

重复异位妊娠 62 例临床分析

范惠英

(浙江省宁波市妇儿医院 宁波 315010)

摘要:目的:探讨重复异位妊娠与首次异位妊娠部位及治疗方法的关系。方法:对 62 例重复异位妊娠病例资料采用回顾性分析,比较 3 种方法(药物、剖腹保守、腹腔镜保守)治疗首次异位妊娠后再次异位妊娠情况。结果:3 组间经检验差异无显著性。结论:治疗方式和输卵管炎症是重复异位妊娠的主要危险因素,如何防治重复异位妊娠发生有待进一步研究。

关键词:重复异位妊娠;药物疗法;剖腹保守疗法;腹腔镜保守疗法

中图分类号:R 714.22

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2005)01- 0062-01

本文就我院近 3 年来收治的 62 例重复异位妊娠病例进行回顾性分析,旨在探讨首次异位妊娠保守治疗后再次异位妊娠情况。

1 临床资料

1.1 发病率 我院于 2001 年 1 月~2003 年 6 月共收治异位妊娠 1 920 例,其中 62 例为重复异位妊娠,占 3.22%;1 例为 4 次重复异位妊娠。

1.2 年龄及生育情况 最小年龄 17 岁,最大年龄 42 岁,平均年龄 28.5 岁;经产妇 13 例,其中 5 例宫内安置节育器;未产妇 49 例;流产次数 0~5 次,5 例病人有自然流产史,19 例有盆腔炎病史。

1.3 2 次异位妊娠间隔时间 间隔最短 5 个月,最长 8 年,平均 2 年半。<3 年者 42 例,发生率 67.7%,3~5 年者 15 例,>5 年者 5 例。

1.4 首次异位妊娠治疗情况 手术治疗 39 例,输卵管切除术 14 例,剖腹保守手术(包括输卵管开窗术和孕囊挤出术) 9 例,腹腔镜保守手术 16 例,药物治疗 18 例,记录不详 5 例。

1.5 重复异位妊娠临床特征 有停经史 49 例,腹痛 45 例,阴道出血 35 例,B 超示盆腔包块 31 例,血 β HCG 检查均可疑或有不同程度升高。

1.6 统计分析 Fisher's Exact Test, $P=0.261$, $P>0.05$,差异无显著性。

2 重复异位妊娠治疗结果

2.1 首次异位妊娠治疗方法与本次妊娠部位的关系 首次异位妊娠行输卵管切除 14 例,本次异位妊娠均发生于对侧,无发生于残端者。药物治疗后本次发生于原患侧 13 例,对侧 5 例;剖腹保守手术后本次发生于原患侧 6 例,对侧 3 例;腹腔镜保守手术后本次发生于原患侧 7 例,对侧 9 例:3 组间经检验差异无显著性 ($P>0.05$)。

2.2 本次异位妊娠药物治疗 25 例患者未生育且符合药物保守治疗条件而行 MTX 药物治疗。用 MTX 20mg/d,5d 为 1 个疗程或单次肌注 MTX 50mg/m²。25 例患者共 40 疗程,20 例成功,3 例失败改为手术治疗,期待疗法 2 例亦获成功。

2.3 本次异位妊娠手术治疗 无生育要求或不适合药物治疗者行手术治疗 40 例,其中输卵管切除术 19 例,腹腔镜保守手术 17 例,经腹保守手术 4 例。术中见盆腔内粘连者 24 例,占 60%。大多数为输卵管妊娠,流产型 24 例,破裂型 16 例。

3 讨论

重复异位妊娠是指首次异位妊娠经手术或保守治疗后,再次在子宫外的输卵管、卵巢或腹腔内妊娠者^[1]。国内曾有报道

发生率为 5.4%^[1],本文资料显示为 3.22%,低于报道。其原因与盆腔炎症性疾病、性传播性疾病、计划生育手术、未婚先孕、辅助生育技术等因素有关,而各因素中盆腔炎症占首要地位。本文显示盆腔炎 19 例,占 30.6%。40 例经手术治疗病人术中 24 例(占 60%)见有片状、膜状、条索状的不同程度粘连,国内文献报告重复异位妊娠行手术治疗时见盆腔粘连 61.67%^[1]。

