

## 促排卵后持续性异位妊娠 2 例的护理体会

章 昉, 马春梅

(浙江大学医学院附属妇产科医院, 浙江杭州 310006)

关键词: 促排卵; 异位妊娠; 护理 doi: 10. 3969/j. issn. 1671-9875. 2015. 02. 036

中图分类号: R473. 71 文献标识码: B

文章编号: 1671-9875(2015)02-0196-02

持续性异位妊娠(persistent ectopic pregnancy, PEP)是指输卵管妊娠术后 HCG 水平下降缓慢或每 72 h 下降 < 20% (> 3 周血 HCG 仍未转阴)或降后又升或不降反升, 伴或不伴附件包块和腹腔内出血者, 少数患者有下腹隐痛或少许阴道流血。随着异位妊娠发生率逐年上升且渐趋向年轻化, 行腹腔镜下输卵管保守手术患者增多, 其最主要并发症 PEP, 发生率为 5%~10%<sup>[1]</sup>, 是异位妊娠治疗后出现的一种较严重并发症。在以往的文献资料中多见于输卵管妊娠行保守治疗后发生, 而行患侧输卵管切除的根治手术后发生的则很少有报道。2011 年 3 月至 2012 年 8 月, 本院生殖内分泌科收治 2 例促排卵后腹腔镜下患侧输卵管切除后发生 PEP 患者, 经过精心治疗、护理后康复出院, 现报告如下。

### 1 病例简介

病例 1: 患者 25 岁, 2011 年 3 月 30 日因“停经 40 d, 阴道流血 8 d, 下腹痛 1 d”拟右侧异位妊娠急诊入院。患者末次月经 2 月 18 日, 月经规律, 因“继发不孕, 多囊卵巢综合征”用尿促性素(HMG)行促排卵, 3 月 6、7 日予指导同房, 3 月 30 日出现下腹隐痛, 无恶心、无便意感, B 超检查显示右卵巢旁见 2.1 cm×1.8 cm×1.7 cm 不均质包块而入院。入院当天在腹腔镜下行右输卵管切除+左输卵管系膜囊肿剔除术, 手术经过顺利, 安返病房予术后常规护理。3 月 31 日查血 HCG 377.8 IU/L, 4 月 3 日查血 HCG 277.4 IU/L, 4 月 5 日医嘱予出院, 同时做好出院健康教育。4 月 11 日门诊复查血 HCG 降至 219.38 IU/L, 4 月 16 日血 HCG 664.8 IU/L, B 超检查显示子宫内膜 0.3 cm(单层), 宫壁回声均匀, 双卵巢正常大, 回声正常。4 月 18 日血 HCG 879.12 IU/L, 因“右输卵管切除

术后 20 d, 血 HCG 升高 1 周”拟 PEP 再次入院。4 月 19 日查血 HCG 843.5 IU/L; B 超检查显示: 子宫内膜 0.28 cm, 宫壁回声均匀, 双卵巢正常, 左卵巢旁见 2.2 cm×1.4 cm×1.6 cm 不均质包块, 可见血流信号, 直肠窝液体不明显, 考虑左侧异位妊娠。同日予肌肉注射甲氨蝶呤(MTX) 75 mg 治疗, 并且告知相关注意事项。4 月 21 日血 HCG 1 049 IU/L, 4 月 24 日下午开始下腹痛, 伴有便意感, 查血红蛋白 113 g/L, B 超检查显示左卵巢前方不均质低回声包块 3.3 cm×2.1 cm×3.8 cm, 盆腔积液深度为 2.7 cm, 即急诊行剖腹探查术加左输卵管切除+肠黏连分解术, 术中出血 500 ml, 术后予抗感染、补液治疗。5 月 1 日血 HCG 1.82 IU/L, 同日出院。

病例 2: 患者 27 岁, 2012 年 8 月 19 日因“停经 40 d, 阴道流血 10 d, 下腹痛 3 d”拟左侧异位妊娠入院。患者 2012 年 5 月因“继发不孕, 双输卵管炎”在本院行腹腔镜检查+美兰通液术, 术中见双输卵管通畅, 术后建议行促排卵治疗。2012 年 7 月予 HMG 促排卵, 7 月 22 日至 24 日予指导同房。8 月 10 日血 HCG 201.5 IU/L, 8 月 13 日血 HCG 263.5 IU/L, 8 月 19 日阴道流血增多似月经量, 血 HCG 1 776 IU/L, B 超检查显示左卵巢旁有 3.4 cm×3.1 cm×1.7 cm 不均质包块, 遂收治入院。8 月 20 日在腹腔镜下行左输卵管切除术+右卵巢囊肿剔除术+盆腔黏连分离术, 术中见盆腔有约 50 ml 血性液体, 手术经过顺利, 安返病房后予术后常规护理。8 月 21 日血 HCG 961 IU/L, 8 月 24 日血 HCG 1 069 IU/L, 8 月 27 日血 HCG 2 039 IU/L, B 超检查显示无异常, 因血 HCG 不降反升, 考虑是否伴宫内妊娠, 经家属同意后行刮宫术, 未见绒毛。8 月 28 日予 MTX 75 mg 肌肉注射加中药杀胚胎治疗, 9 月 3 日血 HCG 3 018 IU/L, 再次行 MTX 75 mg 肌肉注射, 血 HCG 逐渐下降,

