

·个案护理·

## 1例重度卵巢过度刺激综合征并发脑梗死和凝血功能异常患者的护理

单淑慧,刘洪,罗永梅,周宝华  
(北京大学第三医院神经内科,北京,100191)

[关键词] 重度卵巢过度刺激综合征;脑梗死;凝血功能异常;护理

[中图分类号] R473.71 [文献标识码] B [文章编号] 1671-8283(2015)04-0081-04 [DOI] 10.3969/j.issn.1671-8283.2015.04.024

### Nursing of one patient with ovarian hyperstimulation syndrome combined with cerebral infarction and coagulopathy

Shan Shuhui, Liu Hong, Luo Yongmei, Zhou Baohua//Modern Clinical Nursing, -2015, 14(4):81.

[Key words] severe ovarian hyperstimulation syndrome; cerebral infarction; coagulopathy; nursing

卵巢过度刺激综合征(ovary hyperstimulation syndrome, OHSS)是辅助生殖技术中应用促性腺激素诱导排卵引起的一种严重并发症<sup>[1]</sup>。临床主要表现为腹胀不适、腹水、胸水、呼吸困难、少尿、肝肾功能受损、凝血功能异常及血栓形成,严重者可危及生命<sup>[2]</sup>。发病机制未明,属多因素疾病,随辅助生育技术开展和促排卵药物的广泛使用发生率趋于增高,总体发生率为23.3%,重度OHSS为0.0085%(一般低于2%)<sup>[3]</sup>。本科室于2014年5月15日收治1例重度OHSS合并脑梗死和凝血功能异常的患者,病情复杂突变,合并症严重,经有效治疗和护理康复出院,现将护理体会报道如下。

### 1 病例介绍

患者女,31岁,因注射人绝经期促性腺激素(human menopausal gonadotropin, HMG)1月,腹胀伴恶心20余天,加重4d,恶心、呕吐不能进食,稍有憋气,尿量减少4d,于2014年5月15日入院。入院时患者腹部膨隆,移动性浊音,无腹部压痛、反跳痛及腹肌紧张,无发热,双下肢水肿。血常规红细胞 $4.89 \times 10^{12}/L$ ,红细胞比容50.00%,血小板 $161 \times 10^9/L$ ,D-二聚体 $0.63 \mu g/mL$ ,总蛋白53 g/L,

白蛋白34.2 g/L,血清钾3.88 mmol/L。B超提示左侧卵巢 $95.0 \text{ mm} \times 76.0 \text{ mm}$ ,右侧卵巢 $13.0 \text{ mm} \times 78.0 \text{ mm}$ ,腹水深56.0 mm,给予患者静脉输注万汶、葡萄糖氯化钠、白蛋白扩容补液补充白蛋白,并口服15%氯化钾。2014年5月15日下午患者主诉腹胀难以忍受,恶心、呕吐明显,伴轻度喘憋、呼吸困难,予患者腹腔穿刺放腹水,进食优质高蛋白饮食。2014年5月16日患者突然出现头痛、视物模糊、反应慢等,无意识障碍及抽搐,左眼上睑略下垂,右侧鼻唇沟稍浅,结合头颅MRI诊断为脑梗死,予静脉溶栓,溶栓后予脑保护、清除自由基、扩容、补液,并加用抗凝药。2014年5月22日该例患者腹腔穿刺放腹水时出现血性液体,无明显腹痛、腹膜刺激征,全身皮肤散见瘀斑,黑便,同时血小板进行性下降, $36 \times 10^9/L$ ,红细胞 $3.2 \times 10^{12}/L$ ,考虑与抗凝药物使用的凝血功能异常有关,予暂停速碧林改用华法林抗凝,同时输新鲜血浆。经治疗和护理,2014年5月31日患者24 h入量2180 mL,尿量2100 mL,腹水症状消失,低蛋白血症改善,血小板、红细胞及红细胞比容均正常,2014年6月2日康复出院。

