



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



第十四章

女性生殖系统肿瘤病人的护理

NV XING SHENG ZHI XI TONG
ZHONGLIU BING REN DE HU LI





目录

> 第一节 子宫肌瘤

> 第二节 子宫颈癌

> 第三节 子宫内膜癌

> 第四节 卵巢肿瘤

第一节 子宫肌瘤

一、概述

子宫肌瘤（myoma of uterus）是女性生殖器官中最常见的良性肿瘤，多见于育龄妇女。30岁以上的妇女约20%患有子宫肌瘤，但因病人大多数没有或少有临床症状，所以临床报道的子宫肌瘤发病率远低于实际发病率。

二、病因病理

（一）病因

目前确切的发病因素尚不清楚，子宫肌瘤好发于生育期女性，青春前期少见，绝经后肌瘤停止生长，甚至萎缩或消失，因此一般认为其发生和生长可能与女性性激素长期刺激有关。**雌激素是子宫肌瘤生长的促进剂**，它能使子宫肌细胞增生肥大、肌层变厚，子宫增大。

（二）分类

1. 按肌瘤生长部位可分为子宫体部肌瘤和子宫颈部肌瘤，前者尤为常见，约占90%。

2. 根据肌瘤与子宫肌壁的不同关系，可分为以下3类：

（1）**肌壁间肌瘤**（intramural myoma） 肌瘤位于子宫肌壁间，周围均为肌层包绕，**为最常见的类型**，占总数的60%~70%。

（二）分类

（2）浆膜下肌瘤（subserous myoma） 肌瘤向子宫浆膜面生长，并突出于子宫表面，由浆膜层覆盖，约占总数的20%。

（3）黏膜下肌瘤（submucous myoma） 肌瘤向宫腔方向生长，突出于宫腔，表面由子宫黏膜层覆盖，称为黏膜下肌瘤，占总数10%~15%。黏膜下肌瘤容易形成蒂，在宫腔内生长犹如异物刺激引起子宫收缩，肌瘤可被挤出宫颈外口而突入阴道。



(三) 子宫肌瘤的变性

1. 玻璃样变 也称透明变性，最常见。
2. 囊性变
3. 红色样变 常发生于妊娠期和产褥期。
4. 肉瘤样变 即恶变。
5. 钙化

三、护理评估

（一）健康史

1. 目前认为子宫肌瘤的发生可能与雌激素水平过高或长期刺激有关。
2. 评估时注意询问病人年龄、月经史及婚育史，发病情况及治疗经过。同时注意排除妇科其他疾病所致的子宫出血。

