

· 综 述 ·

系统性红斑狼疮患者孕产期护理进展

李婷婷, 陈 艳

[摘要] 系统性红斑狼疮(SLE)是常见的多系统受累的结缔组织疾病,好发于育龄女性。系统性红斑狼疮患者孕产期的护理对于母婴安全至为重要,具有特殊性。文中综述 SLE 患者孕产期护理进展。

[关键词] 系统性红斑狼疮;孕产期;护理

[中图分类号] R593.24+1 [文献标志码] A doi:10.3969/j.issn.1672-271X.2016.04.023

系统性红斑狼疮(systemic lupus erythematosus, SLE)是自身免疫因素引起和参与的累及全身多系统的结缔组织病^[1],好发于 20~40 岁的育龄女性^[2],其发病机制、病情活动与雌激素密切相关。妊娠、分娩可加重 SLE 的病情严重程度,或导致孕期出现 SLE,对妊娠结局产生不良影响^[3]。随着风湿病学和产科诊疗、监护方法的发展,SLE 不属于妊娠的绝对禁忌证^[4]。因此,帮助患者选择适当的妊娠时机,加强孕前保健,在 SLE 患者合并妊娠期间、分娩及产后给予有效的诊疗和护理是保证母婴安全的关键因素。现将 SLE 患者孕产期护理进展综述如下。

1 孕前护理

1.1 妊娠指导 妊娠及分娩会导致 SLE 病情恶化,活动期患者受孕风险较高,据报道受孕使 SLE 病情严重程度增加率可达 10%~73%^[5]。即使是孕前病情控制稳定的患者孕期出现母婴并发症的发生率也会升高^[5]。缓解期和稳定期受孕的 SLE 患者的妊娠结局明显优于活动期患者^[6]。因此应明确告知育龄期 SLE 患者本人及家属妊娠及分娩对病情的影响,使患者和家属充分了解母亲、胎儿、新生儿可能出现的风险。如果没有生育计划,应正确避孕,避免非意愿妊娠。有研究表明对于疾病稳定期的 SLE 患者口服短效避孕药(oral contraceptive, OC)及含铜宫内避孕器(intrauterine device, IUD)均不会显著增加疾病活动性、血栓栓塞事件^[7]。医务人员应帮助 SLE 患者结合妇科检查情况选择适

当的避孕方式,避孕方式的选择是 SLE 患者到妇产科门诊就诊咨询的主要内容之一^[8],医护人员应对有生育计划的患者进行全面检查和评估。妊娠时机应考虑以下条件:病情缓解 6 个月及以上,强的松维持量小于 15 mg,无心、肺、肾、中枢神经等脏器损害,抗心磷脂抗体阴性,免疫功能检查指标在正常范围内^[9]。同时告知患者在妊娠后应密切随诊,需要风湿病科和产科医师共同管理以确保母婴安全。

1.2 一般护理 SLE 患者备孕期应注意劳逸结合,避免劳累。多食优质蛋白质、高维生素、低脂、低糖饮食,避免芹菜、香菇、烟熏食物。注意个人卫生,保持皮肤清洁干燥,忌碱性肥皂和化妆品,外出注意遮阳。指导患者在备孕期间口服叶酸。

2 孕期护理

2.1 心理护理 妊娠和分娩虽然是育龄女性的自然的生理过程,但生理的巨大变化合并原发疾病的发展和预后会使患者产生各种心理压力,甚至导致严重的心理疾患。有统计结果显示,合并 SLE 的孕妇产前焦虑发生率达 97.53%,抑郁发生率也高达 85.72%^[10]。而焦虑和抑郁可直接或间接干扰机体的免疫系统,甚至导致免疫应答功能紊乱而成为疾病复发的危险因素。因此,护理人员在孕期需重视心理护理。选择沟通能力强并且掌握 SLE 疾病治疗和预后经验的护理骨干,向患者介绍成功案例,缓解患者的悲观情绪,提高其心理应对能力,使患者配合治疗和护理。孕期还需对患者的丈夫、父母等家庭成员进行相关心理卫生宣教,使患者的家庭环境温馨和谐,充分发挥社会支持系统的良好作用^[11]。临床实践证明,丈夫及父母等家庭成员和医护人员的关心可明显改善孕产妇的心理状态,得到开朗愉快心情。

2.2 孕妇及胎儿监护 医护人员应加强对孕妇及

作者单位: 210002 江苏南京,南京军区南京总医院妇产科

通讯作者: 陈 艳, E-mail: 164395381@qq.com

引用格式: 李婷婷, 陈 艳. 系统性红斑狼疮患者孕产期护理进展[J]. 东南国防医药, 2016, 18(4): 411-414.

