

1 例高龄不良孕史胚胎移植术后卵巢黄体破裂患者护理体会

赵盛楠, 李 璐

北京美中宜和北三环妇儿医院 北京

【摘要】卵巢黄体破裂作为妇产科领域一种常见的急腹症，一旦诊断或治疗不及时，极有可能引发大出血，对患者的生命安全构成严重威胁。本文通过 1 例高龄不良孕史移植术后卵巢黄体破裂、失血性休克患者的病例，详细介绍了该病例的诊断及抢救护理流程。

【关键词】卵巢黄体破裂；妇科急腹症就诊管理；胚胎移植术后

【收稿日期】2025 年 8 月 16 日

【出刊日期】2025 年 9 月 25 日

【DOI】10.12208/j.ijnr.20250481

Nursing experience of a senior patient with history of adverse pregnancy suffering from ovarian corpus luteum rupture after embryo transfer

Shengnan Zhao, Lu Li

Beijing Meizhong Yihe North Third Ring Road Women's and Children's Hospital, Beijing

【Abstract】Ovarian corpus luteum rupture is a common acute abdomen in the field of obstetrics and gynecology. If diagnosed or treated untimely, it is likely to cause massive hemorrhage, posing a serious threat to the patient's life safety. This paper introduces in detail the diagnosis, rescue and nursing process of a case of a senior patient with a history of adverse pregnancy who suffered from ovarian corpus luteum rupture and hemorrhagic shock after embryo transfer.

【Keywords】Ovarian corpus luteum rupture; Management of gynecological acute abdomen; Post-embryo transfer

卵巢黄体破裂可能源于自发性破裂、外伤或卵巢囊肿等因素，患者若伴有先天性凝血功能障碍或长期依赖抗凝血药物，则并发症风险增加，且复发率高。卵巢黄体破裂的诱因包括性交^[1-2]、剧烈运动或创伤^[3]。右侧卵巢因缺乏乙状结肠的保护，更易发生黄体破裂。黄体破裂常见于月经后半期，其根源在于排卵后黄体内部血管破裂出血，内部压力急剧上升，最终导致破裂。黄体破裂后血液会流向腹腔内并积聚，刺激腹膜引发腹痛，若出血多且未得到及时治疗，会引发一系列失血症状，甚至休克。

1 临床资料

患者女性，37 岁，平素月经周期规律，3 天 / 28 天，经量适中，无痛经史，末次月经时间为 2024 年 7 月 22 日。因“输卵管因素”2024-08-30 于我院生殖中心取卵 13 枚，2024-09-02 移植 D3 鲜胚一枚，2024-09-05 19:00 开始腹部胀痛伴阵发性下腹坠胀，无阴道流血。查体腹部稍膨隆，腹肌紧张，全腹压痛、反跳痛（+），移动性浊音（+），考虑腹腔内出血，立即氨甲

环酸 1g 止血，急诊手术准备，拟急诊行腹腔镜探查术。既往异位妊娠手术史、便秘史。术前超声：双侧卵巢明显增大，内部可见大小不等低回声及无回声。子宫前方探及 5.7×3.2 厘米不均质中等回声区，形态不规则，边界模糊。腹腔内肠管积气明显。双上腹见游离液性暗区。术中见右侧卵巢增大，表面张力大，内侧有破裂口，长约 3cm，活动性出血，右输卵管缺如，左卵巢增大，呈葫芦形，直径约 7cm，后穹隆及肠管、子宫后壁浆膜毛糙，未见明显活性出血。