（二）身体状况

1. 症状

（1）**经量增多及经期延长：最常见症状**，肌壁间及黏膜下肌瘤多见，长期经量增多可继发贫血。

（2）下腹部包块：肌瘤增大使子宫超过3个月妊娠大小时。

（3）白带增多。

（4）压迫症状。

（5）其他：下腹痛、不孕、流产等。

第一节 子宫肌瘤

(二) 身体状况

2. 妇科检查

子宫不规则增大或均匀性增大，表面可有结节状突起，质硬；有时可见黏膜下肌瘤脱出于宫颈口或阴道内。



(三) 心理-社会状况

当病人得知患有子宫肌瘤时，首先害怕患了恶性肿瘤，随之会为如何选择处理方案而显得无助，或因接受手术治疗而恐惧、不安，迫切需要咨询指导。

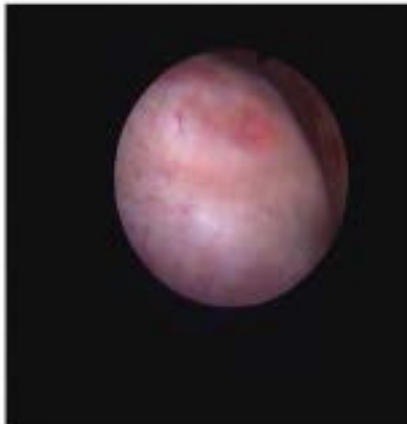
第一节 子宫肌瘤

(四) 诊断要点

B超检查最常用，可确定肌瘤大小、数目及部位；必要时可选择磁共振、宫腔镜、腹腔镜等检查。



超声检查



宫腔镜检查

第一节 子宫肌瘤

(五) 治疗要点

根据病人的年龄、症状、肌瘤大小和数目、生长部位及对生育功能的要求等情况进行全面分析后选择治疗方案。

1. 保守治疗:肌瘤小、症状不明显或已近绝经期的妇女可随访观察,若肌瘤明显增大或出现症状可考虑进一步治疗。

2. 手术治疗:手术是目前子宫肌瘤的主要治疗方法。手术方式:①肌瘤切除术②子宫切除术



四、常见护理诊断/问题

1. 焦虑 与月经异常，影响正常性生活有关。
2. 知识缺乏 缺乏子宫肌瘤相关知识。
3. 应对无效 与选择子宫肌瘤治疗方案的无助感有关。

五、护理目标

1. 病人焦虑程度减轻或消失。
2. 病人能陈述子宫肌瘤术后保健知识及生育注意事项。
3. 病人能确认可利用的资源及支持系统。

六、护理措施

（一）心理护理

1. 通过连续性护理活动与病人建立良好的护患关系，讲解有关疾病知识，纠正其错误认识。使病人确信子宫肌瘤属于良性肿瘤，并非恶性肿瘤的先兆，消除其不必要的顾虑，增强康复信心。

2. 为病人提供表达内心顾虑、恐惧、感受和期望的机会与环境，帮助病人分析住院期间及出院后可被利用的资源及支持系统，减轻无助感。

第一节 子宫肌瘤

(二) 一般护理

1. 加强营养，鼓励病人摄入富含铁剂食物。
2. 加强会阴护理，保持会阴清洁干燥。
3. 按医嘱给予止血药和子宫收缩剂。必要时输血，纠正贫血状态。
4. 对于因巨大肌瘤局部压迫所导致便秘者，用缓泻剂软化粪便，或番泻叶2~4g冲饮以缓解尿潴留、便秘症状。
5. 若肌瘤脱出阴道内，应保持局部清洁，防止感染。需接受手术治疗者，按腹部及阴道手术病人的护理常规进行护理。

（三）病情观察

1. 急性出血期病人，要正确估计出血量，并观察病人贫血及有无感染征象。
2. 对手术病人按照腹部手术的要求，进行术前、术后的病情观察。全子宫切除术病人术后7~8d可有少量暗红色阴道流血，多为阴道残端肠线吸收所致。

（四）子宫肌瘤合并妊娠者的护理

(五) 健康指导

1. 健康知识宣传 宣传月经的有关常识，增强妇女的自我保健意识

2. 用药指导 对应用激素治疗的病人，应强调严格用药的意义，讲解药物的作用、服药的方法、服药过程中不能擅自停药或用药过多等注意事项，指导其正确服药并说明服药过程中可能出现的副作用。

3. 定期随访 护士要使接受保守治疗的病人明确随访的时间、目的及联系方式，主动配合，按时接受随访，切不可无自觉症状就忽视定期检查。

4. 出院指导 指导手术病人出院1个月后到门诊复查，全子宫切除术者术后3个月内应避免重体力劳动和性生活。子宫肌瘤切除术后，一般需要避孕2年以上，根据医师指导，再考虑妊娠。

七、护理评价

通过治疗与护理，病人是否：

1. 掌握手术相关知识，积极配合诊疗。
2. 病人掌握子宫肌瘤的相关知识，恢复正常的生活方式。

第二节 子宫颈癌

一、概述

子宫颈癌（cervical cancer）简称宫颈癌，在发展中国家是最常见的妇科恶性肿瘤，起源于宫颈上皮内瘤变。原位癌高发年龄为30～35岁，浸润癌为50～55岁，近年来发病有年轻化趋势。

二、病因

（一）主要病因

一种或多种高危型人乳头瘤病毒（human papilloma virus, HPV）的持续感染是SIL和宫颈鳞癌的主要致病因素，最常见的高危型为HPV16和HPV18，流行病学调查显示70%的宫颈癌和这两种亚型有关。HPV感染大部分是暂时的，一般两年内均可自然消失。少数妇女会有持续性的高危型HPV感染。

