



中等职业教育护理专业“双元”新形态教材



妇 产 科 护 理

F U C H A N K E H U L I



主编：廖红伍 唐桂丹





妇产科护理



第十七章 其他妇科疾病病人的护理

QI TA FU KE JI BING BING REN DE
HU LI





目录

> 第一节 子宫内膜
异位症

> 第二节 不孕症

> 第二节 子宫脱垂

子宫膜异位性疾病包括子宫内膜异位症和子宫腺肌病，两者均由具有生长功能的子宫内膜异位所致，常可并存。当子宫内膜腺体和间质出现在子宫体以外的部位时，称为**子宫内膜异位症 (endometriosis, EMT)**，简称内异症。

当子宫内膜腺体和间质侵入子宫肌层时，称**子宫腺肌病 (adenomyosis)**。



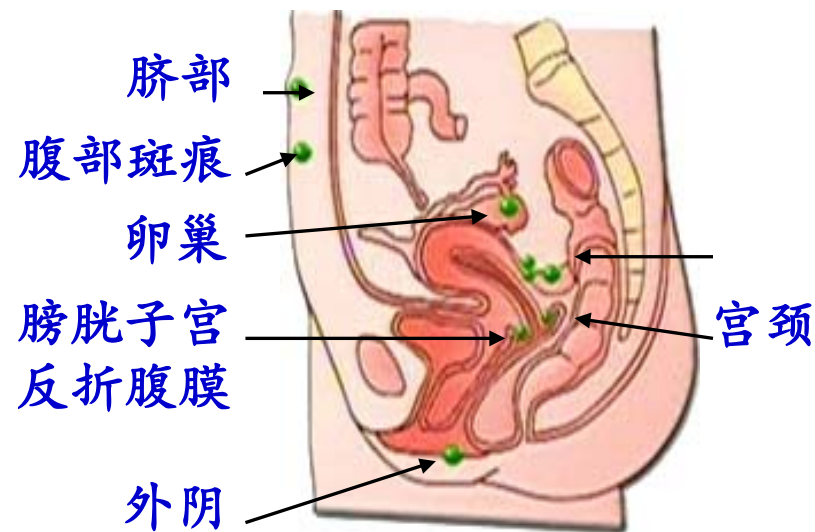
【病因】

子宫内膜异位的病因及发病机制至今尚未完全阐明，目前主要有
下列学说：

1. 种植学说 是目前较为公认的重要学说
2. 体腔上皮化生学说
3. 诱导学说

【好发部位】

- 子宫内膜异位症为**良性病变**，但具有类似恶性肿瘤的远处转移和种植侵蚀能力。
- **异位内膜**可出现在身体不同部位，具有与正常子宫内膜相似的功能，随卵巢激素的变化而发生**周期性出血**，形成大小不等的紫蓝色结节或包块。



子宫内膜异位症的发生部位

【护理评估】

（一）健康史

询问病人的年龄，月经史，孕产史、家族史及手术史，了解痛经开始的时间、程度和持续时间，了解有无剖宫产、流产、多次妊娠分娩史，评估是否有阴道闭锁、宫颈狭窄等引起经血潴留的因素。

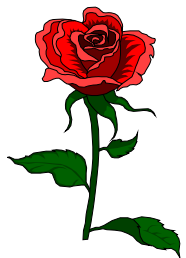
（二）身体状况

怀疑子宫内膜异位症的病人，除了双合诊检查外，必须进行三合诊检查，典型的盆腔子宫内膜异位症病人在进行盆腔检查时，可发现子宫后倾、活动受限甚至固定。

1. 症状

(1) **痛经和下腹痛**：疼痛是内异症的主要症状，其特点为继发性痛经且进行性加重。疼痛常于月经来潮时出现并持续至整个月经期。疼痛的部位多为下腹、腰骶部，并可向会阴、肛门、大腿放射。

(2) **不孕**：内异症病人中不孕率可高达40%。



(3) 月经失调：有部分病人经量增多、经期延长、月经淋漓不尽或经前期点滴出血。

(4) 其他：盆腔外任何部分有异位内膜种植生长时，均可在局部出现周期性疼痛、出血和肿块，并出现相应的症状。子宫腺肌病主要症状是经量过多、经期延长和逐渐加重的进行性痛经。疼痛位于下腹正中，常于经前一周开始，直至月经结束。



