

# 1 例胃间质瘤患者伴妊娠 26 周的护理

徐岩, 金芳, 张信华, 赖淑蓉\*

中山大学附属第一医院 胃肠外科中心, 广东 广州 510000

**【摘要】** 胃间质瘤是全世界常见的恶性肿瘤之一。但是, 妊娠期间质瘤发病率较低。然而一旦发病, 对母体及胎儿都有很大的影响。现有文献资料中, 关于胃间质瘤伴妊娠患者的治疗及护理经验有限。本文总结了 1 例胃间质瘤伴妊娠 26 周的患者的临床观察要点及护理经验。护理要点包括: 病情监测与评估、妊娠患者围手术期用药注意事项、患者术后康复指导。经过 11 d 的积极治疗与护理, 患者康复出院, 电话随访 1 年, 状况良好。

**【关键词】** 胃间质瘤; 妊娠; 围手术期护理

## Nursing for a patient with gastric stromal tumor and 26 weeks pregnancy

Xu Yan, Jin Fang, Zhang Xinhua, Lai Shurong\*

Department of Gastrointestinal Surgery, the First Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University, Guangzhou 51000, Guangdong, China

Corresponding author: Lai Shurong, E-mail: laishurong@126.com

**【Abstract】** Gastric gastrointestinal stromal tumor (GIST) is one of the most common tumors all over the world. However, the prevalence of gastric GIST in pregnant female is rare. Nevertheless, once diagnosed, it can have great impact on both the baby and the mother. To the best of our knowledge, currently there are few, if any, reports on perioperative nursing for pregnant patients with gastric GIST. In this report, we summarize our perioperative nursing strategy and experience on a patient with GIST and 26 weeks pregnancy. There are several critical aspects of nursing for this patient: closely monitoring and evaluating the condition, paying attention to the selection of drugs for pregnant female, and guiding the patient for postoperative recovery. After 11 days perioperative nursing, the patient recovered and discharged from hospital. Follow-up interview shows the patient is doing well.

**【Key words】** Gastrointestinal stroma tumor; Pregnancy; Perioperative nursing

妊娠期新诊断的癌症病例约为 1:10 000。妊娠期间, 乳腺癌、子宫颈癌的发病率最高, 卵巢癌、泌尿生殖道癌及消化道肿瘤发病率排名紧随其后<sup>[1]</sup>。胃肠道间质瘤(gastrointestinal stromal tumor, GIST)是胃肠道最常见的间叶源性肿瘤, 普通人群年发病率为 1:100 000<sup>[2]</sup>。最常见于胃(60%)和小肠(30%), 发病年龄跨度较大, 男女发病率无明显差异。主要治疗手段为手术治疗及药物化疗。在妊娠期间, GIST 非常罕见, 这使得母亲和胎儿的管理变得更加困难<sup>[3]</sup>。2019 年中山大学附属第一医院收治 1 例胃间质瘤伴妊娠 26 周的 33 岁女性, 经过 11 d 的积极治疗与精心护理, 患者病情稳定, 康复出院。门诊随访 1 年, 状况良好, 现报道如下。

## 1 病例介绍

1.1 一般资料 患者女, 33 岁, 自诉 2019 年 8 月初产检时发现胃部一肿物, 无恶心、呕吐、腹痛、腹胀、胸闷、心悸等不适。于当地医院就诊, 磁共振成像(magnetic resonance imaging, MRI)检查考虑“胃体巨大间质瘤”, 2019 年 8 月 24 日被收入中山大学附属第一医院。入院完善相关检查, 胃镜检查可见胃底、体交界大弯侧一黏膜下肿物, 范围约 5 cm×5 cm, 距贲门约 3 cm, 表面溃疡, 披白苔。胃角未见异常。患者孕 26 周, G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>, 诉经期较不规律, 孕期无异常阴道流血史。患者产检发现疾病以来, 无腹痛、腹胀, 无恶心、呕吐, 无血便、呕血等不适。

