

华中科技大学研究生教材建设立项项目

妇产科高级护理实践 临床案例精选

刘 莉◆主编

FUCHANKE GAOJI HULI SHIJIAN LINCHUANG ANLI JINGXUAN

非
外
借



华中科技大学出版社
<http://press.hust.edu.cn>

华中科技大学研究生教材建设立项项目

妇产科高级护理实践 临床案例精选

FUCHANKE GAOJI HULI SHIJIAN LINCHUANG ANLI JINGXUAN

主 编 刘 莉

副主编 杨凌艳 张 宏

编 者 (以姓氏笔画为序)

丰小庆 王 颖 王冰花 卢 吉 代安妮
邢 翠 刘 双 刘 莉 杨 柳 杨凌艳
吴 芬 闵 敏 张 宏 张红玲 范 莹
居红英 赵 丽 赵红艳 胡 微 高 杰
章 凡 熊 芝



华中科技大学出版社

<http://press.hust.edu.cn>

中国·武汉

内 容 简 介

本书分为产科和妇科两篇,选取了21个有代表性的专科常见病例。每个案例采用情境模拟的教学策略或以病史汇报为线索,以问题为导向,从思维启示、问题解析等环节逐步进行分解与讨论,将妇产科护理学、基础护理学以及临床实践要点结合在一起,培养学生树立“以健康为中心”的理念,提高学生独立判断、解决临床实际问题的专业素质。

本书内容丰富,资料翔实,重点突出,具有较强的指导性和实用性,既可作为高等院校护理专业的教学参考教材,也可作为临床各级护士的继续教育学习用书。

图书在版编目(CIP)数据

妇产科高级护理实践临床案例精选/刘莉主编. —武汉:华中科技大学出版社,2022.12
ISBN 978-7-5680-8945-6

I. ①妇… II. ①刘… III. ①妇产科病-护理-病案-研究生-教材 IV. ①R473.71

中国版本图书馆CIP数据核字(2022)第234145号

妇产科高级护理实践临床案例精选

刘 莉 主 编

Fuchanke Gaoji Huli Shijian Linchuang Anli Jingxuan

策划编辑:汪飒婷

责任编辑:孙基寿

封面设计:原色设计

责任校对:曾 婷

责任监印:周治超

出版发行:华中科技大学出版社(中国·武汉) 电话:(027)81321913

武汉市东湖新技术开发区华工科技园 邮编:430223

录 排:华中科技大学惠友文印中心

印 刷:武汉开心印印刷有限公司

开 本:889mm×1194mm 1/16

印 张:13.25

字 数:420千字

版 次:2022年12月第1版第1次印刷

定 价:59.80元



本书若有印装质量问题,请向出版社营销中心调换

全国免费服务热线:400-6679-118 竭诚为您服务

版权所有 侵权必究

前言

QIANYAN

促进和发展妇产事业是卫生健康事业的重要内容。我国在《“健康中国 2030”规划纲要》《“十四五”优质高效医疗卫生服务体系建设实施方案》等多个重要文件中均强调了保障妇女健康和计划生育服务的重要性。近年来,妇产科护理学取得了飞速发展。妇产科高级护理临床实践逐渐向专科化方向发展,定位更加清晰,内容更加丰富,体系更加成熟。

在此背景下,为加强妇产科护理学核心理论知识与专业实践能力的融合,提高学生的思维评判能力、合作及沟通能力,华中科技大学同济医学院附属同济医院妇产科作为国家临床重点学科和国家妇产疾病临床医学研究中心,积极组织护理专家团队,基于妇产科各临床亚专科的临床案例,编写了本书。

本书分为产科、妇科两篇,共 21 个案例。依托产科、妇科、计划生育等亚专科案例,全面呈现了妇产科护理的要点。本书以问题为导向,从思维启示、问题解析等环节逐步进行分解与讨论,引导学生思考,锻炼其临床分析能力。

本书由具有丰富妇产科临床工作经验的护理专家编写,编者本着“以健康为中心”的指导思想,在循证医学的指导下,总结既往临床护理经验,参阅大量相关书籍文献,坚持以实用为导向,以提升护理研究生及临床护理人员综合护理实践能力为目标,兼顾妇产科发展需求,经过多次讨论、反复推敲、仔细修改,终于付梓。本书编写内容充分考虑了不同层次读者的需要,具有较强的指导性和实用性。本书适用于护理本科生、研究生及临床护士。

本书编者在编撰过程中投入了极大的热情与精力,几易其稿。由于编者能力、精力有限,疏漏和不足之处在所难免,敬请各位读者和同仁提出宝贵意见和建议,以便进一步修订完善。

编者

目录

MULU

第一篇 产科高级护理实践临床案例	/ 1
案例 1 异位妊娠的护理实践	/ 1
案例 2 妊娠合并糖尿病的护理实践	/ 9
案例 3 妊娠期高血压疾病的护理实践	/ 22
案例 4 妊娠合并心脏病的护理实践	/ 30
案例 5 凶险性前置胎盘的护理实践	/ 40
案例 6 正常分娩的护理实践	/ 50
案例 7 产后出血的护理实践	/ 64
案例 8 产褥期护理实践	/ 72
案例 9 新生儿复苏的护理实践	/ 83
案例 10 新生儿常见问题的护理实践	/ 92
案例 11 母乳喂养的护理实践	/ 101
第二篇 妇科高级护理实践临床案例	/ 111
案例 12 排卵障碍性异常子宫出血女性的护理实践	/ 111
案例 13 围绝经期综合征女性的护理实践	/ 122
案例 14 妊娠滋养细胞肿瘤病人化疗的护理实践	/ 131
案例 15 子宫肌瘤病人的护理实践	/ 142
案例 16 子宫颈恶性肿瘤病人的护理实践	/ 152
案例 17 子宫内膜癌病人围手术期加速康复护理实践	/ 159
案例 18 卵巢癌病人的护理实践	/ 169
案例 19 MRKH 综合征病人的护理实践	/ 176
案例 20 盆底功能障碍性疾病病人的护理实践	/ 185
案例 21 不孕症合并染色体平衡易位病人的护理实践	/ 195