2 . 体征

典型的盆腔子宫内膜异位症病人在进行妇科检查时，可发现子宫后倾固定，扪及触痛性结节；囊肿破裂时可有腹膜刺激征。子宫腺肌病妇科检查时，子宫呈均匀增大或有局限性结节隆起，质硬，触痛明显，经期压痛更甚。

（三）心理-社会状况

由于进行性加重的痛经，常影响病人的工作、学习与生活，病人容易出现焦虑、恐惧与不安，迫切需要咨询指导。

(四) 辅助检查

1. **B型超声检查**：其诊断敏感性和特异性均很高，是诊断内异症及其病灶部位的重要方法。

2. **CA125测定**：CA125水平可用于动态监测异位内膜病变活动情况，有助于评价疗效、追踪随访。

3. **腹腔镜检查**：是目前国际公认的诊断子宫内膜异位症的最佳方法，特别是对不明原因不育或腹痛者更是首选。腹腔镜下看到典型病灶或对可疑病变进行活体组织检查即可确诊。



（五）治疗要点

治疗子宫内膜异位性疾病的根本目的在于减灭病灶、缓解症状、改善生育功能、减少和避免复发，因此治疗以手术为主，药物为重要的辅助治疗手段。治疗时应依据病人年龄、症状、病变部位及范围、对生育的要求等加以全面考虑，制订个体化治疗方案。原则上症状轻微者采用非手术治疗，可定期随访；症状和病变严重且无生育要求者可考虑根治性手术。

【常见护理诊断/问题】

- 1 . 疼痛 与子宫内膜异位有关。
- 2 . 焦虑 与长期疼痛影响正常生活及不能预料治疗效果有关。

【护理目标】

- 1 . 病人能应用减轻疼痛的方法。
- 2 . 病人能表达焦虑原因，并能有效应对。

【护理措施】

（一）预防

可根据可能的病因和流行病学结果从以下几个方面预防：

1. 预防经血逆流
2. 药物避孕：口服避孕药可抑制排卵，促进子宫内膜萎缩，对有高发家族史、容易带器妊娠者可以选择。
3. 防止医源性异位内膜种植：尽量避免多次宫腔手术操作

(二) 心理护理

异位性疾病应被视为需要制订长期治疗计划的慢性疾病。其所导致的疼痛、性交痛和不孕症常常影响病人的家庭幸福和生存质量。。

(三) 药物治疗病人的护理

目前，治疗子宫内膜异位症的药物种类较多，不同的药物作用机制不同，不良反应亦各有不同，应向病人讲解相关药理知识，明确使用剂量、服用时间、不良反应及注意事项。

(四) 生育指导

对于希望妊娠的病人，在其手术治疗后，应向其宣教尽早妊娠的益处，鼓励尽快妊娠。有高危因素者（年龄35岁以上，不孕年限超过3年，尤其原发不孕者；重度内异症；输卵管不通者），应积极行辅助生殖技术助孕。