2 治疗与护理

2.1 急救措施

立即建立静脉通路，补充血容量，纠正休克状态。监测生命体征及腹部体征同时，准备手术器械与药品，为患者接受手术治疗做好准备。

2.2 手术治疗与护理

患者行卵巢黄体破裂修补术后，持续密切关注患者的生命体征变化、腹部体征及伤口愈合状况。通过定时换药、预防感染、维持水电解质平衡、尽早下地活动

作者简介：赵盛楠，李璐，北京美中宜和北三环妇儿医院护理部。

等措施, 生命体征趋于平稳。

2.3 心理护理与健康教育

在护理过程中, 始终关注患者的心理状态。采取耐心倾听、鼓励表达及提供心理支持等措施, 极大地增强了患者战胜疾病的决心和信心。此外, 还向患者及家属普及疾病相关知识、手术配合要点及术后康复注意事项等, 显著提升了自我护理能力和健康管理水平。经护理团队个性化干预, 患者心理压力显著缓解, 负面情绪减少, 情绪稳定性提升, 心理不良症状减少, 情绪比以往相对稳定, 无不良事件发生。患者家属对疾病有了认识之后, 对患者的治疗提供了很大的支持和帮助, 帮助患者积极面对疾病, 树立战胜疾病的信心。患者生活质量也得到不同程度改善。

3 护理体会

3.1 卵巢黄体破裂鉴别诊断

卵巢黄体破裂常见于育龄期女性, 尤其是 25 至 35 岁的已婚或有性生活的女性。此病可能源于自发性破裂、外伤或卵巢囊肿等因素, 患者若伴有先天性凝血功能障碍或长期依赖抗凝血药物, 则并发症风险增加, 且

复发率高。右侧卵巢因缺乏乙状结肠的保护, 更易发生黄体破裂。黄体破裂常见于月经后半期, 其根源在于排卵后黄体内部血管破裂出血, 内部压力急剧上升, 最终导致破裂。黄体破裂后血液会流向腹腔内并积聚, 刺激腹膜引发腹痛, 若出血多且未得到及时治疗, 会引发一系列失血症状, 甚至休克。异位妊娠具有逐年增加的趋势, 是孕产妇死亡的原因之一。近年来对异位妊娠的更早诊断和处理, 使患者的存活率和生育保留能力明显提高。^[4]因此, 该病需与异位妊娠相鉴别。异位妊娠的风险因素包括: 盆腔感染导致的输卵管损伤(风险增加 6 倍)、前次异位妊娠史(风险增加 10 倍)、既往女性绝育术史、年龄在 35-44 岁之间的女性(发生宫外孕的概率是 15-24 岁女性的 3 倍)、非白种人(风险增加 1.5 倍)、辅助生殖技术的使用(风险增加 2 倍)、每日吸烟量超过 30 支(风险增加 3 倍-5 倍)、使用宫内节育器(IUCD)以及子宫内膜异位症。一半以上病例发生于怀孕 3 次及以上的女性。^[5]

2024 年卵巢黄体破裂专家共识的鉴别诊断^[6]给出明确的标准:

表 1 卵巢黄体破裂的鉴别诊断

疾病	停经	阴道流血	腹痛	恶心呕吐	休克	盆腔检查	血常规	C-反应蛋白和降钙素原	妇科超声
卵巢黄体破裂	无	无或流血量如月经血量	突发性腹痛, 局限于下腹一侧	可伴有恶心、呕吐	无或轻度休克	一侧附件区有压痛, 有子宫颈举痛	白细胞计数正常或升高, 血红蛋白下降	正常, 出血时间长可升高	一侧附件区低回声, 有“火环征”外观; 若破裂有附件周围及盆腔游离性暗区
输卵管妊娠	有	量少、暗红色	下腹一侧撕裂样剧痛, 疼痛可扩散全腹	无	腹腔内出血增多, 可伴有休克	可有子宫颈举痛, 宫旁可及肿块	白细胞计数正常或升高, 血红蛋白下降	正常, 出血时间长可升高	一侧附件区低回声, 其内或可见妊娠囊或胎心
急性阑尾炎	无	无	从上腹开始, 后转移至右下腹	可伴有恶心、呕吐	无	直肠指检右侧高位有压痛, 无肿块触及, 有恶心、呕吐等腹膜刺激症状	白细胞计数正常, 血红蛋白正常	均可升高	子宫附件区无异常
盆腔炎症性疾病	无	无	下腹部持续性腹痛	炎症扩散后可出现恶心、呕吐等症状	无	子宫颈举痛阳性, 有输卵管积水时, 可触及腊肠样肿块	白细胞计数升高, 血红蛋白正常	均可升高	输卵管壁增厚, 呈肠型、腊肠状囊性肿块; 或附件区混合包块, 增厚的输卵管内壁折叠, 表现为“齿轮征”
卵巢肿物蒂扭转	无	无	活动后疼痛, 局限于下腹一侧	可伴有恶心、呕吐	无	子宫颈举痛阳性, 可触及附件区肿块, 蒂部触痛明显	白细胞计数正常或升高, 血红蛋白正常	正常	多为一侧附件区囊性或囊实性肿物, 有条索状蒂
腹腔器官创伤、脾破裂	无	无	明显外伤史导致的上腹部疼痛	有恶心、呕吐等腹膜刺激症状	腹腔内出血增多, 可伴有休克	可无症状	血红蛋白下降	正常	子宫附件区无异常, 若出血较多, 盆腔可见游离性暗区