1.2 治疗过程 患者入院后完善术前相关检查, 患者保胎意愿强烈, 经多学科会诊, 于 2019 年 8

\* 通信作者: 赖淑蓉, E-mail: laishurong@126.com

月28日行剖腹探查+胃上部巨大肿物切除+胃楔形切除术。手术时间95 min。术后留置胃管,尿管。患者术后第1天拔除胃管、尿管。指导清流饮食。患者术后第1天、第2天均出现无明显诱因腹部持续性胀痛,产科会诊后予硝苯地平(商品名心痛定)口服,予黄体酮肌内注射,麻醉科会诊后予延长静脉镇痛药物使用时间,治疗后患者未诉腹部不适缓解,胎心监护显示胎动及胎心率无异常。术后第8天,患者伤口愈合良好,无异常腹痛腹胀,胎心监护示胎儿无异常,一般情况良好,准予出院。后续随访患者于妊娠37周在本院剖宫产一男婴,今随访1年余,幼儿体健。

## 2 护理

本例患者主要的护理要点及难点包括①心理护理,妊娠期诊断癌症属于生活强应激事件。注意引导患者进行情绪疏导,协助患者采取有利于生活的正确选择。②病情监测与评估,该患者妊娠26周,宫高平脐,腹部张力较大,手术伤口疼痛与宫缩疼痛的鉴别与观察,注意胎儿的情况。③用药护理,因妊娠期生理结构与代谢情况的改变,胎儿对药物敏感性与成人有别,需谨慎选择治疗用药,防止产生母体及胎儿毒性。④康复指导,巨大的胃间质瘤病理分级属于高度恶性,复发率高,指导患者定期复查;妊娠期妇女为静脉血栓栓塞症高危人群,需指导早期活动预防深静脉血栓,以及自我观察病情等。

### 2.1 术前护理

2.1.1 术前营养支持 消化道肿瘤患者因肿瘤增生、术前禁食等原因导致进食种类及数量受限,热量无法满足,营养风险增加<sup>[4]</sup>。相比未妊娠女性,妊娠期妇女每日热量需求增加约300 kcal/d。该患者入院后医嘱予半流质饮食,无法满足患者每日能量需求。根据营养治疗五阶梯模式,对于该患者首选营养教育及口服补充营养素改善其营养状况<sup>[5]</sup>。该患者属于轻体力劳动人群,无糖尿病等其他妊娠并发症,入院体质量52 kg,每日标准热量需要量加孕期额外需要量约为2000 kcal。患者半流质饮食可满足患者约1000 kcal热量,因此需指导患者每日增加营养素摄入1000 kcal。我院使用整蛋白型肠内营养粉剂(商品名安素)作为营养添加剂。指导患者正确冲服,由少到多,由稀到稠服用,以增加耐受性。该患者术前体质量未降低,入院时营

养风险筛查2002(nutritional risk screening,NRS 2002)评分2分,出院时NRS 2002评分1分,风险降低。

2.1.2 术前心理护理 生活遇到重大疾病属于应激性生活事件(stressful life events,SLEs)。可导致妊娠期高血压疾病和妊娠期糖尿病的产生<sup>[6]</sup>。对于在妊娠期及产褥期遇到具有较强冲击力的生活事件,产后抑郁、焦虑的发生率也较高<sup>[7]</sup>。知识水平、家庭支持度及经济水平可影响患者的疾病接受度<sup>[8,9]</sup>。积极的心理护理可有效改善孕妇心态及睡眠质量<sup>[10]</sup>。该患者此前体健,育有1子,无疾病史,家庭支持度较高。入院之初患者对疾病知识不了解,有紧张、焦虑情绪,并对孕后期及胎儿存在较强焦虑情绪。面对该患者的心理及情绪问题,患者初入院时,护士允许1名家属陪护,缓解面对陌生环境带来的压力,给予亲情支持;为尽量减少术前检查对孕妇及胎儿的影响,术前检查以胃镜作为主要的检查手段,告知患者胃镜检查的目的、主要操作流程、可能出现的不适感等;胃镜检查前后监测患者及胎儿生命体征。

