

一例子宫剖宫产瘢痕部位妊娠合并盆腔粘连患者的护理

农小暖

德保县人民医院 广西 百色 533700

【摘要】目的：总结一例子宫剖宫产瘢痕部位妊娠（CSP）合并盆腔粘连患者的护理经验。方法：回顾性分析2026年3月16日收治的1例CSP合并盆腔粘连患者的临床资料，患者因外院清宫术后大出血急诊入院，经多学科会诊后行腹主动脉及双侧子宫动脉栓塞术，联合腹腔镜监视下宫腔镜病灶清除术+宫腔球囊压迫术，围术期实施系统化护理，包括再出血风险监测、穿刺点与下肢血运护理、感染预防、活动无耐力干预、急性疼痛护理、心理护理、营养支持及健康教育。结果：患者术后无活动性大出血及隐性出血，生命体征平稳，未发生动脉栓塞、静脉血栓、感染等并发症，活动耐力逐步恢复，血红蛋白及白蛋白指标改善，焦虑恐惧情绪缓解，顺利出院。结论：针对CSP合并盆腔粘连患者，采用子宫动脉栓塞联合宫腹腔镜手术，并配合系统化、个体化的围术期护理，可有效预防并发症，促进康复。

【关键词】：剖宫产瘢痕部位妊娠；盆腔粘连；子宫动脉栓塞术；宫腹腔镜手术；护理

DOI:10.12417/2811-051X.26.09.050

前言

剖宫产瘢痕部位妊娠（Cesarean scar pregnancy, CSP）是指受精卵在既往子宫下段剖宫产切口瘢痕处着床的异位妊娠，患者可因子宫峡部肌层薄弱、剖宫产瘢痕处缺乏收缩能力，而在流产、清宫操作时易引发致命性大出血、子宫破裂，严重威胁患者生命安全^[1]。尤其是CSP合并盆腔粘连会导致患者的盆腔解剖结构出现紊乱，且CSP病灶处血供丰富、肌层薄弱，患者可因病灶剥离难度增加而升高术中、术后大出血风险^[2]。本例患者为44岁女性，因外院清宫术后大出血急诊入院，特通过系统化护理服务，保障治疗安全，具体报告内容如下。

1 病史摘要

患者，韦xx，女性，44岁，身高148cm，体重49.0kg，于2026年3月16日急诊平车送入院，住院号为330989。

主诉：外院人流术后阴道流血4小时。

现病史：2026年3月14日，患者于外院口服药物引产，未见妊娠组织排出，且阴道少许流血，于16日下午4时在外院行清宫术，因术中阴道流血多而停止操作，予以静滴缩宫素、甲硝唑、左氧氟沙星处理。18时30分，患者出现阴道流血量多，伴有头晕、乏力症状，转入我院后拟“流产后出血”收入科室。

患者既往有剖宫产史，入院时T36.2℃，P88次/分，R19次/分，BP129/72mmHg，妇检发现阴道内有中等量血块，清理后无活动性流血，子宫稍增大，双附件未见异常。

辅助检查：3月16日血常规示白细胞 $13.65 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞比率81.60%，血红蛋白95.00g/L，血HCG11603.38miu/mL；妇科彩超提示宫腔下段至宫颈处混合回声 $58 \times 42mm$ 。3月17日复查血红蛋白下降至77.00g/L。

诊疗经过：2026年3月19日经介入科、输血科、超声科、医务科等多学科会诊，予以输注A型去白细胞悬浮红细胞4U

纠正贫血，并于3月20日在局部浸润麻醉下行腹主动脉造影术+双侧髂动脉造影术+双侧子宫动脉栓塞术，后于手术室行腹腔镜监视+宫腔镜下子宫剖宫产瘢痕部位妊娠病灶清除术+宫腔球囊压迫术，麻醉复苏后平车送回病房，术后予预防感染、促宫缩液等治疗。

术后诊断：1.子宫剖宫产瘢痕部位妊娠（IIb型）；2.不完全纵膈子宫；3.瘢痕子宫；4.子宫瘢痕憩室；5.盆腔粘连；6.中度贫血；7.低蛋白血症。

2 护理评估

患者44岁，女性，已婚，育有1子，此次因清宫大出血急诊入院，对自身疾病认知不足，担心子宫切除及再次妊娠问题，存在明显恐慌、焦虑情绪。入院时生命体征较为平稳，阴道大量流血伴血块，右侧臀部及腹股沟区疼痛，NRS评分2分，中度贫血伴低蛋白血症，全身乏力，且入院时VTE评为1分，出血风险评估、机械预防禁忌症评估均低危。

