

DOI: 10.12209/CAIM202210280036

· 中西医结合临床案例 ·

1例宫颈癌合并AIDS患者行腹腔镜下 宫颈癌根治术的护理体会

张晓慧, 张玉珍, 王瑞莲, 杨昕丽, 刘耀芃, 王宏佳

(首都医科大学附属北京佑安医院 妇科, 北京, 100069)

摘要: 本文总结1例宫颈癌合并AIDS患者行腹腔镜宫颈癌根治术的护理。术前充分宣教、沟通、给予预康复指导;术后积极预防感染、早期下床活动、给予弹力袜、压力泵、使用抗凝药物等措施预防下肢静脉血栓形成;给予营养支持和心理护理;关注患者AIDS服药情况,告知按时服药的重要性,教会患者如何提醒服药,提高患者服药依从性;应用ERAS护理理念,促进患者快速康复,缩短住院时间,降低医疗费用,既符合DRG付费标准,又提高患者满意度。

关键词: 宫颈癌; AIDS; 加速康复外科; 静脉血栓栓塞; 感染

Nursing management of an AIDS patient undergoing laparoscopic radical trachelectomy for cervical cancer

ZHANG Xiaohui, ZHANG Yuzhen, WANG Ruilian,

YANG Xinli, LIU Yaopeng, WANG Hongjia

(Department of Gynecology, Youan Hospital Capital Medical University, Beijing, 100069)

KEY WORDS: cervical cancer; AIDS; fast track surgery; venous thrombosis; infection

宫颈癌是常见的妇科恶性肿瘤之一,发病率在我国女性恶性肿瘤中居第二位,位于乳腺癌之后。宫颈癌患病的高峰年龄为40~60岁,近年来大量研究表明,宫颈癌的发病年龄呈年轻化趋势^[1]。宫颈癌根治手术是目前治疗早中期宫颈癌最有效的方法之一。

加速康复外科(ERAS)是指基于多学科协作及循证医学证据,对一系列围手术期处理措施予以优化,以实现减少手术应激反应、减轻术后疼痛、降低围手术期并发症发生风险、促进患者术后加速康复、改善患者生命质量的目标;另一方面,实施ERAS可缩短住院时间、降低医疗费用,给医患双方带来成本效益^[2]。疾病诊断相关分组(DRG),是上世纪70年代美国学者研发的一种管理工具,主要应用于短期住院医疗服务绩效评价及医保付费管理。我科2022年9月2日收治1例宫颈癌合并AIDS患者,经过妇科、麻醉科、手术室共同协作,患者于住院10天后病情好转,顺利出院。现将病例治疗及护理经验报告如下。

1 临床资料

1.1 现病史

患者彭某,女性,39岁,主因“接触性出血2年”于2022年9月2日15:22收治入院。患者平素月经规律,周期6/30天,月经量正常、痛经(-)。患者两年前出现接触性出血,体检发现宫颈HPV16阳性,TCT提示ASC-H。3个月前行宫颈活检术,术后病理提示:(2点、6点、8点、12点)宫颈高级别鳞状上皮内病变(CINⅢ/CIS),局灶伴浸润,2月前行宫颈锥切术,术后病理提示:(1点~10点、12点)宫颈浸润性鳞状细胞癌。拟行手术,门诊以“宫颈癌”收入院。

1.2 患者信息

1.2.1 既往史:否认高血压史,否认糖尿病史。否认冠心病史,否认其它非传染性疾病史。患者2015年发现HIV感染,口服拉米夫定、克立芝、替诺福韦抗病毒治疗。否认外伤史。有手术史,2018年行剖宫产手术。否认性病史。无过敏史。

1.2.2 婚育史:已婚,G1P1。

收稿日期:2022-10-28

OPEN ACCESS

www.case.jcme.net.cn

1.2.3 家族史:父母体健,否认家族肿瘤史,否认遗传性疾病家族史,否认其他传染性、家族性疾病史。

1.3 体格检查

1.3.1 入院查体:体温 36.5℃,脉搏 72 次/min,呼吸 20 次/min,血压 107/63 mm Hg。发育正常;营养良好;神志清楚;表情自如;自主体位;步态正常;查体合作。

1.3.2 专科检查:外阴已婚型,阴道畅,宫颈锥切术后改变,子宫前位,正常大小,子宫活动可,无压痛,双附件未及异常。

1.3.4 影像学检查:妇科 B 超示左附件区囊实性回声;心脏 B 超提示三尖瓣反流,少量。

1.3.5 实验室检查:T 淋巴细胞(个/uL):591;CD4+T 淋巴细胞(个/uL):232;ALB(g/L):33.8。WBC:15.82%;中性粒细胞百分比(%):89.4↑;D-二聚体定量(ug/L):411。

