

妊娠期行宫颈环扎术患者围手术期护理

贺芳(江苏省常州市妇幼保健院生育技术科 213003)

【摘要】 目的 总结妊娠期宫颈机能不全患者行宫颈环扎术围手术期护理方法和临床经验。方法 回顾性分析 2009 年 1 月至 2011 年 12 月 16 例妊娠期宫颈机能不全行宫颈环扎术患者的临床资料。结果 16 例患者均维持妊娠至 34 周以上,且母婴健康,无并发症发生。结论 宫颈环扎术是治疗宫颈机能不全的有效方法。良好的围手术期护理是手术成功的保障,能达到有效延长孕龄和提高胎儿存活率的目的。

【关键词】 妊娠期; 宫颈环扎; 围手术期

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.22.068 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)22-2898-01

宫颈机能不全又称宫颈内口松弛,是妊娠中期宫颈无痛性扩张导致反复流产、早产的主要病因之一。在妊娠 16~18 周习惯性流产中占比高达 15%^[1]。子宫颈环扎术的目的主要是修复及建立子宫颈内口的形态和功能,借助缝合技术提高宫颈张力或减少子宫下段与胎盘分离的机会,对防止早产,延长妊娠时间起到关键作用,是治疗宫颈机能不全的有效方法。本院对 16 例宫颈机能不全的孕妇行宫颈环扎术,在治疗过程中通过加强护理取得了良好效果,现报道如下。

1 临床资料

采集 2009 年 1 月至 2011 年 12 月 16 例患者资料,年龄 22~36 岁,平均 27.1 岁,孕次为 4~6 次,产次 0~1 次,人工流产 1~2 次,自然流产 3~5 次且流产时间发生在 12~26 周之间。宫颈环扎:孕 14~20 周行宫颈环扎术。住院 16~81 d,平均 48 d。出院后随访:1 例孕 34 周早产,15 例孕足月分娩,其中自然分娩 13 例,剖宫产 3 例,新生儿均存活。

2 讨论

2.1 手术前准备

2.1.1 心理护理 本组的 16 例孕妇自身及家庭条件均良好,因反复流产而感受到双方父母、社会周围人群不同程度的压力,产生恐惧、担忧的心理,对手术既怀疑又抱有较大的希望,害怕因手术导致再次流产或早产。通过主动与孕妇交流,鼓励其说出心中的顾虑,良好的护患关系是取得心理护理成功的关键。责任护士与医生沟通,及时解答患者的疑惑,提供充足的理论依据证明手术成功的可能性,并介绍既往成功的病例,增加患者对手术的期望值和信任度,为手术的成功奠定基础。同时做好家属的思想工作,消除来自家庭的心理压力,争取家庭支持,使孕妇能以良好的心态接受手术,积极配合治疗。

2.1.2 常规准备 住院后卧床休息,抬高臀部^[2],手术前常规进行阴道、宫颈分泌物培养,血、尿化验检查,排除炎症因素。通过 B 超检查了解宫颈长度、内口宽度及胎膜嵌入情况。术前 3~5 d 用药保胎,硫酸镁静脉滴注抑制宫缩,以降低子宫的敏感性。术前 1 d 于抗生素预防感染,无明显阴道流血症状且无其他禁忌证者拟行宫颈环扎术。

2.2 术后护理

2.2.1 心理护理 因在妊娠期进行手术,患者和家属都有一定的心理负担,不良情绪可影响手术效果和疾病的预后,护士应给予耐心安抚和心理疏导,鼓励家庭、尤其是来自丈夫给予的支持和关怀,因为丈夫的参与和配合会大大增强患者的自信心。向患者及家属说明各种治疗护理措施的目的和意义,如保胎药物的作用和不良反应;勿触摸乳房,以防诱发宫缩;并强调自我监护宫缩、胎动、阴道流血的重要性。通过健康教育,使患者依从性提高。

2.2.2 一般护理 提供安静、整洁的病房环境,术后遵医嘱卧床抬高臀部,绝对卧床 3~5 d 以后可改为平卧位,过早下床活动易引起缝合创面出现出血,影响手术效果。1 周后根据病情可适当增加活动,由于孕妇卧床时间长,协助做好生活护理,定时翻身,鼓励其床上进行主动和被动的关节运动,保持关节的活动性和肌肉的张力,促进血液循环,预防静脉血栓形成。定期协助家属为孕妇做全身皮肤护理,预防感染和压疮,促进孕妇生理、心理上的舒适。

2.2.3 病情观察 术后严密观察宫缩,阴道流血、流液情况,观察生命体征,重视患者主诉,护理人员应及时发现流/早产先兆,采取有效措施,这是围手术期护理的关键。教会孕妇识别流/早产先兆,如何自我触摸宫缩,告知如有腰酸、腹胀、腹痛、下坠感时,及时汇报医护人员以便为紧急处理赢得时间。

