

※妇产科护理

13例妊娠合并大动脉炎产妇围产期护理

邵 倩,李 蕊

(北京协和医院 产科,北京 100730)

[摘要] 目的 总结13例妊娠合并大动脉炎产妇围产期护理体会。**方法** 产前护理要点:疾病活动性的早期发现与评估;预防及观察激素不良反应;头臂动脉型、胸-腹主动脉型、广泛型和肺动脉型疾病不同分型护理注意事项。产时护理要点:选择合适分娩方式;剖宫产时选择合适麻醉方式;手术过程监护要点。产后护理要点:早期识别及预防心力衰竭;识别与预防产后血栓发生;观察药物不良反应;兼顾母乳喂养与保证服药依从性的难点。**结果** 收治妊娠合并大动脉炎产妇13例,其中头臂动脉型1例,胸-腹主动脉型3例,广泛型8例,肺动脉型1例。最终13例产妇均顺利行剖宫产术,其中2例早产儿转入NICU,经治疗后结局良好,产后42d随访13例产妇及新生儿身体状况均良好。**结论** 对妊娠合并大动脉炎产妇,掌握围产期护理重点难点,并在临床相关科室的协作下更好地进行护理观察,能够保证良好的母婴结局。

[关键词] 妊娠; 大动脉炎; 围产期; 护理

[中图分类号] R473.72 **[文献标识码]** B **[DOI]** 10.16460/j.issn1008-9969.2019.06.060

大动脉炎(takayasu arteritis, TA)是指主动脉及其主要分支的慢性进行性非特异性疾病,主要好发于生育年龄妇女。病因迄今为止尚不明确,目前认为主要与感染引起的免疫损伤等因素有关,大动脉炎根据病变部位可分为4种类型:头臂动脉型、胸-腹主动脉型、广泛型和肺动脉型^[1]。综合几种类型,大动脉炎的临床表现主要为脉搏的减弱或消失(无脉症)、高血压和血管杂音。大动脉炎患者本身更容易发生高血压、心力衰竭等,而妊娠期的女性由于孕期血容量的增加,可进一步使血压升高。因此妊娠合并大动脉炎的孕妇产前发病率的发病率也随之升高。除此之外,大动脉炎累及肺动脉后还会出现胸痛、咯血以及肺动脉高压,由于合并症的发生,子宫动脉的血流随之减少,极易发生胎儿宫内窘迫、生长受限、早产甚至胎儿死亡^[2]。因此如何保证良好的母婴结局,需要风湿免疫科及产科的医护人员共同配合。现将我院收治13例妊娠合并大动脉炎产妇的护理体会报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 我院2010—2016年收治妊娠合并大动脉炎产妇13例。患者年龄22~34岁,平均30岁,其中经产妇4例,初产妇9例。13例产妇均在孕前即诊断为大动脉炎,大动脉炎患病时间2~15年,13例产妇孕期均在门诊接受定期产检。其中头臂动脉型1例,胸-腹主动脉型3例,广泛型8例,肺动脉型1例。8例患者在孕期服用糖皮质激素泼尼松

5~20 mg, 1次/d口服;5例患者血沉升高处于疾病活跃期;其中12例患者由于冠状动脉受累伴随心功能下降。

1.2 治疗方法 13例妊娠合并大动脉炎的产妇中,5例病情稳定孕前已停止服用激素,4例由于血压升高在孕前即服用降压药,拉贝洛尔50~150 mg, 3次/d口服。1例由于引产失败由自然分娩改为剖宫产,13例产妇均在腰硬联合麻醉下行剖宫产术。产后2例产妇在免疫科会诊建议下,于术后3d内予氢化可的松琥珀酸钠100~150 mg 每日1次静脉输注,之后改为口服泼尼松10 mg, 1次/d口服,其余6例产妇继续孕前用药,并定期在产科及免疫科随诊。

1.3 治疗转归 13例产妇中,2例产妇早产,其中1例由于胎儿生长受限于31⁺周行剖宫产,另1例由于心脏受累于35⁺周行剖宫产,2例新生儿均转入NICU;3例产妇产足月小样儿,儿科查体后评估身体状况良好;其余8例产妇无不良妊娠结局。1例产妇因冠状动脉受累心功能下降易出现活动后憋气,产后给予甲泼尼龙40 mg 肌内注射1次/d,治疗后病情稳定。产后42d随访,13例产妇及新生儿身体状况均良好。

