

1 例卵巢卵黄囊瘤合并前置胎盘孕妇的护理

刘玮华

郑州大学第一附属医院

DOI:10.32629/carnc.v4i4.21460

[摘要] 总结1例妊娠合并卵巢卵黄囊瘤伴前置胎盘患者的护理经验。护理要点:多学科协作模式下实施围术期安全管理,保障母胎安全;化疗期间精细化用药管理与不良反应动态监测;采取“活动指导—出血预警—贫血管理”分层策略防控前置胎盘出血风险;动态监测血清甲胎蛋白水平评估肿瘤治疗效果;实施“信息支持—情绪疏导—家庭参与”三层心理干预改善治疗依从性。经过精心的治疗与护理,患者顺利完成5个周期TC方案化疗及腹腔镜手术,血清甲胎蛋白由术前4570 ng/mL逐步降至正常范围,孕38⁺2周行剖宫产分娩一健康女婴,体重3150 g,Apgar评分1 min及5 min均为10分,产后6个月随访无复发。

[关键词] 卵巢肿瘤; 卵黄囊瘤; 前置胎盘; 妊娠; 化学治疗; 护理

中图分类号: R73 **文献标识码:** A

Nursing care of a pregnant patient with ovarian yolk sac tumor complicated with placenta previa: a case report

Weihua Liu

The First Affiliated Hospital of Zhengzhou University, Zhengzhou, Henan, China

[Abstract] This paper summarizes the nursing experience of a pregnant patient with ovarian yolk sac tumor complicated with placenta previa. Key nursing points: implementing perioperative safety management under a multidisciplinary collaboration model to ensure maternal-fetal safety; refined medication management and dynamic monitoring of adverse reactions during chemotherapy; a stratified strategy of "activity guidance-hemorrhage early warning-anemia management" for preventing hemorrhage risk associated with placenta previa; dynamic monitoring of serum alpha-fetoprotein to evaluate therapeutic efficacy; a three-tier psychological intervention model of "information support-emotional counseling-family involvement" to improve treatment compliance. After meticulous treatment and nursing care, the patient successfully completed laparoscopic surgery and 5 cycles of TC regimen chemotherapy. Serum alpha-fetoprotein gradually decreased from 4 570 ng/mL preoperatively to normal range. The patient underwent cesarean section at 38⁺2 weeks of gestation and delivered a healthy female infant weighing 3 150 g with Apgar scores of 10 at 1 and 5 min. No recurrence was found at 6-month postpartum follow-up.

[Key words] Ovarian Neoplasms; Yolk Sac Tumor; Placenta Previa; Pregnancy; Chemotherapy; Nursing Care

引言

卵巢卵黄囊瘤起源于原始生殖细胞,在卵巢恶性肿瘤中占比不足5%,以生长迅速、早期扩散倾向明显为特征,好发于育龄期女性^[1]。血清甲胎蛋白(alpha-fetoprotein, AFP)对该肿瘤具有极高的诊断敏感性,同时也是疗效监测和复发预警的重要指标^[2]。妊娠期合并卵巢卵黄囊瘤临床极为少见,目前国内外文献仅见散在个案报告^[3]。妊娠期手术和化疗需兼顾母胎安全,治疗决策复杂;当该肿瘤与前置胎盘同时存在时,护理工作面临肿瘤控制、胎儿保护和出血预防三重挑战,可供借鉴的护理经验十分

有限。2026年1月,我院收治1例妊娠合并卵巢卵黄囊瘤伴前置胎盘患者,经多学科协作完成保留妊娠的腹腔镜探查术,现将护理经过报告如下。

1 临床资料

患者,女,35岁,自然受孕,G2P1。孕早期因宫腔积液行保胎治疗,宫腔积液消失后于外院产检,孕16周超声发现右侧附件区包块,遂转诊至我院妇科。既往月经规律(初潮12岁,5~7/27~28天,LMP:2025-09-28),月经量中等,无血块、无痛经。5年前足月顺产1次,无难产、产后出血病史。既往体健,8年前于外