第一篇 产科高级护理实践临床案例

案例 1 异位妊娠的护理实践

一、案例简介

病人,女,18岁,高三学生,因“剧烈腹痛后晕倒”,母亲呼叫120将其送入急诊就诊。医生在详细询问病史、抽血化验、常规妇科检查、妇科彩超及后穹窿穿刺等专科检查后,诊断为“腹痛原因待查:右侧输卵管妊娠?”医生向病人家属交代病情并签署手术同意书后,紧急将其送入手术室。在全麻下行腹腔镜探查,右侧输卵管切除术。术后经过5天抗感染、止血、营养、对症支持治疗后遵医嘱出院。

二、案例说明书

【教学目标】

本案例展示了异位妊娠的常见症状、病史采集、诊断和护理等内容。通过本案例的学习,达成以下学习目标。

- (1)掌握异位妊娠的定义和常见症状。
- (2)熟悉异位妊娠的病因。
- (3)熟悉异位妊娠病人病史的采集和健康评估。
- (4)熟悉正常妊娠条件。
- (5)熟悉异位妊娠的辅助检查与鉴别诊断。
- (6)熟悉异位妊娠的治疗原则。
- (7)掌握异位妊娠病人的护理要点。
- (8)掌握异位妊娠病人的出院健康指导。

【教学思路】

本案例是一例典型的异位妊娠病人的就诊案例。教师分析病人就医经历及医患间情景式对话,可引发学生思考妇科病史采集的特殊性和重要性;教师分析病人的临床症状及辅助检查,可引出异位妊娠与以腹痛、出血为临床表现的疾病的鉴别诊断;教师分析异位妊娠的病因,可引发学生对女性正常妊娠相关知识的回顾和学习;教师分析病人的诊疗经过,引导学生对异位妊娠治疗原则、护理措施及出院健康指导进行讨论。

【关键点】

异位妊娠是妇科常见急腹症之一,发病率为2%~3%。输卵管妊娠占异位妊娠的95%左右,其中壶腹部妊娠最多见,约占78%,其次为峡部、伞部,间质部妊娠较少见。当病人发生输卵管妊娠流产或输卵管破裂时,可引起腹腔内严重出血,如不及时诊断、处理,可危及病人生命。

异位妊娠多与输卵管异常(炎症、扭曲等)导致受精卵运行障碍有关,临床表现以停经、阴道不规则出血及腹痛较为多见,但有时症状不典型,易造成误诊和漏诊,如发生休克,可致孕产妇死亡。治疗上分为药



物治疗和手术治疗两种,应根据症状、血 hCG(人绒毛膜促性腺激素)、异位妊娠肿块大小及生育史、病人意愿等综合判断后制订治疗方案,同时要注重病人的心理护理和疾病健康指导,提高病人的自我保健意识。

【建议学习资源】

- [1] 谢幸,孔北华,段涛. 妇产科学[M]. 9版. 北京:人民卫生出版社,2018.
- [2] 安力彬,陆虹. 妇产科护理学[M]. 7版. 北京:人民卫生出版社,2022.
- [3] 韩叶芬,单伟颖. 妇产科护理学[M]. 3版. 北京:人民卫生出版社,2021.

三、案例正文



场景一

2019年12月24日,雪夜

“医生! 医生!”刚刚安静下来的急诊室外传来焦急的叫喊。顺着声音的方向看去,120急救员和一位中年女性推着平车过来,平车上躺着一个20岁左右的女孩,脸色有点苍白,一副痛苦的样子,手捂着肚子,额头上布满了细汗珠。

“你怎么了? 肚子痛吗?”

“刚才在家睡觉的时候,感到肚子痛得像被撕开了一样,于是就醒了,想去卫生间解大便,结果就晕那里了。有两个小时了。”

“平时月经怎么样? 最近什么时候来过?”

“平时很准,30天来一次。这次量不是很多,持续1周了,哩哩啦啦的。”

“那就是说,你现在有出血,但量不多,是吧? 那你上次月经什么时候来的?”

“好像推迟了5天。”

“结婚了吗?”

“我家丫头今年才上高三!”旁边的母亲很警觉地打断。

“有男朋友吗?”

女孩一愣,看了我一眼。

“我再重复一遍,我家丫头今年才上高三! 马上要高考了! 你这么问是什么意思? 她学习都忙不过来,哪有时间交男朋友?”母亲很不耐烦地说道。

在问病史期间,护士测量了血压和心率:血压90/54 mmHg;心率110次/分。

【思维启示】

很多疾病都有腹痛、阴道出血的症状,这时需要医生详细询问病史,结合病人具体情况,采取进一步的检查和处理。学生需思考以下问题。

- (1)病人末次月经为哪天? 引起阴道出血常见原因有哪些?
- (2)女性腹痛的常见病因有哪些?
- (3)还应补充哪些病史?(注意妇科病史采集的特殊性)
- (4)接下来应该做哪些检查?
- (5)该病人目前最主要的护理问题是什么? 应如何护理?

【问题解析】

1. 病人末次月经为哪天? 引起阴道出血常见原因有哪些?

由于病人本次阴道出血已经1周了,故出血第一天为12月17日,由于本次推迟了5天,月经周期为30天,所以,末次月经为11月12日。

引起阴道出血的原因可能有以下几点。

- (1)卵巢内分泌功能失调:异常子宫出血、排卵期出血。
- (2)与妊娠相关的子宫出血:流产、异位妊娠、妊娠滋养细胞疾病、产后胎盘部分残留、胎盘息肉及子宫

复旧不全等。

(3) 生殖器炎症: 如外阴炎、阴道炎、宫颈炎、宫颈息肉及子宫内膜炎等。

(4) 生殖器肿瘤: 良性肿瘤, 如子宫肌瘤、子宫腺肌瘤; 具有分泌雌激素功能的卵巢肿瘤; 恶性肿瘤, 如外阴癌、阴道癌、宫颈癌、子宫内膜癌、子宫肉瘤、绒毛膜癌等。

(5) 损伤、异物及外源性激素。

(6) 与全身疾病相关的阴道出血: 如血小板减少性紫癜、再生障碍性贫血、白血病。肝功能损害等。



知识链接

正常月经

月经是指伴随卵巢周期性变化而出现的子宫内膜周期性脱落及出血。规律月经的出现是生殖功能成熟的重要标志。月经初潮年龄多为 13~15 岁, 但可能早在 11~12 岁, 迟至 15~16 岁。16 岁以后月经尚未来潮应查明原因。月经初潮年龄与营养、遗传、体质状况等因素有关。近年来, 月经初潮年龄有提前趋势。

