。妇科检查:宫口已扩张,有时阴道内可见部分排出的胚胎组织或胚胎组织堵塞宫颈口,且流血不止,子宫小于停经周数。

(4)完全流产(complete abortion):指妊娠物已全部从母体排出,阴道流血逐渐停止,腹痛消失。妇科检查:宫颈口已关闭,子宫恢复正常大小。

自然流产的发生发展过程如下:



2. 自然流产的3种特殊情况

(1)稽留流产(missed abortion):又称过期流产。指胚胎或胎儿已死亡滞留在宫腔尚未自然排出者。患者可有先兆流产症状,但随着孕周增加,子宫不增大反而缩小,早孕反应消失。若已到中期妊娠,孕妇腹部不见增大,无胎动感或胎动消失。妇科检查:宫口未开,子宫较停经周数小,未闻及胎心音。若胎儿死于宫腔过久,可发生凝血功能障碍。

(2)复发性流产(recurrent spontaneous abortion,RSA):又称习惯性流产。指同一性伴侣连续发生3次及以上的自然流产。复发性流产大多数为早期流产,其原因多为染色体异常、免疫因素、黄体功能不全、甲状腺功能低下等;晚期复发性流产常见于子宫解剖异常、子宫肌瘤、自身免疫异常等。

(3)流产合并感染(septic abortion):流产过程中,若阴道流血时间长,宫腔组织残留,有可能导致宫腔感染,严重者可引起盆腔炎、腹膜炎、败血症及感染性休克。

四、治疗要点

1. 先兆流产 保胎治疗者,需绝对卧床休息,禁止性生活,减少刺激。必要时给予黄体酮、维生素E及对胎儿危害小的镇静剂。

2. 难免流产及不全流产 一旦确诊,应尽早清除宫腔内胚胎组织。有休克者应输血、输液抗休克同时实施清宫术,术后应用缩宫素和抗生素,以防大出血和感染。

3. 完全流产 随诊观察,不需特殊处理。

4. 稽留流产 明确诊断后,应住院治疗,尽早排除宫腔内妊娠物,以防坏死退化的胎盘蜕膜释放凝血酶进入血液循环而引起弥散性血管内凝血(disseminated intravascular coagulation,DIC)。术前应行凝血功能检查,做好备血、输血准备工作。

5. 复发性流产 认真查找原因,进行针对性治疗。宫颈功能不全者宜在妊娠14~18周

之间行宫颈环扎术。

6. 流产合并感染 积极控制感染,尽快清除宫腔残留组织。

五、护理评估

1. 健康史 评估患者末次月经时间或确诊早孕时间。了解孕期或孕前有无营养缺乏,如叶酸缺乏;有无吸烟或饮酒的不良嗜好;孕前是否接触有毒有害物质或 X 线等放射物质;了解有无外伤和性生活等;详细询问既往有无流产,有无内分泌异常等病史。

2. 身体状况

(1)一般状况:应全面评估孕妇的阴道流血时间和量、腹痛程度、组织排出情况、全身失血程度及生命体征,必要时将排出物送病理检查,判断流产类型。

(2)妇科检查:了解宫颈口是否扩张,羊膜是否破裂、有无妊娠物堵塞宫颈口,子宫大小与停经月份是否相符,有无压痛,双侧附件有无包块及压痛等。

3. 辅助检查

(1)B 超检查:观察有无妊娠囊、妊娠囊形态及大小、有无胎心搏动,确定流产类型。

(2)实验室检查:尿妊娠试验、动态监测血 β -hCG、孕激素水平变化等检查,有助于妊娠诊断及预后判断。

4. 心理—社会状况 大多数流产患者会产生焦虑和恐惧心理。先兆流产患者,担心病情加重以及保胎药物对胎儿的影响;出血多的患者,会担心自身安危;习惯性流产妇女的精神更加紧张,忧虑将来是否能生育。

六、护理诊断/合作性问题

1. 有感染的危险 与阴道流血时间长,宫内有组织残留有关。

2. 焦虑 与担心妊娠是否能继续、胎儿是否健康有关。

3. 潜在并发症 出血性休克、感染。

七、护理目标

1. 孕妇住院期间无感染发生。

2. 孕妇能接受流产的事实,积极配合治疗和护理。

3. 不能继续妊娠者经治疗护理,出血得到控制、贫血纠正。

八、护理措施

1. 先兆流产患者的护理 对需要住院保胎的患者,护士应密切观察其腹痛及阴道流血量情况,减少各种刺激;建议合理饮食,加强营养,纠正贫血;遵医嘱给予适量镇静剂、孕激素等。同时稳定患者情绪,增强保胎信心。