### 2 护理

#### 2.1 腹腔穿刺放腹水的护理

重度OHSS为内分泌危象,行腹腔穿刺放腹水

[收稿日期] 2015-01-05

[作者简介] 单淑慧(1988-),女,山东济宁人,护师,本科,主要从事临床护理工作。

可缓解腹水压迫所致呼吸困难,减少并发症,获得理想的妊娠结局,取得较好疗效<sup>[4]</sup>。OHSS 患者为全面体格检查合格后进入体外受精-胚胎移植周期的年轻健康妇女,生命体征平稳一次性放腹水总量可达 3000 mL 以上,或经穿刺后持续引流放完腹水<sup>[5]</sup>。重度腹水致腹胀腹痛和危重 OHSS 易发生肾功能衰竭、血栓<sup>[6]</sup>。该例患者入院时腹水深 56.0 mm、尿量减少、腹胀,采用 B 超引导下腹腔穿刺放腹水。放腹水时注意密切观察患者生命体征、腹水性质、量及放腹水的速度,一般不超过 1000 mL/h 避免因放腹水过多而引起腹腔内压力骤降而导致腹腔内出血及复张性肺水肿<sup>[7-8]</sup>。该例患者 2014 年 5 月 15 日首次放腹水总量 2950 mL,住院期间每次放腹水总量波动 1570 mL ~ 2800 mL,放腹水速度 600 ~ 900 mL/h,为淡黄色清亮液体,放腹水后患者主诉腹胀、呼吸困难、喘憋症状明显缓解。术后穿刺处加压包扎 1 ~ 2 h,避免腹压骤降导致虚脱及血小板低时伤口周围出现皮下瘀血,保持敷料清洁。每日测量腹围、称体重,体重增加提示病情加重,体重降低提示病情好转<sup>[9]</sup>。测体重时嘱患者排空大小便,禁食穿同样衣服测量,测量腹围时固定时间,取平卧位,以脐周为标记点,统一于呼气末测量。准确记录 24 h 出入量,保持尿量大于 30 mL/h,尿量减少表示腹水增加,病情加重,使用利尿剂会减少血容量,加重循环障碍<sup>[10]</sup>,红细胞比容降至 36%~38%方可应用速尿<sup>[4]</sup>,并遵医嘱予患者静脉补充足够的胶体和晶体溶液。该例患者住院期间穿刺腹腔放腹水共 12 次,该例患者住院期间呼吸困难症状随腹水严重程度呈波动性,腹水严重时呼吸困难症状也较重,腹腔穿刺放完腹水后呼吸困难症状明显减轻。

## 2.2 呼吸困难的护理

重度 OHSS 患者绝对卧床休息,给予半坐卧位,使膈肌下降,有利于呼吸肌的活动,以减轻胸腹水对肺的压迫<sup>[11]</sup>。膈肌是最重要的呼吸肌,是呼吸活动的最主要驱动力的来源,膈肌功能的下降会显著影响呼吸功能<sup>[12]</sup>。该例患者腹腔内大量腹水影响患者的膈肌运动,从而使患者呼吸困难,表现为入院前轻度喘憋,入院后轻度呼吸困难及喘憋。指导患者取坐位、半卧位,使膈肌下降;同时予患

者低流量吸氧 2 ~ 3 L/min,以增加血氧含量;指导患者进行缩唇腹式深呼吸,即患者紧闭口部,用鼻深吸气,鼓起腹部 3 ~ 5 s,屏息 1 s,然后收缩唇部(吹口哨样)慢慢呼气,回缩腹部 3 ~ 5 s,屏息 1 s 为一个呼吸过程。5 月 29 日患者呼吸困难症状完全消失,并停止低流量吸氧。

