

胎盘植入行清除胎盘后子宫重建术患者 8 例的术后护理

陈智慧,梁丽丽,邹慧琴,陈乔珠,钟月华

(广州市妇女儿童医疗中心 妇婴产三区,广东 广州 510012)

【摘要】 总结 8 例胎盘植入行清除胎盘后子宫重建术的术后护理经验。护理要点包括:产后出血的护理;产后感染的护理;产后静脉血栓的预防;输尿管支架的护理;疼痛的评估与管理;术后并发症的预防及护理。经过精心的治疗与护理,8 例患者均保留了子宫并顺利出院。

【关键词】 侵入性胎盘;子宫重建术;围术期;护理

doi:10.3969/j.issn.2097-1826.2024.02.026

【中图分类号】 R473.71 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 2097-1826(2024)02-0111-03

Postoperative Care of Patients with Placenta Implantation Undergoing Uterus Reconstruction after Placenta Removal: Eight Cases

CHEN Zhihui, LIANG Lili, ZOU Huiqin, CHEN Qiaozhu, ZHONG Yuehua (Maternal and Child Hospital Area III, Guangzhou Women and Children Medical Center, Guangzhou 510012, Guangdong Province, China)
Corresponding author: ZHONG Yuehua, Tel: 020-81330382

【Abstract】 To summarize the postoperative nursing experience of placenta extirpation and uterine remodeling in 8 cases of placenta accreta, including the nursing of postpartum hemorrhage and postpartum infection, prevention of postpartum venous thrombosis, nursing of indwelling ureteral stent; evaluation and management of pain, prevention and nursing of postoperative complications. After careful treatment and nursing, the eight patients were discharged smoothly with the uteruses preserved.

【Key words】 placenta accreta; uterus; perioperative nursing; case report

[Mil Nurs, 2024, 41(02): 111-113]

胎盘植入是指胎盘绒毛异常侵入到子宫肌层。2019 年国际妇产科联盟(Federation International of Gynecology and Obstetrics, FIGO)将胎盘植入规范化为胎盘植入性疾病(placenta accreta spectrum disorders, PAS)^[1]。PAS 会产生子宫破裂、严重的产后出血,是造成产科子宫切除乃至孕产妇死亡的重要原因^[2]。清除胎盘后子宫重建术(placenta extirpation and uterine remodeling, PEUR)作为近年来新开展的治疗胎盘植入的手术方式,国内曾报道^[3]其保留子宫的概率高达 97.1%,且晚期产后出血、再次开腹手术及再次行子宫动脉栓塞术(uterine artery embolization, UAE)止血率低。本文总结 2021 年至 2022 年 6 月我科运用 PEUR 治疗的 8 例此类患者的护理经验,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 回顾性分析 2021 年 1 月至 2022 年 6 月在我科住院的 8 例胎盘植入患者,年龄 28~39

(32.25±4.53)岁,孕次 2~5(3.25±1.04)次,产次 1~2(1.13±0.35)次,孕周 26~37+6(34.11±3.78)周。8 例患者经过 B 超确诊均为 PAS,其中 6 例为胎盘穿透,包括 5 例累及子宫浆膜层、1 例侵入膀胱,另外 2 例为胎盘植入,分别植入到子宫下段前臂及子宫下壁的肌层。8 例患者均由同一手术组行 PEUR 治疗,术后患者均出现了产后出血、感染、疼痛的护理问题,7 例放置了输尿管支架,并发生了低钾血症、术后肠麻痹、膀胱破裂的相关并发症。

1.2 手术治疗及转归 有 6 例患者入院后予地塞米松磷酸钠促胎肺成熟,并请麻醉科及新生儿监护室会诊,根据患者胎盘植入情况及胎儿情况决定手术时机。在正式手术前,为了减少输尿管损伤,观察胎盘植入膀胱的程度,根据患者的植入情况,在膀胱镜的引导下先行输尿管支架放置术,8 例患者中有 7 例放置了输尿管支架,之后改仰卧位行 PEUR。8 例患者术中出血 600~4000(2400±1442.22)ml,24 h 总出血量 675~4165(2516.25±1420.74)ml;新生儿 Apgar 评分 1 min 9~10(9.75±0.46)分、5 min 10 分;手术时长 2.92~5.17(4.19±0.79)h;住院时间 10~19(14.00±3.42) d。经过精心的治疗与护