2. 妊娠不能继续患者的护理 护士应采取积极措施,做好终止妊娠的准备,同时建立静脉通道,作好输液、输血准备以及清宫术前的用物准备;术中积极配合医生,刮出组织及时送病理学检查。术后严密观察体温、脉搏、血压及阴道出血量的变化,若有异常立即报告医生,以便及时处理。若有凝血功能障碍,应先给予纠正,然后再行清宫或引产手术。

3. 健康教育

(1)先兆流产保胎的孕妇,需增加营养,纠正贫血,增强机体抵抗力,适当休息,避免过累,避免外伤,保持情绪稳定。出院后应定期做产前检查,发现异常,及时就诊。

(2)对失去胎儿者,应讲述有关流产的相关知识,建议积极查找病因,为下次妊娠做好准备。清宫术后患者一个月内禁止盆浴及性生活,以防感染。

(3)出院后若阴道流血量多、出血时间长或伴有发热、腹痛者,应及时就诊。

九、护理评价

1. 孕妇住院期间是否发生感染。

2. 孕妇能否接受流产的事实,积极配合治疗和护理。

3. 不能继续妊娠者经治疗护理,出血是否得到控制、贫血是否得以纠正。

(贾庚)

第二节 早产的护理

妊娠满 28 周至不足 37 周间分娩者称早产(preterm birth),此时娩出的新生儿称早产儿(preterm neonates),出生体重在 1000~2499g。早产儿各器官尚未发育成熟,死亡率较高,预防早产是降低围产儿死亡率的重要措施。

一、病因

早产按原因可分为自发性早产、未足月胎膜早破早产以及治疗性早产。

1. 自发性早产 最常见,约占 45%。高危因素包括早产史、宫内感染、前置胎盘、胎盘早剥、子宫过度膨胀(羊水过多、多胎)、不良生活习惯(吸烟、酗酒)等。

2. 未足月胎膜早破早产 病因及高危因素包括:胎膜早破史、宫内感染、宫颈功能不全、子宫畸形、营养不良等。

3. 治疗性早产 是指由于母体或胎儿的健康原因不允许继续妊娠,在未足 37 周时采取引产或剖宫产终止妊娠。常见指征包括:子痫前期、胎儿窘迫、胎盘早剥、前置胎盘出现及妊娠合并症等。

二、临床表现

早产的主要临床表现是子宫收缩,临床上可分为先兆早产和早产临产两个阶段。

1. 先兆早产 子宫收缩开始为不规则宫缩,约 10 分钟 1 次,宫缩频率逐渐缩短,发展为规律宫缩,常伴有阴道少量出血或阴道血性分泌物排出。

2. 早产临产 出现规律宫缩(20 分钟 $\geq$ 4 次,或 60 分钟 $\geq$ 8 次),伴有宫颈管进行性改变;宫颈扩张 1cm 以上;宫颈展平 $\geq$ 80%,则早产临产诊断成立。早产的分娩过程与足月产相似。

三、治疗要点

治疗原则:若胎膜完整,在母胎情况允许时尽量保胎至 34 周。

1. 卧床休息 宫颈已有改变的先兆早产及早产临产需卧床休息。

2. 抑制宫缩 可选用 β -肾上腺素受体激动剂、硫酸镁(magnesium sulfate)、钙拮抗剂、前列腺素合成酶抑制剂(吲哚美辛)、缩宫素受体竞争剂药物阿托西班等。