## 2.3 脑梗死观察与护理

**2.3.1 溶栓治疗的护理** 重度 OHSS 患者由于体液外渗所致低血容量及血液浓缩,使血液处于高凝状态,极易并发血栓形成<sup>[13]</sup>。血液高凝状态是引起脑梗死及轻度神经功能缺损的危险因素<sup>[14]</sup>。而急性脑血栓患者起病急、病程长,存活者 75%以上留下不同程度的后遗症,包括肢体、语言、认知等方面的障碍,严重影响患者的生活<sup>[15]</sup>。因此,密切观察患者病情变化,注意急性脑梗死症状,如突然出现意识障碍、肢体肌力减退、肢体麻木,感觉异常、视力模糊等,确诊为脑梗死后争取在发病 3h 内给予溶栓。超早期静脉溶栓治疗能有效挽救急性脑梗死患者,最大限度恢复局部脑组织梗塞区域的血液供应,降低致残率。该例患者 2014 年 5 月 16 日小便后出现头痛、视物模糊、反应慢、肢体麻木活动不灵,结合头颅 MRI 确诊为脑梗死,立刻应用爱通立静脉溶栓,0.9 mg/kg(最大剂量 90 mg)给药,前 10%在最初 1 min 内静脉推注,剩余 90%持续滴注,持续 1 h<sup>[16]</sup>。同时监测血压变化情况,密切观察患者神志、瞳孔大小、肌力变化情况,定期进行神经功能评估,并做好记录。该例患者静脉溶栓 24 h 后头痛症状减轻,视力模糊及肢体麻木等症状消失。

**2.3.2 静脉溶栓并发症观察** 脑梗死静脉溶栓的并发症主要发生在溶栓后 24 h 内,溶栓后的并发症主要有再灌注损伤并发脑出血及溶栓后再闭塞引起大面积脑梗死,闭塞的血管经溶栓治疗再通后,会引起再灌注损伤发生脑水肿,严重者并发脑出血<sup>[17]</sup>。患者出现头痛突然加重或意识障碍加重、脉搏慢而有力、呼吸深而慢、血压升高、肢体活动障碍,提示颅内出血,及时通知医生并行头颅 CT<sup>[18]</sup>。溶栓后残存的血栓促凝作用导致纤溶后的高凝状态,容易发生再闭塞<sup>[10]</sup>。患者 24 h 内出现头疼、呕吐、失语或进行性意识障碍,双侧瞳孔不等大,对光反射迟钝或消失,原有症状加重或出现新的肢体

瘫痪,提示溶栓后血管再闭塞继发大面积脑梗死的可能。该例患者未出现溶栓后脑出血和溶栓后再闭塞。

## 2.4 凝血功能异常的护理

OHSS 的发生是由于卵巢对促性腺激素刺激的过度反应,过多的滤泡产生过量的雌激素,激活肾素血管紧张素醛固酮系统,造成毛细血管上皮损伤,血管通透性增加,血容量降低,肾灌注量减少,血液粘稠度增加,血液浓缩,凝血功能障碍甚至血栓形成<sup>[19]</sup>。使用外源性促性腺激素和妊娠产生的内源性促性腺激素共同促使 OHSS 发生,加重对卵巢的刺激及血液高凝程度<sup>[20]</sup>。此外,溶栓后应用的速碧林等抗凝药物改变机体凝血和纤溶状态,也容易导致凝血功能障碍。该例患者 2014 年 5 月 22 日穿刺放腹水时出现血性液体,无明显腹痛、腹膜刺激征,全身皮肤散见瘀斑,黑便,血常规提示血小板进行性下降,最低降至  $36 \times 10^9/L$ ,考虑与速碧林相关性血小板异常致凝血功能障碍有关。遵医嘱暂停速碧林改为华法林 3 mg,改为每天口服 1 次,同时静脉输注新鲜血浆 400 mL/d 及血小板 200 mL/d,扩容增加血小板含量,维持胶体渗透压,改善血液浓缩状态。该例患者 2014 年 5 月 22 日后放腹水未再出现血性腹水,瘀斑面积明显变小,无新发瘀斑及黑便,血小板逐步回升。