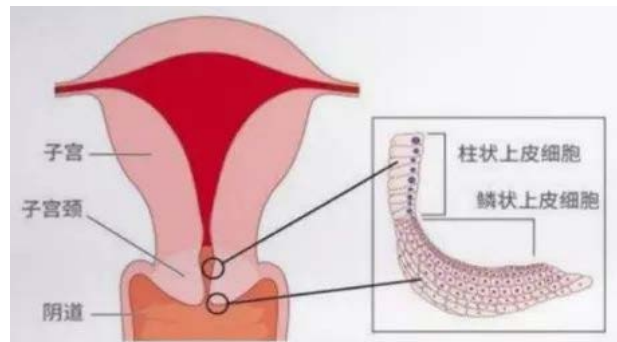
（二）高危因素

- （1）初次性生活年龄小于16岁，宫颈发育尚未成熟，对致癌物质较敏感，多个性伴侣。
- （2）早婚，早育，多次分娩史，分娩时宫颈创伤概率高。
- （3）性传播疾病导致的宫颈炎症对宫颈的长期刺激。
- （4）其他病毒感染如疱疹病毒Ⅱ型（HSV-Ⅱ）感染。
- （5）吸烟可增加感染HPV效应等。
- （6）与高危男子（阴茎癌、前列腺癌或其性伴侣患宫颈癌）有性接触史。

三、病理

(一) 子宫颈上皮组织学特点

1. 子宫颈阴道部鳞状上皮
2. 子宫颈管柱状上皮



3. 转化区 也称移行带,位于子宫颈鳞状上皮与柱状上皮交界部,又称为鳞-柱状交界部或鳞-柱交界。此处未成熟的化生鳞状上皮在HPV等作用下,容易发生细胞异常增生、分化不良、排列紊乱、细胞核异常、有丝分裂增力口,最后形成SIL。

第二节 子宫颈癌

(二) 分型

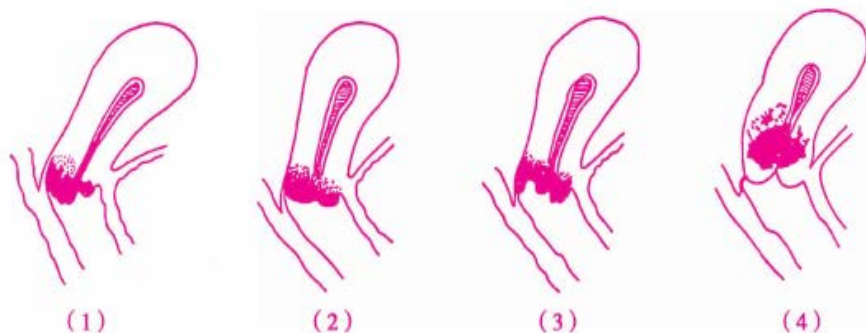
1. 浸润性鳞状细胞癌 最常见，随着病程的发展，表现为以下4种类型①

外生型：又称菜花型，最常见。②内生型：又称浸润型。③溃疡型，形如火山口。④颈管型。

2. 腺癌

3. 腺鳞癌

4. 其他



四、转移途径

宫颈癌主要转移途径为直接蔓延和淋巴转移，其中直接蔓延最常见。晚期可能发生血行转移。



五、护理评估

（一）健康史

1. 注意询问婚育史、性生活史及与高危男子有性接触史。
2. 重视年轻女性的接触性阴道出血病史、老年病人的绝经后阴道不规则流血或异常流液情况。
3. 评估高危人群既往妇科检查、HPV筛查及子宫颈细胞学检查结果。

(二) 身体状况

1. 症状

(1) **阴道流血** 早期症状是接触性出血。

(2) **阴道排液** 多为白色或血性、稀薄如水样或米泔样伴腥臭味的阴道排液。晚期可有大量脓性或米泔样恶臭白带。

(3) **晚期症状** 晚期病人可出现消瘦、贫血、发热、疼痛、恶病质等。

2. 妇科检查

- (1) 早期子宫颈癌局部无明显病灶，宫颈光滑或糜烂样改变。
- (2) 随病变发展可出现外生菜花状赘生物、内生浸润型子宫颈膨大、晚期溃疡或空洞、质脆易出血等体征。

（三）心理-社会状况

1. 早期宫颈癌病人在普查中发现报告异常时会感到震惊和疑惑，常激发进一步确诊的多次就医行为。
2. 确诊后病人会产生恐惧感，害怕疼痛、被遗弃和死亡等。与其他恶性肿瘤病人一样会经历否认、愤怒、妥协、忧郁、接受期等心理反应阶段。

