

参考文献

[1] 严豪,李振元,金海姣,等.腹膜透析在慢性肾脏病急性加重治疗中的应用[J].中国血液净化,2018,17(12):801-805.

[2] 涂文婷.腹膜透析肾友培训手册[M].山西:春秋电子音像出版社,2017.

[3] 王静,闵宝妹,胡庆兰,等.视频宣教结合回授法在腹膜透析患者操作培训中的应用[J].医药前沿,2018,8(33):352-353.

[4] 蒲俐,周雪丽,阮毅,等.信息技术在腹膜透析患者居家护理中的应用[J].华西医学,2015,30(7):1321-1323.

[5] 黎银崧,吴少丽.腹膜透析换液操作流程图片法在腹膜透析患者操作培训中的应用效果[J].中国当代医药,2018,25(29):215-217.

[6] 蔡亚娟,张燕,汪艳艳,等.远程技术指导患者居家腹膜透析的干预研究[J].医院管理论坛,2018,35(11):72-74.

[7] 虞典元,王欣,冯爱桥,等.腹膜透析相关性腹膜炎 145 例临床分析[J].临床内科杂志,2018,35(5):350-351.

[8] 邹璐荣.延续护理在腹膜透析患者管理中的应用[J].养生保健指南,2018,47:269.

[9] 曹艳佩,杨晓丽,卢文文,等.护士对腹膜透析专科护理在

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2019.22.046

[10] 彭红,施素华,洪月芬,等.微信健康教育提升腹膜透析患者居家认知效果的研究[J].中国医药指南,2018,16(25):84-85.

[11] 秦丽英.优质护理干预在慢性肾衰竭腹膜透析患者护理中的应用分析[J/CD].实用临床护理学电子杂志,2018,3(27):16.

[12] 郑晓,娄小平,李争艳,等.降低农村腹膜透析患者腹膜炎发生率的实践及效果[J].中华护理杂志,2018,53(2):195-198.

[13] 杨嘉慧,朱丹,李晶,等.持续质量改进在腹膜透析患者随访管理中的应用[J].护士进修杂志,2018,33(18):1669-1672.

[14] 代现勇.腹膜透析护理培训模式的研究[J].现代医学与健康研究,2018,14(5):124.

[15] 魏霞,万承贤,柯红,等.健康教育及个体化培训对腹膜透析患者依从性的影响[J].中国老年保健医学,2017,15(2):95-97.

(收稿日期:2019-05-07 修回日期:2019-09-04)

妊娠合并宫颈癌新辅助化疗后行手术治疗 1 例

杨 琴,吴治敏

(陆军军医大学附属西南医院妇产科,重庆 400038)

【摘要】 妊娠合并宫颈癌患者新辅助化疗后行手术治疗过程中的护理对医疗质量有着较大的影响,本文就收治的 1 例妊娠合并宫颈癌新辅助化疗后行手术治疗的患者进行围术期护理经验总结,该患者积极配合治疗,新辅助化疗和手术期间,未发生严重化疗不良反应、产科并发症、术前术后合并症及并发症,早产儿顺利分娩且一切正常。加强妊娠合并宫颈癌患者新辅助化疗期间、围术期间健康宣教,可增强患者的抗病信心,促进母婴康复。

【关键词】 妊娠合并宫颈癌;新辅助化疗;护理

【中图法分类号】 R248.3 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1671-8348(2019)22-3955-03

宫颈癌是女性最常见的生殖系统恶性肿瘤同时也是妊娠期最高发的肿瘤之一,目前对于妊娠合并宫颈癌的定义尚存在部分争议,现阶段临床应用最广的是 2000 年 SOOD 等^[1]提出的指在妊娠期、产褥期及产后 6 个月内发现的宫颈癌,称为妊娠合并宫颈癌,又称妊娠相关性宫颈癌。由于各个国家和地区对妊娠合并宫颈癌认知有一定分歧,既往文献报道的妊娠合并宫颈癌的发生率差异较大,介于 0.1%~1%^[1-2]。针对 27 230 例妊娠女性进行的宫颈细胞学筛查、部分结果异常患者阴道镜检查及活检结果也表明,宫颈浸润性鳞状细胞癌发生率占总筛查人数的 0.55%,宫颈上皮内瘤变占总筛查人数的 8.74%^[3-4]。我国近年来宫颈癌发病率进一步提升并且发病年龄年轻化、人类