作者简介: 章昉(1976-), 女, 本科, 主管护师, 护士长。

收稿日期: 2014-08-29

9月17日血HCG 600 IU/L,9月18日患者感下腹痛,极少量阴道流血,查血红蛋白 100 g/L,B超检查显示右卵巢前方不均质低回声包块3.3 cm×2.1 cm×3.8 cm,盆腔积液深度 3.1 cm,立即急诊腹腔镜行右输卵管切除+肠黏连分解术,术中出血 600 ml,术后予补液抗感染治疗,9月22日血HCG 27.65 IU/L,当日出院。

## 2 护 理

2.1 心理护理 不孕和长期治疗的昂贵费用,已使患者焦虑不安,突然出现异位妊娠,更使患者恐惧和紧张<sup>[2]</sup>。2例患者均为继发不孕行促排卵治疗后妊娠,从妊娠的喜悦中马上转变成接受异位妊娠的事实,并且均进行过一次异位妊娠的腹腔镜下输卵管切除手术,其身心尚未恢复,当确诊为PEP时,表现为沉默、恐惧、绝望,怀疑治疗过程,担心治疗效果,害怕再次手术,还担心丧失生育能力。因此,护士耐心详细地向患者和家属解释,以缩短与患者之间的心理距离,特别对于患者害怕丧失生育能力这一点,告知有子宫就有生育机会,帮助患者从忧虑、恐惧的心态中解脱出来,保持情绪稳定。经心理疏导,本组2例患者均能正确认识疾病,缓解自身情绪,以积极的心态配合治疗与护理。

2.2 健康教育 研究表明<sup>[3]</sup>有计划、有针对性的健康教育有利于减少患者的负面情绪。告知患者及家属异位妊娠手术治疗后是否会发生PEP,与手术类型、初次血HCG水平、停经时间以及异位妊娠包块大小有关<sup>[4]</sup>。同时告知患者及家属治疗方法要根据症状、体征、血HCG的变化而定,对无症状或症状不明显、血HCG较低、血HCG下降缓慢但能持续下降者,可以期待治疗;如血HCG下降停滞或上升,可以予小剂量MTX肌内注射,用药后仍出现腹腔内出血,症状加重者需再次手术。告知患者PEP是异位妊娠治疗后出现的一种较严重并发症,随时有破裂的危险,故应多卧床休息,不得随意离院外出;避免突然改变体位,避免按压腹部和使用腹压,避免感冒咳嗽,以防腹部压力突然变大导致盆腔包块破裂;鼓励患者多饮水,多吃纤维素丰富的食物,保持大便通畅。

2.3 严密观察病情 本文2例患者在第1次手术后,出现血HCG不下降反而升高,病例1有下腹痛,伴有便意感,病例2有下腹痛,极少量阴道流血。因此,在促排卵后异位妊娠患者术后需密切

观察血HCG、腹痛、阴道流血及生命体征的变化。测定血HCG 1次/3 d,观察其下降情况,B超监测盆腔包块是否增大。同时重视患者主诉,如患者出现恶心、呕吐、肛门坠胀感,面色苍白、脉搏加快、血压下降或脉压差缩小,提示已发生腹腔内出血,需做好再次手术的准备。

2.4 特殊用药护理 告知患者MTX是细胞毒类药物,可引起骨髓抑制、口腔溃疡、胃肠道反应及肝功能损害的副作用,但用于PEP剂量少、时间短、毒性反应小、临床应用安全<sup>[5]</sup>。护士掌握操作技能,肌内注射时分双侧臀部、深部肌内注射。为防止口腔溃疡及口腔黏膜破损,嘱患者保持口腔清洁,用软毛刷刷牙等。注意患者是否有胃肠道不适等主诉,嘱清淡饮食。关注患者血肝功能。2例患者只有轻微食欲变差,均未发生其他药物不良反应。

2.5 出院指导 告知患者术后1周复查血HCG直至正常,如有腹痛等不适症状随时就诊,术后1个月内禁止性生活。病例1为出院后再次入院,因出院健康教育中告知检验血HCG的重要性及血HCG随访直至正常的必要性,及时发现PEP,为治疗争取了有利的时机。病例2行双输卵管切除术,可采取体外受精—胚胎移植助孕,告知其诊疗流程、就诊时间、成功率、大致费用等。

## 3 小 结

输卵管切除术后PEP在临床上较为少见,通过帮助患者认识疾病,进行心理干预和支持,减轻患者焦虑、恐惧、悲伤的心情,及时提高PEP患者对疾病治疗过程的认知度和依从性,提高患者的遵医行为,严密观察病情,加强特殊用药指导、出院辅助生育健康教育指导。

### 参考文献:

- [1] 王文慧,罗新.异位妊娠保守治疗的必要性和可行性[J].实用妇产科杂志,2006,22(4):19-20.
- [2] 周红卫,黄霞芬,厉小.体外受精胚胎移植后宫外孕的早期监护[J].护理与康复,2007,6(8):528-529.
- [3] 钱森美,陆连芬.合理情绪疗法对体外受精胚胎移植患者心理状态的影响[J].护理与康复,2013,12(7):617-618.
- [4] 张渝红.输卵管妊娠保守性手术后持续性异位妊娠发生的多因素分析[J].第四军医大学学报,2009,30(20):2085.
- [5] 吴秀娥,朱燕芬,陆瑞心,等.输卵管妊娠腹腔镜保守性手术后持续性宫外孕的护理[J].齐齐哈尔医学院学报,2007,28(20):2520-2521.