第二节 子宫脱垂

子宫从正常位置沿阴道下降,宫颈外口达坐骨棘水平以下,甚至子宫全部脱出阴道口以外,称子宫脱垂,常伴有阴道前后壁膨出。临床多表现为子宫脱垂合并其他部位膨出或脱垂。



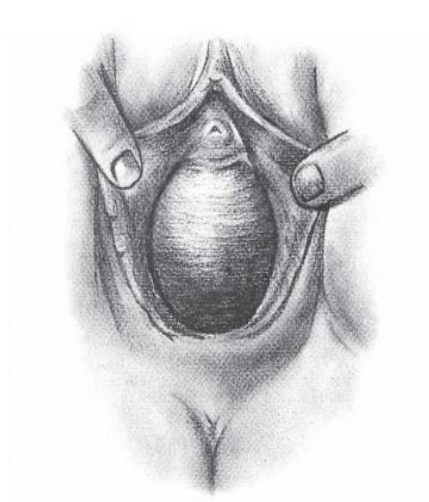


图17-1
膀胱膨出示意图

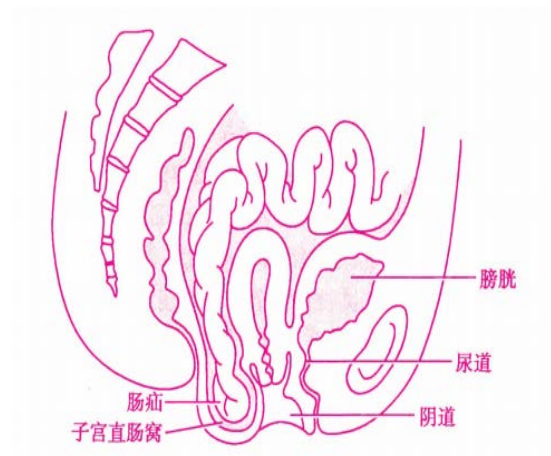


图17-2
直肠膨出示意图

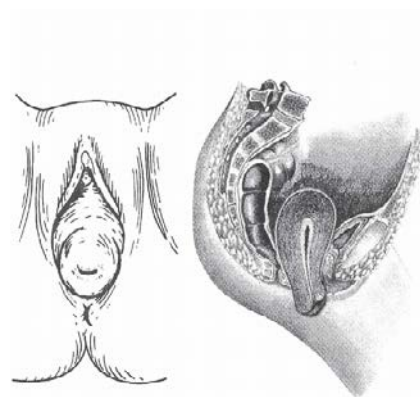


图17-3
子宫脱垂示意图



图17-4
阴道穹隆脱垂
示意图

【病因】

（一）分娩损伤

为盆腔器官脱垂最主要的原因。

（二）长期腹压增加

长期慢性咳嗽，便秘，经常举重物以及盆腹腔的巨大肿瘤、腹水、腹型肥胖等，均可使腹压增加，导致脱垂。

（三）盆底组织发育不良或退行性变

先天性盆底组织发育不良或营养不良、绝经后出现盆底支持结构的萎缩退化也可导致盆腔器官脱垂。

【临床分度】

国内沿用的传统分度将子宫脱垂分为3度（图17-5）：

I度：轻型为宫颈外口距离处女膜缘 4cm，但未达处女膜缘；重型为宫颈外口已达处女膜缘，在阴道口可见到宫颈。

II度：轻型为宫颈已脱出阴道口外，宫体仍在阴道内；重型为宫颈及部分宫体已脱出阴道口外。

III度：宫颈及宫体全部脱出至阴道口外。

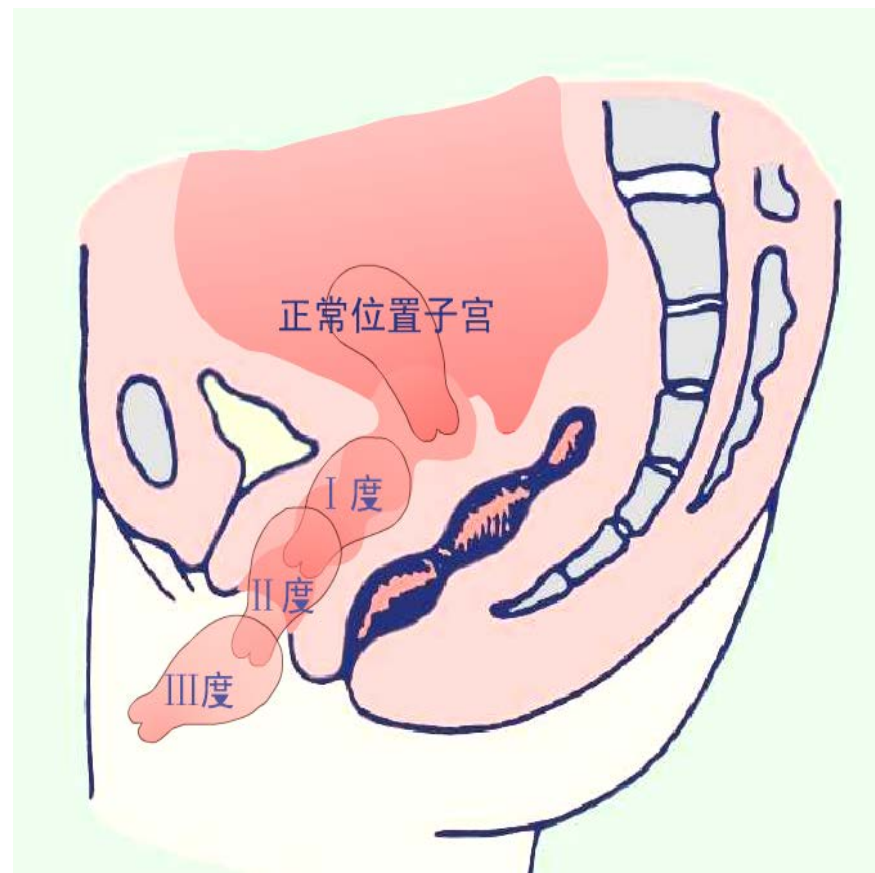


图17-5 子宫脱垂的分度



【临床表现】

轻症病人多无自觉症状，重度脱垂时韧带筋膜有牵拉，盆腔充血，病人主要有如下表现：

1. **腰骶部酸痛及下坠感。**站立过久或劳累后症状明显，卧床休息以后症状减轻。