3. 控制感染 根据阴道分泌物或羊水分分泌物检查结果,选择抗生素,预防和治疗感染。

4. 促胎肺成熟 对妊娠34周前的早产,可应用肾上腺糖皮质激素促使胎儿肺成熟,并注意胎儿成熟度检测。

5. 分娩期 早产临产后慎用吗啡、哌替啶等抑制新生儿呼吸中枢的药物,产程中给孕妇吸氧;做好早产儿的抢救准备工作;第二产程可行会阴切开,预防早产儿颅内出血。

四、护理评估

1. 健康史 评估导致早产的相关因素,如孕妇既往有无晚期流产、早产史;详细询问本次妊娠经过;胎动是否正常,是否出现阴道流水等。

2. 身体状况

(1)一般状况:注意产妇生命体征,尤其注意是否有体温升高、脉搏加快及发热等感染征象。

(2)产科检查:检查胎心、胎动情况,评估是否有子宫收缩,若有宫缩,评估是否规律及宫缩强度;查看有无阴道流液,液体颜色、量、是否有特殊臭味等。

3. 辅助检查

(1)B超检查:可检测胎盘功能、羊水量,亦可检测胎儿双顶径、股骨长度等评估胎儿体重。

(2)早产的预测:阴道超声检查宫颈长度、宫颈内口情况,阴道后穹窿分泌物胎儿纤连蛋白的检测等对早产的预测有一定参考价值。

(3)胎心监护仪:连续监护胎心和宫缩的变化,可以动态观察胎儿在宫腔内的状况。

4. 心理—社会状况 当患者得知病情后,往往认为早产儿易于出现各种健康问题,产生失望、悲观、焦虑、恐惧、猜疑等情绪反应。

五、护理诊断/合作性问题

1. 疼痛 与子宫收缩有关。

2. 焦虑 与担心早产儿安危有关。

3. 有新生儿受伤的危险 与早产儿发育不成熟有关。

六、护理目标

1. 孕妇表示疼痛的程度减轻。

2. 孕妇能平静面对现实,接受治疗和护理。

3. 围产儿受伤的危险降至最低;母、儿安全出院。

七、护理措施

1. 积极预防早产

(1)加强孕期保健,尽早发现可能引起早产的因素,进行正确处理。

(2)注意劳逸结合,保持情绪稳定,避免各种不良刺激,避免诱发宫缩的活动,孕晚期节制

性生活;高危孕妇在妊娠后期多卧床休息(左侧卧位为宜)以改善子宫、胎盘循环;指导孕妇加强营养。

(3)宫颈功能不全者应于妊娠 14~18 周行宫颈环扎术。

2. 先兆早产的护理

(1)一般护理:嘱孕妇卧床休息,采取左侧卧位,给予吸氧。严密观察患者全身情况,如腹痛、阴道流血或流液及胎心变化;减少刺激,尽量避免肛查及阴道检查。

(2)用药护理:遵医嘱给予抑制宫缩、控制感染、促胎肺成熟药物。护理人员应明确各种药物的作用、用法以及毒副作用。常用抑制宫缩的药物有:① β -肾上腺素受体激动剂:如沙丁胺醇(salbutamol)和利托君(ritodrine)等。可抑制子宫平滑肌收缩,延长妊娠周数。但易发生心率增快、血压下降、恶心、出汗及血糖增高等不良反应。②硫酸镁:镁离子直接作用于子宫肌细胞,拮抗钙离子对子宫收缩的活性,从而抑制子宫收缩。其用法及注意事项同妊娠期高血压疾病。③钙拮抗剂:常用硝苯地平 10mg 舌下含服,每日 3~4 次,可抑制缩宫素及前列腺素的释放,用药时注意观察孕妇的心率及血压变化。分娩前给予地塞米松 5mg 肌肉注射,3 次/日,连用三日;必要时,可经羊膜腔内注入地塞米松 10mg,注意胎儿成熟度检测。

3. 早产临产的护理 做好分娩的准备工作,认真观察产程进展和胎心变化;协助医生进行早产儿的抢救工作。

4. 早产儿的护理

(1)保持室内空气流通,定期打开窗户通风换气。

(2)早产儿出生之后 3 个月内,尽量限制客人来访,避免传播呼吸道疾病;感冒者需戴口罩。

(3)不要摇晃新生儿入睡,避免早产儿脑组织受到损伤。

(4)母乳是早产儿最理想的天然营养食品,发生消化不良性腹泻和其他感染的机会较少。

(5)注意观察新生儿体温、皮肤温度、颜色、呼吸是否规则、黄疸的时间和程度、脐部有无感染、吃奶量以及大小便情况等。若有异常随时就诊。

八、护理评价

1. 孕妇疼痛是否减轻。

2. 孕妇能否平静面对现实,接受治疗和护理。

3. 新生儿是否有受伤发生。

(贾庚)

第三节 异位妊娠的护理

正常妊娠时,受精卵着床于子宫体腔内。受精卵在子宫体腔以外着床称为异位妊娠(ec-topic pregnancy),习称宫外孕(extrauterine pregnancy)。异位妊娠依受精卵在子宫腔外的着床部位不同而分为输卵管妊娠、卵巢妊娠、腹腔妊娠、宫颈妊娠及阔韧带妊娠。

异位妊娠是妇产科常见的急腹症之一,若不及时诊治,可危及生命,甚至死亡。异位妊娠中输卵管妊娠最为常见,约占 95%,本节主要介绍输卵管妊娠。输卵管妊娠的发生部位以壶腹部最多见,约占 78%,其次为峡部,伞部及间质部妊娠少见(图 6-1)。