3 护理问题

1.有再次出血的危险：与CSP病灶清除术后子宫创面薄弱、子宫动脉栓塞术后血管再通、宫腔球囊压迫有关。

2.穿刺点并发症风险：与股动脉穿刺、术后肢体制动有关，可发生血肿、假性动脉瘤、下肢动脉或静脉栓塞。

3.有感染的风险：与宫腔操作、手术创伤、贫血低蛋白血症、留置引流管、免疫力下降有关。

4.活动无耐力：与中度贫血、失血、低蛋白血症、术后卧床有关。

5.急性疼痛：与右侧腹股沟股动脉穿刺、术后长期制动、盆腔充血有关。

6.恐惧/焦虑：与突发大出血创伤经历、对预后的担忧、对再次出血的恐惧有关。

7.营养失调:与中度贫血、低蛋白血症、术后禁食有关。

8.知识缺乏:与对CSP疾病、手术治疗、复查知识不了解有关。

4 护理目标

1.出血防控:患者术后无活动性阴道大出血、腹腔内隐性出血,生命体征持续平稳。

2.穿刺点安全:穿刺点无渗血、血肿,双下肢血运正常,无血栓形成。

3.感染控制:患者体温恢复正常,无宫腔感染、盆腔感染等并发症,白细胞恢复正常。

4.活动改善:患者乏力症状缓解,可逐步完成床边坐起、室内行走等活动。

5.疼痛缓解:患者疼痛评分降至0-1分,不适感明显减轻,能配合后续护理操作。

6.心理稳定:患者恐惧、焦虑情绪缓解,能主动配合治疗护理。

7.营养改善:患者营养摄入充足,白蛋白、血红蛋白指标回升。

8.知识掌握:患者及家属掌握CSP术后康复、复查等知识,能识别危险信号。

5 护理措施

(1)再出血风险护理:术后间隔30min监测患者的血压、脉搏、呼吸和血氧饱和度,待其生命体征平稳后监测频率更改为4小时/次,并密切观察患者的面色、神志变化。同时,详细记录患者的阴道流血量、颜色和具体性状,实时询问患者是否出现持续性腹痛、肛门坠胀感等症状,并遵医嘱持续静脉滴注缩宫,具体输注频率和速度依据患者实际情况予以调整,观察并记录患者的子宫收缩情况、宫底高度^[3]。

(2)穿刺点与下肢血运护理:术后加压包扎处理患者的穿刺点,观察其有无出现渗血、血肿、皮下瘀斑等问题,并仔细触摸穿刺点有无搏动性包块、震颤或血管杂音。同时,间隔2小时观察患者的双下肢皮温、颜色及活动度有无改变,并定时感知足背动脉搏动情况,警惕下肢剧痛、发凉等问题,并严格禁止患者在术后72小时内开展屈髋、下蹲等活动。此外,正确指导患者在卧床期间开展踝泵运动,建议10-15次/小时,并要求患者在下床前遵循起床三部曲原则,避免出现体位性低血压问题。

(3)感染预防护理:每日利用0.05%碘伏溶液擦拭患者的外阴部位,擦洗频率为2次/日,加强便后清洁卫生管理,并指导患者间隔2-4小时更换卫生巾,确保外阴部位处于干爽状态。同时,术后各项护理操作均需遵守无菌操作原则,妥善固定宫腔引流管,观察记录引流液的颜色、性状变化情况,并根据引

流情况决定引流管拔除时间^[4]。同时,每日定时测量患者体温,若体温超过38.5℃,且伴随寒战、腹痛加重、分泌物恶臭等临床症状,医护人员需立即上报并留取样本。遵医嘱按时输注头孢唑啉钠、甲硝唑等药物,具体药物剂量、输注频率根据患者实际病情予以调整,且术后加强手卫生管理,要求医护人员及家属在接触患者前后均需严格洗手。

(4)活动无耐力护理:定期监测血红蛋白、红细胞压积,遵医嘱指导患者口服或静脉补铁,并引导患者开展床上踝泵运动、肢体屈伸活动。待患者活动耐力有所增强,逐步过渡至床边坐起、站立、室内慢走等活动,且首次下床需由医护人员或家属搀扶,避免出现跌倒问题。若患者在活动后出现头晕、心悸等现象,应灵活调整活动量,并保证患者得到充足休息。