2. **肿物自阴道脱出。**常在腹压增加时，阴道口有一肿物脱出。开始时肿物在平卧休息时可变小或消失，严重者休息后亦不能回缩，需用手还纳至阴道内。若脱出物黏膜水肿，用手还纳也有困难。暴露在外的宫颈和阴道黏膜长期与衣裤摩擦可出现宫颈溃疡，甚至出血，若继发感染则有脓性分泌物。
3. **排便异常。**膀胱、尿道膨出的病人易出现尿频、排尿困难、尿潴留或压力性尿失禁等症状，易并发尿路感染。直肠膨出的病人可有便秘、排便困难。

【护理评估】

（一）健康史

了解病人有无产程过长、阴道助产及盆底组织撕伤等病史。同时评估病人有无长期腹压增高情况，如慢性咳嗽、盆腹腔肿瘤、便秘等。

（二）身体状况

了解病人有无下腹部坠胀、腰能部酸痛症状；是否有大、小便困难，是否在增加腹压时上述症状加重，卧床休息后症状减轻。注意评估脱垂器官的程度及局部情况，长期暴露的子宫可见宫颈及阴道壁溃疡，有少量出血或脓性分泌物。嘱病人在膀胱充盈时咳嗽，观察有无溢尿，即压力性尿失禁情况。评估阴道前后壁脱垂应用单叶窥器进行检查：当压住阴道后壁，嘱病人向下用力，可显示阴道前壁膨出的程度及尿道走行的改变。同样压住阴道前壁时嘱病人向下用力，可显示阴道后壁、直肠膨出的程度及肠疝。肛门指诊是区别直肠膨出和肠疝的有效方法，同时亦可评估肛门括约肌的功能。

（三）心理-社会状况

由于长期的盆腔器官脱出使病人行动不便、不能从事体力劳动、大小便异常、性生活受到影响，病人常出现焦虑，情绪低落，不愿与他人交往。

（四）诊断要点

根据健康史及肿物自阴道脱出的表现即可确诊。

（五）治疗要点

无症状的病人不需治疗。有症状者可采用保守或手术治疗，治疗以安全简单和有效为原则。

非手术治疗：包括支持疗法、盆底肌肉锻炼、中药和针灸、放置子宫托等。子宫托是一种支持子宫和阴道壁并使其维持在阴道内而不脱出的工具，尤其适用于病人全身状况不适宜手术者。手术前放置可促进膨出面溃疡的愈合。常用的子宫托有支撑型和填充型（图17-6）。重度子宫脱垂伴盆底肌肉明显萎缩以及宫颈、阴道壁有炎症、溃疡者不宜使用。

