

1 例血管平滑肌瘤术后并发上消化道大出血及急性肾损伤患者的护理

范文兰

中山大学附属第一医院妇科 广东广州 510000

摘要: 子宫平滑肌瘤是女性生殖器官中最常见的良性肿瘤,其组织可以进入静脉或淋巴管内称脉管平滑肌瘤病,平滑肌瘤可呈蠕虫状生长入下腔静脉引起患者死亡。本文回顾性分析我院一例血管平滑肌瘤患者的诊治过程,患者因“腹胀3个月”入院,入院后完善相关检查,于2022-4-8在全麻下行“下腔静脉切开取瘤栓+左肾切取+自体肾移植+移植肾输尿管膀胱吻合体外循环下右心房肿物切除术+乙状结肠系膜裂孔修补术+膀胱镜双侧输尿管支架置入术+盆腔腹膜后肿物切除+全子宫及双侧附件切除术+肠粘连松解术”;术后带气管插管转心外ICU进一步综合治疗。治疗期间患者出现急性肾衰竭、脓毒血症,给予积极治疗后于2022-4-18转回我科继续血透、抗感染等对症治疗。2022-4-26因上消化道大出血、失血性休克、感染未控、难治性高钾血症转ICU一区综合治疗。2022-4-29后转回妇科继续治疗。历经59天的对症治疗及精心护理,现患者术后恢复情况好,予出院。现将该个案护理报道如下。

关键词: 血管平滑肌瘤;上消化道大出血;急性肾损伤;个案护理

子宫血管平滑肌瘤为子宫肌瘤中较罕见的一种病理分型,起源于子宫平滑肌细胞,包含有厚壁血管^[1]。脉管内生长、腹膜播散、良性转移是其特殊的生长方式。局限于子宫可出现月经量增多、经期延长,肿瘤过大压迫可导致下肢肿胀、下腹部不适,肿瘤向上生长累及下腔静脉、右心房、右心室、肺动脉等可出现呼吸困难、心悸、胸闷、晕厥等,甚至可出现突发性大出血及休克^[2]。目前以手术治疗为主,治疗的目的是完全切除子宫肿瘤,该例患者是先切除全子宫及双侧附件,再开胸在体外循环下,经胸膜联合切开下腔静脉取出瘤栓及右心房肿物切除术。鉴于血管平滑肌瘤的特性,早发现、早诊断、早治疗尤为重要。

1. 病例介绍

患者陈某,女,50岁,主因“腹胀3个月,进食后尤甚”于2022年3月23日入院,于2022年3月14日就诊外院,妇科彩超示盆腔巨大实性占位,309mm×92mm×273mm,下腔静脉延至右心房异常回声,范围约96mm×16mm(下腔静脉),60mm×24mm(右心房)。2022年3月16日行全腹+盆腔+胸部平扫+增强CT示:盆腹腔巨大占位,考虑恶性肿瘤,肉瘤?下腔静脉内低密度影,左肾静脉改变,

考虑瘤栓可能;左肺上叶舌段及双肺下叶少许慢性炎症;肝内胆管轻度扩张;左肾囊肿;右腹股沟疝。建议上级医院进一步就诊。于2022年3月18日就诊我院,建议住院进一步诊治。病程中患者神志清,语言流利,活动自如,无双下肢肿痛,偶有胸闷,无心慌、胸痛、心悸。近期患者精神、食欲尚可、睡眠欠佳、大小便正常。无明显体重明显减轻。

患者平素身体健康状况一般,焦虑症10+年,口服盐酸氟西汀胶囊1片qd,自诉控制良好。2011年因“肾上腺嗜铬细胞瘤、高血压”于外院行腹腔镜嗜铬细胞瘤切除术,术后血压恢复正常。入院后完善相关检查,盆腔肿物穿刺术后病理诊断平滑肌瘤。排除手术禁忌症,经两次多学科会诊后,于2022-4-8行多学科联合手术。具体术式为:下腔静脉切开取瘤栓+左肾切取+自体肾移植+移植肾输尿管膀胱吻合+体外循环下右心房肿物切除术+乙状结肠系膜裂孔修补术+膀胱镜双侧输尿管支架置入术+盆腔腹膜后肿物切除+全子宫及双侧附件切除术+肠粘连松解术。术中出血8000ml,术中行自体血回输2500ml,输红细胞悬液14U,输新鲜冰冻血浆1600ml,输集采血小板0.5U,输冷沉淀6U。术后带气管插管转ICU进一步综合治疗。转入后