有文献报告首次异位妊娠后约 1/3 患者存在再次异位妊娠之可能。其特点是首次异位妊娠经输卵管切除治疗后再次异位妊娠多发生在对侧输卵管,而保留输卵管手术后再次异位妊娠多发生在同侧输卵管^[2]。本文 14 例首次输卵管切除术后再次异位妊娠均发生在对侧,无发生于残端者,与文献报告相符。43 例保守治疗后 26 例(60.5%)发生同侧再次异位妊娠,也与文献相符^[3]。药物、剖腹保守或腹腔镜保守治疗均可能造成输卵管管腔瘢痕、狭窄、粘连,不致于产生比对侧更光滑或通畅的输卵管。为此,保守治疗后同侧异位妊娠发生率高。本组资料 3 种首次异位妊娠保守治疗(药物、剖腹保守、腹腔镜保守)术后再次异位妊娠情况基本相同,3 组间经检验差异无显著性。药物治疗有适应症且治疗时间长,但其优点为费用低避免手术之痛苦。剖腹手术费用低住院时间较短,但术后易粘连恢复慢。腹腔镜手术恢复快痛苦少,术后粘连少但费用大。因此,临床治疗上病人需要不同,采取不同治疗方法会有不同的结果,本文资料 3 组间无差异性。但这方面研究不多,且各医院手术、腔镜操作技术,熟练程度不同,会有不同的结果;有待大规模、大样本的临床研究。

重复异位妊娠的治疗原则与异位妊娠相同,对于生育愿望迫切者保守性治疗仍可采用,以腹腔镜手术为最佳。因为腹腔镜下切缘内凝止血可避免翻腹手术时缝扎止血引起缝扎部位输卵管管腔的狭窄,同时在相对封闭的腹腔内使用器械操作避免了腹内脏器长时间暴露及手套上遗留的滑石粉、纱布等对血管张力和组织的刺激与损伤,而且出血少,术后病率低,减少了输卵管周围粘连的发生,故更适合于重复异位妊娠者。但重复异位妊娠保守治疗的适应症应严格掌握。本文 1 例 4 次宫外孕就是没掌握好适应症引起的,第 1 次手术太轻率地切除一侧输卵管,而第 2 次开腹作输卵管开窗术,接着第 3 次药物保守,第 4 次切除患侧输卵管,导致惨痛的教训,给患者心理、生理上造成极大创伤。此类病人若术中见输卵管病变严重,不应勉强保守治疗,可通过体外授精或胚胎移植而获生育能力。

治疗方式和输卵管炎症是重复异位妊娠的主要危险因素,有必要通过大规模临床试验确立有效的(下转第 75 页)

● 临床护理 ●

重症抗精神失常药物中毒的抢救护理

李书爱 宋建华

(山东省乐陵市中医院 乐陵 253600)

关键词:抗精神失常药;药物中毒;抢救;护理

中图分类号:R 595.4

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2005)01-0075-01

抗精神失常药物中毒的主要表现为椎体束征阳性、肌张力增高、颈项强直、流涎、肌肉震颤、呼吸运动障碍、血压下降甚至休克、昏迷^[1]。常因呼吸衰竭、循环衰竭并发肺部感染而死亡。自 2002 年 5 月~2004 年 4 月我科收治 4 名重度抗精神失常药物中毒患者,通过积极抢救和合理的护理,患者均痊愈出院。现将护理体会介绍如下:

1 临床资料

本组病例中患者均为女性,口服奋乃静 100 片、氯氮平 50 片者 1 例,口服氯丙嗪 100 片者 1 例,口服氯氮平 50 片、阿普唑仑 50 片者 1 例,口服氯氮平 50 片、阿普唑仑 40 片、安坦 5 片者 1 例。呈昏迷状态者 4 例;2 例呼吸衰竭,1 例休克;有精神失常者 4 例。