乳头瘤病毒感染增加的现状,使得妊娠合并宫颈癌的医疗和护理备受关注^[4]。妊娠合并宫颈癌患者由于需要在治疗患者本人肿瘤及维护母亲、孩子共同健康之间取得平衡的特殊性,需要做好患者在肿瘤治疗和新生儿分娩过程中全方位护理,包括产妇内心对疾病的恐惧及对新生儿健康焦虑的心理护理、围产期护理、宫颈癌术前术后护理、新生儿护理等,对临床护理人员提出了更高的要求^[5-7]。本科于 2018 年 6 月 15 日为 1 例宫颈鳞癌新辅助化疗后患者于孕 35⁺3 周行子宫下段剖宫产+广泛性子官切除术+左侧输卵管切除术+右侧输卵管切除术+盆腔淋巴结切除术+腹主动脉旁淋巴结切除术+盆腔粘连松解术+肠粘连松解术+双侧卵巢悬吊术+膀胱修补术,手术成

功,母子平安,康复出院,现将护理经验报道如下。

1 临床资料

本院于 2018 年 4 月 19 日收治 1 例中期妊娠合并宫颈癌患者,孕 27 周,孕 2 产 1,年龄 24 岁。孕 3 个月时无明显诱因出现少量阴道流血,色暗红,当地医院考虑“先兆临产”,予以对症保胎治疗后好转。3 个月后再出现阴道流血,量多,色鲜红,行宫颈活检提示:宫颈鳞癌 I b2 期。为求保胎,于本院就诊。2018 年 4 月 29 日和 5 月 20 日各于本院予以多西他赛+顺铂化疗 1 次。为行手术,2018 年 6 月 11 日以“停经 34⁺6 周,宫颈鳞癌 I b2 期第 2 次化疗后 22 d”收入住院。入院后予以地塞米松促进胎肺成熟,于 6 月 15 日(孕 35⁺3 周)行全身麻醉下子宫下段剖宫产+广泛性子官切除术+左侧输卵管切除术+右侧输卵管切除术+盆腔淋巴结切除术+腹主动脉旁淋巴结切除术+盆腔粘连松解术+肠粘连松解术+双侧卵巢悬吊术+膀胱修补术,术中娩出一活女婴,体质量 2 000 g,新生儿(Apgar)评分 10 分,系早产儿、低出生体质量儿,后转至新生儿科进一步观察与诊治。术后病检:鳞状细胞癌伴淋巴结转移 1/5,侵及浅肌层,血管内见癌栓;左、右宫旁及阴道残端均未见癌组织浸润;盆腔淋巴结 4 枚中 1 枚见上述癌组织。术后 6 d 予多西他赛+顺铂行第 3 次化疗,于 6 月 24 日出院。

2 讨论

2.1 新辅助化疗期间的护理

2.1.1 心理护理 该患者为年轻女性,治疗期间精神压力较大,紧张、恐惧、焦虑等症状较明显。患者既担心妊娠是否会延误疾病治疗的最佳时间,又担心孕期行新辅助化疗是否会对胎儿产生不利影响。孕期化疗可以延缓疾病发展,延长孕周,提高胎儿活产率;其弊端是化疗可能带来一些不良反应如骨髓抑制、呕吐等,另外化疗也可能引起胎儿畸形或是宫内发育不良等后果,尽管目前关于新辅助化疗对胎儿影响的利弊尚存在争议^[1,3,8-9]。LI 等^[10]报道了两例 I b2 期宫颈癌合并妊娠患者,在孕中期被诊断并实施紫杉醇联合铂类新辅助化疗至分娩后行根治性手术,新生儿均未发现畸形;作者同时总结了两篇相关文献,认为对于孕中、晚期要求继续妊娠的患者应用顺铂加紫杉醇的新辅助化疗对母儿都是安全有效的^[10-11]。针对上述情况,在护理过程中,护理人员以真诚的态度,积极接触患者,对患者的情况表示理解和同情。积极配合医生,将该方案的利弊告知患者及家属,针对病情、化疗方案、手术目的、手术意义、疾病预后和化疗对晚期妊娠胎儿影响概率偏低问题与患者及家属沟通^[3-4]。关心和留意患者的情绪变化,多进行沟通交流,给予安慰和鼓励,激发患者对美好生活的热爱,提升患者的正面情绪。患者的患病也使患者的家属处于较大的压力之中,因此护理人员也应加强与患者家属之间