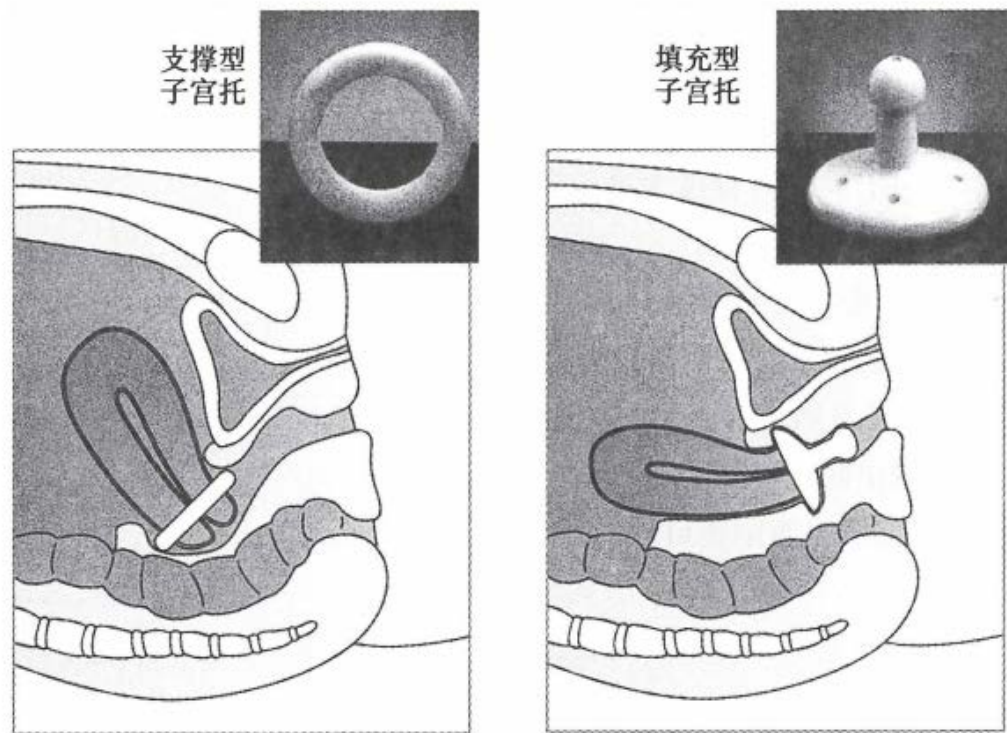


图17-6 各种子宫托示意图

2. 手术治疗：对脱垂超出处女膜且有症状的病人可考虑手术治疗。根据病人的年龄、全身状况及生育要求等采取个体化治疗。手术目的是缓解症状、恢复脏器正常的解剖位置和功能、有满意的性功能。常选择以下手术方法：阴道前后壁修补术加主韧带缩短及宫颈部分切除术曼氏手术、经阴道全子宫切除术及阴道前后壁修补术、阴道封闭术及盆底重建手术等。

【常见护理诊断/问题】

- 1 . 焦虑与长期的子宫脱出影响正常生活有关。
- 2 . 疼痛与脱垂器官牵拉韧带、宫颈，阴道壁溃疡有关。

【预期目标】

- 1 . 病人能表达焦虑的原因，并能有效地应对，焦虑程度减轻。
- 2 . 病人能应用减轻疼痛的方法，出院以后疼痛消失。

【护理措施】

(一) 一般情况的护理

加强营养,合理安排休息和工作,避免重体力劳动;积极治疗便秘、慢性咳嗽及腹腔巨大肿瘤等增加腹压的疾病。教会病人盆底肌肉锻炼方法。盆底肌肉(肛提肌)锻炼也称为Kegel运动,指导病人行收缩肛门运动,用力使盆底肌肉收缩3s以上后放松,每次10~15min,每日2~3次。

（二）术前准备

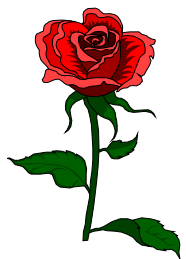
术前5d开始进行阴道准备，Ⅰ度子宫脱垂病人应每日坐浴2次，一般采取1：5000的高锰酸钾液；对Ⅱ、Ⅲ度子宫脱垂的病人，特别是有溃疡者，行阴道冲洗后局部涂含抗生素的软膏，并勤换内裤。注意冲洗液的温度，一般在41~43度为宜，冲洗后戴无菌手套将脱垂的子宫还纳于阴道内，让病人平卧于床上半小时；用清洁的卫生带或丁字带支托下移的子宫，避免子宫与内裤摩擦；积极治疗局部炎症，按医嘱使用抗生素及局部涂含雌激素的软膏。

（三）术后护理

术后应卧床休息7~10d；留置尿管10~14d；避免增加腹压的动作；术后用缓泻剂预防便秘；每日行外阴擦洗，注意观察阴道分泌物的特点；应用抗生素预防感染。其他护理同一般会阴部手术的病人。

