

及下肢血栓的发生。术后 1 周指导患者做腰背肌功能训练,锻炼应循序渐进,幅度由小到大,以不影响当晚休息为度。患者在支具保护下可以于术后 5~7 d 下床适当活动,若患者佩戴腰围则需要在术后 3~4 周才可以下床适当活动,禁止做弯腰、用力排便、提重物等活动。

2.3 出院指导 患者出院后继续卧硬板床休息,患者在腰围或支具保护可下床适当活动,恢复期不易久坐,腰部不能负重,半年内应佩戴腰围,禁止脊柱弯曲、扭转、提重物等活动,继续加强腰背肌功能锻炼,做到循序渐进,持之以恒,每 1~2 个月随访 1 次。多进食蔬菜、水果、营养丰富易消化食品,保持大便通畅。

3 讨 论

腰椎间盘突出开窗髓核摘除具有创伤小、术后瘢痕小、对脊柱后部稳定结构破坏少等优点,围手术期制定周密的护理计划并有效实施,可有效地避免或减少并发症的发生,特别是早

期指导患者功能锻炼是保证手术成功的重要措施,通过健康指导及出院指导,达到促进疾病早日康复、预防疾病复发、提高患者自身保健能力的目的^[4]。

参考文献

- [1] 曹伟新,李乐之.外科护理学[M].4版.北京:人民卫生出版社,2007:572-577.
- [2] 程艳云,韩静.腰椎间盘突出症术前术后护理体会[J].医学信息,2011,24(1):473-474.
- [3] 岳丹.腰椎间盘突出症手术治疗围术期护理体会[J].中国中医急症,2010,19(3):532-533.
- [4] 陈丽丽,沈桂杰,杨立新,等.腰椎间盘突出症围术期患者的护理体会[J].中国实用医药,2010,4(12):228-229.

(收稿日期:2012-01-09)

138 例中西医结合保守治疗异位妊娠临床观察与护理

许金琴(福建中医药大学附属人民医院,福州 350108)

【摘要】 目的 观察中西医结合保守治疗异位妊娠的护理效果。**方法** 对 138 例异位妊娠患者给予甲氨蝶呤、米非司酮联合中药治疗。**结果** 138 例患者中,106 例治愈,32 例因破裂中转手术治疗。**结论** 中西医结合保守治疗异位妊娠疗效确切,且起效快,用药简便,适于临床应用。

【关键词】 中西医结合; 异位妊娠; 保守治疗

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.12.058 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)12-1506-02

异位妊娠是指受精卵在子宫腔以外的其他部位着床,俗称宫外孕,是妇产科较常见的急腹症。它起病急、发展较快,常易致出血性休克危及患者生命。近年来,异位妊娠发病率明显升高,且未生育者和未婚者的发病率亦明显升高,保留患者的生育功能显得更加重要。随着血、尿人绒毛促性腺激素(β -HCG)检测敏感性的提高、高分辨率阴道超声等诊断技术的普遍应用,未破裂型输卵管妊娠的早期诊断率明显提高。而临床上保守治疗的方法亦多种多样,为探讨更为合适的保守治疗方法,本院 2008 年 12 月至 2011 年 9 月共收治非破裂型异位妊娠 138 例,采用中西结合保守治疗取得良好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院 2008 年 12 月至 2011 年 9 月,收集非破裂型异位妊娠患者 138 例,年龄 18~42 岁,有明显停经史,停经时间 32~55 d。经产妇 61 例,未产妇 77 例,其中 72 例有不同次的流产史;28 例有盆腔子宫内膜异位症,35 例有宫内节育器,46 例有慢性输卵管炎,16 例为二次异位妊娠者。临床表现,少量阴道流血 94 例,轻微腹痛或肛门下坠感 48 例。伴尿妊娠阳性者 138 例,超声监测宫腔内均未见妊娠声像表现,可见增厚的内膜。1 侧附件区见回声不均的混合性包块,附件区包块直径小于或等于 4 cm,其中有 25 例探及胎心管搏动,56 例盆腔内有少量液性暗区。

1.2 病例选择 (1)有停经史或不规则阴道流血伴有下腹痛者;(2)未破裂型异位妊娠,或已破裂但血流动力学稳定,无休克现象者;(3)肝、肾功能正常,无甲氨蝶呤(MTX)用药禁忌证;(4)要求保守治疗或迫切要求保留生育功能者;(5)超声示盆腔包块直径小于或等于 4 cm 者;(6)凝血功能正常,白细胞计数正常者;(7)血 β -HCG $\leq$ 2 000 U/L 者。

