

妊娠急性脂肪肝多脏器衰竭并发耐甲氧西林金黄色葡萄球菌感染护理1例

王晓娟, 李静 (首都医科大学附属北京地坛医院 妇科, 北京 100015)

妊娠急性脂肪肝 (acute fatty liver of pregnancy, AFLP) 是发生于妊娠晚期特有的致命性少见疾病, 初产妇、妊娠期高血压疾病、双胎妊娠、单胎男胎为AFLP高危因素^[1]。AFLP因急性肝衰竭导致多器官功能衰竭, 同时合并多脏器功能衰竭的母婴病死率可高达85%以上^[2], 其可能与妊娠后期母体激素、环境、免疫异常, 蛋白、脂质代谢障碍及胎儿等多方面因素相关^[3]。研究^[4]认为, 胎儿线粒体长链3-羟酰基-辅酶A脱氢酶缺陷可致母亲发生AFLP。肝组织活检病理是AFLP确诊的惟一方法^[5]。因此该疾病一经确诊或高度怀疑, 均应紧急终止妊娠^[6]。2013年2月本院收治1例AFLP并发多器官功能衰竭及耐甲氧西林金黄色葡萄球菌 (methicillin-resistant staphylococcus aureus, MRSA) 感染的患者, 经过积极的治疗和护理, 患者康复出院。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, 血压升高3天”于2013年1月8日收入院

1.2 现病史 患者平素月经不规律, 7天/40~60天, 末次月经: 2012年5月6日, 2012年5月21日于妇产医院行体外受孕与胚胎移植术, 术后黄体酮20 mg, 每日1次, 肌肉注射8周, 口服保胎灵治疗12周。预产期: 2013年2月13日。停经后40天⁺出现早孕反应, 孕早期无腹痛、阴道流血, 无发热、皮疹及用药, 无放射性物质接触史。停经12周⁺自觉胎动。患者孕13周⁺在军区总医院产科建档并正规孕期检查, 孕期末行羊水穿刺染色体检查, 孕23周口服75 g葡萄糖耐量试验 (oral glucose tolerance test, OGTT) 正常。7天前纳差, 上腹部不适, 无恶心、呕吐, 无全身乏力, 无治疗, 于3天前门诊产检发现高血压, 140/100 mm Hg, 尿蛋白阴性, 双下肢水肿 (+), 无头晕、眼花等不适, 于1月7日产检血压130/90 mm Hg, 无腹痛及阴道流水, 以“子痫前期轻度”入军区总医院, 给予硫酸镁20 g静脉输注, 化验检查凝血功能障碍, 凝血酶原时间测定34.0秒, 凝血酶原活动度20%, 纤维蛋白原定量0.30 g/L, 活化部分PT 57.7秒, 肌酐154.4 μmol/L, ALT 745 U/L, 考虑妊娠期急性脂肪肝, 急诊转入本院。