予动态监测相关检查,血常规、出凝血时间、生化、血气分析、心电图、胸片等,予以复查移植肾、肾动静脉、腹部超声提示:移植肾动脉血流阻力指数增高。移植肾周少量积液。右肾实质回声增高。右肾动脉超声检查未见异常。胆囊沉渣。肝脏、胆管、胰腺、脾脏超声检查未见异常。肝静脉及下腔静脉血流通畅。输尿管未见明显扩张。腹腔积液。右侧胸腔积液。心脏超声提示:心脏形态结构未见异常。主动脉瓣关闭不全(轻微)。三尖瓣关闭不全(中度)。心包积液(微量)。左心室收缩功能正常。右心室收缩功能正常。胸部、全腹及盆腔CT平扫提示:对比2022-03-28 CT: 1.前示腹盆腔肿物、子宫及双侧附件切除术后改变,未见明确肿瘤残留,建议复查;建议完善血NGS检查、加强抗感染、持续CRRT维持内环境稳定。完善血NGS未见明显异常,患者循环呼吸稳定、生命体征平稳,2022-4-18转我科继续住院治疗。继续给予维持内环境稳定、抗感染方案为:泰能1gq8h+替加环素50mgq12h(首剂100mg qd)+科赛斯50mg qd(首剂70mg qd)、每日血透;2022-4-20开始无发热,2022-4-22停用泰能。2022-4-23停用静脉能量补给,改半流质饮食。2022-4-24开始根据营养科方案肠外营养补给。患者凝血功能障碍,2022-4-21纤维蛋白原明显下降,出现危急值:出、凝血常规:纤维蛋白原FIB 0.89g/L,给予法布莱士2g纠正纤维蛋白原缺乏血症。2022-4-23纤维蛋白原再次出现危急值:出、凝血常规:纤维蛋白原FIB 0.64g/L,给予每日输注法布莱士2g。患者白蛋白进行性下降,自2022-4-22开始每日输注白蛋白20g。2022-4-24患者血常规提示血红蛋白下降至66g/L,给予输注红悬2U。2022-4-25复查血常规示血红蛋白64g/L,再次申请红悬2U。结合患者凝血功能障碍、感染指标持续上升,2022-4-25请血液科及药学部会诊。患者夜间出现发热,最高体温38.0℃,还出现黑便,量少。早上发现尿管内尿液呈脓样改变,给予更换尿管、膀胱冲洗等对症治疗。2022-4-26因上消化道大出血、失血性休克、感染未控、高钾血症转ICU一区综合治疗。2022-4-29后转回妇科继续治疗。患者术后恢复情况好;予办理出院。

2. 护理

2.1 术前护理

2.1.1 术前准备

因为患者有巨大盆腔包块,而且肿物累及到左肾静脉、下腔静脉及右心房,手术大,且开胸行心脏手术时要

体外循环,患者出血风险大大增加,因此予配血:红细胞悬液10U、机采血小板2U、新鲜冰冻血浆1000ml、冷沉淀10U。同时要肠道准备、备皮、洗脐、留置导尿。

2.1.2 心理护理

该患者有焦虑症10余年,但在面对病情复杂,手术难度大,易复发、疫情期间严格探视制度等,患者变得更加焦虑不安。指导患者规律服用抗焦虑药物,允许一名家属陪同。护理人员向病人及家属耐心讲解疾病相关知识,让其了解子宫平滑肌瘤是一种良性疾病,可治愈,也可介绍成功案例,有利于增强患者治疗疾病的信心。责任护士与患者建立良好关系,多倾听患者内心的想法,提高患者的治疗意识、争取患者及家属的配合。分散患者注意力,为患者介绍病友,可进行相互交流,相互鼓励,共同与病魔做斗争,鼓励患者空闲时观看电影、播放欢快的音乐等。护理人员还可陪伴患者进行室外呼吸训练,指导患者保持站立、闭目凝神,手掌朝上,放置齐腰,以缓慢速度吸气,将双手抬高,缓慢呼气,放下双手,予调节紧张情绪^[3]。还可以请专业心理医生会诊,缓解患者焦虑情绪。

2.2 术后护理

2.2.1 病情观察

患者手术后直接转ICU综合治疗,术后第十天转回妇科普通病房,患者因手术大,术中出血多,且病变累及到左肾静脉、下腔静脉及右心房,患者容易出现心律失常及循环障碍。①需要严密观察患者的心率、心律、血压、呼吸、脉搏,遵医嘱予心电监护及低流量吸氧。术后第12天凌晨,患者入睡后,突发心率快,最快为每分钟145次,唤醒患者,神志清,对答切题,诉无不适,遵医嘱予西地兰、可达龙对症治疗,后心率逐渐降至正常。②准确记录患者24小时出入量情况,保持液体出入量平衡。定时监测中心静脉压,结合血压情况,为作好输液管理提供有力依据。患者自体肾移植手术后出现急性肾损伤,考虑与手术时间长,出血量大,术中及术后肾脏低灌注有关,肾功能恢复需要2周甚至更长的时间,有研究表明早期启动CRRT脱水可以降低中心静脉压,从而加快肾脏功能恢复^[4]。移植肾急性肾损伤的典型临床表现以尿量减少为主,可伴有由容量过负荷、电解质及酸碱失衡引起的症状或体征,临床表现不具有特异性,较易被原发疾病或肾脏替代治疗所掩盖^[5]。因此记录24小时出入量、每小时尿量及检验结果尤为重要,患者术后第三天起无尿,

