

【临床护理】

## 重度卵巢过度刺激综合征病人的护理

彭婉仪, 柯玩娜, 吴嘉齐

(中山市博爱医院 生殖中心, 广东 中山 528400)

**【摘要】**对15例在体外受精-胚胎移植(IVF-ET)周期中发生重度卵巢过度刺激综合征病人采取积极的治疗及护理措施, 结果15例病人均完全康复。提示加强心理护理、专科护理、做好健康教育是保证治疗成功的关键, 严密观察病情变化、加强人文关怀、做好随访指导至关重要。

**【关键词】**体外受精-胚胎移植; 卵巢过度刺激综合征; 护理

**【中图分类号】**R473.71 **【文献标识码】**A **【文章编号】**1008-9969(2006)01-0038-02

### Nursing Care of Patients with Severe Ovaria Hyperstimulation Syndrome

PENG Wan-yi, KE Wan-na, WU Jia-qi

(Center of Reproduction, Zhongshan Bo'ai Hospital, Zhongshan 528400, China)

**Abstract:** The authors reported their experience in actively treating and nursing 15 ovaria hyperstimulation syndrome (OHSS) patients in in vitro fertilization and embryo transfer (IVF-ET). As a result, all 15 patients recovered. They pointed out enhanced mental care, special care and health education were the key to success in treatment and that close observation of disease conditions, intensified humanistic concerns and instruction at follow-up were very important.

**Key words:** IVF-ET; OHSS; nursing care

体外受精-胚胎移植 (in vitro fertilization and embryo transfer, IVF-ET, 俗称试管婴儿) 过程控制超排卵方案中, 采用大剂量的外源性促性腺激素以募集较多的卵泡, 已是常规的手段之一<sup>[1]</sup>。如果卵巢对促性腺激素反应过度, 则可能发生外源性的卵巢过度刺激综合征 (ovaria hyperstimulation syndrome, OHSS)。OHSS是IVF-ET周期中常见的主要并发症。我院生殖中心2000年8月-2005年8月在IVF-ET周期中发生重度OHSS 15例, 通过采取积极的治疗及护理措施, 病人均完全康复。

#### 1 临床资料

1.1 一般资料 我院生殖中心2000年8月-2005年8月在IVF-ET周期中发生重度OHSS 15例, 年龄23~35(27.5±4.5)岁。发病时间2~8(6.0±3.3)d。病人均有大量腹水和少量胸水, 雌激素水平平均超过3 000 ng/ml, 卵巢直径均12 cm, 伴有轻度肝肾功能受损6例, 中度肝肾功能受损1例, 其余正常。经临床表现及实验室检查均确诊为OHSS。

1.2 治疗方案 (1)卧床休息, 严密监测。每天记录体质量、腹围及24 h出入水量, 监测电解质平衡、血球压积、肝肾功能及凝血状态, 必要时B超监测卵巢大小及形态, 避免妇科检查及增加腹压, 防止增大

之卵巢扭转或破裂。(2)补充白蛋白、血浆, 维持血浆胶体渗透压, 阻止血管内液体外渗。15例病人均于取卵日注射人白蛋白改善低蛋白血症。(3)出现OHSS时, 即放弃HCG黄体支持, 改用黄体酮, 有效防止OHSS的进一步恶化。(4)根据监测结果纠正电解质紊乱, 以扩容及改善微循环, 提高肾脏血供灌注量, 一般不使用利尿剂。(5)腹水严重者, 可经后穹窿穿刺行腹水引流减压, 以缓解腹胀及呼吸困难等症状, 并且可根据病情每隔3~5 d穿刺引流1次。本组有6例行腹水引流减压。(6)OHSS具有自限性, 可在门诊严密随访, 并给予一般对症治疗, 防止病情进一步发展, 而对少数自限性较差病人应住院治疗。本组中有4例病人住院, 均治愈出院。

1.3 治疗结果 经治疗, 15例病人中, 于本周期进行胚胎移植有13例, 将胚胎全部冷冻保存暂不移植有2例; 成功妊娠有10例, 其中3胎减胎术有4例, 胚胎停止发育有1例, 妊娠失败有3例, 成功分娩新生儿共14位。所有OHSS症状均于2周后逐渐消失, 病人全部治愈。

#### 2 护理

2.1 心理护理 重度OHSS来势凶猛, 病情重。15例病人均为不孕病人, 由于长期心理负担过重以及严重腹水或胸水、腹部胀痛、呼吸困难、恶心、呕吐、坐卧不安, 极度痛苦。同时病人由于缺乏OHSS的相关知识, 担心生命安全、对胎儿的影响以及治疗费用

[收稿日期] 2005-09-01

[作者简介] 彭婉仪(1962-), 女, 广东中山人, 大专学历, 副主任护师。

高等问题而产生焦虑、烦躁、恐惧心理,渴望得到心理支持。针对上述情况,护理人员及时采取相应的护理措施:(1)建立良好的护患关系,用恰当的语言、热忱的态度和耐心的解释影响病人的感受和认识,改变其心理状态与行为。(2)耐心向病人及家属讲解 OHSS 发病机制、基本病情变化,介绍治疗成功的病例,逐步消除其紧张、恐惧心理。(3)鼓励病人树立信心,以最佳心理状态配合治疗护理。(4)当病人主诉腹痛、胸闷时,注意分散或转移其注意力,轻抚病人的腹部,嘱其放松全身和腹部肌肉,教会病人慢节律深呼吸,协助病人变换体位。播放一些轻音乐增进病人的身心健康,提高认知交往能力,缓解精神痛苦<sup>[2]</sup>。

