

一例IV期卵巢癌合并严重并发症患者围术期护理个案分析

田春艳 王亮* 王棵

绵阳市中心医院 四川绵阳 621000

摘要: 本文通过一例IV期卵巢癌合并严重并发症患者的围术期护理实践,探讨了针对此类危重患者的综合护理方案。患者为51岁女性,确诊卵巢癌3个月余,经多周期化疗后入院要求手术治疗。手术范围广泛,涉及多学科合作,术后患者出现反复发热、呼吸困难、胸腔积液、气胸、盆腹腔感染等多种并发症。护理团队通过呼吸道管理、皮肤管理、引流管护理、VTE防控、体温管理、疼痛管理、心理护理以及基于ERAS理念的术前预康复模拟训练等多维度护理措施,成功帮助患者度过术后危险期,病情逐渐好转并顺利出院。本案例强调了护理人员在危重患者病情观察、综合护理能力提升方面的重要性,以及预见性思维在提高患者抢救成功率中的关键作用。

关键词: 卵巢癌; 围术期护理; 并发症; 综合护理

前言

卵巢癌是女性生殖系统常见的恶性肿瘤之一,其发病率和死亡率均较高。由于缺乏有效的早期筛查手段,多数患者就诊时已处于晚期,给治疗带来了巨大挑战。对于晚期卵巢癌患者,肿瘤细胞减灭术是重要的治疗手段,但此类手术时间长、范围大,术后患者病情复杂多变,需要医护团队的密切配合和精心护理。本文通过一例IV期卵巢癌合并严重并发症患者的围术期护理个案,分享了护理团队在患者病情观察、护理方案制定与实施等方面的经验,旨在为类似患者的护理工作提供参考。

1 病例介绍

1.1 基本信息

患者崔某,女,51岁,因确诊卵巢癌3个月余,经3周期TP化疗后,于2024年5月7日入住四川省绵阳市中心医院。患者既往有5年高血压病史,长期口服奥美沙坦酯片降压治疗,近3个月未规律用药,否认糖尿病、高血脂、冠心病、脑卒中等病史,无手术、外伤、精神病史,无传染病史,预防接种史不详,无输血史,无过敏史。个人史无特殊,家庭关系和睦,经济条件一般。

1.2 入院情况

入院时生命体征平稳,T:36.2℃,P:93次/分,R:20次/分,BP:122/89mmHg。护理评估显示压力性损伤(Braden)评分为23分,跌倒坠床(Morse)评分为15分,自理能力(Barthel)评分为100分,VTE(Capriani)评分为4分,

健康自评0分。患者神志清晰,营养一般,近3个月体重下降6kg,身高143cm,体重47kg,BMI:22.98,ECOG:1级。实验室检查结果显示血常规多项指标异常,肝功、肾功、电解质等也存在不同程度的异常,D-二聚体升高。

1.3 诊疗经过

患者入院前3个月无明显诱因出现右下腹胀痛不适,后经检查确诊为卵巢高级别浆液性癌IV期,伴多处转移。入院后,医院组织多学科医护联科讨论,制定详细手术护理方案。术前对患者进行心理干预、适应性训练等,以减轻其焦虑情绪,提高对手术的认识。完善术前准备后,于2024年5月10日行复杂手术,术中出血量1800ml,输血量6000ml,尿量1300ml,输血8U红细胞及420ml血浆。

2 护理措施

2.1 呼吸道管理

2.1.1 肺康复锻炼

根据患者病情定时行雾化吸入,每2小时扶坐、拍背,协助有效咳嗽,定时压迫气管上窝刺激咳嗽,取半坐卧位休息,保持口腔清洁卫生,必要时负压吸痰。

2.1.2 呼吸训练

指导患者进行缩唇呼吸、吹气球等肺功能锻炼,逐渐降低呼吸频率,从30-52次/分降低至18-20次/分。

2.2 皮肤管理

2.2.1 术前干预

提前准备气垫床、乳胶枕,术后申报难免压疮,使用

气垫床、乳胶垫等预防压疮。

2.2.2 体位管理

患者因疼痛、胸腔积液、气胸采取强迫体位，伤口渗血，感染重，活动能力受限。嘱患者使用腹带模拟腹压，教会患者轴线翻身，积极锻炼肺功能，咳嗽时双手抱胸，减轻对腹部伤口的震颤，有效预防了皮肤压力性损伤的发生。