Clinical Application Research of Nursing Care

院行“痞疮切除术”。家族史: 父亲因交通事故去世, 母亲及1兄1姐健康状况良好, 无家族性遗传病史。入院查体: 血压118/72 mmHg, 心率82次/min, 一般情况良好。妇科检查: 外阴发育正常, 已婚已产式; 阴道通畅, 黏膜光滑, 少量淡黄色分泌物; 宫颈光滑, 常大, 质中; 宫体增大如孕4月, 质中, 无压痛; 附件因孕期触诊不满意。实验室检查: 血清AFP显著升高至4 570 ng/mL (参考值<25 ng/mL), 人绒毛膜促性腺激素水平与孕周相符, 血常规、肝肾功能均未见异常。盆腔超声提示: 右侧附件区可见大小约84 mm×82 mm×67 mm囊实性包块, 囊性部分可见分隔, 实性部分未见明显血流信号。盆腔MRI平扫: 右侧附件区团片状长T1混杂长短T2信号影, DWI可见部分弥散受限呈高信号, ADC值降低, 病变边界清, 大小约60 mm×59 mm×61 mm, 其内见分隔; 左侧附件区未见明显异常信号; 盆腔及双侧腹股沟区未见明显肿大淋巴结。胎盘附着于子宫前壁下段, 部分覆盖宫颈内口。胎儿结构筛查未见明显异常。

入院后组织产科、妇科肿瘤科、麻醉科、新生儿科多学科会诊, 诊断为“右侧卵巢巢黄囊瘤, 前置胎盘”。治疗决策: 行保留妊娠的腹腔镜右侧附件切除术, 术后辅以TC方案化疗。手术于入院后第3天在全麻下实施, 术中见右侧卵巢巢肿瘤约9 cm, 包膜完整, 腹腔无种植灶, 遂行右侧附件切除术。术中冻结病理提示卵巢巢黄囊瘤。手术历时85 min, 术中出血约50 mL。术后病理确诊为卵巢巢黄囊瘤 (国际妇产科联盟分期 I A期)。

采取TC方案化疗: 紫杉醇脂质体240 mg (第1天, 静脉滴注), 卡铂550 mg (第1天, 静脉滴注), 每3周为1个周期, 共5个周期 (见表1)。妊娠期化疗药物剂量应用原则同非妊娠患者, 根据妊娠期实际体重计算。化疗期间规律监测血常规、肝肾功能及AFP (见表2), 每2~3周行产科超声评估胎儿生长状况, 同时规律复查子宫附件彩超及盆腔磁共振, 均未见肿瘤复发痕迹。孕34周化疗结束后, 院外监测胎心胎动。患者于孕38周⁺因前置胎盘行剖宫产术, 分娩一健康女婴, 体重3 150 g, Apgar评分1 min及5 min均为10分。产后AFP持续正常, 随访6个月未见复发。

表1 患者治疗及护理时间线

时间节点	孕周	主要事件	关键指标
入院日	16周 ⁺	超声发现盆腔包块入院	AFP: 4 570 ng/mL
入院第3天	16周 ⁺	腹腔镜右侧附件切除术	术中冻结: 卵巢巢黄囊瘤
术后第10天	17周 ⁺	启动第1周期TC方案化疗	—
第2周期后	21周 ⁺	完成第2周期化疗	AFP: 85 ng/mL
第3周期后	24周 ⁺	完成第3周期化疗	出现指尖麻木
第4周期后	27周 ⁺	完成第4周期化疗	AFP: <25 ng/mL
第5周期后	31周	完成第5周期化疗	AFP: <25 ng/mL
孕34周	34周	化疗结束, 院外监测胎心胎动	—
分娩日	38周 ⁺	剖宫产分娩	女婴3 150 g, Apgar 10分

注: AFP为甲胎蛋白; TC方案为紫杉醇脂质体联合卡铂方案; “—”表示无特殊记录。

2 护理

2.1 护理评估

患者入院后, 护理团队从4个维度展开系统评估。①出血风险: 前置胎盘且部分覆盖宫颈内口, 围术期出血风险叠加, 评估为高风险。②化疗耐受性: 患者处于孕中期, 基础脏器功能尚好, 但妊娠期生理改变影响药物代谢, 需关注骨髓抑制和肝肾功能损害, Caprini评分3分 (中危)。③胎儿安全性: 已度过器官形成关键期, 但化疗药物仍有潜在致畸和生长受限风险, 需严密胎儿监测。④心理状态: 面对恶性肿瘤和胎儿安危的双重压力, SAS评分58分, 提示中度焦虑。