相关文献提示<sup>[8]</sup>,红细胞比容  $> 45\%$  提示血液呈高凝状态,红细胞比容  $> 55\%$  则提示有血栓生命危险。因此,每日抽血监测患者的国际标准比率、D-二聚体及红细胞比容的变化。该例患者住院期间红细胞比容  $41\% \sim 52\%$ ,国际标准比率  $1.01 \sim 1.38$ ,D-二聚体  $1.22 \sim 3.08 \mu g/mL$ ,遵医嘱予患者万汶 500 mL/d、白蛋白 20 g/d、5%葡萄糖氯化钠 500 mL/d 静脉输液扩容、补液。该例患者 6 月 2 日血小板  $293 \times 10^9/L$ ,国际标准比率 1.02,D-二聚体维持  $0.49 \mu g/mL$ ,红细胞比容  $34.7\%$ 。

## 2.5 低蛋白血症、水肿、电解质紊乱的护理

OHSS 是一种医源性并发症<sup>[21]</sup>,主要为毛细血管通透性增加以及富含蛋白的液体停留在血管外间隙,导致血液浓缩,第三腔隙水肿,严重者出现腹水、胸水、心包积液、血栓栓塞、肝肾功能障碍<sup>[22]</sup>。同时患者妊娠反应恶心、呕吐、不愿进食,摄入蛋白及

钾离子减少,加上反复穿刺放腹水,导致低蛋白血症、水肿和电解质紊乱,表现为患者入院时双下肢轻度水肿,总蛋白 53 g/L,白蛋白 34.2 g/L,血清钾 3.88 mmol/L。鼓励患者进食,少量多餐,少量多次饮水,指导患者饮食注意多喝高蛋白汤类,如鱼汤、排骨汤等,及时补充由于腹水大量引流而导致的蛋白质缺失,预防低蛋白血症的发生<sup>[23-24]</sup>;限制钠盐的摄入,每日摄入量不超过 2 g,以减轻双下肢水肿,避免食用含钠高的食物,如海带、紫菜、咸菜等<sup>[24]</sup>;多食含钾高的食物,如香蕉、柑橘、橙子等;鼓励患者多食富含纤维素的食物,防止便秘增加腹压。予患者静脉补充白蛋白,20 g/d、5%葡萄糖氯化钠,500 mL/d、力能 250 mL/d、乐凡命,250 mL/d,15%氯化钾 1.5 g,每日 3 次稀释后口服,定期复查患者白蛋白及血清钾。经治疗和护理该例患者 2014 年 5 月 31 日血化验总蛋白 67 g/L,白蛋白 42 g/L,血清钾 3.8 mmol/L,双下肢水肿缓解,低蛋白血症纠正,电解质紊乱改善。

## 2.6 心理护理

重度 OHSS 患者经受不孕的精神和生理折磨,起病急促,症状严重,长期检查与治疗,经济负担重,患者难以接受。促排卵药物费用高额,担心是否成功受孕、怀孕后流产等,患者往往心理复杂,对治疗的积极性严重受挫,对家庭产生愧疚感,容易出现恐慌、焦虑、易激怒等<sup>[24]</sup>。该例患者心理压力很大,不愿与人沟通交流,尤其患者得知自己不能继续妊娠时,表现出明显的焦虑、抑郁,甚至哭泣。护士耐心细致向患者讲解该病的发生、发展、治疗方法及用药过程,介绍治疗的有效性和安全性,让患者尽快熟悉同病室病友,消除被隔离的感觉,增加患者战胜疾病的信心,教会患者转移注意力。经开导和沟通,该例患者 2014 年 5 月 17 日主动和同病室的病友交流,并向医护人员询问病情及活动和用药注意事项,出院时热情与病友道别。

## 3 小结

由于卵巢过度刺激综合征是应用诱发排卵药物后所发生的医源性疾病,给患者造成极大的痛苦和经济负担。该例重度 OHSS 并发脑梗塞和凝血功能障碍患者的护理重点是溶栓治疗的护理和并发