胎儿的监护,及时了解病情的进展和胎儿的发育情况^[12]。合并 SLE 的孕妇应按高危孕妇处理,建立随访卡,详细记录孕期孕妇及胎儿的监测情况。包括常规产检,监测血压、体重、宫高、腹围的变化,定期检查血、尿常规,24 h 尿蛋白定量、肝肾功能、心电图、血沉。应特别注意观察有无狼疮活动的表现,如面部红斑、关节痛、口腔溃疡及光过敏等。定期复查抗核抗体、抗 ds-DNA 抗体、抗心磷脂抗体、ENA 抗体谱及补体 C3、C4 等,以了解 SLE 病情活动及控制情况^[13-14]。SLE 孕妇的胎儿属高度危险儿,在妊娠期应定期对胎儿进行监护。电子胎心监护、B 超胎儿监护、脐动脉血流波形和胎盘功能测定都是很有效的胎儿监护手段。早期妊娠 10 周起测胎心率,中期妊娠每两周测胎心率,18~20 周 B 超检查胎儿大体有无畸形,并结合宫底高度、B 超监测胎儿生长;妊娠晚期,每周测量宫底高度或每 3~4 周 B 超监测胎儿生长^[15]。孕 30 周后每周 2 次进行无应激试验,孕 34 周后每周胎儿生物物理评分,必要时行胎儿心动图及超声心动图检查,明确有无胎儿心脏传导阻滞及心脏受损情况。护理人员需告知患者自测胎动的重要性并且教会其方法,3 次/d,每次 1 h 并详细记录,如果自觉胎动过多或过少应及时就诊。

2.3 提前终止妊娠后护理 妊娠期间如发生下列情况,需考虑终止妊娠:① 病情变化严重者无论孕周大小,为保证孕妇安全,应及时终止妊娠。包括出现严重并发症,如心内膜炎、心肌炎、心功能不全、广泛性肺间质炎合并呼吸功能衰竭、重度妊娠高血压病,伴有 SLE 肾病患者尿蛋白>5 g/24 h、血清肌酐>15 $\mu\text{mol/L}$ 经积极治疗无好转病情恶化者;② 免疫学检查,抗心磷脂抗体滴度升高,极低补体血症。胎儿已成熟而辅助检查示胎盘功能下降;③ 胎儿宫内缺氧表现或出现胎儿生长受限,经治疗未见好转;④ 妊娠晚期评分 7 分以上^[16]。终止妊娠术后卧床休息 2~4 周,预防感染为首要护理问题^[17],患者置于单人病房,限制探视,医护人员严格无菌操作。患者每日清洁外阴 2 次,勤换会阴垫,保持外阴清洁。穿纯棉吸汗衣裤,勤更换,保持皮肤清洁干燥。饮食应清淡富有营养,禁食增强光敏感作用的食物如无花果、芹菜、香菇。此类患者心理障碍明显,在终止妊娠后通常不能承受突然失去胎儿的打击,表现出不同程度的郁闷、悲观、烦躁情绪,对自己今后是否能够再次怀孕和生育存在严重疑虑和恐惧。护理人员在此时需特别加强心理护理,反复向患者解释可以通过自己的努力和药物控制病

情,SLE 病情与心理状况与相关。告知患者在疾病控制后仍有受孕的希望,使患者树立信心。

2.4 用药护理 肾上腺皮质激素是治疗 SLE 最主要的药物,是其他药物不可替代的^[18]。常用的醋酸泼尼松可以有效抑制异常免疫反应,不但有利于改善 SLE 的病情,而且可以减轻胎盘的免疫损伤,降低胎儿丢失的风险。泼尼松在美国药物和食品管理分类中属于 B 类药物,且胎儿暴露剂量仅为母体的 10%,对胎儿无不良影响,还具有促进肺成熟和治疗胎儿潜在性心肌炎的优点^[19]。药物的疗效及不良反应的发生与药物剂量、给药时间和药物用法密切相关,务必纠正患者不按时、按量服药的习惯,应加强护理人员及家属监管力度^[20]。患者服药的依从性是用药护理的关键,须消除患者及家属对激素的恐惧心理,详细解释激素的作用和长期激素治疗的积极意义以及私自停药或减药的危害。耐心解释激素的不良反应可以通过有效的方法预防避免,如服用保护胃黏膜药物和适当补充钙剂预防消化道溃疡和骨质疏松的发生。

2.5 饮食起居 妊娠期女性均应加强营养。对于合并 SLE 的孕妇在保证正常营养需要的前提下需规避饮食带来的风险。护理人员需告知患者饮食以高蛋白、低盐、低脂、清淡为主,避免食用生、冷、辛辣刺激、烟熏烧烤类食物,戒除烟酒,禁食菌类、豆芽、芹菜类,避免饮用浓茶、咖啡等兴奋性饮料。长期服用激素需补充钾、钙。每天保证充足的休息和适量的运动,环境温湿度适宜,空气流通。SLE 孕妇因长期服用免疫抑制剂,可能降低对某些病原微生物的抵抗力,应注意保暖,防感冒,加强个人卫生,少去公共场所,避免和患病人群接触。睡眠时可经常取左侧卧位,提高胎盘血流量。孕期穿着全棉宽松衣裤,忌用碱性肥皂和护肤品,宜用温水清洁,减少对皮肤的刺激。出门注意防晒,避免紫外线照射加重病情。

