

妊娠晚期合并巨大子宫肌瘤 13 例的观察与护理

金燕琴,王芳,方鹏

(浙江大学医学院附属妇产科医院,浙江杭州 310006)

摘要:总结 13 例妊娠合并巨大子宫肌瘤行剖宫产终止妊娠的观察与护理。护理重点为加强待产期护理,保证母婴生命体征平稳;严密观察病情变化,积极配合医生做好大出血的抢救与护理;术后加强病情观察,及时发现并处理产后出血,做好基础护理,预防感染,加强产科护理,并做好出院指导。13 例母婴结局良好,均康复出院。

关键词:妊娠;巨大子宫肌瘤;剖宫产;护理 doi:10.3969/j.issn.1671-9875.2014.10.009

中图分类号:R473.71

文献标识码:B

文章编号:1671-9875(2014)10-0945-02

子宫肌瘤是女性生殖系统最常见的良性肿瘤,常见于 30~50 岁妇女。肌瘤合并妊娠占肌瘤患者 0.5%~1.0%,占妊娠 0.3%~0.5%,妊娠合并巨大子宫肌瘤相对少见^[1]。巨大子宫肌瘤的诊断标准各家意见不一,多数学者将非孕子宫≥孕 4 个月,或单个肌瘤直径≥12 cm,列为巨大子宫肌瘤^[2]。巨大子宫肌瘤在妊娠晚期易引起胎儿生长受限、低置胎盘、胎位异常,分娩时肌瘤阻塞产道致先露下降困难,影响子宫收缩致宫缩乏力、不协调宫缩,产程异常导致分娩困难^[3]。产后影响子宫收缩,往往会增加产后出血的风险,故越来越多的产科医生主张择期剖宫产终止妊娠。充分的术前准备及术后护理对保证母婴生命安全非常重要。2010 年 1 月至 2012 年 12 月,本院产科收治妊娠合并巨大子宫肌瘤患者 13 例,行剖宫产终止妊娠,母婴结局良好,现将护理报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 13 例,年龄 26~36 岁,平均 31.5 岁;孕周 37~40 周,平均(38±1)周;肌瘤直径 12~22 cm,平均直径(11.26±3.32)cm;肌瘤部位:宫颈巨大肌瘤 2 例,宫颈及阔韧带肌瘤 1 例且为多发肌瘤,肌壁间肌瘤 10 例。

1.2 治疗与转归 本组 13 例均行剖宫产终止妊娠,术中出血量 200~2 000 ml,平均 670 ml,其中 1 例肌瘤位置在宫颈及阔韧带处,术中出血过多,止血困难,经家属同意行子宫次全切术;1 例因肌瘤血供极丰富,故术中未予剔除;11 例行肌瘤剔除术。新生儿出生 1 min、5 min Apgar 评分均为

10 分;体重 2 900~4 000 g,平均 3 210 g。13 例新生儿按常规母婴同室,母婴均康复出院。

2 护 理

2.1 待产期间护理 妊娠合并子宫肌瘤患者需提前住院待产,待产期间每班护士查看腹壁张力、肿块处有无压痛和反跳痛,警惕子宫肌瘤变性和蒂扭转;询问患者有无尿频、尿潴留、排尿排便障碍等肌瘤压迫周围脏器的症状;观察肌瘤对胎儿的影响,指导患者左侧卧位、自数胎动做好自我监护,定期行胎心监护和 B 超检查,查看胎儿宫内情况。本组 13 例患者待产期间生命体征平稳,腹软,肿块处无压痛及反跳痛,无恶心、呕吐、尿频、尿潴留等症状,胎儿情况良好。

2.2 大出血的抢救及护理 巨大子宫肌瘤术中行肌瘤剔除术因剔除创面大易影响子宫收缩导致大出血。容量治疗是保证手术患者手术期安全的关键^[4]。术前制订大出血急救预案,备好氧气、急救药品(如催产素、卡前列素氨丁三醇、纤维蛋白原、垂体后叶素等),对宫颈巨大肌瘤患者做好子宫次切的手术准备;开通两路静脉通路,其中一路为颈内静脉,建立颈外静脉或颈内静脉通道,能保证血液、药物的及时输入^[5];术中按医嘱使用催产素、卡孕栓、卡前列素氨丁三醇等促进子宫收缩药,并密切监测患者中心静脉压,注意防止液体输入过快导致心力衰竭,同时为防止大量低温血液输入体内加重休克症状,使用输血加温器,为避免大量输血导致低血钙的发生,每输血 400 ml,给予葡萄糖酸钙 10 ml。本组 1 例术中血压一度降至 65/40 mmHg,心率 135 次/min,脉搏氧饱和度 88%,出血 2 000 ml,出现精神萎靡、胸闷、口渴,立

作者简介:金燕琴(1973—),女,本科,主管护师。

收稿日期:2014-06-17

即面罩吸氧,使用多巴胺升压、垂体后叶素止血、卡前列素氨丁三醇缩宫治疗,按医嘱输入 7 U 红细胞、1 180 ml 血浆,因肌瘤部位、剥离面大各种止血治疗无效,行子宫次切术;4 例患者术中出血 750~800 ml,输红细胞 1.5~2 U,术后生命体征平稳,恢复好。

