



关于黄体破裂的护 理

病情介绍



- 患者于2015-12-30 18:55入院 因“下腹痛”12小时来院，于晨7时左右患者性生活后出现下腹部持续性胀痛，较剧，以左下腹明显，伴肛门坠胀感，无阴道流血，当时未予以处理，当日下午感下腹痛渐加重，伴腰酸不适，遂来我院就诊，血常规示中性粒细胞85%，血红蛋白119g/L，腹部B超示：左侧附件区包块，大小为：63*59*63mm，盆腔见液性暗区宽69mm，拟“出血性卵巢黄体囊肿”急诊收入我科。



- 体格检查 体温：37.6度，呼吸21次/分，血压144/73mmHg。
- 月经史 16岁月经来潮，既往月经5/30天，量中，22岁结婚，生育史2-0-2-2，工具避孕，丈夫体健，夫妻关系和睦，否认不洁性行为及性病史。
- 妇科检查 阴道：畅，见少量白色分泌物；宫颈：光滑，举痛（+）；子宫：位前，常大，质中，活动度可，压痛（+）。

检查记录



- 2015-12-30 血HCG: 小于0.1mIU/ml
- 2015-12-30 阴道后穹窿穿刺阳性
- 2015-12-30 本院B超左侧附件区包块, 大小为: 63*59*63mm, 盆腔见液性暗区宽69mm
- 2015-12-30 本院血常规: 白细胞计数 $11.7 \times 10^9/L$, 中性粒细胞85%

临床表现



- 患者临床表现之腹痛程度上也可有很大差别，其发展过程则和宫外孕之腹痛基本相同，但在输卵管流产时用腹痛可因反覆出血而多次发作，卵巢黄体破裂则在一次出血后可逐渐自行凝集而止血，反覆发作之机会较少。
- 月经后半期突发下腹部疼痛，下腹部压痛、反跳痛，妇检后穹隆触痛，宫颈摇举痛，一侧附件区包块拌压痛。B超可发现盆腔积液及附件区包块，后穹隆穿刺抽出不凝血。因其临床表现及体征和B超结果与宫外孕相似，特别是有月经周期延长。尿HCG弱阳性时极易误诊为宫外孕。增加手术机会。
- 除了腹痛之外，卵巢黄体破裂绝大多数发生于月经周期后半，一般没有月经逾期、阴道出血的症状。内出血诊断之主要根据亦依靠后穹窿或腹腔穿刺。妊娠试验则一般呈阴性反应。因此一例内出血急腹症妇科病人，如没有闭经、出血之症状，且妊娠试验阴性，则应多考虑卵巢黄体破裂之可能。腹腔镜检查可以看到卵巢黄体和裂口，有时可见活性渗血，且双侧卵管正常。



黄体的形成

黄体是在卵泡发育成熟并排卵后，卵泡塌陷，留在卵泡内的颗粒细胞及卵泡膜细胞肥大、增生，内含黄色类脂质，故称“黄体细胞”，并逐渐形成黄体。



在排卵后一周，黄体发育至最高峰，直径可达1~3厘米，内层布满丰富的毛细血管。此时，如果卵子受精，则这种一般性黄体变为妊娠黄体，能继续维持到妊娠4~6个月才开始退化；如果卵子未受精，黄体即开始退化，逐渐形成白体，直至萎缩、消失，再过4~6天，月经来源，卵巢中又有一个新的卵泡发育。由此可见，黄体破裂最易发生在月经中期后的一周内。

黄体破裂的原因



自动破裂

正常情况下，黄体内有少量出血。如出血太多，黄体内压力太大，而发生自发性破裂。



性交，剧烈跳跃，奔跑，用力咳嗽，大便时用力过大等腹腔内压力突然升高，可促使成熟的黄体发生破裂。均可致黄体破裂。

外力作用

黄体破裂与宫外孕的鉴别



黄体破裂的特征

- 无停经史
- 尿妊娠试验（-）
- 持续疼痛

- 停经史
- 尿妊娠试验（+）
- 腹部包块
- 声像图上可见到正常卵巢

宫外孕的特征



保守治疗

反覆出血之机会较小，病情稳定后在严密观察下保守治疗。经腹腔镜检查证实本病诊断，则保守治疗更具信心。

治疗方案

手术治疗

剖腹止血，破裂之黄体常须剔除后再行缝合。术中同时清除积血，新鲜之内出血亦可行自体回输，以节约血源。

处理措施:



- 因患者有下腹疼痛**12**小时，于夜间急诊来院后疼痛自行缓解，疼痛评**1**分，医嘱予止血输液保守治疗。
- 保守治疗**3**天后患者仍感下腹部胀痛，评**2**分，复查**B**超示：左侧附件混合包块（黄体？），大小为：**62*53mm**，盆腔见液性暗区宽**33mm**，因考虑保守治疗时间较长，要求手术治疗。
- 于**1月3日**在全麻腹腔镜下行左卵巢破口电凝止血术。

患者治疗方案:



- 1月3号 11: 30 于送往手术室在全麻腹腔镜下行左卵巢破口电凝止血术。术中见盆腔积血约600ml，术毕，给营养输液治疗，多功能监护，留置尿管等。密切观察生命体征、腹部切口出血情况。
- 1月4号 拔出尿管
- 1月5号 停输液治疗
- 1月8号 出院。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/598044117034006074>