2.2 围术期护理

2.2.1 术前准备

与患者及家属充分沟通手术方案及风险, 签署知情同意书。鉴于合并前置胎盘, 术前备红细胞悬液4 U、血浆400 mL, 制定紧急剖宫产及子宫动脉栓塞预案。术前禁食8 h、禁饮4 h, 建立2条静脉通路。术晨胎心基线145次/min, 反应良好。备皮时避免按压腹部, 防止胎盘早剥。术前30 min预防性使用头孢唑林钠1 g静脉滴注^[4]。

2.2.2 术中配合

患者取头低足高仰卧位并左倾30°, 减轻妊娠子宫对下腔静脉压迫。气腹压力控制在10~12 mmHg (低于常规14 mmHg), 减少对子宫血流灌注的不利影响^[5]。术中持续胎心监护, 每15 min记录1次。器械护士提前备齐穿刺器、超声刀及取物袋, 缩短手术时间。术毕胎心142次/min, 反应良好, 全程生命体征平稳, 未发生胎盘相关出血。

2.2.3 术后护理

术后去枕平卧6 h, 持续心电监护24 h。腹部切口沙袋加压4 h, 密切观察渗血。因合并前置胎盘, 严禁腹部加压, 每4 h评估宫缩及阴道流血。术后第1天起予低分子肝素4 000 U皮下注射 (每日1次), 预防下肢深静脉血栓, 持续至出院。指导踝泵运动 (每日3组, 每组20次) 促进静脉回流。术后48 h肛门排气, 饮食由流质逐步过渡至普食。术后第3天超声复查, 胎儿发育未见异常, 未发现新发出血。

2.3 化疗期间护理

2.3.1 用药管理

每个化疗周期第1天给药。紫杉醇脂质体输注前30 min予以地塞米松、苯海拉明、西咪替丁三联预处理, 预防过敏反应^[6]。化疗药物现配现用, 紫杉醇脂质体使用专用输液器, 卡铂输注避光处理。化疗前后充分水化, 保证尿量>100 mL/h。输注紫杉醇脂质体时行心电监护, 初始15 min内每5 min监测血压、心率1次, 无异常后改为每小时1次。第2周期后出现 I 度骨髓抑制 (白细胞 3.2×10^9 /L), 予重组人粒细胞集落刺激因子150 μg皮下注射3 d后恢复, 未影响后续治疗^[7]。

2.3.2 不良反应监测

化疗期间每周复查血常规2次, 每周期前复查肝肾功能。重点监测骨髓抑制、周围神经毒性及过敏反应, 采用CTCAE 5.0版分级^[8]。第3周期后出现双手指尖轻度麻木 (CTCAE 1级), 指导保暖、避免接触冷物, 症状逐渐缓解。全程未出现Ⅲ级及以上不良反应, 未因副作用调整药物剂量。

表2 患者血清AFP动态变化

时间点	AFP 值 (ng/mL)	临床判断
术前	4 570	显著升高
术后1周	1 200	明显下降
第2周期化疗后	85	接近正常
第4周期化疗后	<25	降至正常
第5周期化疗后	<25	持续正常
产后6个月随访	<25	持续阴性

注：AFP正常值<25 ng/mL。

2.4前置胎盘出血风险防控

前置胎盘出血管理贯穿整个孕期，采取活动指导—出血预警—贫血管理分层防控策略。①活动指导：限制剧烈活动，避免下蹲、负重及久站，指导床上踝泵运动，促进下肢血液循环的同时避免增加腹压^[9]。②出血预警：每日观察阴道分泌物性状，在床旁备好急救物资，教会患者识别出血预警信号，制定大出血应急预案。③贫血管理：化疗期间维持血红蛋白>100 g/L，低于此值时口服琥珀酸亚铁0.2 g(每日3次)及叶酸5 mg(每日1次)^[10]。本例整个孕期未发生大出血，血红蛋白维持在105~128 g/L。孕32周复查超声示胎盘下缘上移至距宫颈内口>2 cm，出血风险显著降低。

