

宫内宫外同时妊娠 1 例报告

· 病例报告 ·

莫 璐, 檀大美

作者单位: 530021 南宁, 广西壮族自治区人口和计划生育研究中心

作者简介: 莫 璐(1958 -), 女, 大学专科, 主治医师, 研究方向: 计划生育和优生优育。E-mail: tdx912@163.com

[关键词] 宫内宫外同时妊娠; 促排卵药物; 输卵管因素

[中图分类号] R 749.7 [文章编号] 1674-3806(2010)05-0492-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.05.32

1 病例介绍

某女, 32 岁, 因停经 57 d, 腹部胀痛 2 d 入院。该患者因不孕症进行促排卵助孕治疗, 末次月经为 2009-02-08, 月经第 3 天用尿促性腺激素 150 U, 肌注, 1 次/d, 连用 5 d 后肌注绒毛膜促性腺激素 1 万 U 进行促排卵, 之后给予黄体酮胶囊及保胎灵片口服支持黄体。患者停经后有恶心、呕吐及厌食等早孕反应, 停经 45 d 本中心 B 超提示宫内分别见 17 mm × 13 mm × 8 mm 及 16 mm × 12 mm × 9 mm 的孕囊回声, 双侧卵巢增大(左侧: 95 mm × 87 mm × 40 mm, 右侧: 71 mm × 68 mm × 52 mm), 双侧黄体囊肿, 双侧附件未见异常包块。患者于停经 55 d 后无明显诱因出现上腹部胀痛, 伴呕吐胃内容物 1 次, 腹泻 2 次, 无里急后重、肛门坠胀感、阴道流血等, 无肉样组织排出。平时月经不规律, 周期 30 ~ 60 d 不等, G₅P₁, 顺产 1 女婴, 人工流产 1 次, 药物流产 3 次。过去史无特殊。查体: 腹部平坦、腹软, 全腹无明显压痛及反跳痛, 肝脾未触及。妇科检查: 外阴正常, 阴道内未见血性分泌物, 子宫颈光滑, 无举痛及摆痛。入院后查血 HCG: > 20 万 mIU/ml, 孕酮 93.40 ng/ml。血常规: 白细胞 10.6 × 10⁹/L, 血红蛋白 90.0 g/L, 血小板 371 × 10⁹/L, 尿常规正常, 血淀粉酶 65 U/L, 水电解质正常。入院后子宫附件 B 超检查: 早孕, 宫内双胎妊娠, (1M+) 胚胎存活, 双侧卵巢黄体囊肿, 双侧附件未见异常包块。于入院后的第 2 天晚上无明显诱因下出现下腹部正中胀痛不适, 查体: 下腹部正中轻压痛, 无反跳痛, 考虑为子宫收缩所致, 给予静滴硫酸镁抑制宫缩, 用药后症状稍有好转, 凌晨患者突然出现腹痛难忍, 呈持续性绞痛, 面色苍白, 痛苦面容, 无头晕眼花, 无晕厥, 查体: BP 91/60 mmHg, 全腹稍隆起, 压痛反跳痛, 以上腹部明显, 移动性浊音阳性, 立即急查 B 超: 早孕, 宫内双胎妊娠(1M+) 胚胎存活, 腹水(血性可能) 双侧卵巢黄体囊肿, 右侧黄体囊肿破裂? 肝、胆囊、肾脏、输尿管、脾脏均未见明显异常; 急查血常规, 血红蛋白 70.0 g/L, 腹腔诊断性穿刺抽出不凝血。

2 治疗经过

入院后给予保胎及预防感染, 严密观察病情变化; 给予止血合剂静脉滴注, 补充胶体扩容, 交叉配血, 送手术室在硬膜外麻醉下行腹腔镜术。术前给予 60 mg 黄体酮针肌肉注

射, 术中见盆腹腔大量积血及血块, 共 2 200 ml。子宫如孕 2 个月大小, 稍充血, 左侧输卵管正常, 右侧输卵管与同侧卵巢及子宫前壁粘连, 右侧输卵管峡部近子宫角处见一大小约 3 cm × 4 cm 的紫蓝色包块, 可见一破口并见活动性出血, 双侧卵巢增大 8 cm × 8 cm × 7 cm, 内见多个黄体囊肿, 未见黄体囊肿破裂。诊断明确后, 切除右侧输卵管包块, 包块内见孕囊及绒毛组织(病理检查证实为输卵管妊娠)。用 3-0 可吸收线缝合创面, 术中及术后给予输入 4 单位的红细胞。术后给予预防感染药物及黄体酮注射液 60 mg, 每天肌肉注射 1 次。术后血红蛋白升至 80.0 g/L, B 超提示宫内双绒双羊双胎妊娠, 一胎存活, 住院 12 d 后康复出院。

3 讨论

3.1 宫内宫外同时妊娠(heterotopic pregnancy, HP)是指宫腔内妊娠与异位妊娠同时存在, 这种病理妊娠极其罕见, 发生率为 1/1 万 ~ 3 万^[1]。随着辅助生殖技术(assisted reproductive technology, ART)的开展及促排卵药物的应用, HP 的发生率呈上升趋势^[2]。