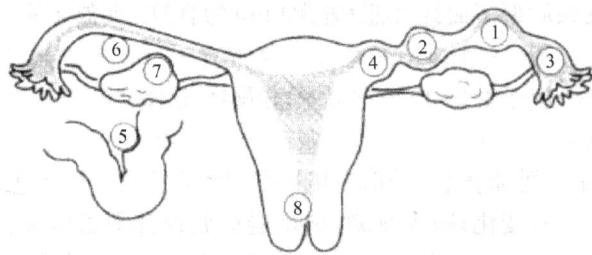


图 6-1 异位妊娠的发生部位

①输卵管壶腹部妊娠。②输卵管峡部妊娠。③输卵管伞部妊娠。④输卵管间质部妊娠。⑤腹腔妊娠。⑥阔韧带妊娠。⑦卵巢妊娠。⑧宫颈妊娠

一、病因

任何妨碍受精卵正常植入宫腔的因素均可造成输卵管妊娠。

1. 输卵管炎症 是输卵管妊娠的主要病因。输卵管黏膜炎和输卵管周围炎,可引起输卵管管腔粘连、狭窄或堵塞;或致输卵管与周围粘连、输卵管壁平滑肌蠕动减弱等,这些因素均妨碍了受精卵的正常运行,导致着床部位异常。

2. 输卵管发育不良或功能异常 输卵管过长、肌层发育差、黏膜纤毛缺乏等发育不良,均可影响受精卵的正常运行。此外,精神因素也可引起输卵管痉挛和蠕动异常,干扰受精卵的运送。

3. 其他 曾有输卵管妊娠史、子宫肌瘤或卵巢肿瘤压迫、输卵管绝育后再通、粘连分离术及成形术后、应用辅助生殖技术、宫内节育器避孕失败等都可增加输卵管妊娠发生的可能性。

二、病理

1. 输卵管的变化 输卵管妊娠时,由于输卵管管腔狭窄,管壁肌层不如子宫壁厚,妊娠时不能形成完好的蜕膜,受精卵植入后,不利于胚胎的生长发育,当输卵管妊娠发展到一定时期,常发生以下结局:

(1) 输卵管妊娠流产 (tubal abortion): 多见于妊娠 8~12 周的输卵管壶腹部妊娠。由于输卵管妊娠时管壁形成的蜕膜不完整,囊胚常向管腔突出,最终突破包膜而出血,囊胚可与管壁分离。若整个囊胚剥离并经输卵管逆蠕动排入腹腔,形成输卵管完全流产,出血一般不多;若囊胚剥离不完整,部分仍附着于管壁上,则形成输卵管不完全流产,此时,管壁肌层收缩功能差,血窦开放,导致反复出血,形成输卵管或输卵管周围血肿,血液积聚在子宫直肠陷窝形成血肿,出血量多时也可流入腹腔(图 6-2)。

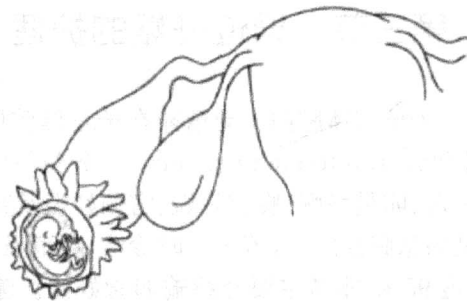


图 6-2 输卵管妊娠流产

(2) 输卵管妊娠破裂(rupture of tubal pregnancy): 多见于妊娠 6 周左右的输卵管峡部妊娠。当囊胚生长时绒毛侵蚀管壁肌层及浆膜, 以致穿破浆膜, 形成输卵管妊娠破裂(图 6-3)。由于输卵管肌层血管丰富, 破裂后所致出血较输卵管妊娠流产严重, 短期内即可发生大量腹腔内出血, 也可反复出血, 在盆腹腔内形成血肿。输卵管间质部妊娠较少发生破裂, 但由于其肌层较厚, 血管丰富, 一旦发生破裂后果严重, 患者可在短时间内出现失血性休克。



图 6-3 输卵管妊娠破裂

(3) 陈旧性宫外孕: 发生输卵管妊娠流产或破裂时, 由于反复内出血形成盆腔血肿未吸收, 时间长血肿可机化变硬, 并与周围组织粘连形成包块, 临床上称为陈旧性宫外孕。

(4) 继发性腹腔妊娠: 无论输卵管妊娠流产或破裂后, 胚胎从输卵管排入腹腔内, 大多数死亡, 不再生发育。偶尔有存活胚胎的绒毛组织重新种植于腹腔而获得营养, 可继续生长发育形成继发性腹腔内妊娠。

2. 子宫的变化 输卵管妊娠时滋养细胞产生的 hCG 维持黄体生长, 孕期甾体激素分泌增多, 故子宫可稍大变软, 子宫内膜也出现蜕膜变化。若胚胎死亡, 滋养细胞活力消失, 激素水平下降, 蜕膜从宫壁剥离, 可有阴道出血和三角形的蜕膜管型或蜕膜碎片排出。