(四) 诊断要点

1. 子宫颈细胞学检查（宫颈刮片） 是筛查早期宫颈癌的主要方法。

宫颈刮片细胞学检查巴氏染色，结果：

I 级：正常；II 级：炎症；III 级：可疑癌；IV 级：高度可疑癌；V 级：癌。

TBS 分类法：①未见上皮内病变和恶性细胞。②上皮细胞异常又分为不典型鳞状细胞、低级别鳞状上皮内病变、高级别鳞状上皮内病变和鳞状细胞癌。

2. 宫颈活组织检查 是确诊宫颈癌前病变和宫颈癌的最可靠和不可缺少的方法。

取材方法：宫颈刮片细胞学检查Ⅲ级或以上者。

- (1) 选择宫颈外口鳞-柱上皮交界处3、6、9和12点处取组织活检。
- (2) 碘试验：识别宫颈病变的危险区，在碘不着色区进行活体组织检查。
- (3) 阴道镜：选择可疑病变部位进行活检，可提高活检阳性率。

（五）治疗要点

根据临床分期、病人年龄、生育要求和全身情况等综合分析后给予个体化的治疗方案。一般采用手术和放疗为主，化疗为辅的综合治疗方案。

1. 手术治疗

适用于Ia~IIa早期的病人。

2. 放射治疗

适用于各期病人，尤其是不能耐受手术或晚期病人。

3. 综合疗法

六、常见护理诊断/问题

1. 恐惧 与确诊宫颈癌需要进行手术治疗及担心疾病预后有关。
2. 知识缺乏 缺乏子宫颈癌治疗的相关知识。
3. 疼痛 与晚期病变浸润或广泛性子宫切除术后创伤有关。
4. 排尿障碍 与宫颈癌根治术后影响膀胱正常张力有关。

七、护理目标

1. 病人住院期间恐惧感减轻。
2. 病人住院期间，能接受与本疾病有关的各种诊断、检查和治疗方案。
3. 病人适应术后生活方式。
4. 病人术后无排尿功能障碍。

八、护理措施

（一）心理护理

1. 评估病人目前的身心状况及接受诊治方案的反应。
2. 向病人介绍有关宫颈癌的医学常识、诊治过程、可能出现的不适及有效的应对措施。
3. 为病人提供安全、隐蔽的环境，与护理对象共同讨论健康问题，解除其疑虑，缓解其不安及恐惧情绪，使病人能以积极态度接受诊治过程。

（二）术前护理

1. 鼓励病人摄入足够的营养

2. 指导病人配合术前准备 让病人了解各种操作的目的、时间、可能的感受等，以取得主动配合。尤其注意于手术前3 d选用消毒剂或氯己定等消毒宫颈及阴道。有活动性出血的病人，需要消毒纱条填塞止血。手术前认真做好清洁灌肠，保证肠道呈清洁、空虚状态。

（二）术后护理

1. 严密观察生命体征

2. 注意保持导尿管通畅，观察尿液的颜色、性状及量 通常按医嘱于术后7~14 d拔除尿管，鼓励病人于拔管后1~2 h自行排尿；若不能自解应及时处理，必要时重新留置尿管。

3. 测量残余尿量 拔除尿管后4~6 h测残余尿量，若超过100 ml，则需继续留置尿管；少于100 ml 者，每日测1次残余尿量，若2次均在100 ml 以内，说明膀胱功能已基本恢复。

4. 保持负压引流管的通畅 密切观察盆腔引流管是否通畅，引流液的颜色、性状及量，一般引流管于术后48~72 h后拔除。

5. 盆底肌肉的锻炼 在手术前，教会病人进行肛门、阴道肌肉的收缩与舒张练习，术后第二日开始进行练习。

6. 缓解疼痛

7. 放疗病人的护理

(三) 出院指导

1. 普及防癌知识

2. 大力提倡宫颈癌筛查 30岁以上妇女到妇科门诊就医时应常规进行宫颈刮片检查，一般妇女应每1~2年普查1次。围绝经期及绝经后的妇女有异常阴道流血或接触性出血应及时就诊。

3. 定期随访 宫颈癌病人出院后1个月行首次随访，治疗后2年内每3个月复查1次；3~5年内每半年复查1次；第6年开始，每年复查1次。

九、护理评价

通过治疗与护理，病人是否：

1. 恐惧的行为表现和体征减少，在心理和生理上舒适度增加。
2. 术后在拔除尿管后能自主排尿，膀胱功能恢复。
3. 病人能以积极的心态配合治疗和护理。
4. 病人掌握术后康复知识，积极参加自我康复训练。

第三节 子宫内膜癌

一、概述

子宫内膜癌(endometrial carcinoma)是发生于子宫体内膜层的一组上皮性恶性肿瘤，以来源于子宫内膜腺体的**腺癌最为常见**，是女性生殖道常见的三大恶性肿瘤之一。多见于老年妇女，平均发病年龄为60岁。近年来，我国该病的发生率明显上升。