2 产前护理重点难点

2.1 疾病活动性的早期发现与评估 大动脉炎在疾病活动初期首先会表现出一些全身性的症状,如发热、骨骼及肌肉酸痛^[3],继而出现局部症状如血压升高、下肢无力跛行、视物模糊等。因此护理人员在日常护理工作中要注意倾听孕产妇的主诉。本组5例产妇明确诊断处于疾病活动期,其余8例虽有5例病情较为平稳于孕前停止服用泼尼松,但这8例

[收稿日期] 2018-11-05

[作者简介] 邵倩(1994-),女,浙江金华人,本科学历,护师。

[通信作者] 李蕊(1972-),女,北京人,本科学历,副主任护师,护士长。

产妇均有不同程度的血压升高或其他相应症状,如1例产妇情绪激动时会伴随头晕,2例产妇存在手凉及手麻的症状。如何早期识别疾病是否转为活动性是护士需要掌握的一个难点。判断疾病是否处于活动期的依据主要包括^[4]:(1)观察孕产妇的全身症状,如有无疲劳、发热、肌肉酸痛和体质量减轻。这些全身性表现可能代表活动期炎症产生白细胞后的一种表现。(2)观察有无血管功能不全的症状,如视物不清、肢端发凉、四肢疼痛或跛行。(3)监测生命体征:遵医嘱每日测量孕产妇的双上肢及双下肢血压及脉搏,一旦出现血压难以测量、上肢血压 $>140/90$ mmHg(1 mmHg= 0.133 kPa)、上肢血压压差 >10 mmHg、双下肢血压小于或等于双上肢血压等情况时,及时通知医生。(4)解读实验室检查结果,红细胞沉降率和血清C反应蛋白是反映大动脉炎活动的重要指标,疾病活动期这2项指标可升高。少数患者在疾病活动期白细胞增高或血小板增高,也为炎症活动的一种反应^[1]。本组患者有1例出现血压升高2 d并伴有头痛,完善实验室检查患者红细胞沉降率 30 mm/h,血清C反应蛋白阴性,并且在调整泼尼松剂量后,红细胞沉降率并没有明显下降。经过免疫科、产科、麻醉科、儿科及ICU多学科会诊后,于38⁺周终止妊娠返病房。医护人员在这个过程中每日监测患者的生命体征,给予拉贝洛尔 50 mg口服,3次/d,结合患者的主诉并通过提高理论知识,学习红细胞沉降率及血清C反应蛋白这2项重要指标的结果解读,及时终止妊娠,保证了母婴的良好结局。

2.2 预防及观察激素不良反应 大动脉炎的治疗常见药物有糖皮质激素和免疫抑制剂,糖皮质激素是治疗大动脉炎的主要药物,免疫抑制剂联合糖皮质激素能增强药效,常用免疫抑制剂为环磷酰胺、氨甲喋呤等^[1]。因环磷酰胺与氨甲喋呤有致畸作用,妊娠期女性以最低有效剂量服用强的松居多^[5]。对妊娠期女性而言糖皮质激素带来较为严重的不良反应之一就是骨质疏松,本组5例产妇由于病情平稳孕前停用激素,8例产妇在孕期均服用泼尼松,其中3例产妇存在不同程度的牙齿松动,给予钙尔奇D口服。除骨质疏松之外,糖皮质激素也会带来一定的胃肠道反应,告知患者在饭后服药,按时服药。本组在服药过程中未发生胃肠道反应。

2.3 疾病不同分型护理要点

2.3.1 头臂动脉型 大动脉炎中头臂动脉型患者主要是颈动脉和椎动脉狭窄和闭塞^[6],血管病变均在颈总动脉、锁骨下动脉及无名动脉等主动脉弓的大

分支上,症状主要表现为上肢缺血及头面和脑部缺血。因此患者会存在视物模糊、头晕、一过性的晕厥甚至难以站立。本组产妇中存在1例头臂动脉型,该患者病情较为平稳,目前已停药5年,但仍会出现单眼间断视物不清,休息片刻后可缓解。此外,头臂动脉型患者由于存在脉搏减弱甚至消失的症状,因此如何监测患者的生命体征在护理工作中也是难点。当出现颈动脉、桡动脉脉搏消失或不易触及时,可选择其他适当部位(如足背动脉或股动脉)或改为测量心率。护士在患者住院整个过程中重点交班,做好孕产妇及家属的宣教工作,并且在日常工作中加强巡视,防止跌倒事件的发生。