2.3 引流管护理

2.3.1 导管固定与交接

对各引流管进行二次固定，班班交接，确保导管安全。

2.3.2 引流液观察

保持各引流管通畅，严密观察引流液的颜色、性质及量，及时通知医生并协助处理。

2.4 VTE 防控

(1) 术前指导：术前教会患者行踝泵运动。

(2) 术后预防：术后床上行踝泵运动，病情允许情况下尽早下地活动，使用空气压力波循环仪预防下肢静脉血栓。

2.4.1 体温管理

(1) 感染控制：遵医嘱合理使用抗生素积极控制感染。

(2) 物理降温：患者体温过高时，采用物理降温方法，及时更换汗湿衣物，保持皮肤清洁干燥，补充足够水分。

2.4.2 疼痛管理

(1) 疼痛评估：正确评估疼痛程度，遵医嘱应用止痛镇静药物。

(2) 非药物镇痛：采用非药物镇痛措施，如分散注意力、放松疗法等，减轻患者疼痛。

2.4.3 心理护理

(1) 心理干预：通过心理干预、鼓励患者及家属参与日常护理，缓解患者焦虑情绪，提供心理支持。

(2) 情绪疏导：及时与患者沟通交流，了解其心理需求，帮助患者树立战胜疾病的信心。

2.4.4 特色护理

(1) 思维导图培训：由妇科专科护士总结整理危重病人基础生命体征观察要点思维导图，进行全员培训学习，提高护理人员对危重患者病情观察的能力。

(2) 术前预康复模拟训练：基于 ERAS 理念，对患者

进行术前预康复模拟训练，包括肺功能锻炼 / 呼吸训练、模拟床上排便训练、模拟术后腹部伤口床上翻身、切口压迫沙袋、留置管道体验等，提高患者对手术的认识，减轻术后疼痛感。

2.4.5 护理效果

通过上述综合护理措施，患者术后病情逐渐好转。术后第一日出现的反复发热、氧饱和度低等症状，在经过及时处理后有所改善。术后第三日，患者病情稍平稳，从 ICU 转回普通病区继续治疗。在普通病区，护理团队继续密切观察患者病情，及时处理出现的问题，患者未出现皮肤压力性损伤，呼吸频率逐渐降低，切口渗血情况好转，生命体征逐渐平稳。5月20日拔出胸腔引流管，5月24日顺利出院。