三、临床表现

输卵管妊娠的临床表现与受精卵着床部位、有无破裂或流产所致腹腔内出血、出血量多少及时间长短等因素有关。

1. 症状

(1) 停经: 多有 6~8 周停经史, 输卵管间质部妊娠停经时间较长。有 20%~30% 患者可无停经史, 仅月经过期数日、出现不规则阴道流血而被患者误认为月经来潮。

(2) 腹痛: 是患者就诊的最主要症状, 占 95%。输卵管妊娠发生流产或破裂前, 常表现为一侧下腹部隐痛或酸胀感; 发生流产或破裂后, 患者突感一侧下腹部撕裂样疼痛, 可伴有恶心、呕吐, 若血液积聚于直肠子宫陷窝, 可出现肛门坠胀感, 若血液流向全腹时, 疼痛可遍及全腹, 血液刺激膈肌, 常引起肩胛部放射性疼痛及胸部疼痛。

(3) 阴道流血: 胚胎死亡后, 常有不规则阴道流血, 呈暗红或深褐色, 一般不超过月经量。阴道流血可伴有蜕膜管型或蜕膜碎片排出, 病灶除去后流血可停止。

(4) 晕厥与休克: 部分患者由于急性大量腹腔内出血及剧烈腹痛, 常出现头晕、眼花、面色苍白、四肢厥冷、脉搏细数、血压下降等失血性休克表现。出血量越多越快, 症状出现越迅速,

病情越严重,但与阴道流血量不成比例。

(5)腹部包块:当输卵管妊娠流产或破裂后形成的血肿时间过久,可与周围器官发生粘连而形成包块。

2. 体征

(1)一般情况:病情轻重取决于内出血的量。若出血多,患者可有面色苍白、出冷汗、脉搏细数、血压下降等休克表现。

(2)腹部检查:有腹腔内出血时,患者下腹部有明显压痛及反跳痛,尤以患侧为重。出血较多时,叩诊有移动性浊音。

(3)盆腔检查:输卵管妊娠未发生流产或破裂者,盆腔检查无明显阳性体征。发生流产或破裂者,阴道后穹窿饱满,有触痛。将宫颈轻轻上抬或左右摇摆时引起剧烈疼痛,称宫颈举痛或摇摆痛,为输卵管妊娠的主要体征之一。子宫稍大变软,内出血多时,检查子宫有漂浮感,在子宫一侧可触及边界不清楚,触痛明显的包块。

四、治疗要点

输卵管妊娠的治疗方法包括手术治疗、药物治疗。

1. 手术治疗 根据患者出血量、是否保留生育功能以及对侧输卵管情况,选择输卵管切除的根治手术和保守手术。近年来应用腹腔镜技术诊断和治疗异位妊娠已广泛开展。手术治疗适用于:①生命体征改变或腹腔出血量较多者。②诊断不明确者。③异位妊娠病变进展者(如血 hCG 升高明显、附件区包块增大)。④药物治疗禁忌证或无效。⑤随诊不可靠者。

2. 药物治疗

(1)化学药物治疗:近年来用甲氨蝶呤等化疗药物治疗输卵管妊娠,主要适用于早期输卵管妊娠未破裂、妊娠囊 $\leq 4\text{cm}$ 、要求保留生育能力的年轻患者。

(2)中药治疗:主要用于陈旧性宫外孕,根据中医辨证论治方法,以活血化瘀、消症止痛为治则。

五、护理评估

1. 健康史 询问既往有无慢性盆腔炎、输卵管手术病史、放置宫内节育器等引起异位妊娠的高危因素;详细询问停经时间,阴道出血的时间、量、性状、颜色;发病前有无恶心、呕吐等早孕反应。

2. 身体状况

(1)一般情况:护士应全面评估患者腹痛的性质和程度、全身失血情况、生命体征变化、阴道流血性质及量。急性大量内出血患者可表现为面色苍白、四肢冷、脉搏细数、血压下降等休克表现;下腹部明显压痛、反跳痛,尤以患侧为重,叩诊有移动性浊音。

(2)妇科检查:阴道内有少量血迹,有宫颈举痛或摇摆痛,子宫稍大变软,或有漂浮感,在子宫一侧可触及边界不清楚、触痛明显的包块。

3. 辅助检查

(1)阴道后穹窿穿刺:是一种简单可靠的诊断方法,主要用于怀疑腹腔有内出血的患者。内出血易积聚于子宫直肠陷凹,可经阴道后穹窿穿刺抽出血液。若抽出暗红色不凝血有助于诊断,但穿刺阴性不能排除输卵管妊娠。