【收稿日期】 2023-09-13 **【修回日期】** 2024-01-18

【作者简介】 陈智慧,本科,护师,电话:020-81330382

【通信作者】 钟月华,电话:020-81330382

理,均顺利出院。

2 护理

2.1 产后出血的护理 PAS 是产后出血(postpartum hemorrhage, PPH)的高危因素, PPH 是指胎儿娩出后 24 h 内, 阴道分娩产妇出血量 ≥ 500 ml、剖宫产分娩产妇出血量 ≥ 1000 ml, 或者失血后伴有低血容量的症状或体征。一旦发生产后出血, 综合评估、动态监测、控制出血、尽早容量复苏及输成分血是处置关键, 其中休克指数(shock index, SI)是判断出血严重程度的重要指标。如果出血情况得不到控制会导致患者死亡^[4]。8 例患者术前血红蛋白: $92 \sim 122(109.63 \pm 10.18)$ g/L, 术中出血量在 $600 \sim 4000(2400 \pm 1442.22)$ ml, 在患者术后回室立即予: (1)吸氧、持续心电监护、监测中心静脉压(central venous pressure, CVP)及出入量的情况。根据急诊临床应用中国专家共识^[5], 为了预防肺水肿的发生, 术后用输液泵控制输液速度, 8 例患者均未发生肺水肿。(2)回室后前 2 h 每 30 min 按摩宫底促进宫缩, 评估子宫情况及阴道出血情况, 之后每 1 h 评估 1 次, 并遵医嘱予强宫缩及控制出血用药。(3)遵医嘱输入血制品, 并注意观察有无不良反应。8 例患者在住院过程中均未发生低血容量性休克、晚期产后出血^[6]的情况。

2.2 产后感染的护理 因为 8 例患者在术中子宫被游离出腹腔外, 并且行 PEUR 时间为 $2.92 \sim 5.17(4.28 \pm 0.70)$ h, 比一般剖宫产术的时间更长, 更容易发生术后感染。8 例患者术后多次复查血常规及降钙素, 其中白细胞最高达到 $12.9 \sim 29.2(18.26 \pm 5.38) \times 10^9$ /L, 中性粒细胞百分比最高达到 $86 \sim 94(89.88 \pm 2.75)\%$, 有 6 例在术后出现了产后高热, 其中有 2 例体温 $> 38.5^\circ\text{C}$, 有 4 例体温在 $37.5 \sim 38.5^\circ\text{C}$ 。若感染得不到控制, 容易演变为脓毒症甚至是中毒性休克^[7]。因此, 术后遵医嘱给予抗感染治疗, 在此过程中予定时监测患者的体温状况。对于有产后发热的患者, 有 3 例进行了血培养的检查, 4 例进行了尿培养的检查。3 例患者血培养的结果均提示无细菌生长。4 例患者中有 1 例查出了白色念珠菌。针对患者高热情况按医嘱给予药物降温, 并予温水擦浴, 嘱患者多饮水。6 位患者出院前体温及血常规均降至正常。

2.3 预防产后静脉栓塞(venous thromboembolism, VTE) 因为孕产妇的血液呈高凝状态, 且 8 例患者产后出血较多, 发生 VTE 的风险是非妊娠妇女的 4~5 倍^[8]。根据 2020 年昆士兰临床指南^[9], 8 例患者产后 VTE 评分为 $2 \sim 5(3.5 \pm 1.19)$ 分, 我们采取了药物、物理、健康教育相结合的方式预防

VTE。护理上遵医嘱用药, 并指导患者做踝泵运动, 3 次/d, 每次 15 min; 术后予气压治疗, 每次 30 min; 指导患者多饮水。通过医院宣教系统发送 VTE 健康宣教, 让患者了解 VTE 的临床表现; 若出现下肢疼痛、肿胀等不适即时通知医生。在出院前教会患者家庭用药方法。8 例患者在出院前均未出现下肢肿胀、疼痛等症状, 并且掌握了相关家庭用药方法。

