

人工授精后双胞胎妊娠者发生急性脂肪肝并发多脏器功能障碍的抢救护理1例

李爽, 李春梅, 刘景院, 熊号峰, 张红宇, 向攀, 王丽文(首都医科大学附属北京地坛医院, 北京 100015)

妊娠急性脂肪肝(acute fatty liver of pregnancy, AFLP)是发生于妊娠晚期的特发性肝功能损伤, 临床罕见, 起病急、进展快、预后较差、母婴病死率高, 并发多脏器功能障碍(metadata object description schema, MODS)的患者病死率更高^[1]。国内外研究表明, 双胞胎妊娠患者发病率较单胎妊娠患者高, 而人工受精双胞胎妊娠患者在临床上亦较为常见。重症AFLP因急性肝衰竭导致MODS, 涉及心脏、脑、肾脏、肺及凝血功能等, 同时合并MODS的患者病死率高达60%以上^[2]。本科室于2013年1月收治人工授精双胞胎孕妇发生妊娠急性脂肪肝1例, 病情危重, 短期内出现急性肝衰竭、产后大出血、急性肾损伤、急性心肌损伤、急性肺出血等多种严重并发症。经过积极治疗及护理, 患者入住重症监护室(ICU)17天后转入普通病房, 现将护理体会报告如下。

1 病例资料

1.1 主诉 患者, 女性, 30岁, 因“停经35周, 纳差7天”以妊娠急性脂肪肝于2013年1月8日收入本院妇产科。

1.2 现病史 2012年5月21日患者于外院行体外受精试管婴儿, 2013年1月2日出现纳差、上腹部不适, 丙氨酸氨基转移酶(ALT) 725 U/L, 总胆红素(TBil) 87.73 $\mu\text{mol/L}$, 肌酐154.4 $\mu\text{mol/L}$, 凝血酶原活动度20%, 纤维蛋白原0.30 g/L, 白细胞(WBC) $20.33 \times 10^9/\text{L}$, D-二聚体0.89 mg/L, 超声提示轻度脂肪肝, 诊断为妊娠急性脂肪肝。

1.3 入院后诊疗经过 入院后立即在全身麻醉状态下行剖宫产术, 分娩两个男性活婴, 术中出血500 ml, 术后转入ICU。术后肌钙蛋白及CK-MB均升高, 总胆红素431 $\mu\text{mol/L}$, PTA 28.7%、纤维蛋白原14 mg/dl, 血小板(PLA) $16.4 \times 10^9/\text{L}$, 血红蛋白 62.2 g/L, 给予输注血浆、凝血酶原复合物、纤维蛋白原, 凝血功能无改善, 每日阴道出血200 ml。术后第3天患者出现精神症状, 术后第4天阴道出血约1600 ml, 紧急行子宫动脉栓塞术, 阴道出血停止。术后第6天高热、咯血痰, 昏迷, 监测 SpO_2 下降, 胸部X线片示肺水肿, 给予气管插管, 气道内可见大量血性泡沫样痰液; 给予镇静、正压通气和抗感染后氧合改善。因PTA、纤维蛋白原和肝功能均未改善, 于术后第7天行血浆置换; 当日晚间患者口腔、

鼻腔和气道内显著出血, 腹腔引流血性液体增多, 痔疮出血不止, 进行口腔和鼻腔局部处理, 痔疮缝扎, 给予止血治疗后, 活动性出血停止, 凝血指标显著改善。患者继续保肝、抗感染治疗。术后第13天患者神志转清, 肝功能好转, 拔除气管插管。2013年1月27日转入本院产科继续巩固治疗3周后痊愈出院。

1.4 既往史及个人史 患者既往体健, 否认肝炎、结核等传染病史及密切接触史, 无手术及外伤史, 无药物过敏史。生于重庆, 来京2年, 未到过疫区, 小学文化程度, 无职业, 无烟酒嗜好。