2 急救措施

(1) 迅速清除未吸收的毒物,尽快通知医生,立即给予胃管清水洗胃,先洗后灌,每次灌入量不宜太多,一般在 300~500mL,以免引起胃过度扩张加速毒物吸收和呕吐引起呛咳而窒息。(2) 准备抢救物品和药品,维持呼吸功能,预防呼吸衰竭:抗精神失常药物中毒患者多流涎,口咽分泌物很多,且患者呈昏迷状态,神志不清,不能自行咳出,必须用吸引器及时吸出,以保证呼吸道通畅,并给予高流量氧气吸入。呼吸肌运动障碍者,行气管插管或气管切开,用呼吸机替代呼吸。按医嘱给予呼吸兴奋剂。(3) 迅速建立静脉通路:我们采取 2 个静脉通路输液以保证液体和药物的输入,休克患者按医嘱补充血容量,并给生脉针 60~100mL 静推或多巴胺 20~40mg 加入 5% GS 250mL 中静滴,以升压。另一通路给予尼可刹米 3 支加入 5%GS 250mL 持续滴入,每 3 小时 1 次。(4) 降颅压:重度抗精神失常药物有颅内压增高表现为颈项强直、头痛、呕吐,根据病情,给予 20%甘露醇快速静滴和速尿静推交替使用。(5) 导泻:抗精神失常药物中毒者的不良反应有便秘,一般采取 20%甘露醇 500mL 经胃管灌入或用大承气汤灌肠导泻加速毒物的排泄。(6) 促醒:我们采用纳络酮 0.8mg, iv 或 im, Q8h 至清醒。

3 护理

3.1 密切观察生命体征 观察呼吸、血压、瞳孔、脉搏、尿量

(上接第 62 页) 治疗方法,同时深入开展对输卵管炎症及其修复机理的临床及基础研究,以期找到有效的抗感染及输卵管复通措施,以减少重复异位妊娠发生。

参考文献

[1]林俊,石一复,黄夏娣.重复异位妊娠 72 例临床分析[J].中国实用妇科与产科杂志,1998,14(4):239

等,心电监护仪监护,并详细记录在危重病护理记录单上,及时发现休克、呼吸衰竭和颅内压增高的征象,及时处理,赢得抢救机会。

3.2 适当的体位 抗精神病药物中毒患者呈昏迷状态,且口咽分泌物较多,应采取平卧位,头偏向一侧,避免分泌物吸入气管和肺内引起吸入性肺炎或窒息死亡。休克患者采取去枕平卧,头偏向一侧。

3.3 保持呼吸道通畅 行气管插管者,应密切观察导管的通气情况,不断地用吸引器吸出口咽分泌物,以防堵塞气管导管。使用呼吸机替代呼吸者,设专人护理定时吸痰,严格呼吸道通畅管理。有颅内压增高者,病人往往出现呕吐,护士应及时清除口腔内容物,保证气管导管通畅。

3.4 观察输液情况 根据血压、中心静脉压、尿量等情况动态分析病情,调整输液的速度和量,纠正休克和电解质紊乱,按医嘱给予抗生素,预防肺感染,并给予 2%小苏打碱化尿液,加速毒物从肾脏排出。

3.5 心理护理 病人清醒后,做好心理护理,稳定病人的情绪,树立生活的信心,建立良好的护患关系,争取得到病人的信赖,使病人能够积极地配合治疗。精神失常的患者,心理较脆弱,应和其家庭取得合作,得到家庭的支持,给病人以心理支持,提高病人适应社会环境的能力,增强心理免疫力。

4 护理体会

4.1 妥善保管抗精神失常药物,定时、定量、按医嘱服用。在家服药治疗的患者,应由家人保管,避免误服或自杀。

4.2 抢救病人应及时、迅速,及早发现休克征象,保持呼吸道通畅,及时用吸引器吸出口咽分泌物,避免引起吸入性肺炎或窒息死亡。做到有效的紧急处理,娴熟的操作技术,有条不紊地配合医生抢救,是抢救成功的关键。

4.3 待病情稳定后,良好的心理护理、家庭关系的协调、社会的支持是很重要的。

参考文献

[1]王秀清.药理学[M].第 3 版.北京:人民卫生出版社,1995.74

(收稿日期:2004-06-23)

[2]华克勤,金福明,李斌,等.电视腹腔镜下保守治疗输卵管妊娠[J].中华妇产科杂志,1998,33(10):627

[3]吴国光,朱玲,刘颖.输卵管部分切除术后同侧异位妊娠 6 例临床分析[J].中国实用妇科与产科杂志,2002,18(5):315

(收稿日期:2004-07-26)