2.1.3 术前准备 患者术前经麻醉科、产科等多学科会诊,确定手术方案。由于肿瘤巨大,下子宫占据不小空间,不适宜进行腹腔镜微创手术。同时考虑到手术及麻醉时间,确定开腹手术方式;为降低反流及误吸风险,延长禁食、禁饮时间至术前12 h,告知患者开始禁食、禁饮时间,观察患者因饮食减少导致的心悸、腹部不适等症状,如患者感觉饥饿、乏力,可遵医嘱予补液;详细告知患者及亲属术中的流产风险,避免带给患者及亲属过高的期望值<sup>[11]</sup>,为手术结果做好充分的心理准备。

### 2.2 术后护理

2.2.1 术后生命体征的观察 患者术程顺利返回病房后,予持续性行心电图监护及低流量吸氧。返病房后3 h内每30分钟测量生命体征1次,3 h后每1小时测量生命体征1次,持续24 h。密切观察患者生命体征,腹部切口渗出情况、阴道排液等情况,定时更换产褥垫,嘱患者自数胎动。因妊娠期心脏负荷增加,耗氧量增加,延长床边的低流量吸氧时间,减少胎儿缺氧风险。如发现患者生命体征异常及胎动异常及时报告医生。患者术后生命体征及胎心监护无异常。

2.2.2 疼痛的观察和护理 患者术后第1天下午6点,上腹疼痛剧烈,压痛明显,数字分级评分法

评分7分;患者术后第2天中午12点,患者静脉镇痛泵使用完毕,拔除镇痛泵,腹部仍有疼痛,可忍受,数字分级评分法3分;夜间22点,患者诉全腹痛,数字分级评分法评分7分,触诊下腹无明显压痛,患者双下肢无水肿。该患者腹部疼痛剧烈主要原因:①患者手术方式为开腹手术,手术切口较大,长度16 cm;②妊娠26周孕妇宫高约平脐,腹围80~91 cm,胎儿发育、活动致腹部膨隆,致手术切口张力过大。妊娠患者腹部疼痛需观察患者疼痛部位及疼痛性质,因胎儿原因导致的疼痛往往集中于下腹部,且疼痛具有阵发性伴宫缩而加剧,患者为第二次妊娠,自诉可辨别宫缩痛特征,可明确回答非下腹部疼痛,与查体结果一致;指导孕妇自数胎动,必要时行胎心监护;观察患者有无异常阴道分泌物。产科会诊行胎心监护显示患者15 min内无宫缩,胎儿运动情况如常。麻醉科会诊后予继续静脉镇痛药物泵注镇痛,使用舒芬太尼100  $\mu\text{g}$  + 生理盐水150 ml以2 ml/h持续量进行静脉泵入。指导患者勿自行调节速度,定时评估患者疼痛情况;采用物理方法帮助患者缓解疼痛,协助患者行左侧卧位,避免压迫腹部,减少腹痛;患者不适于夜间发生次数较多,予关闭灯光,减少床边走动。患者次日疼痛缓解,数字分级评分法评分2分。

**2.2.3 用药护理** 围手术期胃间质瘤患者因治疗需要不得不使用很多药物。而妊娠期患者因特殊的生理结构及代谢变化,药物的药代动力学被改变,如妊娠血容量的增加会改变药物的分布,而肾脏滤过率的变化则会增加血脑屏障的清除。药物穿过胎盘的程度及其在胎儿体内的浓度意味着必须考虑到药物可能带来的不良影响,如致畸、流产等。消化道开腹手术术后常见并发症为手术切口感染,感染率为4.8%~6%<sup>[12]</sup>。常用抗生素防治感染。一线抗生素为青霉素类、头孢菌素和大环内酯类。虽然三类抗生素都有长期的安全使用记录,但越来越多的证据支持子宫内抗生素暴露与特异性疾病之间的联系<sup>[13, 14]</sup>。因此,对于低风险患者,应尽量缩短抗生素使用时间,并严密观察孕妇使用抗生素时的反应。由于静脉全身麻醉及长时间卧位,呼吸道顺应性降低,肺部呼吸功能受限,腹部术后患者常用布地奈德等吸入性糖皮质激素进行雾化,缓解术后患者咳痰费力及痰液黏稠不易咳出等问题。布地奈德是妊娠哮喘首选的吸入糖皮质激素。这种药物对哮喘妊娠女性安全、有效,围