1.4 诊断

宫颈癌 1A2 期;肠粘连;宫颈高危型人乳头瘤病毒感染;宫颈锥切术后;AIDS(无症状期)。

1.5 治疗干预

患者于 2022 年 9 月 4 日在全麻下行腹腔镜下广泛子宫切除术+双侧输卵管切除术+盆腔淋巴结及腹主动脉淋巴结清扫术+肠粘连松解术,手术顺利,麻醉满意,出血约 50 mL,补液 2 600 mL,尿量 700 mL。术毕生命体征平稳,安返病房,切除标本予患者家属过目后送病理。术后处理:予头孢哌酮舒巴坦钠 1.5g,q12h 静点,抗生素疗程 3~7 天,给予补液等对症治疗,监测生命体征;患者手术时间长,术后予按摩双下肢,弹力袜、压力泵,速碧林皮下注射,预防下肢静脉血栓。患者行全麻,术后予雾化吸入,减轻咽喉部不适,并预防肺部感染。患者术后留置尿管、盆腔引流管,保持引流通畅,行宣教防止脱管。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 心理评估:入院时患者心理负担重,很难接受自己得宫颈癌现实。不想让家属知道自己真实病情,害怕增加家属的心理负担。同时也担心术后预后不良,有焦虑情绪(SAS 焦虑自评量表 60 分)通过同伴教育、健康宣教,心理开导等措施,术后患者恢复良好,心理状况达到良好状态,能够积极配合延续护理。

2.1.2 ADL 评估:入院时 95 分,术后 40 分,术后 1 天 60 分,术后 2 天 75 分,术后 3 天 95 分,出院 95 分。

2.1.3 跌倒坠床风险评估:入院时 15 分,术后 35 分,出院 15 分。

2.1.4 压力性损伤评估:入院时 23 分,术后 18 分,出院 23 分。

2.1.5 营养风险筛查:阴性,BMI 为 20.7。

2.1.5 导管滑脱风险评估:术后 15 分,出院 0 分。

2.1.6 疼痛评估:术后 3 分,术后 1 天 2 分,术后 2 天 1 分。

2.1.7 VTE 评估:高危。

2.2 护理计划

缓解患者心理焦虑状况,使患者能够面对并接受现实,驱动患者自身的内在力,积极配合医疗护理;预防跌倒坠床,导管滑脱等不良事件发生;预防感染及下肢静脉血栓的发生;患者依从性差,HIV 治疗未按时服药,通过耐心指导,提高患者服药依从性。

2.3 护理诊断、护理措施、护理效果

2.3.1 焦虑(与认知,知识缺乏,担心术后有关):患者由于担心自身疾病情况,心理负担重,护士利用宣传栏,宣教手册,宣教视频资料充分讲解手术相关知识,鼓励患者与病房同种疾病术后恢复良好的患者聊天,充分利用同伴教育,患者之间达到共情和共鸣,解除了患者紧张焦虑情绪。医生、护士、麻醉师与患者充分沟通,就整个治疗方案向患者说明,使患者全程参与整个诊疗护理计划。手术后患者身体虚弱,疫情原因家属不能探视,更不能陪伴在侧,鼓励患者与家属视频语音聊天,让家属鼓励患者,给予精神力量,激励患者生活的信心。效果评价:患者能够积极配合治疗,顺利完成手术。

2.3.2 营养不良预防:营养风险筛查阴性,BMI 20.7, ALB 33.8 g/L。采用 NRS2002 对患者进行营养风险筛查。手术应激会明显加重术后的代谢反应,腹部手术的荟萃分析显示,术前补充能量制剂能促进肠道功能的恢复,且不增加术后感染的发生风险^[3]。故护理时减少禁食时间,遵医嘱予麻醉开始前 4 h 适量补充碳水化合物。术后患者清醒后咀嚼口香糖,以促进肠蠕动功能恢复,缩短首次排气排便时间,预防肠梗阻。效果评价:患者术后 8 h 排气,予适量流食,补充蛋白及能量,后逐渐过度到正常饮食。营养状况得到良好改