(5)急性疼痛护理:每日评估患者右侧臀部及穿刺点疼痛程度,引导患者采取舒适体位,如平卧、侧卧屈膝,调整体位时动作轻柔,避免牵拉腹部及穿刺部位。护理操作避开穿刺点位置,不可触碰、按压穿刺创口,在合理部位采取局部热敷或轻柔按摩,并保持室内安静、光线柔和,必要时遵医嘱使用口服或静脉止痛药物,监测有无头痛、恶心等不良反应。

(6)心理护理:医护人员主动与患者沟通交流,仔细观察患者的面部表情、肢体动作,耐心引导患者诉说心中的担忧,并借助温和、鼓励性语言给予患者安慰,促进双方建立信任的护患关系。同时,利用图文手册通俗易懂地讲解CSP疾病特点、术后注意事项,并通过分享手术成功案例,减少患者因不确定性因素而引发的焦虑、恐慌情绪^[5]。此外,积极组织家属参加CSP护理技能培训活动,通过引导家属参与至患者的日常生活,为其提供更多的情感支持。

(7)营养支持护理:在患者肛门排气前制定温流质饮食方案,如米汤、菜汤等,强调牛奶、豆制品、甜食等产气食物对于机体的不良影响,并待患者排气后过渡至半流质饮食方案,如粥、烂面条、蒸蛋羹等,并适当增加瘦肉、鸡蛋、牛奶等优质蛋白食物的摄入量。在患者出现明显腹胀时避开穿刺点热敷,并通过定时床上翻身操作,加快患者肠胃蠕动频率。同时,引导患者适当增加每日饮水量,通常建议在1500-2000mL左右。

(8)健康教育:医护人员利用图文手册、科普视频开展栓塞后综合征宣教,明确告知患者术后24-72小时内出现低热、下腹坠痛为正常生理反应,避免患者出现焦虑情绪。同时,待患者达到出院标准后开展出院指导,要求患者术后1周、2周、1个月、3个月定期复查HCG及妇科彩超,要求患者严格避孕1-2年,并明确指出不同避孕方式的优缺点。此外,确保患者知晓危险信号,如再次出血、发热、剧烈腹痛、伤口异常等。为患者提供出院指导单,标记复查时间、联系人和紧急联系方式,并告知患者计划再次妊娠前需前往医院进行孕前评估,即由产科医生确认子宫状态是否适合怀孕。

6 护理评价

CSP 合并盆腔粘连属于高危的妇科急症，子宫动脉栓塞术联合腹腔镜宫腔镜手术可通过阻断血供、微创清除病灶，从根本上解决因 CSP 血供丰富、盆腔粘连引发的术中大出血问题。为保障手术安全性，系统化护理要求以患者为中心，个性化开展出血防控、并发症预防等护理服务。本例患者经系统化护理服

务后，术后无活动性大出血、腹腔内隐性出血，生命体征平稳，未形成动脉栓塞、静脉血栓，且体温恢复正常，白细胞、中性粒细胞下降至正常范围内，患者可独立完成床边坐起、室内行走等活动，已熟练掌握 CSP 康复知识，整体依从性良好，表明系统化护理服务可显著提升治疗安全性，并保障患者日常生活质量。将系统化护理用于我院 5 例 CSP 合并盆腔粘连患者的诊疗期间，整体应用效果也较为理想，值得推广。

参考文献:

- [1] 杜霞,王超.子宫动脉栓塞介入治疗和综合护理干预用于剖宫产瘢痕妊娠的效果研究[J].现代医学与健康研究电子杂志,2024,8(08):125-127.
- [2] 薛燕.子宫动脉栓塞介入治疗与综合护理应用于剖宫产瘢痕妊娠的临床效果[J].实用妇科内分泌电子杂志,2023,10(22):51-54.
- [3] 周菊仙,钱文凤,郑婷,等.基于皮格马利翁效应的心理护理在剖宫产瘢痕妊娠患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2023,29(14):121-124.
- [4] 赵周琳.综合护理在剖宫产瘢痕妊娠护理中的应用[J].实用妇科内分泌电子杂志,2023,10(10):121-123.
- [5] 吴丽鲜.双侧子宫动脉栓塞术终止剖宫产瘢痕妊娠和产后出血护理研究进展[J].实用妇科内分泌电子杂志,2023,10(08):50-52.