3.2 HP 的发生与促排卵药物的使用、输卵管因素等有关^[3]; 本例宫内宫外同时妊娠手术时发现: 右侧输卵管与同侧卵巢及子宫前壁粘连, 右侧输卵管峡部近子宫角处见一大小约 3 cm × 4 cm 的紫蓝色包块, 可见一破口并见活动性出血, 证实了输卵管的粘连、炎症、通而不畅是引起宫内宫外同时妊娠的又一因素。在使用促排卵药物时, 宫内宫外同时妊娠要引起医务人员的重视, 由于有宫腔内妊娠的存在, 阴道流血表现不明显, 即使有阴道流血也出现较晚。而且由于促排卵后予黄体支持治疗, 有宫内妊娠使得血 HCG、孕酮激素维持高位水平, 异位妊娠破裂也较晚, 一旦异位妊娠破裂出现大出血和休克的可能性加大, 病情急重。再就是由于促排卵后双侧卵巢增大, 黄体囊肿增多极易混淆 B 超的诊断。本例因为双侧卵巢黄体囊肿多混淆了右侧异位妊娠的妊娠囊, 在促排卵后确诊宫内妊娠后, 仍然要适时的 B 超检查监测, 此期间出现阴道流血、晕厥、腹膜刺激症状、休克等要高度怀疑 HP^[2]。一旦确诊立即手术治疗, 本例患者得到及时的治疗获得了较好的结局。

参考文献

1 Lukaszuk K, Nakonieczny M, Wójcik D, et al. Heterotopic pregnancy after in vitro fertilization[J]. Przegl Lek. ,2006,63(4):239-241.

2 Rojansky N, Schenker JG. Heterotopic pregnancy and assisted reproduction—an update[J]. J Assist Reprod Genet,1996,13(7):594-601.

3 莫璐,裯丽,檀大湊,等. 胚胎移植宫内宫外同时妊娠6例临床分析[J]. 中国计划生育学杂志,2009,(1):45-46.

[收稿日期 2010-02-10][本文编辑 刘京虹 韦颖(见习)]

护理研讨

重型颅脑损伤病人早期肠内营养的实施及护理

唐芳华, 黎艳, 郭靖, 钟小红

作者单位: 530021 南宁,广西壮族自治区人民医院外科 ICU
作者简介: 唐芳华(1977-),女,大学本科,学士学位,主管护师,研究方向:重症护理及外科护理。E-mail:1260526227@qq.com

[摘要] **目的** 探讨重型颅脑损伤病人早期肠内营养的实施及护理措施。**方法** 对 158 例重型颅脑损伤病人早期实施肠内营养支持,实施后加强观察,做好并发症的预防及处理。**结果** 在实施肠内营养的 158 例患者中,通过严密观察,加强护理,明显减少了并发症的发生。**结论** 肠内营养实施过程中,通过护理干预,可以减少不良反应和并发症的发生。

[关键词] 重型颅脑损伤; 肠内营养; 护理

[中图分类号] R 651.1 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2010)05-0493-03
doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.05.33

重型颅脑损伤病人因脑外伤后下丘脑分泌肾上腺皮质激素释放因子,促使大量的皮质激素、儿茶酚胺、高血糖素等释放从而导致高代谢、高分解反应的发生,机体出现高尿氮和负氮平衡^[1]。通常重型颅脑损伤病人的能量消耗比正常人静息时能耗约增 20%~70%,如机体不及时补充营养,可造成营养不良、体重下降、免疫力下降、伤口愈合时间延长等而导致感染的发生,增高死亡率和伤残率^[2]。早期肠内营养(EN)支持不但能改善病人的营养状况,同时还有预防应激性溃疡的作用^[3]。我科自 2008-04~2009-04 对收治的 158 例重型颅脑损伤病人早期实施肠内营养支持,取得了良好的效果,现将护理体会总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组病人 158 例,其中男 106 例,女 52 例,年龄 18~65 岁。所有患者 GCS 评分≤8 分。其中行颅内血肿清除或去骨瓣减压术 107 例,保守治疗 51 例,气管切开 65 例,患者均无其它脏器合并症。本组病人鼻饲时间最短 2 d,最长 6 个月。

1.2 实施方法 在行开颅手术或保守治疗后 48 h,胃肠道蠕动功能恢复,无消化道出血的情况下即给予鼻饲饮食。选择侧孔空小、硬度适中的 8F 或 10F 的硅胶胃管,在严格无菌操作下留置胃管。鼻饲第 1 天以纯米汤 50~100 ml/次,每 4~6 h 鼻饲 1 次,如无异常,第 2 天间断以 40~60 ml/h 的速

度由肠道营养液输注泵输入瑞素(华瑞制药有限公司)肠内全营养乳剂(无纤维型 1 Kcal/ml)500 ml,3~4 d 后若无腹胀、腹泻、反流等症状,则每天以 80~100 ml/h 速度泵入瑞素 1 000~1 500 ml。部分病人应家属要求,经营养师同意,不同程度增加了辅食,如鱼汤、菜汁、果汁等,每次 100~150 ml,每天喂养 2~3 次。每日所需能量按 25~35 Kcal/(kg·d)计算,不足的水与能量由静脉补充。

2 结果

158 例病人中,有 1 例并发严重应激性溃疡出血,有 49 例发生腹泻,36 例发生便秘,25 例发生呕吐,3 例发生误吸,16 例发生高血糖,3 例发生堵管,2 例因并发严重感染而在短时间内停止肠内营养支持,其余病人用量均在 4d 左右达到 1 000~1 500 ml/d,顺利接受了瑞素营养支持。

3 护理

3.1 正确评估患者的营养状况 根据患者实际情况计算患者每日热量的供应总量。同时根据胃潴留量及临床表现(是否存在呕吐、腹胀、反流)等因素进行增减。热量不足部分由静脉营养补充。

3.2 做好病情观察及监测 实施过程中注意观察有无恶心、呕吐、腹泻、腹胀、胃潴留、返流误吸、应激性溃疡等不良反应。每天监测电解质、血常规等,准确记录 24 h 出入量,并根据其变化及时从 EN 或肠外营养(PN)中补充或调整。监