1.3 入院后诊疗经过 入院后查体示体温36.5 °C, 脉搏80次/分, 呼吸20次/分, 血压130/80 mm Hg。患者神志清楚, 精神尚可, 正常面容, 全身皮肤黏膜无黄染, 肝掌 (-), 蜘蛛痣 (-), 全身浅表淋巴结未触及肿大, 双侧巩膜无黄染, 口唇无发绀, 甲状腺无肿大, 无触痛, 质软, 听诊未闻及血管杂音。听诊: 双肺呼吸音清, 未闻及干、湿啰音, 心率80次/分, 律齐, 各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹软, 无压痛及反跳痛, 肝、脾肋下未触及, 肝区叩痛阴性, 移动性浊音阴性。双下肢水肿 (+)。外阴发育正常, 毛发无脱落, 无赘生物, 子宫: 宫高45 mm, 腹围119 mm, 胎心140次/分。入院后检测: 白细胞 $14 \times 10^9/L$, 血红蛋白102 g/L, PT 21.9秒, PTA 34%, 纤维蛋白原14 mg/dl, ALT 633 U/L, AST 728 U/L。考虑妊娠急性脂肪肝, 给予纤维蛋白原、凝血酶原复合物静点后行急诊剖宫产, 手术顺利, 术中出血600 ml。术后入ICU进行监护。1月11日8: 00至10: 00, 患者阴道出血量在600 ml, 为新鲜不凝血。急性子宫超声, 提示宫腔内有少量积液, 腹腔未见明显积液。因患者阴道出血不止, Hb下降行子宫动脉栓塞治疗, 过程顺利。1月13日患者发热, 监测血象及PCT进行性升高。患者血氧下降, 胸部X线片示两肺纹理增多, 两肺野透过度减低, 可见大片状模糊影。提示: ①肺水肿? ②两肺炎症: 检测血气分析提示氧分压为88 mm Hg, 计算氧合指数约为110, 存在急性呼吸窘迫综合征 (acute respiratory distress syndrome, ARDS)。由于患者神志情况呈进行性恶化, 立即行气管插管及呼吸机支持。介入术后产道出血减少, 但发生口腔、肺部、腹腔出血, PLT下降, 故考虑弥散性血管内凝血 (disseminated intravascular coagulation, DIC)、心功能不全存在。患者行替代治疗, 纤维蛋白原计划补充至150 mg/dl; ③肝功能问题: 患者处于肝衰阶段, 黄疸继续升高, 神志障碍, 故当日再次行替代治疗和行血浆置换治疗 (血浆置换是将患者的血液经血泵引出, 经过血浆分离器分离血浆和细胞成分, 弃去血浆, 把细胞成分及所需补充的白蛋白、新鲜血浆及平衡液等输回体内, 达到清除致病物质的目的^[7])。经呼吸机支持及保肝治疗, 肺部炎症吸收, 肝功能好转。1月19日, 患者伤口拆线但尚未愈合, 给予每日换药。1月21日, 患者神志完全清楚, 能进行正常交流, 于8: 30拔除气管插管。计算比阿培南已应用7天,

去甲万古霉素应用9天,血常规正常,胸部X线片正常,将抗菌素全部停用。患者皮肤巩膜重度黄染,持续鼻导管吸氧。1月22日化验血象正常,凝血酶原活动度正常,肝衰竭好转,痰培养MRSA(+)。1月24日,患者由ICU转至隔离病房继续行伤口换药、保肝治疗。1月25日,患者全身出现斑丘疹,伴瘙痒,考虑药物性皮炎,给予抗过敏治疗。1月28日,患者出现体温升高,咽部不适,给予对症处理。2月17日,患者病情平稳,伤口无异常分泌物,痰培养和伤口分泌物培养MRSA(-),患者要求出院,继续门诊换药。3月14日,门诊复查肝功能、凝血、电解质、均正常,伤口愈合好。

1.4 既往史 患者既往体健,无肝炎、结核等传染病史及密切接触史,无手术史、外伤史,无药物过敏史。

1.5 辅助检查 血常规:WBC $14 \times 10^9/L$, Hb 102 g/L, 血小板计数 $169 \times 10^9/L$ 。凝血功能:PT 21.9秒,PTA 34%,纤维蛋白原14 mg/dl。肝功能:ALT 633 U/L,AST 728 U/L, TBil 78 $\mu\text{mol/L}$, DBil 68 $\mu\text{mol/L}$,电解质基本正常。肾功能:尿酸643 $\mu\text{mol/L}$ 。患者胎儿超声示宫内孕,双活胎,胎儿1臀围、胎儿2头位,超声孕周为35周⁺,羊水适量。肝胆超声示脂肪肝,双肾积水(轻度)。

2 讨论

2.1 治疗护理

2.1.1 护士及时正确执行医嘱与医生及时有力的救治同等重要 患者从入院至出院整个治疗与护理过程紧密衔接。患者入院后因病情变化快,需要及时调整用药,护士及时准确的执行医嘱对抢救成功至关重要。