善,营养风险筛查阴性,ALB 出院时恢复正常。

2.3.3 预防静脉血栓栓塞(VTE):VTE 是指血液在静脉异常凝集,形成内源性栓子,造成静脉回流障碍的临床综合征,包括深静脉血栓形成(DVT)和肺栓塞(PE)^[4],血栓形成后,延长患者住院时间,对患者的生活及工作质量产生很大的影响,血栓也是威胁围术期患者安全的首要因素^[5]。预防措施:基本预防+物理预防+药物预防。基本预防:在病情允许情况下,增加下床活动量。卧床时多按摩腿部,促进腿部血液循环。适当多喝水,避免脱水。在病情允许的情况下,可抬高下肢促进下肢血液回流。卧床时勤翻身,多做深呼吸及咳嗽动作。指导做踝泵运动:主动屈伸踝关节动作,10~30次/组,至少8组/d。物理预防:利用间歇充气加压装置,通过机械加压方式,促进静脉血液回流,2次/d,2h/次。药物预防:抗凝药物:低分子肝素可以有效预防静脉血栓的形成。用药期间密切观察有无出血征象,术前利用走廊宣传栏,踝泵运动视频,宣教图片教会患者术后下肢活动。术后患者返病房后,鼓励患者进行床上活动,踝泵运动,指导患者起床3个30s,协助患者在术后6h床上坐起,24h内离床活动,逐渐增加活动量,同时注意保障患者安全。术后住院期间继续穿着弹力袜,在耐受的情况下,日夜穿着,中间间歇脱下,至术后1~2个月密切观察患者有无VTE症状,联合使用速碧林增强抗凝效果。基于个案管理模式的全程护理能有效提升宫颈癌患者术后康复措施执行的依从性,从而降低DVT的发生率^[6]。效果评价:患者住院期间至出院1个月内未发生VTE。

2.3.4 预防感染(与侵入性操作有关):保持外阴清洁,勤换消毒卫生巾、内衣裤减少细菌逆行感染机会。术后予碘伏会阴擦洗,2次/d。严格无菌操作,避免交叉感染。每日根据护理级别监测体温变化,体温异常及时通知医生。观察阴道分泌物量、色、气味有无异常。遵医嘱使用抗生素预防感染。效果评价:住院期间未发生感染。

2.4 妇科专科护理

盆腔引流管的护理:术后妥善固定盆腔引流管,标识清晰,避免管路弯折,受压,牵拉。准确记录24h盆腔引流量、颜色、性状。术后第三天开始夹闭盆腔引流管。夹闭期间观察患者有无腹胀腹痛等不适。48h后通过B超发现患者腹腔内无大量腹水。通过减少盆腔引流,启动腹膜的自吸收能力降低蛋白的流失。减少补充蛋白,降低医疗

费用。符合DGR付费标准。

2.5 AIDS抗病毒治疗

提高患者服药依从性,按时服药,规律服药,定期复查。向患者讲解服药依从性好的优势:持续抑制病毒复制;减少耐药风险;提高整体健康素质;提高个人生活水平;降低病毒复制。并且要意识到依从性差带来的后果:复发;疗效降低;医疗负担增加;患者生存质量下降;家庭照顾者的生存质量下降等^[7]。让患者自己认识到依从性的重要性,坚持按时服药。住院期间责任护士和患者都定好闹钟,监督并教会患者定时定量服药。指导患者出院后自己提前定好闹钟,或告诉一位值得信赖的家属,一起定好闹钟,提醒按时按量服药。或购买智能电子药盒,借助科技的力量,定时提醒服药^[8]。提高患者服药依从性。基于使用与满足理论的延续护理模式能有效提高AIDS患者抗病毒治疗知信行及治疗依从性,进而改善生活质量^[9]。通过电话随访,患者至目前服药依从性良好,未漏服一次抗病毒药物。复查CD4+T淋巴细胞结果正常。

2.6 出院随访

患者住院10天,恢复良好出院。出院后72h电话随访,包括服药情况、疼痛评估、伤口护理、排尿、排便情况、个性化生活指导、复查和治疗的提示等。术后14天至门诊复查,查询病理报告、制定后续治疗护理计划等。

3 讨论

术前宣教可使患者对手术应激有相对充分的心理准备,利于缓解术后紧张、焦虑情绪,也有助于减轻术后疼痛、恶心等不适感,使身心加快恢复。同伴教育可提高患者战胜疾病的信心。

妇科肿瘤患者是罹患VTE的高危人群,其在子宫颈癌、子宫内膜癌及卵巢癌中的发生率分别达3%~4%、4%~9%、17%~38%^[10]。除恶性肿瘤外,年老、体质指数高、长期应用皮质类固醇激素、制动和血液高凝状态等均证实为VTE发生的独立风险因素。因此,对实施妇科肿瘤手术的高危患者要重视预防性抗凝治疗,预估手术时间超过30min者应给予机械性及药物双重预防。此外,气压装置或弹力袜等机械性预防抗凝的措施,均可减少VTE的发生,联合肝素等药物抗凝时效果更优^[11]。