1. 月经血的特征 月经血呈暗红色, 除血液外, 还有子宫内膜碎片、炎性细胞、宫颈黏液及脱落的阴道上皮细胞。75% 月经血来自动脉, 25% 来自静脉, 由于纤维蛋白溶酶对纤维蛋白的溶解作用, 导致月经血的高纤维活性, 有利于月经血和纤维的液化和排出。通常月经血不凝固, 如出血速度过快也可形成血块。

2. 正常月经的临床表现 正常月经具有周期性。出血第 1 天为月经周期的开始, 两次月经第 1 天的间隔时间为一个月经周期。一般为 21~35 天, 平均 28 天。每次月经的持续时间称经期, 一般为 2~8 天, 平均 4~6 天。经量为一次月经的总失血量, 正常为 20~60 mL, 超过 80 mL 为经量过多。月经属于生理现象, 经期一般无特殊症状, 有些妇女可出现下腹及腰骶部不适, 少数妇女可有头痛及轻度神经系统不稳定症状。

2. 女性腹痛的常见病因有哪些?

下腹痛为妇女常见的症状, 多由妇科疾病所引起。应根据下腹痛的性质和特点考虑各种不同妇科情况。

(1) 起病缓急: 起病缓慢而逐渐加剧者, 多由内生殖器炎症或恶性肿瘤所引起; 急骤发病者应考虑卵巢囊肿蒂扭转或破裂, 或子宫浆膜下肌瘤蒂扭转; 反复隐痛后突然出现撕裂样剧痛应想到输卵管妊娠破裂或流产的可能。

(2) 下腹痛部位: 下腹正中出现疼痛多为子宫病变引起的疼痛, 较少见; 一侧下腹痛应考虑为该侧子宫附件病变, 如卵巢囊肿蒂扭转、输卵管卵巢炎症, 右侧下腹痛还应排除急性阑尾炎等。双侧下腹痛常见于子宫附件炎性病变; 卵巢囊肿破裂、输卵管妊娠破裂或盆腔腹膜炎时可引起整个下腹痛甚至全腹疼痛。

(3) 下腹痛性质: 持续性钝痛多为炎症或腹腔内积液所致; 顽固性疼痛难以忍受应考虑生殖器恶性肿瘤的可能; 子宫或输卵管等空腔器官收缩表现为阵发性绞痛; 输卵管妊娠或卵巢肿瘤破裂引起撕裂性锐痛; 宫腔内有积血或积脓不能排出常导致下腹坠痛。

(4) 下腹痛时间: 在月经周期中出现一侧下腹隐痛, 应考虑为排卵性疼痛; 经期出现腹痛可能为原发性痛经, 或有子宫内膜异位症的可能; 周期性下腹痛但无月经来潮多为经血排出受阻所致, 见于先天性生殖道畸形或术后宫腔、宫颈管粘连等。

(5) 腹痛放射部位: 放射至肩部应考虑为腹腔内出血; 放射至腰骶部多为宫颈、子宫病变所致; 放射至腹股沟及大腿内侧, 一般由该侧子宫附件病变所引起。

(6) 腹痛伴随症状: 同时有停经史, 多为妊娠合并症; 伴恶心、呕吐考虑卵巢囊肿蒂扭转的可能; 有畏寒、发热常为盆腔炎症; 有休克症状应考虑腹腔内出血; 出现肛门坠胀一般为直肠子宫陷凹有积液所致; 伴有恶病质为生殖器恶性肿瘤晚期的表现, 其下腹疼痛常伴有腰骶部疼痛。



3. 还应补充哪些病史? (注意妇科病史采集的特殊性)

- (1) 腹痛的具体情况:起病缓急、部位、性质、持续时间、放射部位、伴随症状及休息后是否缓解等。
- (2) 阴道出血的具体情况:颜色、量、持续时间、与腹痛的关系等。
- (3) 一般情况:精神、饮食、睡眠、二便、体力、体重等。
- (4) 月经、性生活、孕产史(如条件允许单独询问病人),既往史、个人史及家族史。
- (5) 社会心理状况:面对突如其来的变化,病人及家属常处于极度恐惧及忧伤之中,可表现出无助、自责、抑郁等行为。

4. 接下来应该做哪些检查?

- (1) 体格检查:腹部压痛、反跳痛、移动性浊音等。
- (2) 专科检查:妇科检查(未婚病人必须充分明确有性生活史且经同意方可行阴道检查)。
- (3) 检查与检验:妇科B超、尿hCG、血hCG、后穹窿穿刺、血常规、凝血常规、血生化、血型、输血全套。



知识链接

阴道后穹窿穿刺

阴道后穹窿穿刺是一种简单可靠的诊断方法,适用于疑有腹腔内出血的病人。后穹窿与子宫直肠陷凹紧密相邻,由于子宫直肠陷凹为盆腹腔最低部位,因此,腹腔内血液易积聚于此处。用长针头自阴道后穹窿刺入子宫直肠陷凹,抽出暗红色不凝血为阳性。不凝血的原因:异位妊娠流产或破裂,血液流入腹腔,刺激腹腔产生一种促使纤维蛋白溶解的激活因子,使血中的纤溶酶原转化为纤溶酶,使已经凝固的纤维蛋白重新裂解为流动的分解产物。此外,纤溶酶活性很大,同时能水解很多血浆蛋白和凝血因子,导致血液不再凝固。如抽出脓液或浆液性液体,则可排除输卵管妊娠;若未抽出血液,也不能完全否定腹腔内出血,有可能是血肿形成或粘连;如误穿入静脉中,则血液放置短期后会凝固。

5. 该病人目前最主要的护理问题是什么? 应如何护理?