2.3.2 胸-腹主动脉型 胸-腹主动脉型的患者会表现为心力衰竭及下肢供血不足,如行走后下肢酸麻无力及间歇性跛行,因血压的升高也会带来头晕、头痛,再加上孕产妇围生期行动不便,更易导致跌倒坠床的发生。此外,需警惕容易诱发心力衰竭的危险因素。维护病室环境的安静以保证患者能够得到充分休息,饮食推荐进食高热量、高蛋白质、高维生素、低盐低脂食物,每日记录患者液体出入量,必要时进行尿量的监测。本组3例胸-腹主动脉型产妇存在不同程度的头晕及头痛未有下肢无力的症状,入院时护士重点评估了患者发生视物不清及头晕的时间、频率及诱发因素,住院期间做好孕产妇及家属的宣教工作,医护人员在日常工作中加强巡视,了解孕产妇的需求,将其安排在离卫生间较近的地方,并且在孕产妇产下地活动期间尽量安排工作人员陪伴。

2.3.3 广泛型 广泛型大动脉炎患者具有上述2种类型的特征,属于多发病变^[6]。本组病例中,有6例均有血压升高的症状,大动脉炎累及肾动脉是患者高血压最常见的病因。此外,长期服用糖皮质激素也会带来高血压及动脉硬化,恶性高血压往往容易诱发子痫与先兆子痫^[7]。因此护士每日严格遵医嘱进行血压测量,当血压 $\geq 140/90$ mmHg时及时通知主管医生进行相应的处理,急救物品应完好备用,做好病房医护人员的抢救培训知识,以便随时抢救。对于血压过高产妇,必要时可采用药物降压治疗,硫酸镁是治疗妊娠期高血压疾病的首选药物。在患者使用硫酸镁期间,护理人员要重点观察药物不良反应,监测电解质的变化,预防镁中毒。此外护士在护理工作中及时倾听患者的主诉,保持病室的整洁安静,为孕产妇营造一个良好的休息环境。本组1例患者在口服拉贝洛尔早上 50 mg、中午 25 mg、晚上 25 mg的治疗下血压仍得不到有效控制,因此在口服降压药

的基础上加用硫酸镁静脉泵入后血压得到控制。

2.3.4 肺动脉型 肺动脉型大动脉炎累及肺动脉,可出现肺动脉高压。本组 1 例产妇为肺动脉型,表现为憋气、胸痛。护理过程中尽量鼓励产妇安静休息,当产妇发生憋气时,及时给予鼻导管吸入氧气,左侧卧位或抬高床头,指导调整呼吸,放松心情,做好医护配合。针对此类型产妇,护士在日常工作中需学会观察产妇的胎监情况,教会产妇自数胎动,以避免新生儿发生宫内窒息,该产妇在住院过程中憋气症状均得到了及时缓解。

3 产时护理重点难点

3.1 选择合适分娩方式 大动脉炎孕妇需在免疫科及产科的共同讨论下决定分娩方式。大动脉炎本身并不是剖宫产的指征,分娩方式主要取决于产科指征及患者的血压、并发症情况^[5]。对于无并发症或并发症症状较轻的患者可考虑经阴道分娩,然而在阴道分娩过程中需尽量缩短第 2 产程的时间以防止血压升高。并且在分娩过程中做好疼痛管理,以免疼痛刺激进一步引起患者血压升高。而对于并发症种类多以及并发症症状严重的患者,更适宜选择剖宫产终止妊娠。本组 1 例产妇由于病情较为稳定计划采取自然分娩,最终由于产程停滞转为剖宫产,其余 12 例产妇均需剖宫产。

3.2 选择合适麻醉方式 大动脉炎患者术中需尽量避免血流动力学的剧烈改变,而全身麻醉在插管及拔管时,动脉压升高,且脑血流难以检测,尤其在有颈动脉狭窄患者,颅内血管压力大,可能引起脑出血^[3]。本组所有患者最终均在腰硬联合麻醉下进行剖宫产术,麻醉及手术顺利。