失血性休克作为卵巢黄体破裂等妇产科急腹症的严重并发症之一，其发生风险可通过及时和有效的急救措施显著降低。本次护理体会深刻展现了这些措施在挽救患者生命中的核心作用，凸显了失血性休克急救与护理的极端重要性。

对于卵巢黄体破裂等引发的失血性休克，需迅速采取急救措施，如补液、输血等，以维持生命体征。我院严格遵循专家共识，结合妇科急腹症的临床特征和鉴别诊断要点，制定并持续优化应急预案及流程，确保救治工作迅速且高效，全力保障患者生命安全。

3.2 胚胎移植术后的护理要点

患者应保持愉快心情，适当休息，避免剧烈运动，术后 48 小时内以卧床静养为宜，之后可适度活动。注意饮食清淡，增加蛋白质和营养素摄入，避免食用生冷、辛辣食物。

患者应严格遵循医嘱服药，禁止性生活及腹部热敷，并定期复诊，密切监测胚胎发育状况。良好的术后护理对于提升胚胎移植的成功率、加速患者康复进程具有不可忽视的重要意义。

3.3 应急预案

结合 2024 年专家共识，我院在本次救治中优化了以下流程，借助查阅文献和咨询领域内专家的方法，逐步清晰诊疗路径。卵巢黄体破裂需与异位妊娠、卵巢囊肿蒂扭转等鉴别。应急预案涵盖：迅速评估患者病情，确保生命体征稳定；准备必要的急救物资，例如输血设备和止血药品；根据 2024 年卵巢黄体破裂专家共识，对患者进行急诊评估和管理，必要时迅速转至急诊手术；密切监测病情变化，并及时记录，以便调整治疗方案。依据 2024 年卵巢黄体破裂专家共识急诊管理流程^[6]制定的应急预案，以应对可能出现的紧急情况。