2.2.4 用药护理 术后预防宫缩,用硫酸镁治疗量与中毒量非常接近,故在静脉滴注时需注意呼吸次数、每小时尿量及膝反射是否正常,并备有相应的急救措施,以保证安全。利托君(安宝)是 β 受体兴奋剂,常用于需要较长时间保胎的孕妇。用药前做好药物相关知识教育,消除患者的疑虑和紧张情绪,使患者有充分的心理准备,提高对药物不良反应出现的承受能力。在使用过程中应控制滴速,利托君 100 mg 加入 5% 葡萄糖注射液 500 mL 中,用微调节输液器根据宫缩调节滴速,待宫缩抑制后至少持续滴注 12~24 h 后改口服,口服每次 10 mg,每 4~6 小时一次,用药期间每小时监测并记录血压、心率、呼吸、观察宫缩情况^[3]。注意孕妇有无心悸、心律失常、心动过速等。心率超过 130 次/分应引起注意,并减慢滴速。心率超过 140 次/分应停药,必要时行心电监护。

2.2.5 预防感染 术后常规应用抗生素 3~5 d,预防感染,感染是宫颈机能不全手术失败的主要原因。注意保持会阴部清洁,勤换内衣裤,每次大小便后,用聚维酮碘稀释液清洗会阴部,以保持外阴清洁。加强基础护理的同时,密切观察孕妇的体温、血象变化,及时发现感染征象,合理使用抗生素,定期进行阴道分泌物监测。16 例患者住院期间未发生感染。

2.2.6 胎儿监测 密切观察胎心、胎动情况。教会孕妇自数胎动,及时发现胎儿异常情况。指导孕妇多取左侧卧位,以改善胎盘血供情况,利于胎儿发育。定期产前检查,测量宫高、腹围的变化,间接了解胎儿宫内发育情况。孕 26 周后每周胎心监护 1 次,了解胎儿对胎动、宫缩的反应情况。定期进行超声检查,动态测量胎儿大小是否符合孕周及胎盘、羊水情况。超声多普勒血流监测,通过超声脐动脉血流分析,间接了解胎盘功能及胎儿供血供氧情况。

2.2.7 饮食护理 为了提高孕妇的免疫力和保证胎儿发育需要,鼓励孕妇多摄食高蛋白、高热量、高维(下转第 2909 页)

痛,局部皮肤无红肿、溃烂。双侧扁桃体无肿大。双肺呼吸音粗,未闻及干湿啰音。心腹未见异常,四肢皮下未见结节,关节活动正常。外院 2011 年 10 月 31 日门诊胸部 X 线片示上中肺结节状、片状阴影,肺门淋巴结肿大,心隔如常。辅助检查:血常规示白细胞 $3.2 \times 10^9/L$,中性粒细胞 72%,红细胞 $4.4 \times 10^{12}/L$,血红蛋白 128 g/L,血小板 $182 \times 10^9/L$,红细胞沉降率 24 mm/h;B 超示肝胆脾未见异常,心电图未见异常。颈部彩超示双侧颈部、锁骨上窝淋巴结肿大,多考虑淋巴结结核。初诊为:(1)双肺继发型浸润结核初治;(2)颈部淋巴结结核。入院给予 3HRSZ/9HR 方案抗痨加保肝治疗,入院后痰结核菌连续 3 次阴性、结核菌素试验阴性,患者症状无明显改善,行颈部淋巴结活检病理回报:淋巴结结核。考虑双肺病变亦为结核所致,行气管镜活检。活检病理示:慢性肉芽肿性炎,未见干酪样坏死,抗酸染色未找到结核杆菌,证实为结核病。立即停用抗痨药物,给予泼尼松 30 mg/d,一次顿服,1 周后病情明显好转。1 个月后计算机断层扫描(CT)显示双肺病变及肺门肿大淋巴结明显缩小,双侧颈部淋巴结亦明显缩小,继续口服泼尼松治疗。

2 讨论

结核病是一种原因不明的以非干酪样肉芽肿为病理特征的系统性疾病。可侵犯全身多个器官,以肺和淋巴结发病率最高,其次为皮肤、眼、神经系统、心脏等。临床表现多种多样,可无明显临床症状,也有少数病例病情呈进行性进展,晚期呈多器官受累、衰竭。部分结核病可自愈或呈慢性进展,好发年龄 20~40 岁,女性多于男性,临床大多数发病隐匿,约 90% 以上的病例有肺部病变,常规 X 线片检查可发现肺部异常阴影。胸内结核病早期常无明显症状和体征,有时有咳嗽、咳少量黏痰、胸痛,偶尔少量咯血、乏力、发热、盗汗、体质量减轻等。约 1/4 的病例有眼和皮肤病变,周围淋巴结肿大占 1/3,还有心脏改变,肾脏受累,消化系统及关节炎等,易误诊为淋巴结核、淋