生期不良转归的风险也没有增加<sup>[15]</sup>。在使用喷喉药物时指导患者掌握正确喷喉时间、姿势及使用方式,使用后注意漱口,稀释清除口腔残留药液,必要时拍背协助患者咳痰。孕妇对药物了解较少,且对用药情况是否影响胎儿存在担忧。联合医生向患者解释每种药物作用,解除患者顾虑的同时,提高患者用药依从性。

**2.2.4 康复运动** 妊娠期是静脉血栓栓塞的危险因素<sup>[16]</sup>。随着加速康复外科的开展,早期离床活动的益处已被证实,早期离床活动及床上骑行脚踏车可促进患者早日排气,预防深静脉血栓,降低尿潴留的发生率<sup>[17, 18]</sup>。术后当天及术后第1天指导患者进行踝泵运动,下肢屈曲运动及床上翻身、床上脚踏车练习。患者无头晕、腹痛不适,可适应当前活动模式,医生评估可进行离床活动后,协助患者于术后第1天行离床活动。需要注意的是,该患者第1次上下床时需医务人员指导并协助,做到“三停”:起身做起停一停,床边坐定停一停,站直身体停一停。防止患者因疼痛、头晕、自我评估不当导致体力不支而发生意外。记录每次步行距离,鼓励患者记录活动情况,参与医疗过程。循序渐进地恢复正常活动。患者出院时活动能力恢复至术前水平。

**2.2.5 出院指导** 虽然手术治疗可清除胃间质瘤病灶,但胃间质瘤本身可复发,且复发转移性胃间质瘤预后较差<sup>[19]</sup>。因此,患者需在出院后1个月、3个月、6个月门诊复诊。术后如有上腹部疼痛、反酸、进食后不适等反应时需及时就诊。妊娠期激素水平及生活事件易导致孕妇情绪波动,指导患者家属及时关心患者,倾听患者的心理痛苦,给予患者理解与支持,为顺利生产做准备。作为医务人员,主动随访和答疑解惑同样能缓解孕期负面情绪。

### 3 讨论

在本病例报道中,我们记录了1例在妊娠26周被诊断为胃间质瘤女性的护理进程。对于胃肠外科护士来说,这一个相对陌生的经历。随着我国全面二孩政策的放开及生育年龄的升高,高龄妊娠期妇女罹患其他疾病的概率增加<sup>[20, 21]</sup>。除了常规的胃间质瘤护理外,护士还需做好该患者作为妊娠期女性和其胎儿的护理。针对此类患者,要注重围手术期的营养管理,满足其能量需要,这是患者胎儿发育及术后恢复的基础;术后的生命体征、

阴道排液及疼痛观察是重点,尤其对于初产妇可能无法准确分辨腹痛位置及性质,需要及时配合产科会诊,及时行胎心监测以判断胎儿情况;妊娠期患者对药物使用更加敏感,除做好解释工作外,更需要熟悉孕妇药物配伍禁忌;康复运动可帮助患者早日恢复自我活动,降低术后并发症。详细的出院教育可帮助患者尽快适应家庭及社会角色,及时复查可降低复发带来的不良结局。