症的观察、血栓形成症状与出血倾向的观察与护理,患者出院时完全康复,护理效果显著,护理经验值得推广和借鉴。

### 参考文献:

- [1] 陈如均,江鱼. 不孕不育治疗学[M].上海:上海科学技术出版社,1995:58-60.
- [2] 葛明晓,陶莉莉,邓伟民. 卵巢过度刺激综合征的中西医结合诊疗研究进展[J].现代中西医结合杂志,2014,23(14):1587-1590.
- [3] 曹泽毅(主编). 中华妇产科学[M].下册.北京:人民卫生出版,2000:357.
- [4] 黄荷凤主编. 现代辅助生育技术[M].人民军医出版社,2003:227-281.
- [5] 邢兰凤,沈珺,张莉,等. 58例重度卵巢过度刺激综合征的护理[J].中华护理杂志,2008,43(9):810-811.
- [6] 马彩虹,王洋. 促排卵并发症及其预防[J].中国实用妇科与产科杂志,2015,31(1):39-43.
- [7] 张曦,黄慧红,宋东红. 卵巢过度刺激综合征并发左侧颈静脉、锁骨下静脉血栓形成1例的观察与护理[J].中国医药导报,2014,11(1):94-96.
- [8] 覃桦,赵晓琴,陈强,等. 6例重度卵巢过度刺激综合征的ICU治疗体会及文献复习[J].现代妇产科进展,2015,24(1):51-53.
- [9] 曹美红,袁沈芳. 循证护理在卵巢过度刺激综合征护理中的应用[B].中国误诊学杂志,2008,8(10):2505-2506.
- [10] 蔡微微. 超促排卵并发中、重度卵巢过度刺激综合征的护理[J].解放军护理杂志,2013,30(9):48-49.
- [11] 郭艳民. 卵巢过度刺激综合征的观察与护理[J].河北医药,2013,35(7):1105-1106.
- [12] 张俊青. 孕妇呼吸困难的护理[J]. 中国实用医药,2012,7(32):198-199.
- [13] 刘冰. 31例中重度卵巢过度刺激综合征患者的护理[J]. 中华现代护理杂志,2014,20(34):4369-4371.
- [14] Yoshii F, Ooki N, Shinohara Y, et al. Multiple cerebral infarctions associated with ovarian hyperstimulation syndrome[J]. Neurology, 1999, 53(1):225-227.
- [15] 苏小妹,贺珊,吴志红,等. 早期康复干预在急性脑梗塞患者中的应用[J]. 现代临床护理,2013,12(2):54-56.
- [16] 中华医学会神经病学分会脑血管病组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组. 中国急性缺血性脑卒中诊疗指南2010[J]. 中华神经科杂志,2010,42(2):146-153.
- [17] 周春梅. 静脉溶栓治疗脑梗塞的护理体会[J]. 综合医学,2014,7:205.
- [18] 梁佩云,陈建娥,王丽. 进展性脑梗死超早期介入溶栓术的观察及护理[J]. 护士进修杂志,2011,26(7):613-615.
- [19] 杨桂英. 卵巢过度刺激综合征患者的护理[J]. 全科护理,2009,7(7):1731-1732.
- [20] 佟丽丽,满玉晶,吴效科. 中药辅助治疗重度卵巢过度刺激综合征1例[J].中国医药导报,2007,4(36):236-237.
- [21] Delvigne A, Rozenberg S. Epidemiology and prevention of ovarian hyperstimulation syndrome(OHSS):A review[J]. Hum Reprod Update,2002,8(6):559-577.
- [22] 黄家佳,杨建之. 卵巢过度刺激综合征危险因素及发病机制的研究进展[J]. 生殖与避孕,2011,31(4):283-287.
- [23] 罗群带. 重度卵巢过度刺激综合征2例临床护理[J]. 齐鲁护理杂志,2008,14(13):36.
- [24] 朱玲. 卵巢过度刺激综合征患者的系统护理[J].全科护理,2015,13(1):40-41.

[本文编辑:李彩惠]

~~~~~

欢迎订阅《现代临床护理》杂志!