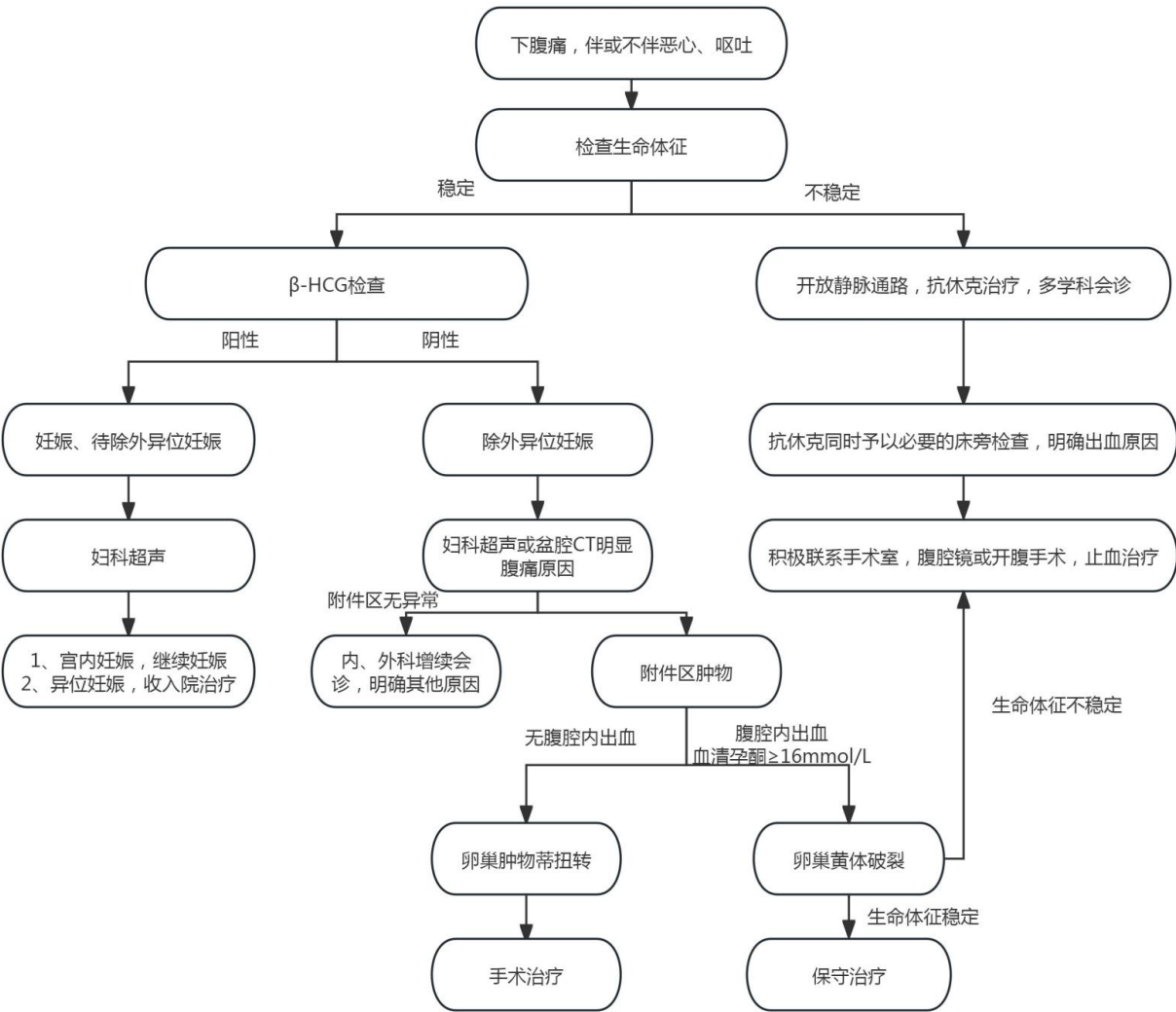


图 1 妇科急腹症就诊管理流程

4 总结

卵巢黄体破裂是一种常见的妇科急腹症, 其发病率大约为 10%, 且具有复发的可能性。由于其发病急骤, 病情变化快, 因此在临床上给予正确的诊断和及时的处理尤为重要。先天性凝血功能异常或口服抗凝血药物的患者, 有卵巢黄体破裂易复发的特点, 应给予抑制排卵的药物减少复发; 还需配合高效的护理措施, 以便为患者赢得宝贵的治疗时间, 并消除治疗过程中不良因素对病情及疗效的潜在影响^[7]。

参考文献

- [1] Mohamed M, Al-Ramahi G, McCann M. Postcoital hemoperito-neum caused by ruptured corpus luteal cyst: a hidden etiology[J]. J Surg Case Rep, 2015, 10: 126-129.
- [2] Senthilkumaran S, Jena NN, Jayaraman S, et al. Post coital he-moperitoneum: the pain of love[J]. Turk J Emerg Med, 2018, 18: 80-81.
- [3] Yadav R, Sarkar M, Alam J, et al. Posttraumatic corpus

lutealcyst rupture: a diagnostic enigma for massive hemoperito-neum[J]. Cureus, 2023, 15: e37067.

- [4] 孔北华、马丁、段涛. 妇产科学[M]第 10 版. 北京: 人民卫生出版社. 2024: 78.
- [5] Roger p.smith、乔杰、李蓉. 奈特妇产科彩色图谱[M]第 3 版. 北京: 北京大学医学出版社. 2023: 291.
- [6] 中华预防医学会生殖健康分会、中华医学会科学普及分会. 卵巢黄体破裂诊治中国专家共识(2024 年版)[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2024 年 5 月 第 40 卷 第 5 期: 535-540
- [7] 吴星星. 个性化护理干预对妇科急腹症患者疼痛的影响[J]. 妈妈宝宝, 2024(5):158-159.

版权声明: ©2025 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS