

·个案护理·

1 例腹茧症合并多发子宫肌瘤及卵巢囊肿患者的护理

何建冉,陈洁

(北京协和医院,北京,100730)

[关键词] 腹茧症;子宫肌瘤;护理

[中图分类号] R473.71 [文献标识码] B [文章编号] 1671-8283(2019)03-0074-04 [DOI] 10.3969/j.issn.1671-8283.2019.03.015

Nursing care to 1 patient with abdominal cocoon complicated with uterine fibroids and oophoritic cysts

He Jianran, Chen Jie//Modern Clinical Nursing, -2019, 18(3): 74.

(Pecking Union Medical College Hospital, Beijing, 100730, China)

[Key words] abdominal cocoon; uterine fibroids; nursing

腹茧症(abdominal cocoon syndrome, AC)是一种临床罕见的腹部疾病,最早由新加坡学者 FOO 等^[1]于 1978 年报道并命名为腹茧症。该病确切病因不明,其基本特征为部分或全部小肠及腹腔内脏器被一层灰白、致密、质地坚韧的纤维膜状物包裹,包裹内容物又以小肠最为常见,形似蚕茧,故得名,患者常以腹胀、腹痛、腹部包块或肠梗阻入院,故以外科发现并报道此病多见^[2]。由于该病临床上缺乏特异性症状,术前诊断困难,围手术期处理复杂,手术亦需要较高的操作技术^[3]。本科室 2017 年 11 月收治 1 例腹茧症 18 年,子宫肌瘤 8 年,肌瘤快速增大伴盆腔包块 1 年患者,该例患者既往多次并发肠梗阻及在外院有 3 次腹部手术史。患者入院时尿频,贫血,便秘,腹痛严重,营养差,心理状态差;手术范围大,时间长,出血多;术后伤口感染溃疡糜烂,复发粘连性肠梗阻;患者病情复杂,加之疾病罕见,护理难度大。入院后通过对患者全面风险评估,并制定个性化治疗护理措施,经过精心治疗与护理取得治疗成功,现将方法和结果报道如下。

1 病例介绍

患者女,39 岁,因“腹茧症 18 年,子宫肌瘤 9 年,肌瘤快速增大伴盆腔包块 1 年”于 2017 年 11 月 24 日收入院。患者 1999 年因“肠梗阻”在外院行剖腹探查术,术中诊断“腹茧症”,手术未进行切除。2003 年因“肠梗阻、腹腔积液”在外院行剖腹探查术。2008 年因月经量大、痛经于外院就诊发现子宫肌瘤,给予止血药、止痛药对症治疗定期随访。2012 年复查提示子宫多发肌瘤,子宫增大如孕 16 周,最大肌瘤位于后壁约 8cm 左右,患者坚决要求手术治疗,术中见“腹茧症”,手术未进行切除(既往外院 3 次手术均未进行切除,原因具体情况不详,病史中也未记录)。术后给予促性腺激素释放激素激动剂(gonadotropin releasing hormone agonist, GnRH-a)注射治疗,定期随访复查,肌瘤逐渐增大,并伴有腹痛,视觉模拟评分(visual analogue scale, VAS)10 分,需长期口服止痛药。2017 年 8 月患者因尿频、便秘等子宫增大产生的压迫症状明显至本院就诊,B 超提示多发子宫肌瘤,最大约 10.4cm×9.3cm×7.7cm,左卵巢囊性包块 7.3 cm×6.6cm;糖类抗原 12540.4U/mL;左肾及输尿管轻度扩张;血色素 68g/L,营养风险筛查(nutrition risk screening, NRS2002)^[4]NRS 评分 3 分。入院时专科体查:宫底平脐,与腹部粘连固定;双附件区增厚,

[收稿日期] 2018-07-12

[作者简介] 何建冉(1990-),女,北京人,护士,本科,主要从事妇产科临床护理工作。

[通信作者] 陈洁,护士长,主管护师,本科, E-mail: chenjie8322@sohu.com。

左侧附件区可及 1 大小约 10cm 左右的囊肿包块。

患者入院后给予完善相关检查及术前准备,术前留置双侧输尿管 D-J 管,于 2017 年 11 月 29 日在全麻下行开腹探查术+全子宫切除术+盆腔包块切除术+盆腹腔粘连松解术+小肠切除吻合术+膀胱浆肌层修补术,手术困难,手术时间 6h,术中出血 1500mL;术后留置腹腔引流管、胃管及尿管各 1 条,术后禁食、禁水 7d。12 月 8 日患者出现恶心、呕吐,考虑肠梗阻,继续禁食、禁水+胃管减压治疗;12 月 12 日患者腹部渗出明显,伤口愈合不佳,加强伤口护理,进行伤口理疗。经过医护配合及精心治疗护理,患者胃肠功能恢复,肛门排气正常,进食半流,切口 II/丙级愈合,于入院 40d 后患者顺利康复出院。术后随访半年,患者无腹痛、腹胀等肠梗阻症状发生。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 有效的心理护理能帮助患者消除心理负担,缓解恐惧、焦虑、情绪,树立信心,主动配合治疗护理^[5]。该例患者腹茧症病史长达 18 年,期间反复发作肠梗阻且迟迟不能缓解,经过多次手术均未成功。加之子宫肌瘤逐渐增大并伴有卵巢囊肿,月经量多且经期延长继发贫血,压迫症状明显,长期腹痛,VAS 评分 10 分,严重影响患者生活质量,且患者婚后因病情原因一直未育,因此情绪十分低落。患者多年辗转多地求医,均未能缓解病情;患者自知病情的复杂性,因此对本次就医及治疗抱有巨大希望,手术愿望强烈;但对手术存在紧张、忧虑、担心和恐惧等交织而成的复杂情绪。针对该例患者心理特点,从入院开始加强与患者及家属交流,根据患者的心理反应,了解患者对疾病和手术的认知,鼓励其说出自己内心感受,责任护士给予有针对性的疏导,讲解有关腹茧症及子宫肌瘤的发病特点、如何配合治疗及注意事项,减轻患者焦虑、紧张情绪,提高患者的心理应对能力和手术顺应能力。同时做好家属的思想工作,建立起家属对患者疾病康复的信心,让家属积极参与到患者的心理疏导中,减轻患者心理负担,使其以积极的心态对待疾病,配合治疗。

2.1.2 术前风险评估与准备 患者腹茧症多年,特别盆腔巨大子宫肌瘤,压迫症状明显,左侧卵巢囊肿性质不明并随时有发生扭转、破裂甚至恶变的风险。考虑手术范围大、难度大、风险高,术前邀请外科、泌尿外科、重症医学科、营养科等多学科联合会诊,进行全面风险评估,积极完善各项术前检查及术前准备。①术前留置输尿管 D-J 管:因术中损伤肠道、输尿管、膀胱等周围脏器的风险较高,患者于术前 3d 在局麻下行膀胱镜检查及双侧输尿管 D-J 管置入术。由于支架刺激三角区、黏膜充血、水肿以活动时 D-J 管刺激可引起腰部疼痛及血尿^[6],该例患者置管后出现了剧烈疼痛及少量肉眼血尿。护士耐心向患者解释症状发生的原因,指导其放松精神,协助调整舒适体位,并遵医嘱给予山莨菪碱 10mg 肌内注射,患者疼痛逐渐缓解。术前 1d 中午患者自诉漏尿,床旁查看患者,可见内裤全湿,见尿道口有淡粉色液体流出,尿道外口可见长约 2cm 左右的输尿管支架。复查腹部立位平片提示患者右侧输尿管支架脱落,左侧输尿管位置正常。针对此情况,患者出现紧张、恐惧心理,对即将进行的手术出现担心和排斥反应,为此责任护士耐心向患者解释,安抚患者不安情绪,给予尿管置入,缓解患者漏尿症状,并告知患者已联系泌尿外科准备明天术中重新放置输尿管支架,患者情绪逐渐平复,积极配合完成各项术前准备。②肠道准备:手术是治疗腹茧症公认的最有效手段,但手术操作较为复杂,术中容易损伤肠壁及肠道血管,引起肠漏或肠管血运障碍^[7],因此术前肠道准备至关重要。考虑该例患者存在营养风险(NRS3 分),在行肠道准备时要充分保障营养摄入与水、电解质平衡,该例患者手术前 3d 开始肠道准备,并给予枸橼酸钾 20mL 口服,每日 3 次;准确记录出入量,根据出入量情况调整补液量;术前 3d 给予进半流食,口服 50%硫酸镁 40mL 行肠道准备;术前 2d 给予进流食,继续口服 50%硫酸镁 40mL 行肠道准备,并给予口服营养液(瑞素)1000mL 补充营养;术前 1d 禁食不禁水,继续给予口服营养液(瑞素)1000mL 及静脉补液 2000mL,并给予复方聚乙二醇电解质 137.12g 溶于 2000mL 水中口服行肠道准备,服药后评估患者肠道准备效果,直至排