3.3 手术过程监护 由于大动脉炎患者可能会出现上下肢血压不一致的情况,因此对于差异较大的患者在手术过程中需同时监测上下肢血压。在孙杰等^[8]病例报告中显示,对于四肢都无法测出血压并且预测血压急剧变化的患者,尽管有行程假性动脉瘤的风险,有创动脉内压力也是有必要的。本组 13 例妊娠合并大动脉炎产妇剖宫产术中血压均可测出并且变化平稳。

4 产后护理重点难点

4.1 早期识别及预防心力衰竭 由于大动脉压引起血管狭窄或闭塞,心脏外周血管阻力增大,因此部分患者会继发冠状动脉受累或主动脉受累后扩张引起主动脉瓣关闭不全,从而严重影响心脏功能。产后

72 h 是发生心力衰竭的高峰期。心力衰竭重在早发现、早诊断及早治疗,及时正确地识别早期症状,是预防心衰发作的关键^[9]。心力衰竭的早期表现为心功能正常者出现疲乏、运动耐力明显减低,继而出现劳力性呼吸困难及夜间阵发性呼吸困难^[10],此特征应与产后活动耐力下降进行区分,因此除了这几项特征之外,护士在护理过程中结合听诊判断肺底部是否存在干、湿啰音及哮鸣音,以及严密观察患者是否存在急性肺水肿的症状,如端坐呼吸、频繁咳嗽及咳粉红色泡沫痰,并且夜间加强巡视。本组 1 例心功能下降的产妇术后即刻给予沙袋加压及束腹带包裹转回普通病房,防止产后腹内压突然下降导致回心血量增加引发急性心力衰竭,术后持续 72 h 心电图监护,鼻导管低流量(1~2 L/min)吸氧,密切观察产妇的生命体征、意识状态及血氧饱和度。每日准确记录产妇 24 h 液体出入量并控制静脉输液速度,并将每天液体摄入量控制在 1 500 mL 左右以防止心脏负荷过重。因该产妇情况平稳,术后第 2 天在医生充分评估的情况下提前停止了心电图监护,使产妇能够得到良好休息及早期活动。

4.2 识别与预防产后血栓发生 产妇在产后血液本身处于高凝状态,再加上随着大动脉炎的疾病进展,动脉内形成肉芽组织并增生,可伴有血栓形成^[11]。术后鼓励产妇早期进行功能锻炼,观察四肢搏动情况,护士注意产妇的皮温,倾听产妇主诉有无肢体疼痛等症状。护士随即指导产妇进行早期的四肢功能锻炼,即使是在术后麻醉还没完全消退,一旦下肢感觉恢复即可指导产妇进行踝泵运动,包括屈伸和绕环 2 组动作,除此之外卧床期间鼓励产妇自主翻身,加强下肢活动。本组 2 例产妇存在脉搏减弱甚至无法触及的症状,而大动脉炎的患者本身存在四肢脉搏无法触及的症状,容易掩盖血栓的早期症状识别,因此护士在观察四肢搏动情况之外,每日测量患者下肢腿围。住院期间,这 2 例产妇虽脉搏搏动弱,但皮温正常,且腿围未发生明显变化。

4.3 观察药物不良反应 针对血压升高的产妇,遵医嘱给予降压措施。本组 2 例产妇在术后给予了硫酸镁降压,硫酸镁作为一种钙离子拮抗剂,在起到控制血压作用的同时,镁离子也能作用于子宫平滑肌细胞,拮抗钙离子,抑制宫缩,因此护士在护理工作中,更加密切地观察子宫收缩及出血的情况,加强宫体按摩,防止由于使用硫酸镁引起子宫收缩差而大出血。其中 1 例在使用硫酸镁的过程中出现潮热、呼吸加快,护士评估产妇的尿量、膝跳反射均属正常,