高钾、酞高,予规律行CRRT治疗,术后第十二天24小时尿量160ml,查血结果显示血钾6.06mmol/L、肌酐436umol/L,在医生及工友陪同下至血透室行血液透析治疗。

2.2.2 管道护理

患者术后留置胃管、左右胸腔引流管、右肾周引流管、右颈静脉穿刺管、左腹股沟血管透管、尿管。①保持各种管道固定通畅,防止管道移位、扭曲、折叠、受压,并做好标记。②定期消毒穿刺部位,更换敷料,观察穿刺部位有无红肿热痛等感染征象。③每周更换引流袋及引流瓶,每日口腔护理、会阴抹洗两次,当患者出现脓尿时,及时给予膀胱冲洗,预防感染。④每班记录引流液的颜色、性质及量,若出现引流量异常要警惕发生失血性休克。若引流量逐渐减少、颜色变浅时应尽早拔除。⑤向患者及家属解释留置管道的目的及注意事项。

2.2.3 术后出血的护理

患者术后出现凝血功能障碍,2022-4-21纤维蛋白原报危急值,FIB 0.89g/L,血红蛋白、白蛋白进行性下降,予输人纤维蛋白原、红细胞悬液及人血白蛋白对症治疗,密切关注检验指标变化及监测生命体征,并关注患者主诉。术后第19天,患者呕吐褐色液体量约100ml,解少量黑色大便,进而出现心率快,血压进行性下降,面色、口唇苍白,四肢湿冷,患者自诉有轻微头晕、无腹痛不适,怀疑消化道大出血导致失血性休克,急查血及配血,结果示Hb 25g/L,予快速输液、输红细胞悬液补充血容量,予去甲肾上腺素维持血压。在医生护士陪同下迅速转ICU行进一步治疗。床边胃镜检查发现十二指肠溃疡侵及小动脉。有研究表明,消化道发生出血病变时,胃肠道黏膜中纤维蛋白溶解酶的活性会明显升高,血液更不易凝结,质子泵抑制剂可以持续作用于胃黏膜,能够显著降低胃肠道黏膜内纤维蛋白溶解酶的活性,促进凝血功能恢复,进而降低消化道出血,改善消化道溃疡及出血情况。生长抑素在抑制多种激素释放的基础上修复胃黏膜、促进血小板凝集,从而预防再出血风险。两种药物联合应用的基础上,可以在协同作用的同时提升止血效果、缩短治疗时间^[6]。因此予耐信静脉点滴及生长抑素24小时持续静脉泵入治疗。患者右侧大腿出现瘀斑,双上肢出现皮下出血点,每班观察及记录瘀斑、出血点有无增加。指导患者尽量卧床

休息,保持大便通畅,以免引起腹压增加导致出血。指导患者使用软毛牙刷,自我观察牙龈有无出血,有无血尿黑便等出血情况。

2.2.4 营养失调的护理

患者上消化道大出血后,指导患者禁食并留置胃管行持续胃肠减压,予静脉补充肠外营养。患者血红蛋白和白蛋白下降,遵医嘱予输红细胞悬液及人血白蛋白,从而改善患者的营养状况。定期检测血红蛋白及白蛋白的变化,密切观察胃液的颜色、性质及量。当消化道不再出血时,根据营养科建议加强营养支持,可先尝试少量肠内营养支持,从清流食、全流质、半流质到软食,再到普通饮食逐步过渡。同时指导患者进食时要细嚼慢咽,一次进食量不宜过多;多吃高维生素、高蛋白易消化食物,不吃坚硬、辛辣刺激性食物。

3. 小结

血管内平滑肌瘤是一种罕见的良性平滑肌瘤,治疗关键是多学科联合手术彻底切除所有肿瘤,而术后并发症的预防和护理也尤为重要,本文通过个案报道,总结血管平滑肌瘤术前护理及术后出现急性肾损伤及上消化道大出血的治疗及护理措施,为临床治疗与护理此类案例提供参考依据。

参考文献

- [1] 张惜阴.实用妇产科学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2008:652.
- [2] 杨琼,谢荣凯,黄强,等.子宫平滑肌瘤长入右心腔一例报道[J].国际妇产科学杂志,2019,46(04):394-396.
- [3] 涂玉华,唐晓冬.心理护理及健康教育对冠心病合并抑郁焦虑患者的影响[J].基层医学论坛,2022,26(12):82-84,128.
- [4] Xing ZQ, Liu DW, Wang XT, et al. Early initiation renal replacement therapy for fluid management to reduce central venous pressure is more conducive to renal function recovery in patients with acute kidney injury[J].Chinese Medical Journal,2019,132(11):1328-1335.
- [5] 张湖海,赵洪雯.肾移植相关肾损伤的诊疗进展[J].临床内科杂志,2021,38(03):155-158.
- [6] 杨景帅.生长抑素联合奥美拉唑治疗轻度消化道出血的疗效观察[J].中国医药指南,2022,20(25):107-109.