出清水便,术前1d晚22:00禁水。③备血:考虑手术范围大,手术时间长,术中出血风险大,术前给予充分备血,红细胞8U(1600mL),血浆800mL。

2.2 术后护理

2.2.1 病情观察及护理 患者手术范围大,手术时间长,术中出血1500mL,术中输注红细胞6U+血浆400mL,术后继续警惕腹腔继续出血的可能。患者返病室后,责任护士与医生详细交接手术情况,严密监测患者各项生命体征,为患者开放并保护好静脉通路,遵医嘱给予输血、补液;密切观察患者病情,了解患者主诉,观察患者有无胸闷、心率加快、面色苍白、呼吸急促、烦躁、血压降低等内出血征象;同时观察伤口敷料是否渗血;保持腹腔引流、尿管通畅,观察引流液、尿液的颜色、性质和量,发现异常及时报告医生,做好急救配合。术后第2~9天,患者生命体征平稳,未发现腹腔出血的征象,术后第7天拔除尿管,术后第9天拔除腹腔引流管。

2.2.2 疼痛评估与护理 腹茧症患者术前情绪低落,导致机体痛阈相对降低,对疼痛的敏感性增高^[8];加之该例患者术前已存在腹痛症状,VAS 10分,需长期口服止痛药缓解症状,患者对手术后疼痛极其关注,担心自己无法耐受手术疼痛,因此做好患者围术期疼痛管理至关重要。术前评估患者疼痛情况,疼痛的性质,联合疼痛专科护士给予患者制订疼痛管理计划,术后配合麻醉科使用静脉镇痛泵持续镇痛,指导患者及家属掌握镇痛泵的使用方法和注意事项,并评估镇痛效果以及是否出现呼吸抑制、恶心、呕吐、嗜睡、低血压、皮肤瘙痒等不良反应。责任护士手术当日每2h评估1次,以后每日评估1次。手术当日患者疼痛性质为持续性腹部胀痛,疼痛评分VAS 8分,遵医嘱给予曲马多注射液100mg肌内注射,患者主诉疼痛减轻,疼痛评分VAS 6分;术后第1天患者主诉腹部间歇性胀痛,疼痛评分VAS 6分,给予患者半坐卧位,减轻腹部紧张,指导患者疼痛时深呼吸,以胸式呼吸为主,减轻腹部压力刺激;术后第2天患者主诉腹部间歇性隐痛,疼痛评分VAS 4分,遵医嘱给予拔除镇痛泵;术后第3~8天患者疼痛性质为间歇性隐痛,疼痛评分VAS 2~3分。

2.2.3 切口护理 术后密切观察患者切口有无红、肿、痛、渗血等情况,定时换药,保持切口敷料清洁干燥。该例患者术后第13天腹部伤口出现轻微渗出,及时通知医生,给予伤口换药;术后第16天患者腹部伤口渗出明显,请理疗科会诊后行伤口紫外线光疗促进愈合;术后第19天患者腹部伤口减张线缝合处可见溃疡糜烂面,渗出明显,理疗科建议行激光理疗,每次10min,连续5d。协助医生每日给予双氧水及生理盐水清洗伤口,伤口刮匙清创以及伤口撒白糖以减少渗出,并给予患者伤口阴拭子培养,根据培养及药敏结果,请感染科会诊后加用抗生素。期间密切观察患者体温变化,监测血象及引流情况,评估伤口局部有无坏死、脓肿形成等情况。经过治疗与护理,患者术后第24天伤口渗出明显好转,术后第34天伤口愈合良好出院。

2.2.4 并发症观察与护理 ①肠痿的观察与护理。肠痿好发于术后2~4d,与解剖学因素及复杂的手术操作有关,占腹茧症术后并发症的第二位,也是引起死亡的重要原因,需要积极预防和治疗^[9]。肠痿可表现为切口处、引流口处或引流管内有肠内容物,伴有腹痛、腹胀,查体全腹有压痛、反跳痛、肌紧张,如未及时处理,可出现发热、脉细速、血压下降、意识淡漠等中毒性休克症状。因此,术后保证腹腔置管充分引流,严密观察引流液颜色、性质,当引流液呈黄绿色脓性液体并伴有恶臭,警惕肠痿的发生。该例患者未发生肠痿。②复发粘连性肠梗阻的观察与护理。复发粘连性肠梗阻是腹茧症术后最常见并发症,发生率为27.1%^[9]。早期给予胃肠减压,静脉营养支持是预防术后再发肠梗阻的关键^[7]。该例患者术后放置胃管进行胃肠减压,并嘱患者禁食禁水5~7d,术后患者NRS 5分。为保证患者每日所需的水、电解质及其他营养物质的摄入,在禁食期间给予全胃肠外静脉营养(total parenteral nutrition,TPN)。在TPN期间准确记录出入量,每日输入量保证24h均速输入,并且根据电解质情况调整氯化钾用量,同时每日测量体重、电解质变化,每周检查肝肾功能及NRS评估。患者术后第3天开始肛门排气,术后第4~5天胃液引流量减少至40~50mL/d,术后第5天已正常排气排

欢迎订阅《现代临床护理》杂志!