2.4 输尿管支架的护理 为了降低输尿管损伤, 观察植入膀胱的恢复程度, 8 例患者有 7 例在术前留置了输尿管支架。多数植入输尿管支架的患者通常会出现膀胱刺激征、血尿、腰痛的情况^[10]。本组 7 例患者术后第 1 天尿液颜色均为血色或浓茶色, 术后第 2 天主诉活动时出现腰痛, 这些情况的发生, 容易导致患者拔出尿管后尿潴留的风险增加, 使得尿管留置时间延长, 同时增加尿路感染的风险^[11]。针对上述情况, 在术后 6 h 协助患者缓慢翻身, 并告知患者及家属术后活动不宜剧烈, 每天摄入 $2000 \sim 3000$ ml 的水分, 使 24 h 的尿量维持在 2000 ml 以上。7 例患者术后尿液颜色由血尿或茶色都变为澄清, 术后 24 h 尿量: $1650 \sim 2760(2200 \pm 345.67)$ ml。在拔除尿管后均未发生尿潴留症状, 4 例在院内拔出了输尿管支架的患者膀胱刺激征、血尿、腰痛的情况都能缓解, 但有 3 例患者在出院后仍留置输尿管支架。针对这 3 例患者通过医院的宣教系统及以出院讲课的方式告知输尿管支架相关的宣教知识, 后通过随访了解到 3 例患者均遵医嘱予复查及拔出输尿管支架, 未出现血尿、腰痛及尿潴留的情况。

2.5 疼痛的评估与管理 因为患者在手术时多次进行切开缝合, 甚至对无法分离的胎盘部分予以切除, 所以患者术后的疼痛程度会更明显, 如果疼痛程度得不到减轻, 患者术后卧床时间延长, 会增加血栓形成的风险^[12]。运用多模式镇痛方法^[13]对患者的疼痛进行管理。在手术回室后保持自控镇痛泵(patient controlled analgesia, PCA)通畅, 并且教会患者使用 PCA, 同时定时评估患者疼痛。

2.6 手术后并发的预防以及护理

2.6.1 低钾血症 术后电解质紊乱与血液、体液丢失及输血等因素有关^[14-15], 其中低钾血症是最常见因素。持续低钾血症会导致四肢麻痹、呼吸困难、心律失常甚至猝死等严重并发症^[15]。有 4 例患者术后出现低钾血症, 遵医嘱给予静脉或口服补钾。为了减少静脉补钾过程中钾离子对血管壁的刺激而产生的疼痛, 首选中心静脉进行补钾, 并予输液泵控制输液速度, 使氯化钾注射液 3 h 滴注完毕。4 例低钾血症患者出院时血钾范围: $3.47 \sim 3.79(3.61 \pm 0.15)$ mmol/L。

2.6.2 术后肠麻痹 剖宫产手术失血量大、输血、手术时间长等是产生剖宫产术后肠麻痹(postoperative ileus, POI)的危险因素^[16],主要表现为不同程度的腹胀、恶心、呕吐及排气、排便延迟的症状。有1例患者术后1 d出现了肠鸣音减弱、腹胀、恶心、呕吐胃内容物等POI症状。当发现患者出现POI时,立即嘱禁饮禁食,行X光腹部平片,并予胃肠减压,动态检查监测电解质含量,遵医嘱补充液体及电解质。术后第5天患者排便后暂停补液,改半流饮食。在胃肠减压的过程中,记录胃管的引流量以确定POI的进展或缓解情况,并记录24 h出入量。该患者术后5 d开始排便,腹胀情况缓解,予拔出胃管,术后7 d改普食。

2.6.3 膀胱破裂 PAS侵及膀胱是造成术中膀胱损伤的高危因素^[17]。根据创伤性膀胱破裂的10年回顾分析^[18]指出膀胱破裂需要行膀胱修补术并在术后7~10 d再拔除尿管。在8例患者中有1例患者在分离膀胱过程中出现了自发破裂,进行了膀胱修补术。在留置尿管过程中为了预防尿路感染,遵医嘱予会阴抹洗,指导患者多喝水,每天用清水清洗尿管周围,以达到冲洗膀胱、保持尿管周围清洁的目的。该患者术后第5天留取尿培养标本,尿培养结果提示无细菌生长后,术后第7天拔除尿管,尿管拔出后患者排尿顺畅并顺利出院。