本病例是宫颈癌根治术,护理难度大,既要预防患者术后并发症的发生,同时也要在患者心理上给予充分的理解和支持。患者合并AIDS,抗HIV治

疗结果的好坏与服药依从性有很大关系,不规律服药可导致耐药,需要医护患三方共同努力,改善患者服药依从性。ERAS的实质是降低医疗应激反应,促进机体生理功能快速恢复。符合DRG付费标准。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] National Health Commission of the People's Republic of China;. 宫颈癌诊疗规范(2018年版)[J]. 肿瘤综合治疗电子杂志, 2020, 6(3): 33-43.
NATIONAL HEALTH COMMISSION OF THE PEOPLE'S REPUBLIC OF CHINA. Standard practice for diagnosis and treatment of cervical cancer (2018 edition) [J]. J Multidiscip Cancer Manag Electron Version, 2020, 6(3): 33-43. (in Chinese)
- [2] 王祎祎, 汪沙, 段华. 2019年ERAS协会更新的“妇科肿瘤围手术期管理指南”解读[J]. 中华妇产科杂志, 2019, 54(11): 788-792.
WANG Y Y, WANG S, DUAN H. Interpretation of “guidelines for perioperative management of gynecological tumors” updated by ERAS association in 2019 [J]. Chin J Obstet Gynecol, 2019, 54 (11): 788-792. (in Chinese)
- [3] CHOU Y J, KUO H J, SHUN S C. Cancer prehabilitation programs and their effects on quality of life [J]. Oncol Nurs Forum, 2018, 45(6): 726-736.
- [4] 王彦艳, 王炎, 刘延锦, 等. Caprini血栓风险评估量表对外科手术患者静脉血栓栓塞症预测效果的Meta分析[J]. 中华现代护理杂志, 2019, 25(3): 313-318.
WANG Y Y, WANG Y, LIU Y J, et al. Forecasting effect of Caprini risk assessment model for venous thromboembolism on venous thromboembolism among surgery patients: a Meta analysis [J]. Chin J Mod Nurs, 2019, 25(3): 313-318. (in Chinese)
- [5] 严素琴, 陈爱钧, 孙秋红. 预防静脉血栓栓塞症护理计划在妇科恶性肿瘤手术患者中的应用效果[J]. 中国当代医药, 2020, 27(7): 227-230.
YAN S Q, CHEN A J, SUN Q H. Application effect of nursing plan for prevention of venous thromboembolism in patients with gynecologic malignancies [J]. China Mod Med, 2020, 27(7): 227-230. (in Chinese)
- [6] 储春霞, 秦云霞, 鞠小梅, 等. 运用个案管理模式预防宫颈癌术后下肢深静脉血栓形成[J]. 中西医结合护理(中英文), 2019, 5(12): 101-103.
CHU C X, QIN Y X, JU X M, et al. Application of case management model in prevention of deep vein thrombosis after surgery for cervical cancer [J]. Nurs Integr Tradit Chin West Med, 2019, 5 (12): 101-103. (in Chinese)
- [7] PANEL ON CLINICAL PRACTICES FOR TREATMENT OF HIV INFECTION. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-infected adults and adolescents [J]. Afr J Med Pract, 1998, 5(2): 79-104.
- [8] 中华医学会感染病学分会艾滋病丙型肝炎学组, 中国疾病预防控制中心. 中国艾滋病诊疗指南(2021年版)[J]. 协和医学杂志, 2022, 13(2): 203-226.
ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME AND HEPATITIS C PROFESSIONAL GROUP, SOCIETY OF INFECTIOUS DISEASES, CHINESE MEDICAL ASSOCIATION, CHINESE CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Chinese guidelines for diagnosis and treatment of human immunodeficiency virus infection/acquired immunodeficiency syndrome (2021 edition) [J]. Med J Peking Union Med Coll Hosp, 2022, 13 (2): 203-226. (in Chinese)
- [9] 袁雯, 李雪梅, 贾静月. 使用与满足理论延续护理模式对HIV/AIDS病人抗病毒治疗知信行的影响[J]. 循证护理, 2022, 8(3): 368-371.
YUAN W, LI X M, JIA J Y. Influence of the continuous nursing model based on the theory of use and satisfaction on the knowledge, belief and practice of antiretroviral therapy for HIV/AIDS patients [J]. Chin Evid Based Nurs, 2022, 8(3): 368-371. (in Chinese)
- [10] TURNER M C, MIGALY J. Surgical site infection: the clinical and economic impact [J]. Clin Colon Rectal Surg, 2019, 32(3): 157-165.
- [11] 马军, 秦叔逵, 吴一龙, 等. 肿瘤相关静脉血栓栓塞症预防与治疗指南(2019版)[J]. 中国肿瘤临床, 2019, 46(13): 653-660.
MA J, QIN S K, WU Y L, et al. Guidelines for prevention and treatment of tumor-associated venous thromboembolism (2019 edition) [J]. Chin J Clin Oncol, 2019, 46(13): 653-660. (in Chinese)

声明:此案例经过本平台同行评议,全文开放获取,采用知识共享(CC 4.0 BY-NC-ND)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。