该病人目前最主要的护理问题是组织灌注不足(潜在并发症)。护理措施有四点。

潜在并发症:组织灌注不足,与腹腔内出血有关。

护理措施:

- (1) 立即建立两条静脉通道,遵医嘱补充血容量。
- (2) 立即进行心电监护,给予吸氧、休克卧位、保暖。
- (3) 遵医嘱急查血常规、凝血功能、血型,进行交叉配血,做好术前准备。
- (4) 心理护理,消除病人紧张情绪。



场景二

医护人员将她推进检查室,开通2条静脉通路,并且抽血及备血。同时将家属请出诊室。

“医生,你刚才问我有没有男朋友,和现在的病有关系吗?”在检查室女孩很害怕地问。

“当然有关系。是不是刚才妈妈在旁边不敢说?”

“有,前段时间我们在一起了,但是后来我吃了毓婷。医生,我不会是又怀孕了吧?”

“又? 傻孩子!”

“一年前我做了一次人流。别告诉我妈妈!”

护士撩起她的衣服,看到她的肚子微微鼓起来,按起来很痛,手松开时也很痛,左边特别明显。给她测了尿妊娠试验阳性,并紧急联系妇科B超。

向病人母亲交代了病情后,母亲呆坐在那里。再次向母亲交代病情,母亲表示理解,征得女孩和母亲的同意后,行妇科检查。

外阴:少量暗红色血液。

阴道:通畅。

宫颈:光滑,摇举痛阳性。

子宫:略增大,质略软,活动可,无压痛。

附件:右侧可及直径约4 cm的包块,质软,边界不清,压痛明显,左侧未及异常。

部分辅助检查结果如下。

尿hCG(+).

B超:子宫7.0 cm×5.6 cm×4.2 cm,内膜厚约0.74 cm,肌层回声尚匀,右附件区可见一4.2 cm×5.5 cm的杂乱混合回声,周边可见血流信号显示。子宫后方可见前后径3.4 cm的液性暗区。提示:右附件区混合回声包块,宫外孕可能;盆腔积液。

后穹窿穿刺:抽出2 mL不凝血。

【思维启示】

根据病人的病史及检查结果,作出本病的诊断及鉴别诊断。学生需思考以下问题。

- (1)什么是妊娠?正常受孕的条件是什么?
- (2)病人可能患了什么病?诊断依据是什么?
- (3)什么是异位妊娠?异位妊娠有哪些种类,最常见的是哪种类型?
- (4)异位妊娠应与哪些妇科疾病相鉴别?

【问题解析】

1. 什么是妊娠?正常受孕的条件是什么?

妊娠是胚胎和胎儿在母体内发育成长的过程,成熟卵子受精是妊娠的开始,胎儿及其附属物从母体排出是妊娠的终止。正常妊娠时,受精卵在子宫腔内着床。妊娠期从末次月经第一日算起,约280天(40周),是一个非常复杂而又极其协调的生理过程。

正常受孕的条件:卵巢排出正常的卵子;精液正常并含有正常的精子;卵子和精子能够在输卵管内相遇结合成为受精卵,并能顺利地输送入子宫腔;子宫内膜适合受精卵着床。

2. 病人可能患了什么病?临床表现是什么?辅助检查有哪些?

病人可能是输卵管妊娠。临床表现包括以下症状和体征。

1) 症状

(1)停经:病人大多有6~8周停经史,但有部分病人将不规则阴道流血误认为是月经而主诉无停经史。

(2)腹痛:输卵管妊娠病人就诊的最主要症状,约占95%。

(3)阴道出血:常表现为短暂停经后不规则阴道流血,量少,呈点滴状,色暗红或深褐色。部分病人阴道流血量较多,似月经量,约5%表现为大量阴道出血。流血时可伴有蜕膜管型或蜕膜碎片排出,为剥离的子宫蜕膜。在病灶去除后,阴道流血才逐渐停止。

(4)下腹包块:在输卵管妊娠流产或破裂所形成的血肿时间过久,血液凝固与周围组织器官发生粘连后可形成包块。

(5)晕厥与休克:部分病人由于腹腔内急性出血及剧烈腹痛,病人面色苍白、四肢厥冷、脉搏快而细弱、血压下降。休克程度与腹腔内出血的量和速度成正比。

2) 体征

一般情况:贫血貌。

腹部体征:下腹压痛、反跳痛、腹肌紧张,以患侧为重;移动性浊音阳性,有时可触及下腹部包块。

3) 妇科检查 阴道后穹窿饱满、触痛;宫颈举痛;子宫稍大,稍软,漂浮感;盆腔包块,边界不清、触痛明显。

辅助检查包括以下几种。

(1)妊娠试验:尿妊娠试验,血 β -hCG。



- (2) 超声检查:附件区包块、内出血。
- (3) 后穹隆穿刺:暗红色不凝血。
- (4) 腹腔镜检查:这是诊断异位妊娠的金标准。
- (5) 子宫内膜病检:仅见蜕膜未见绒毛。

3. 什么是异位妊娠? 异位妊娠的有哪些种类,最常见的是哪种类型?

受精卵在子宫腔以外着床发育,称为异位妊娠,习称宫外孕。异位妊娠与宫外孕在含义上稍有区别:宫外孕是指子宫以外的妊娠,宫颈妊娠不属于宫外孕的范畴。

异位妊娠包括输卵管妊娠、宫颈妊娠、卵巢妊娠、腹腔妊娠、阔韧带妊娠、剖宫产瘢痕妊娠、子宫残角妊娠等,以输卵管妊娠最为常见,占 95%。其中,输卵管壶腹部妊娠最多,约占 78%,其次为峡部、伞部,间质部妊娠较少见。

4. 异位妊娠应与哪些急腹症相鉴别?

