

中国微生态学杂志,2002,14(1):54-55.
 [7]罗敏,李翠芳.妈咪爱佐治新生儿高胆红素血症疗效观察[J].中国基层医药,2004,11(11):1348.
 [8]诸葛亚玲.思密达干预新生儿黄疸的临床研究[J].儿科药理学杂志,2003,9(2):48-49.

[9]陈俊秀,覃遵祥,陈克绒.妈咪爱和思密达联合早期干预新生儿黄疸临床观察[J].临床医学工程,2009,16(8):87-88.
 [10]史训统,胡国华,王有成.思密达联合妈咪爱治疗母乳性黄疸54例疗效观察[J].儿科药理学杂志,2006,12(1):54-55.

低分子肝素治疗早发型重度子痫前期的观察和护理

钟碧荷,吴华璋,王步军(浙江省平阳县人民医院产科 平阳 325400)

摘要:目的 探讨应用低分子肝素(那屈肝素钙注射液)治疗早发型重度子痫前期的疗效和护理。方法 选取2009年1月至2010年10月住院治疗的早发型重度子痫前期孕妇共44例,随机分为硫酸镁治疗组和硫酸镁联合低分子肝素治疗组,观察两组治疗前后血压下降幅度、孕周延长、新生儿出生情况、产后出血量。结果 两组治疗前后血压下降幅度、孕周延长时间和新生儿出生情况比较有明显差异($P < 0.05$);两组治疗后产后出血量无明显差异($P > 0.05$)。结论 低分子肝素的应用有助于降压治疗,能延长孕周,改善妊娠结局,不增加出血危险。

关键词:早发型重度子痫前期;低分子肝素;妊娠结局;护理

中图分类号:R969.4 **文献标识码:**B **文章编号:**1006-3765(2012)05-0128-02

重度子痫前期是妊娠期高血压疾病中一种较为严重的类型,为妊娠期特发性疾病,可发生子痫、胎盘早剥、急性心衰、脑血管意外、胎儿窘迫等严重并发症,是孕产妇和围生儿死亡的主要原因^[1]。与晚发型重度子痫前期不同,早发型重度子痫前期的治疗主要采用解痉、控制血压等期待疗法^[2]。据文献报道,低分子肝素有抗凝、抗炎、保护血管内皮的作用^[3],对治疗早发型重度子痫前期具有良好的效果。2009年1月至2010年10月,我科在传统治疗方案的基础上加用低分子肝素治疗早发型重度子痫前期患者,同时为其提供相应的护理,取得了显著的成效,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象 选取2009年1月至2010年10月,我院收治的早发型重度子痫前期患者44例。以发病时孕周 < 34 周^[2]定义为早发型重度子痫前期。重度子痫前期的诊断标准参照《妇产科学》^[1]。入选条件:血小板正常、凝血功能正常、无严重肝、肾功能损害及血液系统疾病、无肝素使用禁忌症。将44例随机分为两组,硫酸镁治疗组和联合治疗组。硫酸镁治疗组22例,年龄22~36岁,平均27.6岁,孕龄 $30^{+4} \sim 33^{+5}$ 周,均为单胎,其中经产妇2例;联合治疗组22例,年龄23~35岁,平均26.8岁,孕龄 $30^{+3} \sim 33^{+6}$ 周,均为单胎,其中经产妇1例。治疗前两组患者在年龄、孕周、产次等方面比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 方法 硫酸镁治疗组(对照组)首先冲击治疗,予25%硫酸镁20mL加入10%葡萄糖注射液100mL中30min滴完,再予维持治疗,予25%硫酸镁40mL加入10%葡萄糖500mL中6~8h滴完,1日1次;联合治疗组(观察组)在硫酸镁治疗基础上加用LWMH(那屈肝素钙注射液)5000IU,皮下注射,1

日1次^[3]。需择期剖宫产者,术前24h停用LMWH,紧急剖宫产为最后1次注射LMWH后至少8h后。以6d(5~7d)为1个治疗周期。同时予镇静、促胎肺成熟。使用硫酸镁是必须确定患者膝腱反射存在,尿量不少于1h 25mL,呼吸不少于每分钟16次。比较两组治疗前后血压下降幅度、孕周延长、新生儿出生情况、产后出血量。