(2)hCG 测定:血、尿 β -hCG 测定是早期诊断异位妊娠的重要方法。

(3)超声检查:B 超检查有助于异位妊娠的诊断,阴道超声较腹部超声的准确性更高。超声检查宫腔内无妊娠产物,宫旁有低回声区,若探及妊娠囊则可确诊为异位妊娠。

(4)腹腔镜检查:是异位妊娠诊断的金标准,可在确诊的同时行手术。有 3%~4% 的患者因妊娠囊过小而漏诊。

4. 心理-社会状况 当患者知道病情后,要经历丧失胎儿和大出血的危机,面对突然的打击,患者和家属往往一时难以接受,出现恐惧、焦虑、失落、自责等情绪变化。

六、护理诊断/合作性问题

1. 潜在并发症 失血性休克。
2. 有感染的危险 与失血后抵抗力降低有关。
3. 恐惧和焦虑 与担心生命安危及手术治疗有关。

七、护理目标

1. 患者失血性休克尽快纠正,组织灌流量恢复正常,保持生命体征的平稳。
2. 患者主动积极配合治疗和护理,无感染征象发生。
3. 患者焦虑和恐惧的情绪减轻,以正常的心态对待此次妊娠失败。

八、护理措施

1. 手术治疗患者的护理

(1)严密观察病情,积极协助抗休克治疗每隔 10~15 分钟测量血压、脉搏、呼吸一次;观察意识状态、四肢温度、皮肤颜色、腹痛情况、尿量。协助患者取平卧位,给予氧气吸入,注意保暖,快速建立静脉通道,迅速补充血容量,做好交叉配血试验及输血准备。

(2)完善相关检查,按急诊手术要求迅速做好术前准备工作。

(3)提供心理支持:帮助患者解除恐惧心理,改善焦虑情绪,树立其战胜疾病的信心。术前向患者及家属介绍手术的必要性。

2. 药物治疗患者的护理

(1)严密观察病情:护士应密切观察患者的生命体征、腹痛、阴道流血等情况。突然腹痛加重、肛门坠胀感明显,面色苍白、脉搏加快,应立即报告医生并做好术前准备。

(2)指导患者饮食与活动:告知患者避免突然改变体位、用力排便、咳嗽、打喷嚏等增加腹压的动作;禁性生活,禁止灌肠,忌随意搬动患者及按压其下腹部,以免诱发活动性大出血。指导患者加强营养,纠正贫血。指导患者保持外阴清洁,勤换会阴垫。

(3)化学药物治疗的护理:甲氨蝶呤用药期间,应用 B 超和血 β -hCG 进行严密监护,并密切观察患者生命体征、病情变化以及药物毒副作用。

3. 健康教育

(1)出院后注意休息,加强营养,纠正贫血,增强机体抵抗力。养成良好的卫生习惯,勤洗澡、勤换衣,一个月内禁止性生活和盆浴,积极预防和治疗慢性炎症。

(2)向患者及家属介绍疾病相关知识,告诉他们若下次妊娠需及时就医,并接受医生的指导。

九、护理评价

1. 患者休克是否得以纠正,生命体征趋于平稳。
2. 患者是否发生感染。
3. 患者焦虑和恐惧的情绪是否减轻。

(安娜)

第四节 前置胎盘的护理

妊娠 28 周后,胎盘附着于子宫下段、胎盘下缘达到或覆盖宫颈内口处,位置低于胎先露部,称前置胎盘(placenta previa)。前置胎盘是妊娠晚期严重并发症,也是妊娠晚期阴道流血的主要原因,若处理不当可危及母儿生命。

一、病因

前置胎盘多发生于经产妇及多产妇。病因目前尚不清楚,可能与下列因素有关。

1. 子宫内膜病变与损伤 多次流产、刮宫、多产、剖宫产、产褥感染等可导致子宫内膜损伤,引起子宫内膜炎和内膜萎缩病变,再次怀孕时易形成胎盘血供不良,胎盘为了摄取足够营养而增大面积,延伸到子宫下段,形成前置胎盘。