## 2.2 专科护理

2.2.1 观察腹围及体质量的变化 据临床症状及实验室检查将病情分为轻、中、重度。轻度表现为下腹不适,轻微下腹痛,胃纳差,雌激素( $E_2$ )水平 $<1\ 500\ \text{ng/ml}$ ,B 超测卵巢直径 $5\ \text{cm}$ ;中度有明显的下腹胀痛, $E_2$ 水平 $<3\ 000\ \text{ng/ml}$ ,B 超测卵巢直径 $5\sim 12\ \text{cm}$ ,体质量增加 $<3\ \text{kg}$ ,腹水 $<1\ 500\ \text{ml}$ ;重度者腹水明显增加,腹胀痛加剧,口渴、尿少、恶心、呕吐,甚至无法进食、疲乏、虚弱、冷汗、虚脱。由于大量腹水使膈肌升高或胸水致呼吸困难,不能平卧。B 超测卵巢直径 $7\sim 10\ \text{cm}$ ,体质量增加 $<4.5\ \text{kg}$ 。由于胸水和大量腹水导致心肺功能障碍,血液浓缩呈高凝状态,电解质失衡,肝肾功能受损等。本组 15 例腹围均明显增加,平均增加 $6\sim 12\ \text{cm}$ ;体质量增加最多者达 $6.2\ \text{kg}$ ,最少 $3\ \text{kg}$ ,平均增加 $4.6\ \text{kg}$ 。每天定时测量腹围及体质量,并详细记录,以动态了解腹水的情况。

2.2.2 准确记录 24 h 出入量 OHSS 病人毛细血管通透性增加,导致体液大量外渗、低血容量,继发肾灌注量减少,肾近曲小管对钠和水分重吸收增加,出现尿量减少,甚至无尿<sup>[3]</sup>。故应特别注意观察尿量,并保持尿量 $>500\ \text{ml}/24\ \text{h}$ 。严格控制水钠的摄入,每日补液量限制在 $1\ 000\ \text{ml}$ 以内。经上述处理后,13 例病人尿量增加至 $>800\ \text{ml}/24\ \text{h}$ 。

2.2.3 监测各项指标 测量雌激素水平、血尿常规、凝血功能、电解质、肝肾功能,1 次/2 d,必要时每天测量,为治疗提供可靠依据。

2.2.4 严密监测呼吸、循环功能 OHSS 发病时间一般在注射 HCG 后 $2\sim 8\ \text{d}$ ,由于大量体液外渗,导致有效循环血量减少,同时严重的腹水或胸水加重循环衰竭。严密观察脉搏、血压的变化,持续监测,以便及时发现并发症。本组 15 例由于治疗、护理及

时,均未发生并发症。

2.2.5 严格控制输液速度 OHSS 体液外渗期根据病情及时给予扩容治疗,以纠正低血容量及血液浓缩。常用白蛋白,扩容治疗时严格控制输液速度,以 $100\ \text{ml/h}$ 为宜,保持胶体渗透压及血容量,降低游离雌激素水平。

2.3 治疗性减胎术的护理 病人一旦确诊为多胎妊娠,及早考虑减胎术,采用 B 超介导下经阴道穿刺减胎术。本组有 4 例多胎妊娠,其中 3 例 3 胎妊娠,行减胎术分别减去 1 胎。

2.3.1 术前护理 (1)心理疏导。由于长期不受孕,盼子心切,病人及家属都不愿接受减胎术。耐心做好心理疏导、人文关怀护理(认知护理、情绪护理、行为护理)<sup>[4]</sup>,详细讲解减胎术的重要性,让其明白多胎妊娠的危害,使病人及家属能正确对待,积极配合手术。(2)术前用药。术前 $30\ \text{min}$ 给予鲁米那钠 $100\ \text{mg}$ 肌内注射。(3)无菌操作。用 $0.1\%$ 碘伏冲洗阴道及宫颈,严防感染。

2.3.2 术中配合 负压吸引器的压力维持在 $26.6\sim 53.2\ \text{kPa}$ 。压力过低胚胎组织不能吸出,压力过高易将邻近孕囊腔内的羊水抽出,引起腔内压力的改变,造成另一个胚胎流产。

2.3.3 术后护理 病人减胎术后必须卧床休息 3 d,严密观察阴道流血情况,遵医嘱给予抗菌药物、止血剂及保胎药。术后 $24\ \text{h}$ 复查 B 超确定减胎术的效果及宫腔内有无出血等。分别于术后 1 周、每月 1 次追踪至术后 3 个月,各项指标均正常为止。

2.4 加强健康宣教 嘱病人保持轻松愉快的心情,适当听音乐或看小说等,注意休息,避免劳累,谨防感冒。饮食宜高蛋白质、清淡、低盐食物。合理调配饮食,增加纤维素保持大便通畅,防止增加腹压。遵照医嘱准时使用保胎药。定时来院复查,了解胎儿生长发育情况。定期随访,配备专职护士负责随访,了解病人孕期情况,做好孕期指导。

### [参考文献]

- [1] 庄广伦.体外授精与胚胎移植研究进展[J].中山医科大学学报,1997,18(1):1.
- [2] 吴红艳.欢乐是最好的治疗[J].国外医学:护理学分册,2002,21(2):71.
- [3] 罗丽兰.不孕与不育[M].北京:人民卫生出版社,2000:227.
- [4] 黄明宜.结肠镜检查病人人文关怀护理的效果观察[J].南方护理学报,2005,12(1):27.

[本文编辑:方玉桂]