(1)用药护理:根据病情发展的不同阶段遵医嘱及时准确合理用药。产前患者凝血功能障碍,需及时补充凝血因子及纤维蛋白原;术后患者发生产后出血至DIC,需要补充红细胞悬液、血小板、血浆;呼吸衰竭行气管插管;肝肾衰竭行血液净化;MRSA感染行抗菌药物治疗。要求护士在执行医嘱时必须严格遵守血制品及药品的查对制度,掌握药品的配伍禁忌,保证用血与用药安全。

(2)输液管理:患者用药种类多且复杂,应根据药物性质与配伍禁忌合理安排输液顺序,输液过程中注意静脉的保护,输液过程中准确记录患者的出入量,避免肺水肿的发生。患者需输较多的血液制品,注意有无输血反应及血钾的变化,高血钾可引起心脏停搏^[8]。

(3)导管护理:各种管路标识清楚,固定妥善,做好管路的护理,预防脱管,保持管路清洁。腹腔引流管、气管插管、胃管、留置尿管、深静脉置管保持通畅。

2.2 观察护理

2.2.1 密切观察胎心情况 AFLP直接威胁胎儿的生命,在疾病早期阶段即可引起胎儿宫内窘迫甚至宫内猝死。产前应做好胎儿的监测,患者入院后凝血功能障碍,需补充凝血酶原及纤维蛋白原后手术,医护人员在此期间严密监测胎心情况,每小时测1次胎心,嘱患者注意胎动情况。

2.2.2 密切观察患者的病情变化及做好并发症的护理

(1)DIC的观察与护理:护士应观察患者的出血情况,

准确记录出血的部位、性质和量。观察阴道出血的量及性质,每次更换隔离垫均需称重,准确记录出血的量,每日会阴冲洗3次,保证会阴清洁,预防感染。观察腹部伤口渗血情况,配合医生腹部伤口换药。观察患者鼻腔及口腔的出血情况,做好口腔护理。观察皮肤黏膜有无出血及淤血情况、观察深静脉置管处有无渗血。每次穿刺拔针后要延长按压时间,以免发生出血及血肿。观察腹腔引流液的性质和量并准确记录。准确记录患者出入量,观察患者有无呼吸循环功能障碍及重要脏器是否受损,并及时记录,根据医嘱做好药物护理。

(2)子宫动脉栓塞术后的观察与护理:患者因产后出血行子宫动脉栓塞术,护士应做好患者介入术后的护理包括体位可取仰卧位,抬高头部。动脉穿刺侧下肢伸直并制动12小时,以利于血管穿刺点收缩闭合,保持血流通畅,防止血栓形成。做好穿刺部位的观察及护理穿刺点压迫后加压包扎,密切观察穿刺部位有无渗血,出血及皮下血肿形成。如有渗血及时更换敷料,保持穿刺部位敷料干燥,防止感染。观察有无血栓形成的症状与体征。密切观察足背动脉搏动是否减弱或消失,穿刺侧下肢皮肤色泽是否苍白及温度是否下降,毛细血管充盈时间是否延长,穿刺侧下肢有无疼痛和感觉障碍,并做好观察记录。

(3)ARDS及呼吸机支持治疗的观察与护理:ARDS及呼吸机支持治疗的患者应密切监测患者的生命体征、血氧饱和度及意识状态,观察呼吸困难和缺氧情况的变化,发现异常及时上报医生,妥善处理,为抢救赢得时间。呼吸机支持治疗的患者应保持管路通畅,防止管道扭曲、受压、及时吸痰,并观察痰液的颜色、量及性状并及时记录;应注意无菌操作,预防感染;应妥善固定气管插管,防止意外脱管;应严密观察呼吸机各项设置是否恰当,呼吸机是否正常运转等并观察机械通气的效果,遵医嘱及时给药及标本送检。