二、病因

确切病因仍不清楚。目前认为有以下两种发病类型：

1. 雌激素依赖型

其发生可能与雌激素长期刺激，缺乏孕激素拮抗密切相关，病人较年轻，常伴有肥胖、高血压、糖尿病、不孕及绝经延迟，肿瘤恶性度低，预后好。

2. 非雌激素依赖型

发病与雌激素无明确关系，该类型较少见，病人多为老年体瘦妇女，肿瘤恶性度高，预后不良。

三、病理

病理类型以**腺癌**为主，大体分为弥散型和局灶型。

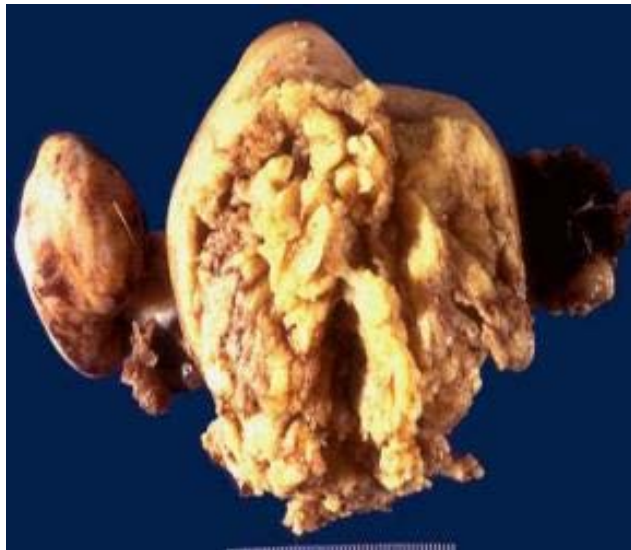
弥散型：广泛累及内膜并突向宫腔，常伴有出血坏死，但较少浸润肌层。晚期癌灶可侵犯肌壁全层并扩散至宫颈管。

局灶型：多局限于子宫底或子宫角，易浸润肌层，呈息肉状或菜花状。

四、转移途径

多数子宫内膜癌生长缓慢、转移较晚、预后尚好。

转移途径同子宫颈癌，主要为直接蔓延、淋巴转移和血行转移。



五、护理评估

（一）健康史

注意询问月经史、生育史、绝经年龄及既往健康状况，了解病人有无发病的高危因素存在（如肥胖、高血压、糖尿病、不孕、不育、绝经延迟、长期服用雌激素替代治疗等病史），了解有无肿瘤家族史。

（二）身体状况

1. 症状

（1）**阴道流血**：绝经后阴道流血是最典型的症状，也是病人就诊的主要症状。通常出血量不多，表现为持续或间歇性。尚未绝经者可表现为经量增多、经期延长或月经紊乱。