1.5 辅助检查 胎儿超声示宫内孕、双活胎; 孕周为35周+, 羊水适量。肝胆超声示脂肪肝, 双肾积水(轻度)。

2 护理

2.1 产后出血的观察与护理 AFLP的突出表现是肝脏功能受损、凝血严重障碍引起的出血^[3], 表现为多部位出血, 尤其是子宫、软产道和切口所致的产后大出血, 是导致死亡的常见原因。因此, 加强出血的观察、及时止血、纠正凝血功能障碍是抢救成功的关键。护理上应做好以下几点: ①密切观察子宫收缩及阴道出血的情况, 准确记录出血量及判断出血性质, 观察皮肤和黏膜, 警惕发生弥散性血管内凝血(DIC); ②重视对生命体征的监测, 早期发现血压、心率、尿量等血容量不足的早期改变, 及时发现不显性出血; ③促进子宫收缩以减少出血, 使用宫缩剂, 按摩子宫。针对出血原因备好抢救药物及器械, 配合医生进行必要的宫腔内填塞或手术治疗等; ④失血性休克会加重MODS的发展, 及时纠正休克, 改善缺氧状态。建立2条以上静脉通道或深静脉通路, 注意保护血管, 按压采血或注射部位时间相对延长, 以免出血不止或发生血肿。

2.2 肝性脑病的观察与护理 妊娠急性脂肪肝的肝功能变化迅速, 易出现重度黄疸和精神神经症状, 肝性脑病的出现是病情加重的重要标志。多数患者在产前就有轻度黄疸, 剖宫产后1周内黄疸迅速加重, 同时出现多语、睡眠紊乱、烦躁、谵妄等。注意观察患者意识的变化, 通过语言、性格、定向力和计算力等及早发现肝性脑病的前驱期症状。对已经出现肝性脑病的患者, 应严格控制蛋白摄入, 保持

大便通畅,减少血氨的来源,若血氨较高应及时给予乳果糖灌肠^[4]。尽量避免使用镇静、安眠药物,防止肝脏及脑的损害。已发生意识障碍者,应加强安全防护措施,必要时给予约束。应重视对气道保护能力的观察,通知医生适时进行气管插管,防止气道阻塞加重脑水肿和发生误吸。

2.3 人工肝的治疗与护理 人工肝支持是抢救肝衰竭的重要手段,可以清除体内有害物质,改善凝血功能,调整水及电解质平衡,减轻炎症反应,有利于肝细胞再生,最常用的方式是血浆置换和CRRT。护理中应注意以下几点:①患者体位得当,保持血液通路的通畅,如股静脉导管应保持下肢外展;②每次血浆置换前30分钟遵医嘱静脉推注5 mg地塞米松、20 mg法莫替丁,血浆置换速度为30~50 ml/min,每小时匀速泵入20 ml 10%葡萄糖酸钙^[5]。严密监测动脉压、静脉压、跨膜压值及波动范围,保持TMP在50 cm H₂O以下;③观察血压降低、恶心、呕吐、发冷、发热、皮疹等不良反应;④患者容易发生出血^[6],应尽量减少抗凝剂量或不使用体内抗凝。

2.4 机械通气支持与护理 ①注意镇静和镇痛:减少患者的无意识运动和痛苦,减少并发症的发生;②行呼吸机支持30分钟后检测血气分析,监测血氧饱和度和呼气末CO₂,保证有效的氧合和通气,每日2次血气分析;③合理安排吸痰:在保持气道通畅的情况下,尽量减少吸痰,动作应轻柔,减少及防止气道出血;④预防呼吸机相关性肺炎:患者采取半卧位,床头抬高30°~45°,每日3次氯己定口腔护理,彻底清洁口腔。注意严格执行手卫生规范;⑤气道湿化:定时给予雾化吸入,吸入管道气体的温度在35~37℃;⑥监测气管套囊压力,将气囊压力保持于25~30 cm H₂O,注意声门下吸引(清除气囊上分泌物);⑦每天进行评估,尽早拔管,减少有创机械通气时间。

2.5 心理护理 妊娠急性脂肪肝患者接受各种有创性操作,监护室实施隔离措施,又无家人陪同,有的因婴儿死亡、子宫全切等因素,容易发生产后精神异常,表现为紧张、焦虑、恐惧等,部分患者出现幻视、幻听、迫害妄想等精神异常^[7]。部分患者不得不终止妊娠,情绪低落,产生孤独、自卑心理,病情危重,且担心疾病预后,母婴分离。临床工作中正确评估患者的心理状况,给予鼓励安慰,介绍治疗成功的案例,同时嘱咐家属多鼓励患者,可将婴儿照片放置病房内,以便患者随时观看,必要时请家属陪伴,减轻心理压力,促进配合治疗。