的沟通交流,同时指导家属多包容、理解患者,及时给予患者情感支持和言语鼓励。有研究显示,来自家庭的支持和护理能够改善患者的心理状态和治疗态^[4]。

2.1.2 孕期化疗的护理 患者选择孕期化疗方案,住院期间共 4 次化疗(其中剖宫产前 3 次),采用 TP 方案。护士根据 2 种药物的具体使用采取对应的护理措施。脱发是化疗常见的不良反应,由于该患者很年轻,脱发给患者带来的压力较大,建议患者化疗期间剪短发,戴帽子或头巾等。恶心、呕吐是化疗最常见的消化系统不良反应,指导患者可根据自己的食欲合理安排进食及进食量,在呕吐严重时可遵医嘱输入营养剂以保证孕期营养摄入,并监测血电解质。化疗期间每周 2 次查血常规以监测骨髓抑制的情况,嘱咐患者避免去人多的地方,做好自我保护,避免感冒和感染^[1,3,5,10-14]。

2.1.3 产前观察与护理 进行胎心监护;术前嘱患者绝对卧床休息,左侧卧位,低流量吸氧;教会患者自数胎动,告知在自我监测胎动时,若发现异常情况(每 12 小时小于 10 次或大于 30 次)立即告知医务人员;了解术后可能发生的问题,明确护理重点及制订相应的护理计划。做好手术前的各种准备工作,如皮试、阴道擦洗等,留置导尿管,并备血。饮食方面:术前 3 d 少吃多渣食物,术前 2 d 宜进半流质饮食,术前 1 d 全流质饮食,术前 12 h 禁食水^[3,10]。

2.2 术后护理

2.2.1 一般护理 待患者苏醒之后,告知其手术顺利,母子平安。按照一级护理常规,持续心电、血压、呼吸、血氧饱和度监测及观察患者手术切口渗血渗液及阴道出血情况。腹部伤口沙袋加压 6 h,持续性低流量吸氧(每分钟 2 L)。做好引流管、导尿管护理,及时进行管道滑脱评估,做好固定,防止发生管道扭曲,观察尿液、引流液的性状、量、颜色,并及时准确记录。会阴擦洗每天两次,保持外阴清洁干燥,及时更换尿袋,预防尿液反流引起逆行感染;定期夹闭尿管、适时进行膀胱功能训练;每周复查尿常规 1 次,如有尿管引流不畅及明显腹胀等不适及时通知医护人员。术后 24 h 给予流食,如蛋汤、米汤等,忌食牛奶、豆浆等易产气食物。术后第 3 天肛门排气后,改用半流质食物 1~2 d,如稀粥、汤面等。待患者解大便后改为清淡、易消化软食,然后逐渐过渡到普通饮食。

2.2.2 疼痛控制 采用静脉自控镇痛进行疼痛控制,并嘱患者家属注意观察生命体征变化和镇痛泵药物剩余量,如果出现异常情况时及时通知护理人员,若患者疼痛症状较严重,可适量追加镇痛药物用量,此后依据患者的实际情况进行酌情减低用量^[3]。

2.2.3 并发症预防 每日进行口腔清洁消毒,指导患者取半卧位,鼓励患者深呼吸,教会患者进行有效咳嗽的具体方法,预防坠积性肺炎的发生。定时翻身及床上活动,促进胃肠运动功能恢复,使肠道内的气

体尽快排出。术后早期鼓励患者进行适当活动,可先进行屈伸腿锻炼,逐渐过渡到下床走动,防止压疮和下肢深静脉血栓的形成,住院全程加强病情观察,查房时重点观察患者的双下肢有无肿胀、皮温变化及足背动脉搏动情况。做好引流管、导尿管护理,避免逆行感染。换药时注意观察切口有无红肿或脓性分泌物等,操作尽量轻柔。

2.2.4 乳房护理 因产后母婴分离及产前行新辅助化疗,术后产妇未行母乳喂养并指导产妇退奶。回乳期在保证基本营养素需求的同时减少汤水的摄入,以减少乳汁的生成,回乳后不再控制总入水量。

2.2.5 心理护理 为了让患者情绪稳定,更好地配合治疗工作及护理工作,护理人员应积极帮助患者及患者家属了解婴儿的动态。护理人员积极对患者及患者家属进行健康宣教,内容主要包括产后卫生保健、新生儿喂养、术后康复训练等方面的知识。待婴儿的情况稳定之后,立即实现母婴同室,不仅增强了患者对抗肿瘤的信心,也帮助患者树立早日康复的信念。在整个治疗和护理过程中,患者很好地配合医护人员的工作^[3]。

2.3 出院指导及随访 全休 3 个月,注意外阴清洁,禁房事半年,半年内避免负重;出院后 3 周来院化疗;建议 2 年内每 3~6 个月随访 1 次,第 3~5 年每 6~12 个月随访 1 次,每年行液基薄层细胞检测 1 次;如有不适随诊;3 d 后于当地医院复查血常规、肝功能。