异位妊娠与其他急腹症的鉴别见表 1-1。

表 1-1 异位妊娠与其他急腹症的鉴别

	输卵管妊娠	流产	急性输卵管炎	急性阑尾炎	黄体破裂	卵巢囊肿蒂扭转
停经	多有	有	无	无	多无	无
腹痛	撕裂样下腹剧痛,自一侧向全腹扩散	下腹中央阵发性坠痛	两下腹持续性疼痛	转移性右下腹痛	下腹一侧突发疼痛	下腹一侧突发疼痛
阴道流血	量少,色暗,可有蜕膜	由少到多,鲜红色,有小血块或绒毛排出	无	无	无或如月经量	无
休克	程度与外出血不成比例	程度与外出血成比例	无	无	无或较轻	无
体温	正常或稍高	正常	高	高	正常	稍高
盆腔检查	宫颈摇举痛,宫旁扪及包块	宫口稍开,子宫增大	举宫颈时两下腹痛	直肠指诊右侧高位压痛	一侧附件压痛,无包块	宫颈举痛,触及肿块
白细胞计数	-/↑	-	↑	↑	-/↑	-/↑
血红蛋白	下降	正常	正常	正常	下降	正常
后穹隆穿刺	不凝血	-	渗出液或脓液	-	不凝血	-
β-hCG 检测	+	+	-	-	-	-

场景三

病人诊断为“腹痛原因待查:右侧输卵管妊娠?”向病人及家属交代病情,并签署手术同意书后,送入手术室。此时部分化验结果已出。

血常规:WBC $9.0 \times 10^9/L$, N 67%, Hb 100 g/L, HCT 29%, PLT $190 \times 10^9/L$ 。

凝血常规:正常。

血 β-hCG:2300 mIU/L。

在全麻下行腹腔镜探查术。腹腔见血性积液约 700 mL,吸净后见右输卵管壶腹部膨大,直径约 2 cm,

旁可见凝血块约 $4\text{ cm} \times 4\text{ cm}$, 右侧输卵管表面有一长约 1 cm 的破口, 有活动性出血。行右侧输卵管切除术。

术后 5 天出院。出院前了解到病人从小父母离异, 母亲一个人将孩子带大, 平时只注意孩子的学习, 对其他方面很少过问。随后护士向病人及家属详细讲解出院后的注意事项, 何时复查、如何避免意外怀孕等问题。

【思维启示】

围绕病人的确诊及治疗经过, 思考本病发生的原因, 治疗方案及护理要点。学生需思考以下问题。

- (1) 输卵管妊娠的病因有哪些?
- (2) 异位妊娠的治疗有哪些?
- (3) 手术后的观察要点有哪些?
- (4) 如何对病人做出院健康指导?

【问题解析】

1. 输卵管妊娠的病因有哪些?

(1) 输卵管炎症: 这是输卵管妊娠的主要原因, 可分为输卵管黏膜炎和输卵管周围炎。输卵管黏膜炎可使黏膜皱褶粘连, 管腔变窄, 或使纤毛功能受损, 从而导致受精卵在输卵管内运行受阻而于该处着床, 淋菌及沙眼衣原体所致的输卵管炎常累及黏膜。输卵管周围炎病变主要在输卵管浆膜层或浆肌层, 常造成输卵管周围粘连, 输卵管扭曲, 管腔变窄, 管壁肌蠕动减弱, 而影响受精卵的运行, 流产或分娩后感染往往引起输卵管周围炎。其中, 结核性输卵管峡部炎是一种特殊类型的输卵管炎, 病变的输卵管黏膜上皮呈憩室样向肌壁内伸展, 肌壁发生结节性增生, 使输卵管近端肌层肥厚, 影响其蠕动功能, 导致受精卵运行受阻, 发生输卵管妊娠。

(2) 输卵管手术史: 输卵管绝育史及手术史者, 输卵管妊娠的发生率为 $10\% \sim 20\%$ 。尤其是腹腔镜下电凝输卵管及硅胶环套术绝育, 可因输卵管痿或再通而导致输卵管妊娠。曾因不孕接受输卵管粘连分离术、输卵管成形术(输卵管吻合术或输卵管造口术)者, 再妊娠时输卵管妊娠的可能性亦增加。输卵管妊娠史者, 经过保守治疗后自然吸收和输卵管保守性手术后, 再次发生异位妊娠的概率均会增加。

(3) 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、双输卵管、憩室或有副伞等, 均可造成输卵管妊娠。输卵管功能(包括蠕动、纤毛活动以及上皮细胞的分泌)受雌、孕激素调节。若调节失败, 可影响受精卵的正常运行。此外, 精神因素可引起输卵管痉挛和蠕动异常, 干扰受精卵运送。

(4) 辅助生殖技术: 近年来随着辅助生育技术的应用, 输卵管妊娠的发生率增加, 既往少见的异位妊娠, 如卵巢妊娠、宫颈妊娠、腹腔妊娠的发生率增加。

(5) 避孕失败: 宫内节育器(intrauterine device, IUD)避孕失败, 发生异位妊娠的风险较大。

其他如盆腔良性肿瘤压迫输卵管影响其通畅, 盆腔子宫内膜异位症等。

2. 异位妊娠的治疗有哪些?

(1) 药物治疗: 主要用于病情稳定的输卵管妊娠病人、保守性手术后发生持续性异位妊娠者。常用甲氨蝶呤(MTX), 该药既可以抑制滋养细胞增生、破坏绒毛, 还可以使胚胎组织坏死、脱落和吸收。



知识链接

甲氨蝶呤对异位妊娠的保守治疗方案

用药方案: ① 单次给药: 剂量为 50 mg/m^2 , 单次肌肉注射, 可不加四氢叶酸, 成功率达 87% 以上。② 分次给药: 甲氨蝶呤 0.4 mg/kg 肌肉注射, 每日 1 次, 共 5 次, 一般总量为 100 mg 。给药期间应测定血 $\beta\text{-hCG}$ 及超声, 严密监护。

用药后随访: ① 单次或分次用药后 2 周内, 宜每隔 3 天复查血 $\beta\text{-hCG}$ 及超声; ② 血 $\beta\text{-hCG}$ 呈下降趋势并 3 次阴性, 症状缓解或消失, 肿块缩小为有效; ③ 若用药后第 7 天血 $\beta\text{-hCG}$ 下降到原来的 $15\% \sim 25\%$,



超声检查无变化,可考虑再次用药(方案同前);④血 β -hCG下降到原来的15%以下,症状不缓解或症状加重,或有内出血,应考虑手术治疗;⑤用药后35天,血 β -hCG也可为低值(15 mIU/mL以下),也有用药后109天血 β -hCG才降至正常者,故用药2周后应每周复查血 β -hCG,直至达正常范围。

局部用药可采用在超声引导下穿刺,将甲氨蝶呤直接注入输卵管妊娠囊内。也可以在腹腔镜直视下穿刺输卵管妊娠囊,吸出部分囊液后,将药液注入其中。此外,中医采用活血化瘀、消瘤杀胚药物,有一定疗效。