（2）阴道排液

（3）下腹疼痛

（4）全身症状

2. 体征

妇科检查早期多无异常发现。当疾病逐渐发展，子宫可增大，质稍软。晚期癌灶向周围浸润，子宫固定，在宫旁或盆腔内可触及转移结节和肿块。**绝经后子宫不萎缩。**

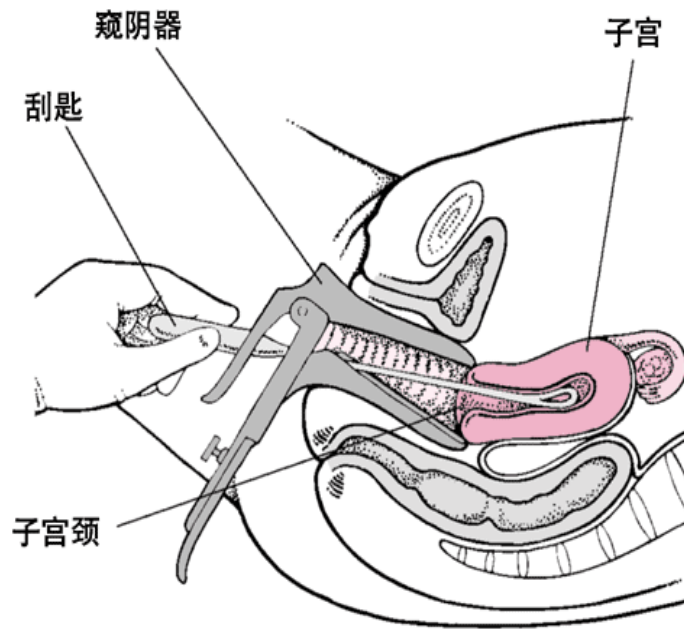
第三节 子宫内膜癌

(三) 心理-社会状况

(四) 辅助检查

1. 分段诊断性刮宫 是早期诊断子宫内膜癌最常用且最有价值的诊断方法。

2. 其他检查 B超、宫腔镜检查等。



分段诊断性刮宫

(五) 治疗要点

早期手术治疗为主，晚期孕激素、化疗与放疗综合治疗。

1. 手术治疗 首选治疗方法。
2. 放疗或手术加放疗
3. 孕激素治疗

六、常见护理诊断/问题

1. 焦虑 与担心手术及预后有关。
2. 知识缺乏：缺乏术后相关护理知识。
3. 睡眠型态紊乱 与环境(住院)变化有关。

七、护理目标

1. 病人能描述自己的焦虑心态,并能列举应对方法。
2. 手术前,病人能示范手术后锻炼、呼吸控制等活动技巧。
3. 病人能叙述影响睡眠因素,并列举应对措施。

八、护理措施

（一）心理护理

1. 护士应主动与病人交谈，使用通俗的语言给病人讲解疾病的相关知识，使其了解子宫内膜癌虽是一种恶性肿瘤，但转移晚，预后较好。
2. 解释治疗过程中可能出现的不适反应及应对措施，为病人提供安静舒适的环境，缓解其心理应激，减轻紧张、焦虑的心理状态。

（二）一般护理

1. 鼓励病人进高蛋白、高维生素、足够矿物质、易消化饮食。进食不足或全身营养状况极差者，应遵医嘱静脉输入补充营养。如病人合并有贫血、糖尿病、高血压，术前要注意治疗合并症。

2. 阴道排液多时，嘱病人可取半卧位，指导病人勤换会阴垫，便盆及床旁要注意消毒，防止交叉感染。

（三）病情观察

1. 手术治疗的病人，观察生命体征的变化，观察切口敷料有无渗出，引流管和导尿管是否通畅，引流出的液体的颜色、性质及量等。
2. 药物治疗的病人，指导病人正确服药，注意评价疗效和药物的副作用。
3. 晚期病人，术后放疗是子宫内膜癌病人最主要的术后辅助治疗方法，注意观察化疗或放疗引起的各种不良反应，

(四) 健康指导

1. 普及防癌知识，定期进行防癌检查，发现不规则阴道流血，及时接受检查和治疗。
2. 需服用激素替代治疗的病人，在医生指导下正确使用雌激素。
3. 强调定期复查的重要性，随访时间为：术后2~3年内每3个月1次，3年后每6个月1次，5年后每年1次。

九、护理评价

通过治疗与护理，病人是否：

1. 住院期间情绪稳定，焦虑减轻。
2. 能掌握术后相关护理知识，积极配合治疗。
3. 住院期间睡眠良好。

第四节 卵巢肿瘤

一、概述

卵巢肿瘤(ovarian tumor)是常见的妇科肿瘤,可发生于任何年龄。卵巢肿瘤可以有多种形态和性质:单一型或混合型、一侧或双侧性、囊性或实质性;又有良性、交界性和恶性之分。由于卵巢位于盆腔深部,而且早期无症状,又缺乏完善的早期诊断和鉴别方法,一旦出现症状往往已属晚期病变。晚期病变疗效不佳,故卵巢恶性肿瘤死亡率高居妇科恶性肿瘤之首。