由于处于妊娠这一特殊生理状态,妊娠合并宫颈癌患者具有特殊且复杂的心理状态:既有将为人母的喜悦,又有罹患恶性肿瘤的沉重打击;既担心胎儿的安危,又对疾病的预后深深的恐惧和焦虑。作为肿瘤一级预防,在孕前因加强人类乳头瘤病毒、新柏氏液基细胞学检测等宫颈癌相关指标检查。若在妊娠中查出宫颈癌,以本例患者为例,可先行术前新辅助化疗,待胎儿胎肺成熟之后再行手术分娩、手术治疗、术后治疗。妊娠合并宫颈癌,病情较特殊,因此明确了新辅助化疗期间、术前、术后 3 个阶段护理的重点,并制订了相应的护理计划。通过护理人员耐心细致的护理,患者在新辅助化疗和手术期间,未发生严重化疗不良反应、产科并发症、术前术后合并症及并发症,早产儿顺利分娩且一切正常。此例妊娠合并宫颈鳞状细胞癌患者的护理,既保障了患者母婴的医疗安全,同时也总结和积累了宝贵的临床护理经验,为以后护理此类特殊患者提供一定的参考。

参考文献

[1] SOOD A K, SOROSKY J I, MAYR N, et al. Cervical cancer diagnosed shortly after pregnancy: prognostic vari-

ables and delivery routes[J]. *Obstet Gynecol*, 2000, 95(6):832-838.

[2] YAO Y Y, WANG Y, WANG J L, et al. Outcomes of fertility and pregnancy in patients with early-stage cervical cancer after undergoing neoadjuvant chemotherapy[J]. *Eur J Gynaecol Oncol*, 2016, 37(1):109-112.

[3] WU Y M, WANG T, HE Y, et al. Clinical management of cervical intraepithelial neoplasia in pregnant and postpartum women[J]. *Arch Gynecol Obstet*, 2014, 289(5):1071-1077.

[4] XIA T, GAO Y, WU B, et al. Clinical analysis of twenty cases of cervical cancer associated with pregnancy[J]. *J Cancer Res Clin Oncol*, 2015, 141(9):1633-1637.

[5] 王建六, 孙秀丽. 妊娠合并宫颈癌的诊断与处理[J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2007, 7(10):749-751.

[6] 郜明蓉, 陈诗雨, 张竹. 妊娠合并宫颈癌的诊治进展[J/CD]. *中华妇幼临床医学杂志(电子版)*, 2015, 11(2):13-17.

[7] 李林, 王红静. 妊娠与宫颈癌[J]. *实用妇产科杂志*, 2014, 30(3):164-166.

[8] 周晖, 卢淮武, N'DONGO A, 等. 妊娠合并宫颈癌母胎结局 7 例分析[J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2014, 30(5):356-360.

[9] HUSER M, SMARDOVA L, JANKU P, et al. Fertility status of hodgkin lymphoma patients treated with chemotherapy and adjuvant gonadotropin-releasing hormone analogues[J]. *J Assist Reprod Genet*, 2015, 32(8):1187-1193.

[10] LI J, WANG L J, ZHANG B Z, et al. Neoadjuvant chemotherapy with paclitaxel plus platinum for invasive cervical cancer in pregnancy: two case report and literature review[J]. *Arch Gynecol Obstet*, 2011, 284(3):779-783.

[11] CHUN K C, KIM D Y, KIM J H, et al. Neoadjuvant chemotherapy with paclitaxel plus platinum followed by radical surgery in early cervical cancer during pregnancy: three case reports[J]. *Jpn J Clin Oncol*, 2010, 40(7):694-698.

[12] EIBYE S, KRUGER KJAER S, NIELSEN T S, et al. Mortality among women with cervical cancer during or shortly after a pregnancy in denmark 1968 to 2006[J]. *Int J Gynecol Cancer*, 2016, 26(5):951-958.

[13] FRUSCIO R, DE HAAN J, VAN CALSTEREN K, et al. Ovarian cancer in pregnancy[J]. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 2017, 41(1):108-117.

[14] RICCI C, SCAMBIA G, DE VINCENZO R. Locally advanced cervical cancer in pregnancy: overcoming the challenge. A case series and review of the literature[J]. *Int J Gynecol Cancer*, 2016, 26(8):1490-1496.

(收稿日期:2019-04-10 修回日期:2019-06-21)