甲氨蝶呤的副反应:严重副反应为骨髓抑制、肺纤维化、非特异性肺炎、肝硬化、肾功能衰竭、胃溃疡。最常见的副反应是胃肠胀气、肝酶短暂轻微升高、口腔炎。

(2)手术治疗:适用于生命体征不稳定或有腹腔内出血征象、诊断不明确、异位妊娠有进展、随诊不可靠等情况的病人。手术治疗包括保守手术(保留患侧输卵管)和根治性手术(切除患侧输卵管)。保守手术适用于有生育要求的年轻妇女,特别是对侧输卵管已切除或有明显病变者;根治手术适用于无生育要求的输卵管妊娠、内出血并发休克的急症病人。近年来腹腔镜手术是治疗异位妊娠的主要方法。

(3)期待疗法:适用于病情稳定、血清hCG $<$ 1500 U/L且呈下降趋势者。进行期待疗法必须向病人及家属说明病情并征得同意。

3. 手术后的观察要点有哪些?

(1)生命体征:密切观察和记录病人的生命体征,若有异常及时通知医生处理。若生命体征平稳,根据医嘱停用用心电监测及氧气吸入。尽可能尽早减少仪器的留置,避免影响病人术后早期下床活动。

(2)术后恶心呕吐(PONV)的观察:术后恶心呕吐在妇科手术病人中较为常见,术后恶心的发生率为22%~80%,术后呕吐的发生率为12%~30%。减轻或控制术后恶心呕吐的发生,是促进病人尽早经口进食,补充营养及能量的重要途径。药物治疗:一线止吐剂包括5-羟色胺受体抑制剂(如昂丹司琼)、糖皮质激素等;二线止吐剂包括丁酰苯类药物、抗组胺类药物、抗胆碱能药物以及吩噻嗪类药物等。使用止吐剂后应观察效果,在使用抗组胺类或抗胆碱能药物后,还应关注用药不良反应,告知头晕跌倒的风险及预防方法。

(3)术后疼痛的观察:术后做好疼痛管理,是保证病人术后早期活动,降低术后并发症发生率,减轻胰岛素抵抗,缩短住院时间的关键环节。可以通过多模式镇痛,在减少阿片类药物用量的同时减轻疼痛,从而促进术后早期经口进食及离床活动。

(4)出血的观察:密切观察有无阴道出血及腹腔内出血相关体征,如腹腔引流液情况、阴道出血情况、腹痛加剧、肛门坠胀感等,发现出血时应及时通知医生,积极配合补液,纱布压迫止血、静脉止血药物滴注,必要时剖腹探查,结扎血管。

(5)观察肠道功能恢复情况:通过听诊器听诊评估肠鸣音恢复时间或询问病人肛门排气情况。腹胀时可指导病人下床活动、腹部按摩促进肠蠕动恢复。如持续腹痛、腹胀,排便排气停止并伴有呕吐,多考虑有肠梗阻。一旦发现病人出现肠梗阻症状,应禁食,结合实验室检查和腹部平片,及早使用促进胃肠蠕动的药物,必要时行肛管排气并进行胃肠减压,保持水电解质的酸碱平衡。

(6)观察排尿功能恢复情况:术后尿管一般留置24小时,要密切观察尿量、尿色,并准确记录。尿管留置期间,应保持引流通畅,避免尿管堵塞、扭曲或打折,使用温生理盐水对尿道口、会阴及尿管进行擦洗,2次/天。

4. 如何对病人做出院健康指导?

- (1)注意休息,加强营养,增强机体抵抗力。
- (2)注意外阴清洁,禁止性生活1个月。
- (3)引导正确的性观念和生育观,指导病人科学避孕。
- (4)如有盆腔炎要及时彻底治疗。
- (5)下次妊娠要及时就医,及早排除异位妊娠。



知识链接

青少年可选择的避孕方法

(一) 长效可逆避孕法

“全球共识声明”引用了国际上不同机构和专业学会对青少年使用长效可逆避孕法的积极倡导,明确为青少年提供长效可逆避孕法是安全的,并会使青少年从长效可逆避孕法的推广使用中受益。世界卫生组织(WHO)《避孕方法选用的医学标准》(第5版)对包括青少年在内的服务对象使用所有品种的宫内节育器和皮下埋植的避孕药物适用级别为1级(即在任何情况下使用的方法)或2级(即通常使用的方法)。

(二) 短效避孕法

短效避孕法是指通过使用药物或者进行人为的控制能够在一定时间内(如本次月经周期)达到避孕效果的方法,如短效复方口服避孕药(COC)、复方避孕针(CIC)、阴道环和避孕贴剂,还包括易受孕期知晓法和哺乳闭经避孕法(LAM)。

(三) 临时避孕法

只对1次性生活有避孕作用的避孕方法,或每次性生活都要使用的避孕方法称为临时避孕法,包括屏障避孕法、外用避孕药和体外排精等。

(四) 紧急避孕法

紧急避孕法包括在未保护的性生活后72小时内口服左炔诺孕酮、米非司酮或120小时内口服醋酸乌利司他或放置宫内节育器。

四、主要参考文献

- [1] 陆琦,王玉东. 2018年美国妇产科医师学会《输卵管妊娠》指南解读[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2018, 34(3): 270-274.
- [2] 王玉东,陆琦. 输卵管妊娠诊治的中国专家共识[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2019, 35(7): 780-787.
- [3] 中华医学会儿科学分会,国家卫生健康委科学技术研究所. 青少年避孕服务指南[J]. 中华妇产科杂志, 2020, 55(2): 83-90.