二、病因

卵巢肿瘤病因不清楚，一般认为与遗传和家族史有关。

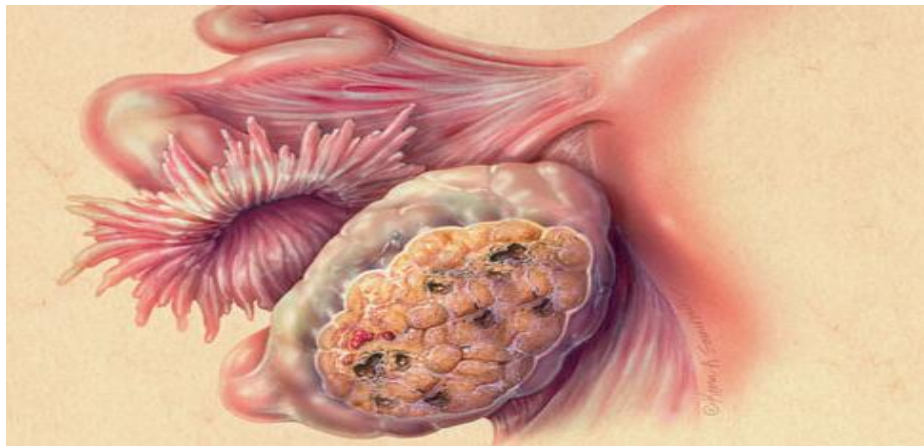
三、病理

1. 卵巢肿瘤组织学分类及特征
2. 常见卵巢肿瘤的病理特点

第四节 卵巢肿瘤

四、转移途径

卵巢恶性肿瘤的转移途径主要是直接蔓延及腹腔种植，其次是淋巴转移，血行转移较少见。



六、护理评估

（一）健康史

早期病人多无特殊症状,通常于妇科普查中发现盆腔肿块而就医。注意收集与发病有关的高危因素,根据病人年龄、病程长短及局部体征初步判断是否为卵巢肿瘤、有无并发症,并对良、恶性作出初步判断。

(二) 身体状况

1. 症状

(1) 早期一般无明显症状，随肿瘤增大，可出现下腹部不适、腹胀、消化不良、腹痛、不规则阴道流血等表现，甚至出现压迫症状如尿频、便秘、气急、心悸等。

(2) 恶性肿瘤病人晚期出现腹腔积液、疼痛、恶病质等征象。

第四节 卵巢肿瘤

2. 体征

可发现子宫旁囊性或实性包块，表面光滑或高低不平，活动或固定不动。



第四节 卵巢肿瘤

卵巢良性肿瘤与恶性肿瘤的鉴别

鉴别内容	良性肿瘤	恶性肿瘤
病史	病程长, 生长缓慢	病程短, 迅速增大
体征	多为单侧, 囊性, 表面光滑, 活动, 常无腹腔积液	多为双侧, 固定, 实性或囊实性, 表面不规则, 结节状, 常有腹腔积液, 多为血性, 可查到癌细胞
一般情况	良好	可有消瘦、恶病质
B 型超声	为液性暗区, 边界清晰, 可有间隔光带	液性暗区内有杂乱光团、光点, 肿瘤界限不清
CA ₁₂₅ (> 50 岁)	< 35U/ml	> 35U/ml