1.3 统计学方法 计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,数据处理使用SPSS 12.0软件。计量资料的检验使用 t 检验,计数资料的检验使用卡方检验,检验水准取 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 两组治疗前后血压下降幅度、孕周延长时间和产后出血量比较 其中观察组治疗前后收缩压下降幅度较大($t = 6.046, P < 0.01$),舒张压下降幅度较大($t = 4.598, P < 0.01$),其差异均有统计学意义;结束妊娠时观察组孕周大于对照组孕周($t = 4.759, P < 0.01$),差异有统计学意义;对照组和观察组产后出血量比较,无明显差别($t = 0.282, P = 0.78 > 0.05$)(见表1)。

表1 两组治疗前后血压下降幅度、结束妊娠时孕周和产后出血量比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	收缩压下降幅度 (mmHg)	舒张压下降幅度 (mmHg)	孕周 (周)	产后出血量 (mL)
对照组	22	14.6±2.2	14.4±2.1	35.3±1.0	305.9±47.9
观察组	22	18.2±1.6	17.0±1.6	36.6±0.7	301.9±45.1

2.2 两组新生儿出生情况比较 两组新生儿出生后1min、5min Apgar评分相比,评分 > 7 分为正常,评分 ≤ 7 分为不同程度窒息,1min Apgar评分结果表明对照组窒息率低($\chi^2 = 4.125, P = 0.042$),差异有统计学意义($P < 0.05$),5min Apgar评分结果表明对照组同观察组窒息率无明显差别(见表2)。

2.3 注射部位情况 所有患者中仅3例出现局部瘀点,无1例出现广泛的皮下出血、硬结、感染、过敏反应。

作者简介:钟碧荷,女(1976.7-),毕业于浙江大学医学院本科。职称:主管护师。从事妇产科护理工作。联系电话:18958833927, E-mail:zblh@pyhosp.com

表2 两组新生儿 Apgar 评分比较 (例)

组别	n	1min Apgar 评分			5min Apgar 评分		
		>7	4~7	0~3	>7	4~7	0~3
对照组	22	14	7	1	22	0	0
观察组	22	18	4	0	22	0	0

3 护理

3.1 基础护理 患者病情严重,随时可能发生子痫、胎盘早剥、急性心衰、脑血管意外、胎儿窘迫等严重并发症,危及母儿生命。将患者置于安静暗室,避免声、光的刺激,并宣教保持安静、减少探视的重要性,预防子痫的发生。嘱患者严格卧床休息,采取左侧卧位,可减轻子宫对腹主动脉、下腔静脉的压迫,增加回心血量,改善胎盘的血供^[4]。严密观察患者的血压、脉搏、呼吸,尿量和体重的变化,予 24h 动态血压监测。每日予吸氧 3 次,1 次 30min,可增加血氧含量,改善主要脏器和胎盘的血供,提高胎儿的氧分压。床加护栏,床边备急救物品如开口器、吸引器、压舌板和抢救药品。保证患者的睡眠时间和睡眠质量。

3.2 心理护理 重度子痫前期患者由于对病情和治疗方案不了解,加上对胎儿健康的担忧,容易产生焦虑、恐惧、悲观等情绪。这些负性情绪严重者,可引起肾上腺素分泌增加,血管收缩,血压升高,加重病情^[5]。入院后护理人员应该在充分了解患者的孕周、母儿状况、治疗方案和其心理状态的情况下,向患者讲明疾病的危害,耐心解释其关注和担忧的问题,做好入院宣教。告知用药的目的、可能会出现不良反应,需要进行的护理措施和配合方法,使其对自己所患的疾病有个大致的了解,增强其信心,以更好地配合医疗和护理的操作。

3.3 孕妇和胎儿监测 ①严密观察自觉症状,如头痛、头晕、眼花、恶心、呕吐、上腹部疼痛等;②每周做血常规、出凝血、肝肾功能、电解质、眼底检查;③自测胎动 1 日 3 次,如发现胎动异常及时告知医护人员;④勤听胎心音,1 日 4~6 次,做胎心监护 NST 2 日 1 次,每周做胎儿 B 超检查。⑤测血压次数为每日 4 次,治疗前一天血压均值为治疗前血压值,治疗 7 天后的血压均值为治疗后血压值。

3.4 低分子肝素的用药护理 注射 LMWH 我们采用气泡留置注射技术。①注射部位:腹壁脐上下 5cm、左右 10cm 范围内(除外脐周 1cm),以患者脐部为中点,作“+”字样将腹部分成 4 个象限,每个象限顺时针方向上下错开标上 A、B、C、D 4 个不同的部位,注射时自患者的腹壁从左向右、自上而下 4 个象限顺时针轮换注射,避开有硬结、损伤、瘢痕、痣等部位,注射间距>2cm。②注射方法:注射前勿使药液排入针头末端,针梗内保留少量空气,同时针筒内保留 0.05~0.1mL 的气泡,注射前针头向下,把空气弹至药液上方,注射时不再需要排气。注射前用干棉签拭净针尖及针梗表面的附着药液(避免附着药液带入穿刺点)。常规消毒后,左手捏起腹壁皮肤,使之形成一皱褶,右手持注射器,快速垂直刺入腹壁皱褶最高点皮下,进针 2/3,回抽无回血缓慢注入药液,注药时间为 45s,注射时应深入脂肪层,固定好针头,并在注射全过程保持皮肤皱褶状态。针筒内的气泡全部注入皮下后拔针,用