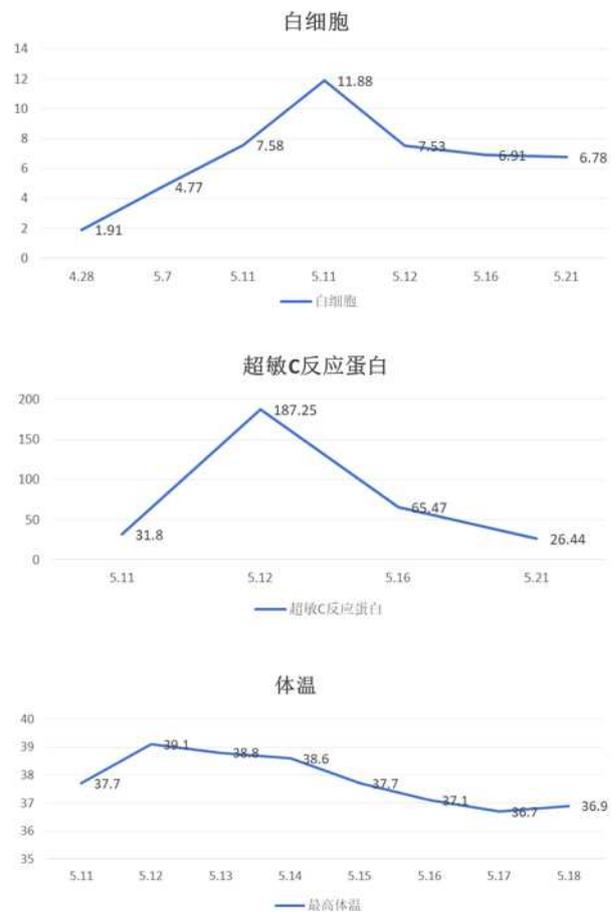


图 1 感染指标趋势图

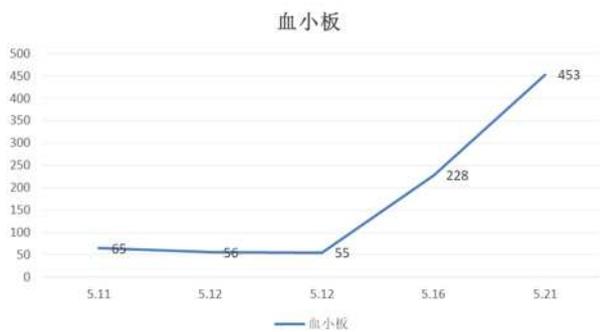


图2 血常规指标趋势图

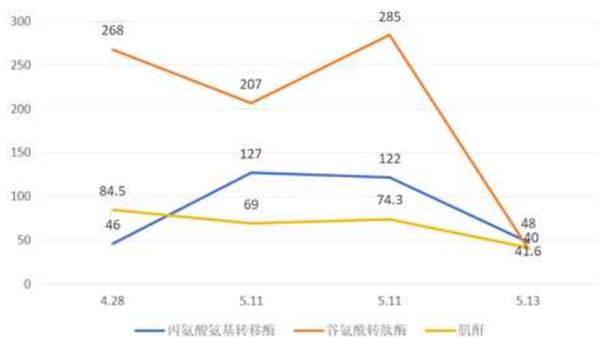


图3 肝肾功能指标趋势图

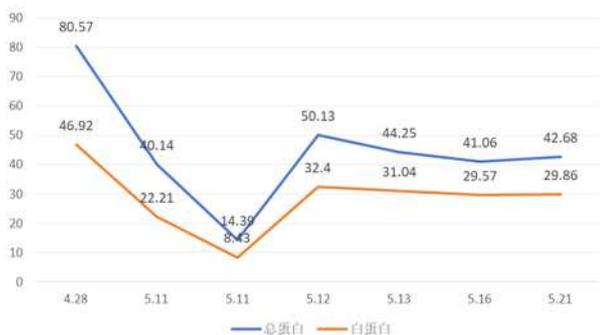


图4 血清蛋白指标趋势图



图5 呼吸心率变化趋势图

3 讨论

危重患者护理能力提升

本案例中,患者病情复杂,术后出现多种并发症,对护理人员的病情评估、观察处理能力提出了较高要求。护理团队通过早期发现患者呼吸、心率增快等异常情况,及时汇报医生并采取有效措施,成功帮助患者度过危险期。这表明,护理人员在危重患者护理中发挥着至关重要的作用,其病情观察能力和综合护理能力的提升对于患者的预后具有重要意义。

预见性思维的重要性

在本案例中,护理团队通过基于ERAS理念的术前预康复模拟训练,提前对患者进行干预,有效预防了术后可能出现的皮肤压力性损伤等问题。此外,通过总结整理危重病人基础生命体征观察要点思维导图,培养护理人员的预见性思维,使其能够模拟各类危急事件的发生并进行预演,为提高患者的抢救成功率打下了良好基础。这不仅提高了护理人员主动发现、分析、解决问题的能力,也提升了其应急能力,符合医院及护理学科的发展方向。

4 结论

本例IV期卵巢癌合并严重并发症患者的围术期护理实践表明,通过综合护理措施的实施,能够有效应对患者术后出现的多种并发症,促进患者病情好转和康复。护理人员在危重患者护理中应注重病情观察能力的培养,提升综合护理水平,并充分发挥预见性思维的作用,以提高患者的抢救成功率和护理质量。未来,护理团队应继续探索和创新护理方法,为卵巢癌等恶性肿瘤患者的护理工作提供更有力的支持。

参考文献:

[1] 沈俏,南丽,赵英,李金凤.人文关怀护理对卵巢癌

患者生活质量及心理状态的影响分析[J]. 航空航天医学杂志, 2019, 10: 1297-1298.

[2] 张建荣. 治疗性接触应用于卵巢癌患者的护理探讨[J]. 当代医学, 2009, 16: 99.

[3] 周银玲, 郭惠玲. 护理干预在预防妇产科围手术期感染中的效果分析[J]. 中国继续医学教育, 2015, 12: 228-229.

[4] 中国抗癌协会妇科肿瘤专业委员会. PARP 抑制剂不良反应管理的中国专家共识(2021年版)[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2021, 37(11): 1119-1130.

[5] 中国抗癌协会妇科肿瘤专业委员会. 中国卵巢上皮性癌维持治疗专家共识(2020)[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2020, 36(3): 234-238.

[6] 陈军, 李杨, 范朝刚. 术前预康复在腹部肿瘤病人中的应用探讨[J]. 肠外与肠内营养, 2017, 04: 201-204.

[7] 邱田, 刘子嘉, 黄宇光. 预康复在加速术后康复中的价值[J]. 临床麻醉学杂志, 2018, 34(3): 296-298.

[8] Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation[J]. Br J Anaesth, 1997, 78(5): 606-617.

[9] Kehlet H, Wilmore DW. Multimodal strategies to improve surgical outcome[J]. Am J Surg, 2002, 183(6): 630-641.

[10] Fearon KC, Ljungqvist O, Von Meyenfeldt M, et al. Enhanced recovery after surgery: a consensus review of clinical care for patients undergoing colonic resection[J]. Clin Nutr, 2005, 24(3): 466-477.

[11] Lassen K, Soop M, Nygren J, et al. Consensus review of optimal perioperative care in colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Group recommendations[J]. Arc

作者简介:

田春艳(1987—),女,汉族,大学本科,主管护师,妇产科护理方向。

通讯作者:王亮(1976—),女,主任医师,妇科肿瘤方向。