(4)肝、肾功能衰竭:肝性脑病是AFLP常见并发症。由于肝功能异常,血氨清除能力下降致血氨升高,约60% AFLP患者发生肝性脑病^[9]。AFLP极易诱发肝肾综合征而引起肾衰竭^[10]。观察患者的神志情况、皮肤黏膜的黄疸情况、腹水的量及性质、尿液的颜色和量及有无发热、恶心、呕吐、头痛、头晕、烦躁、乏力、嗜睡以及昏迷等症状的发生。根据医嘱行血浆置换,并按规定做好血浆置换术前术中术后的护理,积极改善肝肾功能,做好对症护理。

2.3 心理护理 倾听患者诉说、支持鼓励患者、做好患者的解释与指导工作。患者起病急、病情发展迅速、病情危重、有创操作多、恢复期较长、伤口愈合慢、费用较多、术后因MRSA感染,实施隔离措施的孕妇会产生孤独、自卑心理^[11]。担心疾病预后,母婴分离,患者表现异常恐惧与焦虑。医护人员及时与家属沟通,获得家属的支持为患者带来孩子的照片,并告诉患者母婴分离是暂时的,家中的婴儿以后仍需要患者的照顾^[12]。责任护士与患者建立良好护患关系,在任何治疗和操作前均耐心向患者解释操作的方法和目的,取得患者的配合;经常向患者讲述成功的病历,

以增加患者的信心。患者恢复期因伤口愈合慢而着急,护士在换药时为患者伤口照相,每周1次让患者亲眼见证伤口愈合的过程,以增加患者的信心且效果明显。

2.4 基础护理 患者因抵抗力弱,并发生MRSA感染,将其安排在单人隔离病房。嘱患者卧床休息并在床边床上床挡板,避免患者发生坠床。

2.4.1 发热的护理 患者病情危重发热时正确使用冰毯持续降温,恢复期发热时使用温水擦浴加药物降温。指导患者进食高热量高维生素饮食,每日做口腔护理2次。

2.4.2 皮肤护理 患者因水肿易引起破损,应患者床单位保持清洁,每日更换床单必要时及时更换,保持床单平整。定期翻身,防止褥疮的发生^[13],每日及时更换清洁衣物,保持患者皮肤清洁干燥。避免皮肤破损。嘱患者穿着宽松棉质衣服,做好对症护理。

2.5 感染的预防与控制

2.5.1 密切观察患者病情变化,感染是危及患者生命的一个主要因素,选择对肝脏无损害的抗生素;密切监测患者的生命体征的变化^[14];注意感染的早期症状,及早诊断治疗。

2.5.2 做好MRSA感染的隔离措施并防止院内交叉感染。MRSA传播主要通过接触传播,在护理中要做到隔离传染源、切断传染途径、保护易感人群。将患者安置在隔离病房,内外走廊门上贴明显标识。获得家属配合,由固定家属陪伴并穿隔离衣,指导患者及其家属正确洗手方法。专人护理并集中操作,严格实施消毒隔离措施。护士进入病房前穿隔离衣带手套,护理及操作后离开病房前及时脱去手套和隔离衣放入黄色垃圾袋中,洗手,防止院内交叉感染。仪器设备用后清洁,消毒备用,尽量选用一次性用品。血压计,听诊器,体温表专人专用,使用后及时用(500 mg/L含氯消毒剂)擦拭消毒,室内每日紫外下照射2次,每次20分钟。地面墩布固定专用,每日用5%的84消毒液清洁。患者的病服或被服,单独用双层黄色垃圾袋装好,做好标识送洗衣房清洁消毒。送检标本装入密闭容器送检。生活垃圾及医疗废物放入双层黄色垃圾袋中,贴好标识由密闭容器运送。患者临床症状好转或治愈,或连续两次培养阴性(每次间隔>24小时)方可解除隔离。并根据医嘱合理使用抗生素