巴瘤、肺结核、肺癌并纵隔淋巴结转移及关节炎等^[1]。

结核病诊断主要依靠病理学检查。从病理学角度看,结核病与结核病同属于肉芽肿类疾病,典型病例鉴别不难,但不典型病例表现为非干酪样肉芽肿形成,有时很难鉴别,不典型结核即增殖结核病理学改变可为结核肉芽肿不伴干酪样坏死,抗酸染色阴性,与结核肉芽肿病理上区分很困难。病理学报告常是“请结合临床排除结核后考虑结核病”,“请结合临床排除结核病后考虑结核病”或“请结合临床相关化验检查”,可见二者病理鉴别难度很大^[2]。胸片及 CT 可见双肺门及纵隔淋巴结增大,伴或不伴肺内结节、片状影。本例误诊原因:患者有咳嗽、发热、乏力、盗汗等类似结核中毒症状样表现。双侧颈部有多个肿大的淋巴结,双肺有结节状、片状密度增高影,专科医生有先入为主惯性思维,故首先考虑为肺结核和淋巴结结核。由于结核临床较少见,非专科医生对结核认识不足,双肺结节状、片状密度增高影及颈部和肺门淋巴结肿大很容易使临床医生首先考虑肺结核、淋巴结结核及肺癌伴纵隔转移,导致误诊。结核误诊率较高,有文献报道达 39%,胸部影像显示双肺结节状、网状、片状阴影及肺门、纵隔淋巴结肿大者应引起重视,有浅表淋巴结肿大者,可做活检,以明确诊断,特别是对于非专科医生,更应加强对结核知识的学习、拓宽临床思路、综合分析,不能主观臆断,这样才能尽量减少误诊和漏诊,提高对结核病的正确诊断和治疗。

参考文献

- [1] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:2610-2613.
- [2] 王志成. 15 例肺结节病临床病例分析并文献复习[J]. 临床肺科杂志,2008,13(1):26-27.

(收稿日期:2012-06-11)

(上接第 2898 页)

生素、高矿物质、富含铁质的食物,少量多餐,根据个人喜好经常更换菜谱,使营养更全面。

2.2.8 预防便秘 宫颈环扎术后发生便秘的原因是多方面的。大量干硬的粪便寄存于直肠内,可引起肠道强烈收缩,进而诱发宫缩,增加早产、流产的危险^[4]。鼓励孕妇多吃纤维性食物,多饮水。养成定时排便习惯,排便时抬高床头指导孕妇深呼吸,切忌用力避免诱发宫缩。大便干结无法排出,可戴手套从肛门进入帮助其排出。鼓励其在病情允许下,适当增加活动量,预防和减轻便秘对孕妇的影响。

2.2.9 出院指导 患者术后观察 2~4 周,病情稳定、无宫缩及阴道流血即可出院。出院后可轻微活动,禁止性生活,避免剧烈咳嗽、大笑及抬重物等增加腹压的动作。指导孕妇自数胎动,每天早、中、晚卧床各数 1 h 胎动并记录,≥4 次/小时,反应胎儿状况良好。3 次结果相加乘以 4 得 12 h 胎动数。≥30 次/12 小时为正常,<10 次/12 小时提示胎儿缺氧,如过快过慢应立即就诊。定期接受产前检查,向接诊医生说明病史。通常 B 超检查频率 1 次/2~3 周,在检查过程中掌握宫颈管缩短程度及宫口扩张情况,并根据实际需要尽早入院密切观察。如无异常可在孕 36 周提前住院等待分娩,妊娠达 37 周或出现规律宫缩应及时拆线,若临产时间提前应立即拆线,以免加重宫颈裂伤。

宫颈环扎术是治疗宫颈机能不全的有效方法,做好手术前后的护理是手术成功的重要保障。其中加强术后病情观察、用药期间的监测至关重要。既要有效抑制宫缩,又要警惕药物中毒和不良反应的出现。在护理中还应做好孕期健康宣教,避免劳累等诱发宫缩的因素,注意临产后及时拆除缝线,以免加重宫颈裂伤^[5]。本组 16 例均安全度过围生期,顺利分娩,由此可见妊娠期宫颈机能不全孕妇通过宫颈环扎术及一系列护理,可顺利度过危险期,保证母婴安全。

参考文献

- [1] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:325-335.
- [2] 范继青,隋爱慈. 89 例宫颈机能不全行环扎术治疗的护理[J]. 天津护理,2010,18(2):85-86.
- [3] 丰有吉,沈铿. 妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:100.
- [4] 苏应宽,刘薪民. 妇产科手术学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,1992:312-313.
- [5] 郭碧云. 妊娠期宫颈环扎 31 例术后护理及疗效观察[J]. 临床合理用药,2001,8(4):92-93.

(收稿日期:2012-06-02)