(四) 教会病人子宫托的放取方法

病人应选择大小适宜的子宫托，在使用子宫托前进行试戴。各类型的子宫托放置前病人应排尽大小便，洗净双手。使用环形带支撑型子宫托时，病人仰卧床上，双腿屈膝分开，先将脱出物轻轻回纳，再将子宫托对折，置入阴道后使其自行打开，用一根手指沿阴道方向向后推子宫托，至推不动时，病人向下用力屏气，子宫托不脱出，说明放置妥当。



在使用子宫托时应注意：

①放置前阴道应有一定水平的雌激素作用。绝经后妇女可选用阴道雌激素霜剂，一般在用子宫托前4~6周开始应用，并在放托的过程中长期使用。

②子宫托应每日早上放入阴道，睡前取出消毒后备用，避免放置过久压迫生殖道而致糜烂、溃疡，甚至坏死。

③保持阴道清洁，月经期和妊娠期停止使用。

④上托以后，分别于第1个月、3个月、6个月时到医院检查1次，以后每3~6个月到医院检查1次。

（五）心理护理

盆腔器官脱垂病人由于长期受疾病折磨，往往有烦躁情绪，护士应为其讲解疾病知识和预后；做好家属的工作，让家属理解病人，协助病人早日康复。

（六）出院指导

术后一般休息3个月，禁止盆浴及性生活，半年内避免重体力劳动。术后2个月到医院复查伤口愈合情况；3个月后再到门诊复查，医生确认完全恢复以后方可有性生活。

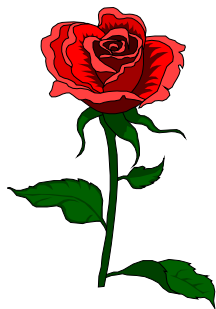
【护理评价】

通过治疗和护理，病人是否：

- 1．能说出减轻焦虑的措施，并能积极应用。
- 2．自述疼痛减轻或消失。

第三节 不孕症

不孕症是一组由多种病因导致的生育障碍状态，是育龄夫妇的生殖健康不良事件。女性无避孕性生活至少12个月而未受孕，称为不孕症(infertility)。在男性则称为不育症。



【病因】

阻碍受孕的因素包括女方、男方、男女双方和不明原因。

（一）女方不孕因素

1. **盆腔因素。**是导致我国女性不孕症,特别是继发性不孕症最主要的原因,约占全部不孕因素的35%。具体原因包括:

(1) 输卵管病变、盆腔粘连、盆腔炎症及其后遗症 (2) 子宫体病变 (3) 子宫颈因素 (4) 子宫内膜异位症 (5) 先天发育畸形

2. 排卵障碍

占女性不孕的25%~35%。对月经周期紊乱、年龄小于35岁、卵巢窦状卵泡计数持续减少、长期不明原因不孕的夫妇，首先要考虑排卵障碍的病因。常见病因包括：

(1) 下丘脑病变

(2) 垂体病变

(3) 卵巢病变

(4) 其他内分泌疾病：如先天性肾上腺皮质增生症、甲状腺功能异常等。

3. 免疫因素

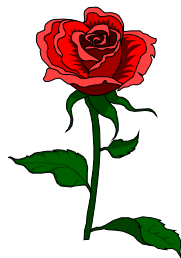
(1) 女性体液免疫异常

(2) 子宫内膜局部细胞免疫异常

(二) 男方不育因素

导致男性不育的因素主要有精液异常、男性性功能障碍及免疫因素。

1. 精液异常
2. 男性性功能障碍
3. 免疫因素



(三) 不明原因性不孕

①缺乏性生活的基本知识：男女双方都缺乏性生活的基本知识，因为不了解生殖系统的解剖和生理结构而导致不正确的性生活。

②精神因素：夫妇双方过分盼望妊娠，性生活紧张而出现心理压力。此外，工作压力、经济负担、家人患病、抑郁、疲乏等都可以导致不孕。

【处理原则】

女性的生育力与年龄密切相关，故在充分考虑年龄的基础上，选择合理、安全、高效的个体化治疗方案。针对肥胖、消瘦、有不良生活习惯或环境接触史的妇女，应指导其改变生活方式；性生活异常者在排除器质性疾病后进行健康教育，增加受孕机会；对于病因诊断明确者，针对具体病因选择相应的治疗方案。