3 讨论

AFLP属少见病,发病率约为1:15 000~1:10 000,初产妇和多胎妊娠较为多见^[8],多见于孕36周前后^[9],孕妇和胎儿的病死率高。患者可迅速出现多脏器功能障碍,及早诊治和及时终止妊娠是改善AFLP预后的关键^[10]。在重症AFLP的抢救中,笔者认为:①防治子宫出血是救治成功的关键,护理人员应掌握按压子宫的手法及了解子宫收缩状况,同时应准确记录阴道出血量及休克早期的识别;②必

须熟练肝衰竭相关治疗技术。重症AFLP的患者护理时,护士不仅掌握监护专业知识,还要掌握血浆置换、CRRT等人工肝支持技术,做好DIC、肝性脑病观察和护理;③重视代谢支持,熟练掌握血糖控制技术。患者肝糖原消耗,低血糖频发,要通过鼻饲或静脉保持含糖液体持续均匀补充^[11],严密监测血糖,将血糖控制在100~150 mg/dl。尽量避免予脂肪乳剂增加患者肝脏负担;④加强患者及家属的心理护理,帮助患者度过危险期。^[12-16]

参考文献

- [1] 张媛,樊尚荣.妊娠急性脂肪肝22例临床分析[J].中国妇幼保健,2004,19:45-47.
- [2] 汪雪玲,姜秀娟.12例急性妊娠脂肪肝患者的观察与护理[J].中华护理杂志,2008,43:330-332.
- [3] 伍桂芬.妊娠期急性脂肪肝研究进展[J].中外健康文摘,2011,8:434-435.
- [4] 郑修霞.妇产科护理学[M].北京:人民卫生出版社,2006:135.
- [5] 崔元涛,张鹏,彭民,等.妊娠期急性脂肪肝合并多脏器功能衰竭2例治疗[J].天津医科大学学报,2011,17:567-568.
- [6] 潘恬,程亚菲,王晓梅.血浆置换联合血液滤过治疗妊娠急性脂肪肝的护理[J].护士进修杂志,2008,23:251-252.
- [7] 刘琼,刘敏,江源源,等.1例妊娠急性脂肪肝合并多脏器功能不全综合征的抢救及护理[J].护理研究,2012,26:478-479.
- [8] Joshi D, James A, Quaglia A, et al. Liver disease in pregnancy[J]. Lancet,2010,375:594-605.
- [9] Mellouli MM, Amara FB, Maghrebi H, et al. Acute fatty liver of pregnancy over a 10-year period at a Tunisian tertiary care center[J]. Int J Gynecol Obstet,2012,117:88-89.
- [10] Lau HH, Chen YY, Huang JP, et al. Acute fatty liver of pregnancy in a Taiwanese tertiary care center: a retrospective review[J]. Taiwan J Obstet Gynecol,2010,49:156-159.
- [11] Barber MA, Eguiluz I, Martin A, et al. Acute fatty liver of pregnancy: analysis of five consecutive cases from a tertiary centre[J]. J Obstet Gynaecol,2010,30:241-243.
- [12] Lee NM, Brady CW. Liver disease in pregnancy[J]. World J Gastroenterol,2009,15:897-906.
- [13] 韩宁,孟凌新.妊娠急性脂肪肝的临床治疗研究[J].中国医科大学学报,2003,32:565-566.
- [14] Wei Q, Zhang L, Liu X. Clinical diagnosis and treatment of acute fatty liver of pregnancy: a literature review and 11 new cases[J]. J Obstet Gynaecol Res,2010,36:751-756.
- [15] Dekker RR, Schutte JM, Stekelburg J, et al. Maternal mortality and severe maternal morbidity from acute fatty liver of pregnancy in the Netherlands[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol,2011,157:27-31.
- [16] 刘丽霞.16例妊娠急性脂肪肝临床析[J].中国当代医药,2011,18:36-38.

收稿日期:2013-03-11