在医生充分评估产妇的血压控制情况后,将硫酸镁速度减慢后,产妇症状有所缓解且血压仍得到了控制。

4.4 兼顾母乳喂养与保证服药依从性的难点 妊娠期女性哺乳期间服用激素,如何兼顾母乳喂养与保证服药依从性是产后护理难点,医护人员在查阅文献并请免疫科医生会诊之后,给予了产妇相应的母乳喂养指导。2例产妇在术后3d须给予氢化可的松静脉输注,护士指导患者输注氢化可的松的3d内暂定母乳喂养,保持泌乳,停药24h后再进行母乳喂养以防止药物造成新生儿肾上腺功能减退。5例产妇产后在免疫科的指导下继续服用泼尼松,对于低剂量服用的患者,护士鼓励产妇积极母乳喂养,但当剂量较大时(>泼尼松20mg/d),应在服药后4h哺乳,以减少婴儿摄入量^[2]。因此在用药期间,医护人员给予产妇相应的知识宣教及母乳喂养指导,避免产妇由于担心服药对新生儿影响自行停药,导致服药依从性的降低。此外,1例产妇由于服用拉贝洛尔降压治疗,儿科建议回奶,给予溴隐亭2.5mg口服,1次/d,定时观察产妇乳房的一般情况,有无胀奶的情况及不适主诉,及时提供帮助,同时指导产妇禁止按摩或刺激乳房以避免刺激乳汁分泌。

[参 考 文 献]

- [1] 中华医学会风湿病学分会.大动脉炎诊断及治疗指南[J].中华风湿病学杂志,2011,15(2):119-120. DOI:10.3760/cma.j.issn.1007-7480.2011.02.013.
- [2] Hiroaki Tanaka, Kayo Tanaka, et al. Analysis of Pregnancies in Women with Takayasu Arteritis: Complication of Takaya-

su Arteritis Involving Obstetric or Cardiovascular Events[J]. J Obstet Gynaecol Res, 2014, 40(9):2031-2036.

- [3] 李蕾,孙晓媛,李斌.妊娠合并大动脉炎8例临床治疗体会[J].心肺血管病杂志,2014,33(1):34-37. DOI:10.3969/j.issn.1007-5062.2014.01.010.
- [4] 廖春丽,何悦,秦瑛.7例妊娠合并大动脉炎病人围生期护理[J].护理研究,2015,29(7B):2556-2558. DOI:10.3969/j.issn.1009-6493.2015.20.050.
- [5] 周希亚,高劲松,刘俊涛,等.妊娠合并大动脉炎的处理(附7例报告)[J].生殖医学杂志,2010,19(3):215-218. DOI:10.3969/j.issn.1004-3845.2010.03.016.
- [6] 张颖佳,李燕娜,蔡有芹,等.妊娠合并大动脉炎的临床分析[J].心肺血管病杂志,2016,35(8):613-617. DOI:10.3969/j.issn.1007-5062.2016.08.007.
- [7] 欧有良,周燕莉,魏红云.1例妊娠合并混合性结缔组织病患者的护理[J].护理学报,2012,19(23):46-47. DOI:10.3969/j.issn.1008-9969.2012.23.016.
- [8] 孙杰,曾鸿,王永清,等.合并大动脉炎产妇行剖宫产术的围术期管理[J].北京大学学报(医学版),2016,48(4):743-746. DOI:10.3969/j.issn.1671-167X.2016.04.035.
- [9] 华凤莲.重度子痫前期患者并发心力衰竭的早期识别与护理[J].护理学报,2009,16(2):55-56. DOI:10.3969/j.issn.1008-9969.2009.02.024.
- [10] 中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会.中国心力衰竭诊断和治疗指南2014[J].中华心血管病杂志,2014,42(2):98-122. DOI:10.3760/cma.j.issn.0253-3758.2014.02.004.
- [11] 刘洋,马玉芬,崔欣.3例大动脉炎患者妊娠晚期剖宫产术的护理[J].中华现代护理杂志,2009,15(29):2992-2994. DOI:10.3760/cma.j.issn.1674-2907.2009.29.008.
- [12] 赵云,张奉春.抗风湿药物对生育力、妊娠及哺乳的影响[J].中华临床免疫和变态反应杂志,2013,7(2):188-192. DOI:10.3969/j.issn.1004-3845.2010.03.016.

[本文编辑:谢文鸿]

【信 息】

《护理学报》对一稿两投问题的处理声明

为维护《护理学报》的声誉和广大读者的利益,现本刊对一稿两投问题的处理声明如下:(1)一稿两投论文一经证实,将择期在本刊刊出论文作者单位、姓名以及撤销该论文的通告;(2)对该作者今后以第一作者身份撰写的一切文稿,2年内拒绝在《护理学报》发表;(3)就此事件向作者所在单位和该领域的其他科技期刊进行通报;(4)经本刊编辑指导修改的论文,作者擅自再另投他刊发表,本刊将追究其著作权;并发函通报作者所在单位、或所属职称评审机构、或研究生毕业考核答辩院校,声明该论文不予承认。

《护理学报》编辑部