2. 胎盘异常 胎盘大小和形态异常,均可形成前置胎盘。若胎盘面积过大、双胎、副胎盘、膜状胎盘等可延伸至子宫下段。

3. 受精卵滋养层发育迟缓 受精卵到达宫腔时因滋养层发育迟缓,尚未具备着床能力而继续下移至子宫下段,并在该处着床发育形成前置胎盘。

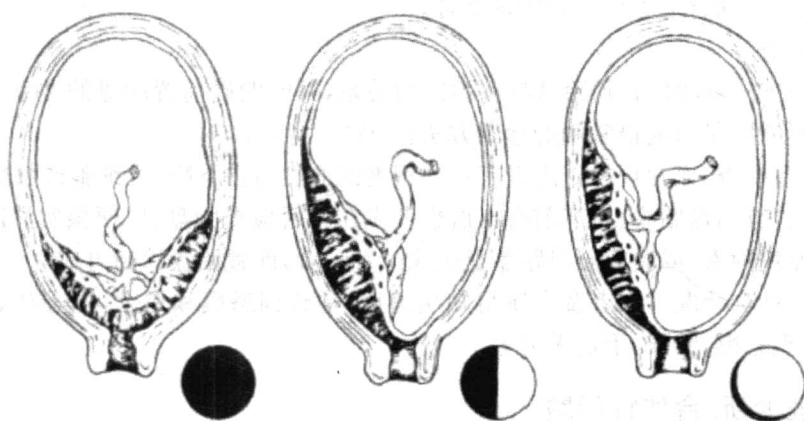
二、临床表现及分类

1. 临床表现

(1)症状:妊娠晚期或临产时发生无诱因、无痛性、反复阴道流血是前置胎盘的典型症状。初次出血时,出血量一般不多,但亦可发生致命性大出血;随着出血次数增加,出血量逐渐增多。

(2)体征:患者一般情况与出血量有关,贫血程度与出血量成正比。出血多的患者可有面色苍白、脉搏细数、血压下降等休克表现。腹部检查:子宫软、无压痛,子宫大小与孕周相符,胎位清楚、胎心正常。胎盘附着子宫前壁时,在耻骨联合上方可听到胎盘杂音。

2. 类型 阴道流血发生的时间早晚、流血量多少、反复发作次数与前置胎盘类型有关。根据胎盘下缘与宫颈内口的关系,将前置胎盘分为三类(图 6-4)。



(1) 完全性前置胎盘

(2) 部分性前置胎盘

(3) 边缘性前置胎盘

图 6-4 前置胎盘的类型

(1)完全性前置胎盘(complete placenta previa):又称中央性前置胎盘(central placenta previa),宫颈内口全部被胎盘组织所覆盖。初次出血时间多在妊娠 28 周左右,反复出血次数频繁,量较多,一次性大出血可致休克。

(2)部分性前置胎盘(partial placenta previa):宫颈内口部分被胎盘组织所覆盖。出血时间、出血量介于完全性与边缘性前置胎盘之间。

(3)边缘性前置胎盘(marginal placenta previa):胎盘边缘附着于子宫下段、不超越宫颈内口。初次出血多发生在妊娠晚期或临产后,出血量少。

三、治疗要点

前置胎盘的治疗原则是抑制宫缩、止血、纠正贫血和预防感染。

1. 期待疗法 适用于阴道流血量不多,全身情况良好,胎儿存活但体重 $<2000\text{g}$,妊娠 <34 周的孕妇。目的是在保证孕妇安全的前提下,尽可能延长孕周,等待胎儿达到或接近足月以提高胎儿存活率。可以适当给予宫缩抑制剂、镇静药、止血药及抗生素等药物。

2. 终止妊娠 具有下列情况之一者应考虑终止妊娠:①阴道流血多,出现失血性休克者,无论胎儿成熟与否,均应终止妊娠。②胎龄已达 36 周以上。③胎儿成熟度检查提示胎儿肺成熟者。④胎龄在 34~36 周,出现胎儿宫内窘迫者。一般完全性前置胎盘、部分性前置胎盘或伴有胎儿宫内窘迫多以剖宫产结束分娩;边缘性前置胎盘出血不多,胎心无异常者可经阴道试产,若试产失败,应立即改剖宫产结束分娩。胎儿未成熟者可促胎儿肺成熟。

四、护理评估

1. 健康史 详细询问既往有无多次人工流产术、分娩、子宫手术及子宫内膜炎等病史;了解妊娠中尤其是 28 周后有无阴道流血、阴道流血的特点和伴随症状等。

2. 身体状况

(1)一般情况:患者全身情况与出血量多少有关。应全面评估孕妇阴道流血情况、生命体征变化。

(2)产科检查:子宫软,无压痛,子宫大小与孕周相符,胎位清楚、胎心正常。胎盘附着于

宫前壁时,在耻骨联合上方可听到胎盘杂音。

3. 辅助检查

(1) B超检查:可清楚看到胎盘与宫颈口的关系,并能明确前置胎盘的类型。其方法简单可靠,且无损伤性,是目前最常用的诊断方法。

(2) 实验室检查:血常规检查患者有不同程度的血红蛋白下降、红细胞计数减少。

(3) 产后检查胎盘胎膜:对产前有出血患者应在产后检查胎盘,以便核实诊断。前置部位的胎盘有凝血块附着,或胎膜破口距胎盘边缘 $<7\text{cm}$ 者,前置胎盘诊断可成立。