1.3 治疗方法 (1)MTX 50 mg 肌肉注射 1 次/天,1 次为 1 疗程;(2)口服米非司酮 50 mg,2 次/天,5 d 为 1 疗程;(3)中药治疗:三棱 6 g、莪术 9 g、赤芍 10 g、天花粉 12 g、桃仁 10 g、红花 9 g、丹参 9 g,代煎,口服一天一付。用药后第 5 天测血 β -HCG 和进盆腔超声,如血 β -HCG 较用药前下降至小于或等于 15%,盆腔超声提示包块缩小或无改变,盆腔积液减少则给予第 2 疗程。直至尿 β -HCG 转阴性,包块停止发展或缩小。治疗期间应密切观察患者腹痛的变化、阴道出血情况及生命体征变化。

1.4 疗效评定 治疗后临床症状消失,无下腹痛,阴道流血停止,血 β -HCG $<$ 5 U/mL,超声示盆腔包块吸收,或血肿包块明显缩小视为治愈。

1.5 中转手术指征 (1)血 β -HCG 持续升高。(2)盆腔包块增大。(3)腹痛加重,腹腔出现内出血或内出血增加,生命体征不稳定。(4)心管搏动持续存在或治疗期间出现心管搏动。

2 护 理

2.1 选择病例,做好相关检查及术前准备 严格根据妊娠包块大小、血 β -HCG 值、患者的生育要求等因素来决定。护士要积极进行相关血、尿、B 超、心电图检查,协助医生评估患者的情况。同时做好术前准备,如病情变化需要立即手术。

2.2 病情观察

2.2.1 密切注意生命体征变化 按护理级别巡视患者,注意观察生命体征变化并记录,同时做术前准备,卧床休息至监测指标正常后再适度增加活动量。卧床患者注意翻身,预防褥疮发生,翻身时避免增加腹压动作。

2.2.2 密切注意观察腹痛及阴道流血情况 腹痛为异位妊娠破裂的主要症状。孕囊未破时腹痛不明显,多为隐痛。当孕囊破裂时疼痛较剧烈,大多为突然发生下腹痛,呈阵发性或持续

性,伴头晕、恶心、呕吐,严重时会有晕厥、冷汗、血压下降。在治疗过程中患者可能会出现下腹间歇性坠胀疼,与用药后滋养细胞坏死、溶解,胚胎组织通过输卵管伞端排出,刺激腹膜产生疼痛有关^[1],腹痛缓解或消失说明病情稳定或向好的方向发展。阴道流血与滋养叶细胞被杀死,绒毛活性降低,激素水平下降,子宫内膜失去激素支持而出现少量类似月经量的出血,可不需特殊处理。因此,护理人员要认真倾听患者的主诉,注意观察腹痛性质和阴道流血的情况,及时向医生汇报病情。

2.2.3 观察血 β -HCG 变化 β -HCG 是诊断早期异位妊娠的敏感指标,观察血 β -HCG 下降的动态趋势,能了解用药的效果。(1)治愈:临床症状消失,B 超检查盆腔包块消失,血 β -HCG 降至正常值。(2)有效:临床症状减轻,盆腔包块缩小,血 β -HCG 正常或接近正常值。(3)无效:临床症状无变化,盆腔包块无变化或增大,血 β -HCG 下降不满意或上升,会突然破裂导致出血而改为手术治疗。个别用药后 5~6 d 检测血 β -HCG 值下降缓慢或仍有上升趋势,与滋养细胞破坏、血 β -HCG 释放增加有关^[2]。

2.3 用药护理

2.3.1 正确使用 药物治疗目前最常用的是 MTX、米非司酮联合中药。MTX 是抗代谢类药物及叶酸拮抗剂,可干扰 DNA、RNA 及蛋白质的合成,抑制滋养细胞增殖并导致其死亡,从而使异位妊娠胚胎停止发育。MTX 用于保守治疗未破裂型异位妊娠效果是肯定的^[3]。因其局部刺激性较大,所以必须深部肌肉注射,应向患者解释,以取得配合。米非司酮为孕酮拮抗剂^[4],可有效取代内源性激素,抑制孕酮活性,引起绒毛组织退行性病变及蜕膜组织萎缩坏死,导致胚胎死亡及体内 β -HCG 水平下降,此外米非司酮可诱导绒毛及蜕膜组织细胞凋亡的发生。中药汤剂宜饭后温服 2 次/天,与米非司酮间隔服用。

2.3.2 观察药物的不良反应 (1)胃肠道反应:一般不会太严重,本组有 12 例患者出现轻度恶心、胃纳欠佳,未行处理,停药后症状慢慢消失。11 例出现轻度口腔溃疡,指导其每天坚持 3 餐前后用淡盐水漱口,效果明显。(2)骨髓抑制:MTX 可导致患者血白细胞下降,要密切观察患者血常规情况,对于白细胞过低患者要按医嘱及时应用升白细胞药物,同时做好保护性隔离,指导患者做好自我保护,限制探视。本组患者未见明显骨髓抑制。