3 产时护理

3.1 顺产 产妇临产后,可由富有临床经验的助产士陪伴分娩,给予产妇生理、心理和情感上的支持。助产士需严密观察产程进展,观察生命体征和全程监测胎心,注意羊水的量、颜色和性状,准确记录并且及时上报异常情况。应用静脉留置针保持静脉通道,遵医嘱静脉补液和静脉滴注缩宫素,积极预防产后出血的发生。做好新生儿复苏准备,取脐带血检查相关自身抗体^[21]。

3.2 剖宫产 剖宫产前需做好充分的术前准备,

做好血常规、凝血功能、传染病、血型、肝功能检查,备新鲜血。需要足够的医护人员密切配合,做好新生儿的抢救和转运准备^[22]。

4 产后护理

4.1 预防产后出血 SLE 患者存在着凝血、抗凝、纤溶的不平衡,产后有出血倾向^[23]。产后 24 h 需密切观察患者生命体征、子宫收缩、阴道出血情况,注意宫底高度、硬度,阴道出血颜色、量和性状以及膀胱充盈的程度。阴道分娩的产妇产后指导排尿,告知其产后 4 h 内必须排空小便,以免充盈的膀胱影响正常子宫收缩造成产后出血。对于会阴侧切产妇,须观察伤口处有无渗血,询问产妇有无肛门坠胀感,防止阴道血肿形成。剖宫产术的产妇需去枕平卧 6 h,沙袋压迫伤口 6~8 h,实行心电监护,保持尿管通畅,观察尿液颜色、量和性状。观察宫缩和恶露以及腹部伤口渗血的情况。日常护理还需注意产妇产腔黏膜及牙龈有无出血,穿刺部位是否有渗血以及全身皮肤的状况。

4.2 预防感染 感染是引起 SLE 患者死亡的最主要原因,与低蛋白血症、血白细胞减少、低补体血症,长期使用肾上腺激素、免疫抑制剂和广谱抗生素,侵入性操作有关^[20]。同时产褥期体内激素水平的变化,大剂量皮质激素造成机体的免疫抑制状态又增加了感染的机会,产后必须严格预防感染。产妇应注意个人卫生,加强皮肤和外阴的清洁,护理人员加强基础护理,保持病室温湿度适宜、避免阳光直射、空气清新,定期消毒,每日更换床单位。指导产妇加强营养,饮食以高热量、高维生素、低盐、低脂为宜,保证充足的休息,避免劳累。每日早晚测量体温,如有体温升高需明确原因,鉴别产后体温升高是由于伤口吸收热、奶胀还是 SLE 病情活动的征兆,或是产后免疫力下降导致的感染,根据不同原因遵医嘱给予处理。注意口腔卫生,选择软毛牙刷,早晚刷牙,饭后漱口,防止口腔炎症。

4.3 回乳指导 由于服用的激素类药物可以通过乳汁分泌,因此不建议母乳喂养。产后,及时告知产妇不要母乳喂养的原因以取得产妇的配合,尽早指导产妇回乳,避免奶胀的痛苦和乳腺炎的发生。产后回奶时,减少汤水和催奶食物的入量。不用雌激素回乳,以免诱发 SLE 活动。可选择维生素 B6,具有抑制催乳素合成的作用,是产后回奶的常用药^[23],还可口服溴隐亭、大麦茶或者外敷芒硝等方法来帮助回乳。指导产妇回乳的同时需指导产妇正确进行人工喂养,讲解正确的方法和注意事项。

4.4 新生儿护理 新生儿娩出后立即抽脐带血检测自身抗体、免疫复合物等,以及时发现新生儿狼疮病例并治疗^[24]。新生儿注意保暖、合理喂养、防止肺炎、早产儿颅内出血等并发症。每天仔细观察新生儿全身皮肤情况,沐浴时清水清洁皮肤,避免碱性皂类,穿柔软的衣裤,因为新生儿狼疮最常见的表现是皮肤损伤,多为面部或头皮的环形或椭圆形红色脱屑斑块,可致心脏损害和血液系统疾病,如自身免疫性溶血性贫血、白细胞减少、血小板减少、肝脾肿大等^[25]。