#### 参考文献

- [1] ALBRIGHT CM, WENSTROM KD. Malignancies in pregnancy[J]. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2016, 33:2-18.
- [2] ZARKAVELIS G, PETRAKIS D, PAVLIDIS N. Gastrointestinal stromal tumors during pregnancy: a systematic review of an uncommon but treatable malignancy[J]. Clin Transl Oncol. 2015, 17(10):757-762.
- [3] NILSSON B, BÜMMING P, MEIS-KINDBLOM JM, et al. Gastrointestinal stromal tumors: the incidence, prevalence, clinical course, and prognostication in the preimatinib mesylate era—a population-based study in western Sweden[J]. Cancer. 2005, 103(4):821-829.
- [4] 赵群,李勇,乔喜,等. 进展期胃癌病人营养状况及生活质量评估的临床研究 [J]. 肠外与肠内营养, 2015, 22(4): 217-221.
- [5] ARENDS J, BACHMANN P, BARACOS V, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients[J]. Clin Nutr. 2017, 36(1):11-48.
- [6] CHEN L, SHI L, CHAO MS, et al. Stressful life events, hypertensive disorders, and high blood sugar during pregnancy [J]. Stress Health, 2020, 36(2):160-165.
- [7] NORHAYATI MN, HAZLINA NH, ASRENEE AR, et al. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review [J]. J Affect Disord, 2015, 175:34-52.
- [8] RELIGIONI U, CZERW A, DEPTALA A. Acceptance of Cancer in Patients Diagnosed with Lung, Breast, Colorectal and Prostate Carcinoma [J]. Iran J Public Health, 2015, 44(8):1135-42.
- [9] SZCZEŚNIAK M, ŚWIĄTEK AH, CIEŚLAK M, et al. Disease Acceptance and Eudemonic Well-Being Among Adults With Physical Disabilities: The Mediator Effect of Meaning in Life [J]. Front Psychol, 2020, 11:525560.
- [10] 刘红莲,杨雪平,马莉,等. 心理护理对妊娠晚期孕妇身心状态、睡眠质量及分娩结局的改善作用[J]. 国际精神病学杂志, 2016, 43(2): 334-336.
- [11] 张明. 孕妇产前分娩恐惧及影响因素的研究 [D]. 吉林大学, 2016.
- [12] TSUJINAKA T, YAMAMOTO K, FUJITA J, et al. Clinical Study Group of Osaka University on Section of Risk Management. Subcuticular sutures versus staples for skin closure after open gastrointestinal surgery: a phase 3, multicentre, open-label, randomised controlled trial [J]. Lancet, 2013, 382(9898):1105-12.
- [13] LAMONT HF, BLOGG HJ, LAMONT RF. Safety of antimicrobial treatment during pregnancy: a current review of resistance, immunomodulation and teratogenicity [J]. Expert Opin Drug Saf, 2014, 13(12):1569-1581.
- [14] WEISS ST, LITONJUA AA. Maternal antibiotic use and childhood asthma: the missing link? [J]. Lancet Respir Med, 2014, 2(8):597-598.
- [15] BRETON MC, BEAUCHESNE MF, LEMIERRE C, et al. Risk of perinatal mortality associated with inhaled corticosteroid use for the treatment of asthma during pregnancy [J]. J Allergy Clin Immunol, 2010, 126(4):772-777.
- [16] 顾蔚蓉,李笑天. 妊娠相关静脉血栓栓塞症防治策略及中国实践[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2017, 33(6): 578-584.
- [17] 王桂英,张莉,苏敏谊,等. 快速康复外科护理对剖宫产术后产妇早期离床活动的影响 [J]. 护理管理杂志, 2014, 14(10): 739-740.
- [18] 金芳,徐岩,黄紫岚,等. 早期床上踩脚踏车活动对肠癌术后患者肠道功能恢复的影响[J]. 消化肿瘤杂志(电子版), 2018, 10(4): 235-237.
- [19] JOENSUU H, VEHTARI A, RIIHIMÄKI J, et al. Risk of recurrence of gastrointestinal stromal tumour after surgery: an analysis of pooled population-based cohorts [J]. Lancet Oncol, 2012, 13(3):265-74.
- [20] 蒋歆昶,张旭,杨伟伟,等. 生育政策调整对二胎孕妇高危妊娠及其妊娠结局的影响 [J]. 中国医学创新, 2017, 14(28): 63-66.
- [21] 邵爱珍,应刚军,尹静静. 全面二胎政策下孕产妇人口学特征和妊娠结局调查分析 [J]. 中国妇幼保健, 2020, 35(3): 392-395.