2.4 饮食护理 在保守治疗中多给患者清淡、易消化、含粗纤维、半流质食物,保持大便通畅,防止腹泻、呕吐而使腹压增高引起孕囊破裂出血。

2.5 心理护理 异位妊娠保守治疗时间相对手术治疗时间长,大多数患者都存在心理上的恐惧、焦虑、自尊心改变。尤其是未婚女青年表现更为强烈,不好意思、后悔、自卑、顾虑多、不愿与人交谈。针对患者不同时期的不同心理,采取一对一全程责任制护理,进行心理疏导。首先接诊护士必须尊重患者的人格,自我介绍并介绍主管医生及病房周围环境和医院有关制度。尊重患者的隐私权,以亲切的眼神、体贴的语言与之交流,尤其重视肢体语言的作用,避免不良语言的刺激,取得患者的信任,消除他们的陌生感、紧张感、启发他们提供真实病史。在做检查和各项治疗时,要注意遮挡患者的隐私部位,操作动作轻柔,耐心告之病情,消除其顾虑,冷静对待自己的病情发展变

化。同时,做好患者家属的思想工作,为患者寻求家庭亲情的情感支持,通过医护、患者、家属 3 方面的积极参与治疗,使患者顺利治疗与康复得到有力保证。向家属告知治疗的大概预计经济费用情况,使患者和家属心理上有一定的准备,能积极配合。并为患者营造安静、舒适、整洁的病房环境,消除患者的紧张感和陌生感。

2.6 出院指导 注意休息,2 个月内避免重体力劳动,2 周后复查血 β -HCG,禁性生活和盆浴 1 个月,注意个人卫生,保持外阴清洁,半年内避孕,防止继发不孕和由于生殖器炎性反应或输卵管粘连而致再次引发异位妊娠的可能。

3 结果

药物保守治疗 138 例中,106 例治愈。治疗者血 β -HCG 恢复至正常的时间为 14~42 d,平均 28.9 d。另外 32 例血 β -HCG 持续升高,盆腔包块增大。在治疗过程中出现腹痛加剧,阴道出血,肛门坠胀感,血压下降等情况,及时改为急症手术治疗,治疗后痊愈。

4 讨论

MTX 和米非司酮均可阻断妊娠、降低体内 β -HCG 水平^[5]。天花粉能使绒毛广泛变性坏死,绒毛间隙有纤维蛋白沉着和血流阻塞,滋养细胞变性坏死,破坏其内分泌功能,使 β -HCG 下降。MTX、米非司酮联合中药的疗效好于单一用药^[6]。有研究提出输卵管组织的孕激素受体远低于子宫内膜与肌层中孕激素受体,米非司酮必须加大用药量才能有效^[7]。

异位妊娠的保守治疗疗效肯定,药物治疗可保留输卵管,尤其对早期未破裂的异位妊娠患者,能保持盆腔完整性,保留输卵管,争取再次妊娠的机会。在治疗过程中,作者严密观察病情变化及药物不良反应,及时予以行之有效的护理措施,收到了良好的护理效果,使保守治疗异位妊娠的成功率明显上升。尤其对迫切要求保留生育者或要求保守治疗者,是一种好的治疗方法。

参考文献

- [1] 成平. 11 例药物保守治疗宫外孕的护理体会[J]. 当代护士, 2004, 12(1): 28.
- [2] 谷香珍, 郭家彬, 汪桂兰. 腹腔镜在异位妊娠手术中的应用[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2006, 22(2): 156.
- [3] 欧俊, 吴效科, 周珊英. 异位妊娠的治疗现状[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2003, 19(5): 309-312.
- [4] 吴慧玲. 早期诊治异位妊娠 96 例临床分析[J]. 中国妇幼保健, 2006, (19): 2662-2663.
- [5] 郑桂琴, 巫世娟, 黄键, 等. 甲氨蝶呤和米非司酮治疗异位妊娠的疗效[J]. 中国临床药理学杂志, 2001, 10(4): 227-229.
- [6] 陈若男, 谭卫红, 马刚, 等. 氨甲蝶呤局部注射配合 RU 486 口服治疗早期异位妊娠疗效观察[J]. 广西医学, 2002, 24(4): 453-455.
- [7] 李芳. 异位妊娠的相关因素分析[J]. 西安医科大学学报, 2000, 21(5): 491.

(收稿日期: 2011-12-15)