（三）卵巢肿瘤常见并发症

1. **蒂扭转：最常见**，是妇科常见急腹症。

（1）条件：瘤蒂长，活动度好，中等大小，重心偏移的肿瘤，畸胎瘤最易发生。

（2）诱因：体位改变或妊娠期、产褥期子宫位置发生改变时。

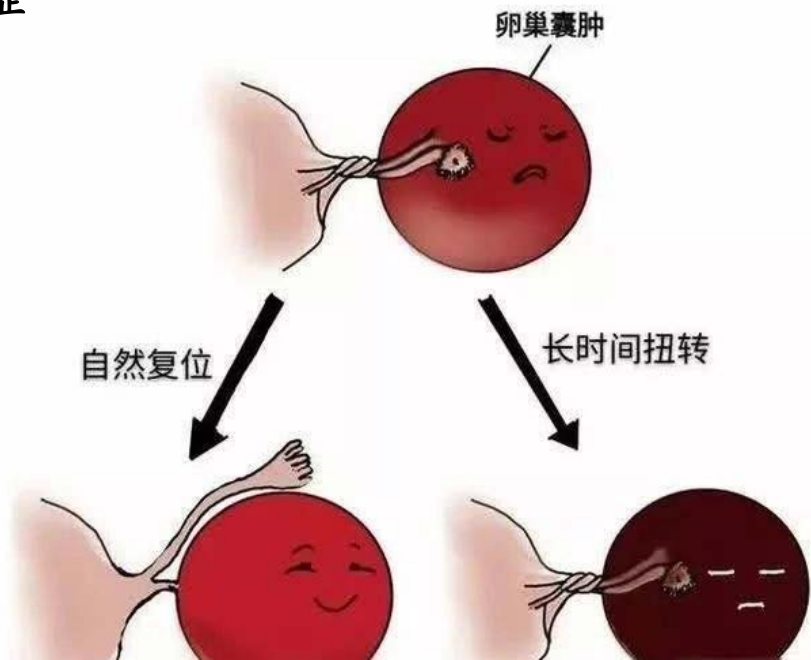
（3）典型症状：突然下腹一侧剧烈疼痛，伴有恶心、呕吐。

（4）妇科检查：宫旁扪及肿块，张力较高，压痛以瘤蒂部最明显并伴有肌紧张。

第四节 卵巢肿瘤

(三) 卵巢肿瘤常见并发症

2. 破裂。
3. 感染。
4. 恶变。



（四）心理-社会状况

病人及其家属在等待确定卵巢肿瘤性质期间常常焦虑、恐惧，迫切需要相关信息支持，并渴望尽早得到确切的诊断结果。当病人得知患有恶性肿瘤、治疗可能改变自己的生育状态时会产生极大压力，护士应具有同理心，鼓励并指导病人应对压力。

（五）诊断要点

1. **B超检查** 最常用，有助于确定肿瘤的大小、部位、形态及性质。
2. 其他检查 可选择腹腔镜、肿瘤标志物如AFP、CA125等测定。
3. 病理学检查 腹腔积液细胞学检查、肿瘤针吸细胞学检查及手术活体组织检查是确诊良恶性卵巢肿瘤的主要依据。

（六）治疗要点

卵巢肿瘤一经确诊，首选手术治疗。手术范围及方式取决于肿瘤性质、病变累及范围和病人年龄、生育要求、对侧卵巢情况以及对手术的耐受力等。

1. 良性肿瘤
2. 交界性肿瘤
3. 恶性肿瘤
4. 卵巢肿瘤并发症

七、常见护理诊断/问题

1. 营养失调：低于机体需要量 与癌症、化疗药物的治疗反应等有关。
2. 身体意象紊乱 与切除子宫、卵巢有关。
3. 焦虑 与发现盆腔包块有关

八、护理目标

1. 病人能说出影响营养摄取的原因，并列出现应对措施。
2. 病人能用语言表达对丧失子宫及附件的看法，并积极接受治疗。
3. 病人将能描述自己的焦虑，并列举缓解焦虑程度的方法。

九、护理措施

（一）心理护理

1. 提供支持，协助病人应对压力。
2. 评估病人焦虑的程度以及应对压力的技巧
3. 鼓励家属参与照顾病人

（二）一般护理

1. 促进舒适：对肿瘤过大，或伴有腹水、出现压迫症状严重者，指导病人采取感觉舒适的体位，如侧卧位、半卧位；对长期卧床的病人做好生活护理。

2. 加强营养：鼓励病人进食高蛋白、富含维生素、高热量、易消化的食物，必要时可经静脉补充营养。

（三）病情观察

1. 观察有无并发症的发生

2. 放腹水的观察 放腹水速度宜缓慢，一次放腹水3000 mL左右，不宜过多，以免腹压骤降发生虚脱，并记录腹水量与性质。抽水完毕需用腹带包扎腹部，并观察穿刺口有无引流液外渗。

3. 手术病人术后的观察

4. 接受放、化疗的病人不良反应的观察

（四）妊娠合并卵巢肿瘤病人的护理

（五）健康指导

1. 做好随访工作 卵巢恶性肿瘤易于复发，病人需长期接受随访和监测。随访时间：治疗第1年内，每3个月随访1次；第2年后，每4~6个月1次；第5年后每年1次。

2. 加强预防 开展普查普治工作，30岁以上妇女每年应进行1次妇科检查，高危人群最好每半年接受1次检查，

十、护理评价

通过治疗与护理，病人是否：

1. 在治疗期间，保证摄入量，未发生水电解质紊乱。
2. 能以平和心态接受自身形象改变。
3. 能描述造成压力、引起焦虑的原因，并表示用积极方式面对现实健康问题。

本章小结

本章重点为女性生殖器官肿瘤病人的护理评估和护理措施，难点为病因病理。

核心要点：①子宫肌瘤主要症状是经量增多、经期延长，B超检查可确诊，肌瘤切除术后2年后再孕。②宫颈癌好发部位是宫颈鳞状上皮与柱状上皮交界处；早期症状是接触性出血；普查方确诊方法宫颈活检；术后保留尿管7~14 d。③子宫内膜癌主要症状为阴道流血，绝经后多见；分段诊断性刮宫可确诊。④卵巢肿瘤种类最多，恶性肿瘤不易早期发现，死亡率高；并发症以蒂扭转最常见。⑤结合所学知识，能对女性生殖器官肿瘤病人进行护理评估，对手术和化疗病人能正确实施护理措施。



谢谢观看