棉球轻轻按压 3~5min,力度以皮肤下陷 1cm 为准,避免揉搓。③注意事项:注射期间嘱患者用软毛刷刷牙,勿抠鼻,不要热敷腹部,身体不要同硬物发生碰撞。④不良反应监测:密切观察局部及全身出血倾向,注意大小便颜色,嘱患者如果出现牙龈出血,皮肤瘀斑等情况及时报告医护人员。

4 讨论

LMWH 有抗凝、疏通微循环、抗炎、保护血管内皮的作用^[3]。目前的研究认为,重度子痫前期的发生是凝血与纤溶系统失衡、血小板激活和血管壁(包括内皮细胞)损伤共同作用的结果。大约 40%~72% 的重度子痫前期患者存在凝血功能异常,表现为胎盘梗死、广泛绒毛纤维沉积^[6]。应用 LMWH 治疗早发型重度子痫前期,能疏通微循环,改善胎儿的能量供应,降低胎儿生长受限所致的低体重儿的发生率,改善妊娠结局。LMWH 抗血栓作用强于普通肝素,对局部毛细血管有破坏作用,注射部位疼痛、皮下出血是其常见的不良反应^[7]。在注射 LMWH 时应该根据患者腹部皮下脂肪的厚度来决定注射深度,进针过浅会使药液进入皮内引起疼痛、出血,进针过深则使药液进入肌层,形成深部血肿,机化后造成硬结的发生。注射时要轻轻捏起腹壁皮肤,使之形成一皱褶,在皱褶最高点垂直进针,缓慢注射药液,垂直拔针,能够有效减少出血和疼痛的发生。拔针后用棉球轻轻按压 3~5min,规律轮换注射部位,可以降低硬结和皮下瘀斑的发生^[8]。我们采用气泡留置注射技术的目的是:药液注射完毕后使气泡填充一次性注射器内乳头和针头残留量,使药液全部注入体内得到充分利用,又避免了针尖上的药物对损伤组织的刺激,所以出血减少,疼痛减轻^[9]。每天给予患者氧气吸入,可增加血氧含量,改善主要脏器和胎盘的血供,提高胎儿的氧分压。通过对孕妇和胎儿的严密监护,及时发现不良反应和异常情况,适时终止妊娠,可以保障母儿的安全。低分子肝素联合硫酸镁治疗早发型重度子痫前期患者,配合精心的护理,优于传统的解痉治疗方案。低分子肝素有助于改善重度子痫前期患者的治疗效果且不增加药物的不良反应,安全有效。

参考文献

[1]乐杰. 妇产科学[M]. 6 版. 北京:人民卫生出版社,2004,97-100.
 [2]凌婉华,林建华. 早发型重度子痫前期治疗方案的选择[J]. 上海交通大学学报,医学版,2008,28(3),335-338.
 [3]徐永萍,刘立新,潘因,等. 低分子肝素治疗重度子痫前期患者效果的研究[J]. 现代妇产科进展,2006,15(1),54-56.
 [4]卢桂香,夏红. 重度子痫前期患者 86 例的护理[J]. 护理实践与研究,2009,6(6),50-51.
 [5]李荣增. 妊娠期高血压产妇的心理特性及心理干预[J]. 全科护理,2007,5(21),28-30.
 [6]邹敏,郑穗瑾,李秀艳. 低分子肝素治疗早发型重度子痫前期围生儿结局分析[J]. 中华妇幼临床医学杂志(电子版),2009,5(2):167-169.
 [7]李文玲,卢妙. 低分子肝素皮下注射后局部压迫时间与局部出血的关系[J]. 中国心血管杂志,2008,13(6):438.
 [8]朱幼凤,顾晴,宋书梅. 注射低分子肝素引起皮下出血原因的研究进展[J]. 中华现代护理杂志,2008,14(20):2234-2236.
 [9]张芳. 尤尼舒致局部皮下出血原因分析及对策[J]. 护理实践与研究,2007,4(1),58-59.