2.6 健康教育 做好健康教育,如告知患者有规律地做好产前检查、接受孕期保健知识培训也不容忽视^[15]。入院时向患者介绍AFLP的疾病特点及观察要点,介绍治疗、用药及护理的重点,指导患者自数胎动,减少患者的焦虑与恐惧,使患者配合治疗;患者产后临床症状数周逐渐消失,但各脏器组织病理学上改变约需数月才能恢复,产后仍需支持疗法并且密切观察^[16]。给予患者详细的出院指导,包括指导用药,定期伤口换药,定时检测血常规、电解质及肝功能至指标正常。

综上所述,AFLP是妊娠期特发疾病,起病急,病情

重,进展迅速,迄今为止,鲜有产前恢复的报道,诊断不及时可危及母胎生命^[17]。本病例治疗和护理的首要目标是对母体做出评价并尽量使母胎结局良好^[18]。高质量的观察和全面细致的护理,对早期发现和预防AFLP的并发症、降低病死率至关重要^[19]。同时,护士应密切观察病情变化,配合医生,及早诊断、及早治疗。此外,及早分娩,尤其在必要时实施剖宫产手术对治愈患者至关重要。产后临床症状数周可逐渐消失。但各脏器病变约数月才能恢复,故仍继续卧床休息,产后不宜哺乳,对症治疗。营养支持,定期检查^[20]。

参考文献

- [1] Siemens FC, Visser W, MetBelaar HJ, et al. The pregnant patient with acute liver disease[J]. Ned Tijdschr Geneesk,2002,146:1433-1437.
- [2] 范建高,曾民德. 脂肪肝[M]. 上海:上海医科大学出版社,2000:151.
- [3] 薛春,华绍芳,郭尚宏,等. 产科危重症多器官功能障碍综合征的急救与围产结局分析[J]. 中国危重病急救医学,2007,19:629.
- [4] Sandoval L, Wainstein A, Ribalta J, et al. Acute fatty liver of pregnancy: a clinical study of 12 episodes in 11 patients[J]. Gut,1994,35:101-106
- [5] 杨孜. 妊娠急性脂肪肝的诊断和处理[J]. 中国医刊,2003,38:12-13.
- [6] 高凤丽,刘雪琴. 最新实用内科危重症监护[M]. 北京:人民卫生出版社,2010:355-359.
- [7] 傅爱萍. 妊娠期急性脂肪肝的护理[J]. 中国临床保健杂志,2011,14:320-321.
- [8] 闫婕,杨慧霞. 妊娠期急性脂肪肝研究进展[J]. 中华围产医学杂志,2007,10:350-353.
- [9] 李艳华. 4例妊娠期急性脂肪肝的护理体会[J]. 临床护理杂志,2005,4:31,61.
- [10] 何仲. 妇产科护理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2000:3.
- [11] 郑鹭霞,曾金秋. 1例妊娠合并急性脂肪肝术后及并发症的护理[J]. 中国当代医药,2011,18:125-126.
- [12] 彭群英. 妊娠期急性脂肪肝的护理体会[J]. 中国现代药物应用,2012,6:119-120.
- [13] 罗红霞. 妊娠急性脂肪肝的护理体会[C]. 病毒性肝炎慢性化、重症化基础与临床研究进展学术会议论文汇编,2009:300-302.
- [14] 符琴,朱文婷,钱蓓蓓. 妊娠期急性脂肪肝行剖宫产手术6例围术期护理[J]. 齐鲁护理杂志,2012,18:28-30.
- [15] 常青. 妊娠期急性脂肪肝的诊断和治疗[J]. 实用妇产科杂志,2010,26:252-253.
- [16] 王敬. 妊娠期急性脂肪肝研究进展[J]. 实用妇产科杂志,2012,26:192-195.
- [17] 符琴,朱文婷,钱蓓蓓. 妊娠期急性脂肪肝行剖宫产手术6例围术期护理[J]. 齐鲁护理杂志,2012,18:28-30.
- [18] 赵静彩. 妊娠急性脂肪肝并发症的观察与护理[J]. 临床误诊误治,2010,23:41-42.
- [19] 王玲. 妊娠急性脂肪肝的护理[J]. 实用医药杂志,2010,27:232-233.

收稿日期:2013-04-01