(刘 莉)

案例2 妊娠合并糖尿病的护理实践

一、案例简介

孕妇卢小希(化名),35岁,孕25⁺¹周,2021年12月13日在某医院产科门诊行常规产前检查。检查结果:血压115/72 mmHg,体重65 kg,宫高26 cm,腹围98 cm,胎心音140次/分,口服葡萄糖耐量试验(OGTT)结果显示,空腹及服糖后1小时、2小时的血糖浓度分别为5.5 mmol/L、11.0 mmol/L、7.6 mmol/L。询问病史:G1P0,末次月经2021年6月20日,孕前身高155 cm,体重60 kg,孕期行颈项透明层检查(NT)、无创产前基因检测、胎儿三维超声检查,均未见异常。怀孕以来精神、睡眠、饮食尚可,体重生理性增加,体力未见明显改变,胎动可。否认高血压及糖尿病病史。诊断为孕25⁺¹周,妊娠期糖尿病。随后小希在产科门诊妊娠期糖尿病管理团队的指导下定期产检,完善孕期保健,落实饮食,运动等健康指导,孕期过程中严密监测体重、血糖及胎儿生长情况。2022年3月29日,小希顺产分娩一活女婴,出生后



Apgar 1 分钟、5 分钟评分分别为 8 分和 9 分,体重 3100 g。2022 年 4 月 2 日,产妇及新生儿血糖正常,一般情况尚可,予以出院。

二、案例说明书

【教学目标】

本案例展示了妊娠合并糖尿病的分类、诊断标准,孕期、分娩期、产褥期不同时期的孕期保健要点及健康指导等内容。通过本案例的学习,学生应达到如下学习目标。

- (1)掌握妊娠合并糖尿病的分类及诊断标准。
- (2)掌握妊娠期糖尿病的高危因素。
- (3)熟悉妊娠合并糖尿病对孕妇及胎儿的影响。
- (4)掌握妊娠合并糖尿病的治疗要点。
- (5)掌握妊娠合并糖尿病妇女孕期监测及教育指导要点。
- (6)掌握妊娠合并糖尿病孕妇的分娩时机、分娩方式及分娩期护理要点。
- (7)掌握妊娠期糖尿病妇女产后教育指导要点。

【教学思路】

本案例呈现了一例典型的妊娠期糖尿病妇女的孕期全程管理过程。教师分析孕妇的 OGTT 报告单可引导学生思考妊娠合并糖尿病的分类、定义及诊断标准。孕妇与个案管理师多次会面交流,呈现了孕期产检的经过。教师对孕妇不同孕周的孕期保健要点的指导,对妊娠合并糖尿病妇女孕期管理内容的梳理,可引导学生将所学知识灵活应用,从而对妊娠合并糖尿病妇女的孕期管理产生一个系统性认识。

【关键点】

2021 年国际糖尿病联盟公布的地图数据显示,全球约有 16.7% 的育龄期女性在妊娠期间出现不同程度的血糖升高,其中 80.3% 由妊娠期糖尿病(gestational diabetes mellitus, GDM)导致。随着居民生活水平的提高及高龄产妇数量的增加,我国妊娠期糖尿病患病率高达 17.5%。妊娠期糖尿病已成为妊娠期常见的并发症之一。妊娠期糖尿病不仅导致不良妊娠结果,还会明显增加产妇及其子代罹患 2 型糖尿病的风险。对于患有妊娠合并糖尿病的孕妇,规范的孕期管理可以降低高血糖相关的母婴近期及远期并发症,改善母婴结局,减轻社会医疗资源负担。

【建议学习资源】

- [1] 杨慧霞. 妊娠合并糖尿病实用手册[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,2018.
- [2] 谢幸,孔北华,段涛. 妇产科学[M]. 9 版. 北京:人民卫生出版社,2018.

三、案例正文



场景一

2021 年 12 月 13 日 8:00

孕妇卢小希(化名),孕 25⁺¹周,今日在产科门诊行常规孕期检查。

产科医生:“小希,你现在是孕 25⁺¹周,今天产检的内容除了测量身高、体重、宫高、腹围、胎心率外,还需要查血常规、尿常规和口服葡萄糖耐量试验(oral glucose tolerance test, OGTT)。该试验主要是用于妊娠期糖尿病的筛查。”

小希:“好的。”

快中午了,卢小希拿着 OGTT 报告单找产科医生看结果,OGTT 结果显示:空腹血糖 5.5 mmol/L、服糖后 1 小时血糖 11.0 mmol/L、服糖后 2 小时血糖 7.6 mmol/L。

“医生! 医生! 我的 OGTT 结果出来了,报告上有上升的箭头,这是什么不正常呀? 情况严重吗?”

“根据你 OGTT 的结果来看,你空腹血糖及服糖后 1 小时血糖均大于正常值,可以诊断为妊娠期糖尿病,这是妊娠合并糖尿病孕妇最常见的一种血糖异常疾病。”

“啊?那怎么办呀?我爸爸就有 2 型糖尿病,很多年来血糖一直较高,但我血糖一直都是正常的呀,为什么会突然得妊娠期糖尿病呢?这会不会影响宝宝的健康呀?”

【思维启示】

OGTT 结果的异常和孕妇对妊娠期糖尿病知识的缺乏,使小希非常焦虑和担心,心中有很多疑问需要医护人员解答。

学生需明确以下问题,并能够对孕妇的疑问给予解答。

- (1)什么是妊娠期糖尿病?其发生机制是什么?
- (2)妊娠合并糖尿病的定义是什么?有哪些类型?
- (3)妊娠合并糖尿病的诊断标准是什么?
- (4)妊娠期糖尿病的高危因素有哪些?
- (5)妊娠合并糖尿病的危害有哪些?

【问题解析】

1. 什么是妊娠期糖尿病?其发生机制是什么?

妊娠期糖尿病是指妇女在怀孕前未患糖尿病,在怀孕后才发现血糖过高的一种妊娠期特发的并发症。妊娠期糖尿病只有怀孕的妇女才会发生,是妊娠中晚期胎盘逐渐发育形成的。妊娠中晚期胎盘产生一些激素及细胞因子(肿瘤坏死因子、瘦素等),使胰岛素不能正常工作,从而使人体对胰岛素的需要量增加,当孕妇不能代偿性地增加胰岛素的分泌量时,就会发生妊娠期糖尿病。妊娠 24 周后这种“胰岛素抵抗”增强,血糖随之升高。因此,孕 24 周后需要进行妊娠期糖尿病的筛查诊断。

2. 妊娠合并糖尿病的定义是什么?有哪些类型?