4. 心理—社会状况 患者及家属得知病情后,常感到恐惧和焦虑,担心孕妇健康及胎儿安危,可能出现恐惧、紧张、手足无措等。

五、护理诊断/合作性问题

1. 潜在并发症 出血性休克。

2. 有感染的危险 与孕妇贫血,抵抗力下降有关。

3. 有胎儿受伤的危险 与胎儿供血与营养不足有关。

六、护理目标

1. 孕妇的并发症得到有效防治。

2. 孕妇住院期间未发生感染。

3. 胎儿未发生受伤。

七、护理措施

1. 期待疗法患者的护理

(1) 严密观察病情:监测孕妇的生命体征、阴道流血情况及胎心情况,教会其自我监测胎动,必要时行胎心监护。

(2) 患者饮食与活动指导:绝对卧床休息,左侧卧位,并间断吸氧(每天3次,每次1小时,以增加胎儿血氧供应);减少刺激,避免增加腹压的动作,严禁肛查及阴道检查,以免诱发性出血;加强营养,给予高蛋白、高维生素及富含铁的食物。

(3) 治疗配合:按医嘱用药,如宫缩抑制剂、补血药、抗炎药预防感染等。

(4) 心理护理:帮助患者解除恐惧心理,使患者精神放松,积极配合医护治疗。

2. 手术治疗患者的护理

(1) 严密观察病情变化,积极协助抗休克治疗:认真观察并记录孕妇的生命体征、阴道流血情况及胎心情况,快速建立静脉通道,做好备血、输血准备,积极配合医生纠正休克。

(2) 积极做好术前准备。

3. 健康教育 做好计划生育宣传教育,提高自我保健意识,避免多次人工流产、引产或宫内感染;做好孕期保健,定期产前检查。

八、护理评价

1. 孕妇的并发症是否得到有效防治。

2. 孕妇住院期间是否发生感染。

3. 胎儿是否受伤。

(安娜)

第五节 胎盘早剥的护理

妊娠 20 周后或分娩期,正常位置的胎盘在胎儿娩出前,部分或全部从子宫壁剥离,称胎盘早剥(placental abruption)。胎盘早剥是妊娠晚期的严重并发症,以起病急,进展快,病情重为主要特点,处理不及时可威胁母儿生命。

一、病因

胎盘早剥的原因尚未完全清楚,可能与下列因素有关。

1. 血管病变 妊娠期高血压疾病、慢性肾炎和慢性高血压,是导致胎盘早剥的重要原因。由于底蜕膜螺旋小动脉痉挛或硬化,引起远端毛细血管壁缺氧、变性、坏死甚至破裂出血,形成胎盘后血肿,使胎盘与子宫壁剥离;此外,妊娠晚期或临产后,孕妇长时间仰卧位,子宫压迫下腔静脉使回心血量减少,导致子宫静脉瘀血、压力升高,蜕膜静脉瘀血或破裂,形成胎盘后血肿,引起胎盘剥离。

2. 宫腔压力骤减 羊水过多,破膜后羊水流出过快;双胎妊娠分娩时第一个胎儿娩出过快,均可导致宫腔内压力骤减,子宫突然收缩,胎盘与子宫壁发生错位和剥离。

3. 机械性因素 腹部受到撞击或挤压、纠正臀位行外倒转术操作不当等亦可造成胎盘剥离。

4. 其他因素 脐带过短或脐带绕颈、高龄孕妇、吸烟、可卡因滥用、有血栓形成倾向、子宫肌瘤等均可造成胎盘早剥。

二、病理

胎盘早剥主要病理改变是底蜕膜出血形成血肿,使胎盘从附着处剥离。按病理类型,胎盘早剥可分为显性、隐性及混合性 3 种(图 6-5)。

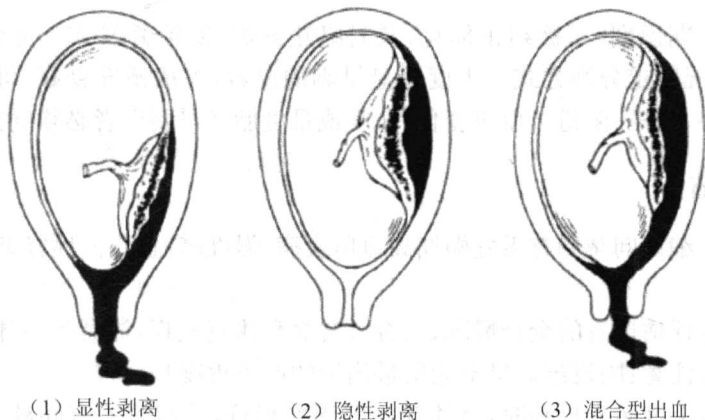


图 6-5 胎盘早剥的类型

1. 显性剥离(revealed abruption) 又称外出血。若胎盘剥离面小,出血少,临床症状常