3 小结

PEUR对于有强烈意愿保留子宫的胎盘植入患者来说是一个不错的治疗策略,但是由于PEUR在手术过程中放置了输尿管支架,多次进行切开缝合、手术时间长,且PAS具有产后出血的风险,所以术后要预防和控制产后出血、感染及疼痛,做好输尿管支架的护理,并且要预防低钾血症、术后肠麻痹症等并发症,提供预防VTE的健康宣教知识和出院指导,促进患者早日康复。

【参考文献】

- [1] JAUNIAUX E, AYRES-DE-CAMPOS D, LANGHOFF-ROOS J, et al. FIGO classification for the clinical diagnosis of placenta accreta spectrum disorders[J]. Int J Gynaecol Obstet, 2019, 146(1): 20-24.
- [2] 中华医学会妇产科学分会产科学组, 中国医师协会妇产科分会母胎医学专委会. 胎盘植入性疾病诊断和处理指南(2023)[J]. 中华围产医学杂志, 2023, 26(8): 617-627.

- [3] 罗莉, 杨琼, 应德美, 等. 清除胎盘后子宫重建术与胎盘原位保留在胎盘植入治疗中的对比研究[J]. 实用妇产科杂志, 2020, 36(2): 132-135.
- [4] 中华医学会妇产科学分会产科学组, 中华医学会围产医学分会. 产后出血预防与处理指南(2023)[J]. 中华妇产科杂志, 2023, 58(6): 401-409.
- [5] 胡莹莹, 李晨, 李艳玲, 等. 中心静脉压急诊临床应用中国专家共识(2020)[J]. 临床急诊杂志, 2020, 21(6): 421-428.
- [6] 陶丽杰, 贺琰. 剖宫产术后晚期产后出血病因调查和干预对策分析[J]. 中国妇幼保健, 2021, 36(19): 4536-4539.
- [7] KATHERINE T C. Postpartum endometritis[EB/OL]. (2023-08-22) [2024-01-14]. <https://www.uptodate.cn/contents/postpartum-endometritis>.
- [8] 中华医学会妇产科学分会产科学组. 妊娠期及产褥期静脉血栓栓塞症预防和诊治专家共识[J]. 中华妇产科杂志, 2021, 56(4): 236-243.
- [9] QUEENSLAND HEALTH. Queensland clinical guidelines (No. MN14.9-V5-R19): venous thromboembolism (VTE) prophylaxis in pregnancy and the puerperium [EB/OL]. (2020-03-01) [2022-07-10]. <https://www.health.qld.gov.au/qcg>.
- [10] 李红芸. 留置双J管患者相关并发症与疾病感知、疾病自我管理行为的关系研究[D]. 济南: 山东大学, 2021.
- [11] STEPHEN Y, SUTCHIN P. Placement and management of indwelling ureteral stents[EB/OL]. (2023-07-20) [2024-01-15]. <https://www.uptodate.cn/contents/placement-and-management-of-indwelling-ureteral-stents>.
- [12] KENNETH A, GREGORY Y H. Overview of the causes of venous thrombosis[EB/OL]. [2023-12-22]. <https://www.uptodate.cn/contents/overview-of-the-causes-of-venous-thrombosis>.
- [13] Bryant A S, Miller R S. Pharmacologic stepwise multimodal approach for postpartum pain management: ACOG clinical consensus No.1[J]. Obstet Gynecol, 2021, 138(3): 507-517.
- [14] NICOLE S. Overview of postoperative electrolyte abnormalities[EB/OL]. (2023-03-14) [2024-01-15]. <https://www.uptodate.cn/contents/overview-of-postoperative-electrolyte-abnormalities>.
- [15] 中华医学会肾脏病学分会专家组. 中国慢性肾脏病患者血钾管理实践专家共识[J]. 中华肾脏病杂志, 2020, 36(10): 781-792.
- [16] 张红, 伍绍文, 时青云. 剖宫产术后并发肠梗阻的相关因素研究[J]. 中华医学杂志, 2021, 101(44): 3631-3636.
- [17] 程冬梅, 刘晓巍. 产科手术相关膀胱损伤的高危因素分析[J]. 医学综述, 2020, 26(18): 3739-3744.
- [18] BARNARD J, OVERHOLT T, HAJIRAN A, et al. Traumatic bladder ruptures: a ten-year review at a level 1 trauma center[J]. Adv Urol, 2019, 2019: 2614586. DOI: 10.1155/2019/2614586.

(本文编辑: 陈晓英)