妊娠合并糖尿病顾名思义就是怀孕与糖尿病同期共存,其包括两种情况:一种是已经确诊为糖尿病的妇女突然怀孕了或怀孕前糖耐量异常,怀孕后发展为糖尿病。另一种是怀孕前糖代谢正常,怀孕后才出现的糖代谢异常。前者称为孕前糖尿病(pregestational diabetes mellitus, PGDM),后者称为妊娠期糖尿病(GDM),后者占有妊娠合并糖尿病病人的 90% 以上。



知识链接

妊娠期高血糖

2022 年中华医学会围产医学分会、中国妇幼保健协会妊娠合并糖尿病专业委员会共同发布的最新指南中,将妊娠合并糖尿病的概念更新为妊娠期高血糖,包括孕前糖尿病、糖尿病前期和妊娠期糖尿病。

(1)孕前糖尿病:根据怀孕前糖尿病类型分别诊断为 1 型糖尿病(type 1 diabetes mellitus, T1DM)合并妊娠或 2 型糖尿病(type 2 diabetes mellitus, T2DM)合并妊娠。

(2)糖尿病前期:包括空腹血糖受损(impaired fasting glucose, IFG)和糖耐量受损(impaired glucose tolerance, IGT)。

(3)妊娠期糖尿病:包括 A1 型和 A2 型,其中经过营养管理和运动指导可将血糖控制理想者定义为 A1 型妊娠期糖尿病;需要加用降糖药物才能将血糖控制理想者定义为 A2 型妊娠期糖尿病。

3. 妊娠合并糖尿病的诊断标准是什么?

孕妇在首次产前检查时应进行空腹血糖筛查以排除孕前糖尿病。孕前未确诊、孕期发现血糖升高达到以下任何一项标准即可诊断为孕前糖尿病:①空腹血糖 ≥ 7.0 mmol/L(空腹 8 小时以上但不适宜空腹过久);②伴有典型的高血糖或高血糖危象症状,同时任意血糖 ≥ 11.1 mmol/L;③糖化血红蛋白(HbA1c) $\geq 6.5\%$ (采用美国国家糖化血红蛋白标准化项目(NGSP)/糖尿病控制与并发症试验(DCCT)标化的方



法)。如空腹血糖达到 5.6 mmol/L,但小于 7.0 mmol/L 可诊断为“妊娠合并空腹血糖受损”。早孕期空腹血糖为 5.1~5.6 mmol/L,不作为妊娠期糖尿病的诊断依据。

推荐孕妇在妊娠 24~28 周行 75 g 口服葡萄糖耐量试验(OGTT)作为妊娠期糖尿病的诊断方法:空腹、口服葡萄糖后 1 小时、2 小时血糖阈值分别是 5.1 mmol/L、10.0 mmol/L、8.5 mmol/L,如果三项结果中有任意一项大于或等于临界值,则诊断为妊娠期糖尿病。



知识链接

口服葡萄糖耐量试验时需要注意的问题

(1)空腹血糖是指,除了水之外,至少 8 小时不吃任何东西的血糖浓度。

(2)口服葡萄糖的方法:75 g 纯葡萄糖溶于 300~400 mL 水中,5 分钟内喝完,从口服第一口葡萄糖溶液开始计时,分别于 1 小时、2 小时静脉抽血,检测血浆葡萄糖浓度。

(3)做该项试验时,孕妇检查期间要禁食、禁烟,静坐等候,避免过多活动造成结果误差。因为活动后血糖水平会下降,会影响检测结果的准确性。

4. 妊娠期糖尿病的高危因素有哪些?

妊娠期糖尿病的高危因素如下。

(1)年龄 ≥ 35 岁、怀孕前肥胖,尤其是重度肥胖(BMI ≥ 30.0)。

(2)一级亲属有糖尿病史、冠心病史、高血压、高密度脂蛋白 < 1 mmol/L 和(或)三酰甘油 > 2.8 mmol/L。

(3)有巨大儿分娩史、多囊卵巢综合征史、早孕期空腹血糖反复阳性、妊娠期糖尿病史。

(4)本次妊娠发现胎儿大于孕周、羊水过多、反复外阴真菌感染者。

5. 妊娠合并糖尿病的危害?

(1)妊娠合并糖尿病对孕妇的影响 ①妊娠期高血压,妊娠期糖尿病孕妇更容易患有妊娠期高血压,同时增加了血糖控制和血压控制的难度,必要时需住院治疗,以便随时监测孕妇及胎儿的情况。有些孕妇因为血压控制不好,还需要提前分娩,造成胎儿早产。②羊水过多,孕晚期羊水主要来源于胎儿尿液,如果孕妇血糖控制不理想,会导致胎儿尿量增多而发生羊水过多,从而影响孕妇的正常呼吸。同时,羊水过多可能会引起早产。③泌尿系统感染,血糖过高可能会导致无症状性菌尿。如果不能及时发现或及时治疗,感染会扩散到肾脏,最终导致母胎严重的不良后果。

(2)妊娠合并糖尿病对胎儿的影响 妊娠不同时期血糖升高对胎儿造成不同的影响,孕前糖尿病孕妇,体内高血糖未得到良好控制,将影响胚胎、胎儿的发育,使胎儿畸形及流产风险明显增加,如果将血糖控制在正常范围或接近正常范围,这种风险将明显降低。中晚孕期高血糖会引起胎儿巨大儿、胎儿高胰岛素血症、新生低血糖、新生儿呼吸窘迫综合征、新生儿低血钙低血镁、新生儿黄疸等。另外,孕期高血糖对后代还具有远期影响,出生时巨大儿的宝宝童年期和成年期肥胖和 2 型糖尿病的风险增加,而且发生糖尿病的年龄提前。



场景二

小希:“啊?医生,有这么多的危害,我越听越害怕了,那我该怎么办呀?”小希一脸的担忧,都快哭了。

医生:“你先别紧张,既然问题出现了,咱们就积极应对。妊娠期糖尿病对你和胎儿的影响主要取决于病情发展和血糖控制水平。如果血糖控制良好,对你和胎儿的影响不会太大的。”

小希:“那就太好了,那我该怎么做呢?”

医生:“你的血糖情况目前还没达到药物治疗的标准,但整个孕期需要你严格按照治疗方案进行治疗,并定期产检监测胎儿的生长情况。你可以去妊娠合并糖尿病咨询室找一下个案管理师李老师,她会详细地告诉你以后怎么做。”