【护理评估】

（一）健康史

1. 评估男方：询问不育年限、性生活史、性交频率和时间，有无勃起和/或射精障碍，近期不育相关检查和治疗经过。

2. 评估女方：询问年龄、职业、个人生活习惯，需仔细询问不孕相关病史。

①现病史 ②月经史

③婚育史④既往史⑤其他：有无吸毒史、成瘾性药物、毒物接触史、家族史（特别是家族中是否有不孕不育和出生缺陷史）等。

3. 男女双方：男女双方的相关资料包括结婚年龄、婚育史、是否两地分居、性生活情况（性交频率、采用过的避孕措施、有无性交困难）、烟酒嗜好等。家族史要询问家族中是否有出生缺陷史。

（二）身体状况

夫妇双方应进行全身检查以排除全身性疾病。

1. 男方检查

包括全身检查和生殖系统检查。

2. 女方检查

①**全身检查**：评估体格发育及营养状况，包括身高、体重和体脂分布特征，乳房发育及甲状腺情况。注意有无皮肤改变（多毛、瘰疬、黑棘皮征等）。

②**妇科检查**：包括外阴发育、阴毛分布、阴蒂大小、阴道和宫颈有无异常排液和分泌物，子宫位置、大小、形状、质地和活动度，附件有无增厚、包块和压痛，子宫直肠凹处有无包块、触痛和结节，盆腔和腹壁有无压痛、反跳痛和异常包块。

(三) 心理-社会状况

在不少地区生育被看作是妇女基本的社会职能之一，具有生育和养育能力是女性的成功标志之一。不孕的诊断和治疗给女性带来了生理和心理上的不安。生理方面的不适包括各种检查、激素治疗等干预措施，心理方面常常在希望和失望之间反复受到波折而影响心理健康。相较于男性，女性更容易出现心理-社会方面的问题，严重者可导致自我形象紊乱和自尊紊乱。

【常见护理诊断/问题】

1. 知识缺乏：缺乏解剖知识和性生殖相关知识；缺乏助孕技巧。
2. 有长期低自尊的危险 与不孕症诊治过程中繁杂的检查、无效的治疗效果有关。

【护理目标】

1. 妇女了解到与生育有关的解剖知识、性生殖知识，掌握助孕技巧。
2. 妇女能够寻找自我控制的方法，正确评价自我能力。

【护理措施】

1. 解释诊疗引起的不适

向妇女解释诊断性检查可能引起的不适,如子宫输卵管碘油造影可能引起腹部痉挛感,在术后持续1~2 h,随后可以在当日或第2d返回工作岗位而不留后遗症。腹腔镜手术后1~2h可能感到一侧或双侧肩部疼痛,可遵医嘱给予多模式镇痛。子宫内膜活检后可能引起下腹部的不适感(如痉挛)及阴道流血。

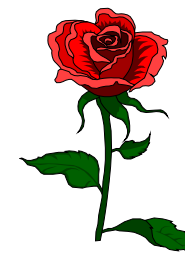
2. 指导妇女服药

如果妇女服用克罗米芬类促排卵药物,护士应告知此类药物的不良反应。较多见的不良反应包括经间期下腹一侧疼痛、卵巢囊肿、血管收缩征兆(如潮热),少见的不良反应包括乏力、恶心、复视、多胎妊娠、自然流产、乳房不适等。

3. 注重心理护理
4. 教会妇女助孕技巧
5. 协助夫妇选择人工辅助生殖技术
6. 帮助夫妇相互沟通交流
7. 提高妇女的自我控制感

了解不孕妇女过去处理压力的有效方法，可以把这些措施应用于对待不孕带来的压力。

8. 降低妇女的孤独感因为和有孩子的女性打交道常常唤起不孕妇女的痛苦，因而不孕妇女常常远离朋友和家人而缺乏社会及家庭的支持。
9. 提高妇女的自我形象，鼓励妇女维持良性的社会活动
10. 正视不孕症治疗的结局



7. 提高妇女的自我控制感

了解不孕妇女过去处理压力的有效方法，可以把这些措施应用于对待不孕带来的压力。

8. 降低妇女的孤独感因为和有孩子的女性打交道常常唤起不孕妇女的痛苦，因而不孕妇女常常远离朋友和家人而缺乏社会及家庭的支持。

9. 提高妇女的自我形象，鼓励妇女维持良性的社会活动

10. 正视不孕症治疗的结局



谢谢观看