2.5胎儿监护与母婴安全管理

化疗期间胎儿监护遵循高频次、多维度原则。每2~3周行产科超声评估胎儿生长曲线，监测羊水指数及脐动脉S/D比值。每周期前后各做1次胎心监护，孕28周后改为每周1次，化疗药物输注过程中持续胎心监护^[11]。5个周期中胎儿生长参数均位于同孕周第15~85百分位，未见结构异常或羊水量异常，脐血流S/D值均在正常范围。新生儿查体未见先天性畸形。

2.6心理护理

患者确诊后焦虑明显，SAS评分58分，源于对癌症预后和胎儿安全的恐惧。采取分层干预：①信息支持：在术前、化疗前等关键节点安排15~20 min医患沟通，以通俗语言解释治疗方案的依据和安全性^[12]。②情绪疏导：鼓励患者表达内心恐惧，运用倾听和共情技巧回应，指导腹式呼吸放松训练改善睡眠。③家庭参与：将配偶纳入支持体系，指导其在陪护中提供情感支持，共同参与胎心监护。至化疗结束时SAS评分降至45分，焦虑明显缓解，治疗依从性良好，按时完成全部治疗计划。

3 结语

本病例的护理难点在于保障胎儿安全前提下控制肿瘤、预防前置胎盘致命性出血及缓解患者双重心理压力。化疗方案选用TC方案，较传统BEP方案避免了博来霉素肺毒性和依托泊苷远

期继发性白血病风险，妊娠期安全性数据更多。动态监测AFP是评估疗效和预警复发的核心手段，本例AFP从术前4 570 ng/mL逐步降至正常，与肿瘤消退高度一致。需注意妊娠期AFP基数偏高，须结合影像学综合判断。前置胎盘出血管理通过限制活动—出血预警—贫血管理分层策略成功避免大出血。心理护理采用信息支持—情绪疏导—家庭参与与三层策略，SAS评分从58分降至45分。本报告为单一个案，推广性有限，未来需积累更多病例验证此护理策略。

[参考文献]

[1]Wang M, Xu S,ZhanY,等.宫颈卵黄囊瘤:1例报告及文献综述[J].肿瘤前沿,2026,16:1782181.

[2]LiuJ,ChuHJ,ShanYP,等.12例卵巢卵黄囊瘤临床分析[J].中华妇产科杂志,2024,59(3):210-214.

[3]QinL,WangB,WangZ,等.中国汉族女性卵巢卵黄囊瘤的临床病理特征、预后及生育结局:来自两家三级甲等学术医疗中心的回顾性病例系列研究[J].医学(巴尔的摩),2022,101(29):e29868.

[4]JinAF,LuoZH.引产后女性卵巢卵黄囊瘤的18F-FDGPET/CT成像:1例报告[J].当代医学影像,2024,20:e15734056260771.

[5]VasanthA,PateISM,AroraR,等.印度西部某三级中心晚期恶性卵巢生殖细胞肿瘤新辅助化疗的研究[J].妇科肿瘤学杂志,2024,35(2):e19.

[6]PokoradiAJ,AgrawalA.妊娠期卵巢卵黄囊瘤的手术与化疗治疗:1例报告[J].加拿大妇产科杂志,2021,43(10):1177-1179.

[7]AlrjoubMM,SindianiA,AlshriedehO,等.卵巢卵黄囊瘤后的妊娠与分娩:1例报告[J].美国病例报告杂志,2021,(22):932091.

[8]美国国立癌症研究所.不良事件通用术语标准(CTCAE)5.0版[EB/OL].(2017-11-27)[2026-01-15].

[9]中华医学会妇产科学分会产科学组.前置胎盘的临床诊断与处理指南[J].中华妇产科杂志,2020,55(1):6-12.

[10]张玉,李芳,王红.妊娠期合并卵巢肿瘤的围术期护理研究进展[J].护理学杂志,2023,38(15):108-112.

[11]陈雪,刘艳,赵敏.妊娠期恶性肿瘤患者化疗期间胎儿监护的护理实践[J].中华护理杂志,2024,59(8):965-970.

[12]周晓华,张锦笑,何杏洪.妊娠合并卵巢肿瘤的心理护理效果研究[J].中国医药科学,2019,9(15):131-133.

作者简介：

刘玮华(1996--),女,汉族,河南省濮阳市人,本科,主管护师。研究方向：妇科护理。