4.5 出院宣教 给予患者产褥期饮食、休息的指导。交代患者产后 42 d 内禁止性生活和盆浴,有性生活后需正确避孕,避免非意愿妊娠或避孕方式不当诱发 SLE 病情反复。观察恶露颜色、性状和量的变化,有异常及时就诊。向患者详细解释出院后服药的时间、方法、注意事项,副作用观察的要点。告知患者产后需定期复查,及时了解病情的变化。

5 结 语

SLE 患者可出现全身多脏器受累,尤其是肾和心脏,妊娠又会加重这些脏器的负担,因此 SLE 患者妊娠存在很大的风险。而 SLE 常侵犯育龄期女性,所以 SLE 患者中很大部分人群会面临妊娠和分娩的问题。因此对 SLE 患者的监管,尤其是对有妊娠意愿的患病人群提前告知妊娠和 SLE 的关系,同时帮助选择恰当的妊娠时机尤为重要。在孕期、产时和产后给予严密的观察和有效的护理都是促进 SLE 孕产妇母婴安全的必要措施。

【参考文献】

- [1] 袁 伟. 系统性红斑狼疮血液学异常的临床分析[J]. 医药前沿, 2012, 2(18): 188-189.
- [2] 李 霖, 徐建华. 系统性红斑狼疮合并妊娠的研究进展[J]. 安徽医学, 2010, 38(5): 544-547.
- [3] 王大鹏, 梁梅英, 张晓红. 妊娠合并系统性红斑狼疮患者孕期并发症及妊娠结局的临床分析[J]. 中国妇产科临床杂志, 2010, 26(6): 426-429.
- [4] Moroni G, Ponticelli C. Pregnancy after lupus nephritis[J]. Lupus, 2005, 14(1): 89-94.
- [5] Hayslett JP. Maternal and fetal complication in pregnancy women with systemic lupus erythematosus[J]. Am J Kidney Dis, 1991, 17(8): 123-126.
- [6] 黄凤凤, 赵梅晶, 吴珠娜. 52 例妊娠合并系统性红斑狼疮孕期并发症及妊娠结局分析[J]. 华南国防医学杂志, 2013, 27(12): 928-929.
- [7] 张晓焕, 徐艳文. 系统性红斑狼疮女性患者的生殖健康管理[J]. 国际妇产科学杂志, 2013, 40(1): 35-39.
- [8] Culwell KR, Curtis KM, del Carmen Cravioto M. Safety of contraceptive method use among women with systemic lupus erythemato-

- (上接第 410 页)

- [21] Safe S, Abdelrahim M. Sp transcription factor family and its role in cancer[J]. Eur J Cancer, 2005, 41(16): 2438-2448.
 - [22] 李利义, 罗越, 周玲玲, 等. 胃癌组织中 LKB1 和 VEGF-C 的表达及其意义[J]. 医学研究杂志, 2015, 44(9): 81-84.
 - [23] 徐新宇, 夏雷莫, 莫伏根, 等. 肝激酶 B1 和 p53 在胃癌组织中的表达及其临床意义[J]. 肿瘤研究与临床, 2014, 26(7): 451-453.
 - [24] 孙俊杰. 肝激酶 B1(LKB1)mRNA 表达与胃癌预后的相关性研究[J]. 世界最新医学信息文摘, 2014, 14(35): 11-14.
 - [25] 沈赞, 吴晴, 岳麓, 等. 抑癌基因 LKB1 在乳腺癌组织中的表达及其临床意义[J]. 中华医学杂志, 2005, 85(1): 15-18.
 - [26] 庄志刚, 蒋蓓琦, 李正东, 等. LKB1 基因沉默对乳腺癌细胞生物学行为的影响[J]. 同济大学学报(医学版), 2010, 31(6): 11-12.
 - [27] 庄志刚, 狄根红, 侯意, 等. LKB1 基因与乳腺癌细胞侵袭性相关因子的研究[J]. 中华医学杂志, 2007, 87(2): 81-84.
 - [28] 庄志刚, 贺其志, 蒋蓓琦, 等. LKB1 基因在不同基因型乳腺癌中表达的意义[J]. 现代肿瘤医学, 2010, 18(12): 2363-2366.
 - [29] 张志强, 王梓瑛, 王晓舟, 等. LKB1 对胰腺癌细胞迁移侵袭及上皮间质转化的影响及机制研究[J]. 实用癌症杂志, 2016, 31(3): 362-365.
 - [30] Gu Y, Lin S, Li JL, et al. Altered LKB1/CREB-regulated transcription co-activator (CRTC) signaling axis promotes esophageal cancer cell migration and invasion[J]. Oncogene, 2012, 31(4): 469-479.
 - [31] 黄约翰, 何彬, 李鹏, 等. LKB1 在肝细胞癌中的表达及其对预后的影响[J]. 肝胆胰外科杂志, 2013, 25(6): 467-470.
- (收稿日期: 2016-06-12; 修回日期: 2016-06-24)
(本文编辑: 黄攸生)