2.3 术后护理

2.3.1 病情观察 剖宫产术后 24 h 连续心电监护,严密观察患者意识、面色、生命体征、皮肤温度、尿量及尿色,特别重视宫底高度及阴道出血情况;发生出血后,在臀下垫储血器评估出血量,加强术后出血的风险评估^[6]。本组 1 例在术后 2 h 常规按压宫底时压出积血 200 ml(称重法),立即报告医生,并予臀部垫储血器,遵医嘱使用卡前列甲酯栓 1 枚塞肛、催产素 20 U 静脉滴注促进子宫收缩,患者生命体征逐步平稳,子宫收缩好转,阴道流血量减少。

2.3.2 感染的预防及护理 妊娠合并巨大子宫肌瘤患者的感染与手术、肌瘤剔除的创面、产后出血、贫血、手术时间延长、机体免疫力下降等多种因素相关,因此,做好术后感染的预防及护理。动态观察患者的体温变化,严格按医嘱使用抗生素;加强基础护理,保持切口敷料干燥;严密观察恶露量、性状、气味有无异常;保持病室清洁,定时开窗通风,限制探望人数;做好饮食指导,多食优质蛋白,增加抵抗力;术后导尿管留置 2 d,为避免发生尿路感染,每日会阴冲洗 2 次。本组 1 例肌瘤剔除时达宫腔,损伤大,术后体温最高达 38.5℃,CRP 109.7 mg/L,改盐酸莫西沙星氯化钠注射液静脉滴注抗炎治疗,鼓励患者增加饮水量,给予物理降温;出院前体温恢复正常,复查 CRP 41.4 mg/L。

2.3.3 产科护理 术后 6 h 协助患者床上翻身活动,指导行腹式呼吸,以促进肠蠕动,防止肠粘连^[7];鼓励患者床上活动双下肢,给予双下肢按摩,穿弹力袜,促进血液循环,防止下肢深静脉血栓形成;指导患者及家属母乳喂养或人工喂养的方法。本组患者术后 24~48 h 肛门排气,无腹胀;1 例术后 1 d D-二聚体 19.01 mg/L,术后第 2 天复查后为 14.22 mg/L,遵医嘱予低分子肝素钙每日皮下注射 1 次至术后第 5 天,告知患者弹力袜穿着时间至少每日在 15 h 以上,护士每班观察患者双下肢

足背动脉搏动及有无肿胀,同时给予进行主动及被动运动,患者出院前 D-二聚体在正常参考值范围,未发生下肢深静脉血栓;12 例患者进行按需哺乳,1 例患者静脉滴注盐酸莫西沙星氯化钠注射液,不能进行母乳喂养,指导其及家属正确挤奶手法,拇指及食指放在距乳房根部 2 cm 处,二指相对,其他手指托住乳房,一侧乳房挤 3~5 min 换另一侧,反复进行,每次挤奶持续 20~30 min,每天不少于 6~8 次,以促进乳汁分泌,在停药 3 d 后,患者对新生儿进行母乳喂养。

2.4 出院指导 在患者出院时给予详细的出院指导。将子宫次全切除患者的手术情况、术后恢复、不能再生育等如实告诉患者,做好心理护理;告知保持大便通畅,防止残端出血;子宫次全切除术后会有少量出血,属正常现象,术后 2 周内严密观察阴道流血和分泌物情况,如出血多,和平时月经量相似时及时就诊;嘱患者产后 42 d 来医院复查,出院后注意休息,活动要适度,术后 2 个月内避免重体力劳动;多摄取含蛋白质、维生素、铁丰富的食物;保持外阴清洁;术后 3 月内禁止盆浴和性生活,3 月后复查,严格避孕 2 年;如需再生育可就诊本院再生育门诊。

3 小 结

妊娠合并巨大子宫肌瘤产后易影响子宫收缩,增加产后出血的风险,择期剖宫产终止妊娠时,做好围手术期的护理。护理重点为重视待产期护理,做好术中大出血的抢救及护理,剖宫产后加强病情观察,做好基础护理,预防感染,重视产科护理及出院指导,是母婴健康的保障。

参考文献:

- [1] 丰有吉. 妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:325.
- [2] 程贤鸷,杨春波,贺晶. 妊娠合并巨大子宫肌瘤 31 例临床分析[J]. 实用妇产科杂志,2010,26(7):531-533.
- [3] 叶少珍. 妊娠合并巨大子宫肌瘤 69 例临床分析[J]. 中外健康文摘,2012,9(32):186-187.
- [4] 黄长顺. 围术期血液保护[M]. 杭州:浙江大学出版社,2007:68,349.
- [5] 吴之茵. 胃 Dieulafoy 病大出血的抢救体会[J]. 护理与康复,2006,5(5):39.
- [6] 郑开颜,项丽清,周路,等. 21 例胎盘植入致子宫切除患者的护理[J]. 中华护理杂志,2007,42(8):1707-1708.
- [7] 董玉华,罗琼,胡引,等. 腹式呼吸对剖宫产后胃肠功能恢复的影响[J]. 护理与康复,2011,10(3):214-215.