

子宫托在盆腔器官脱垂中的应用及护理

朱浩琴, 谢菊仙, 金晓莲, 钱洪浪, 余晓燕

(浙江大学医学院附属妇产科医院, 浙江杭州 310006)

摘要:总结子宫托在盆腔器官脱垂中的应用及护理。行子宫托治疗前告知患者及家属相关注意事项, 患者及家属知情同意后, 进行试放置, 试放置需根据患者情况选择正确的子宫托类型和大小, 患者如无不适即可正式放置, 同时做好相关并发症的预防及护理, 告知患者定期随访。108 例放置子宫托的患者, 随访 6~12 个月, 101 例坚持放置, 7 例因其他原因选择手术; 出现阴道糜烂 10 例, 霉菌感染 5 例, 经治疗后痊愈。

关键词:盆腔器官脱垂; 子宫托; 护理 doi:10.3969/j.issn.1671-9875.2015.02.012

中图分类号: R473.71

文献标识码: B

文章编号: 1671-9875(2015)02-0141-03

盆腔器官脱垂 (pelvic organ prolapse, POP) 是因各种原因引起盆底支持结构缺陷、损伤及功能障碍, 导致盆底器官发生移位的一类疾病, 属于盆底功能障碍性疾病 (pelvic floor dysfunction, PFD) 的一种^[1]。POP 是一个全球性的健康问题, 虽然不会威胁患者生命, 但会影响并降低妇女的生活质量。随着社会人口老龄化, POP 患者的比例也在增加, 因此, 选择合适的治疗方法成为重要的医学问题。子宫托是指用于阴道放置, 治疗子宫和阴道脱垂的固体。子宫托联合局部雌激素治疗具有低成本、低风险、操作简便等优势, 是 POP 保守治疗很好的一个选择^[2-4]。子宫托治疗患者大部分年纪大、文化程度低、接受能力差、健康知识相对缺乏, 因此, 护理的参与非常重要。2012 年 1 月至 12 月, 本院泌尿妇科对 108 例 POP 患者进行子宫托治疗, 将护理贯穿整个治疗过程。现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 108 例患者均无子宫托治疗的禁忌证^[5], 年龄 42~84 岁; 文化程度: 高中 2 例, 初中 3 例, 小学 16 例, 文盲 87 例; 体重 45~80 kg, 其中 54 例患者体重指数超过标准体重的 25%, 为肥胖患者; 脱垂程度采用 POP 定量分期法 (pelvic organ prolaps quantitation, POP-Q)^[1], II 期脱垂 24 例, III 期脱垂 65 例, IV 期脱垂 19 例; 合并单纯性高血压病 65 例, 合并糖尿病 12 例, 合并高血压、

糖尿病 14 例, 合并轻度阿尔茨海默病 2 例, 合并单侧肢体偏瘫症 1 例。

1.2 治疗结果 本组患者均随访 6~12 个月, 24 例 II 期脱垂患者都能坚持放置, 84 例 III、IV 期脱垂患者中, 有 2 例因嫌麻烦于放置后 2 个月选择手术治疗, 5 例患者先后因放置失败而采取手术治疗。并发症: 出现糜烂 10 例、霉菌感染 5 例, 均治疗后痊愈。

2 护 理

2.1 放置前准备 告知患者及家属子宫托治疗的作用、费用、放置前的各项检查, 放置时的体位、方法, 放置后可能出现的情况, 子宫托取出后的清洁、存储以及出现异常的护理等。由高年资护士给患者或家属授课, 由于一些患者的特殊性, 需护士一对一对其进行指导、及时评估、再指导, 以保证患者和家属对子宫托使用的全过程充分知晓。为便于理解、易于接受, 本科室将以上宣教内容做成图文并茂的 PPT, 方便授课。患者或家属听后签署知情同意书。

2.2 使用子宫托

2.2.1 子宫托的选择 放置子宫托前, 将子宫托试戴套装向患者全面展示, 通过盆腔模型和图讲解放置位置, 让患者通过触压了解子宫托的软硬度, 指导患者体验子宫托的折叠弯曲, 让患者或家属学会。行妇科检查和评估后, 根据 POP 的程度和阴道出口的完整性选择子宫托的类型和大小。本组 84 例出口完整性较好的患者使用粗环形子宫托, 24 例出口完整性较差选用圈形子宫托。

2.2.2 试放置子宫托

2.2.2.1 放入方法 放置前嘱患者排空膀胱和

作者简介: 朱浩琴 (1972-), 女, 本科, 主管护师。

收稿日期: 2014-09-05

通信作者: 余晓燕, 浙江大学医学院附属妇产科医院
浙江省医药卫生科技计划项目, 编号: ZHA007

解大便,取膀胱截石位,肥胖患者或取膀胱截石位放置困难者,可取蹲位,参照美国子宫托治疗流程图^[6]放置。本组 54 例为肥胖患者,取蹲位放置。操作前清洗双手,放入阴道前可用乙醇或温开水再次擦洗子宫托,用雌激素霜或甲硝唑凝胶润滑子宫托,轻轻回纳脱垂的组织,如是粗环形子宫托,握住子宫托的两个凹槽部位,将子宫托对折,沿阴道轴方向置入,子宫托的前缘位于直肠子宫陷凹处,后缘位于耻骨联合后方。检查者将食指或中指置于阴道壁和子宫托的外圈之间,如果不能将手指置入,则取出子宫托并换小一号的再重新置入,反之,患者做屏气动作并咳嗽,如果子宫托下移至处女膜,取出子宫托并换大一号的重新试放置。圈形子宫托即面包圆形子宫托,放置前用注射器抽气缩小面包圆形体积,将其折叠润滑放入,将针头刺入面包圆环针栓充气,即放置完毕。本组 84 例用粗环形子宫托、24 例用圈形子宫托治疗,粗环形子宫托操作相对简单,放置过程较顺利,圈形子宫托操作复杂,家属在医务人员的指导下,均放置成功。

2.2.2.2 放置后的检测 子宫托放置后嘱患者在短距离内行走 15 min,端坐,试着排尿,如果没有不适感觉并且排尿、排便正常,即可正式放置。如在活动时脱出,有明显压力感或排尿、排便异常等,则取出更换较大或不同类型的子宫托,重新放置,以决定是否进行子宫托的治疗。本组 4 例在试放置过程中不成功,未进行子宫托的治疗,1 例在刚开始使用时家属嫌麻烦放弃子宫托而选择手术治疗。

2.2.2.3 子宫托的取出 粗环形子宫托取出时用食指勾住子宫托下缘,旋转 45°,向阴道口方向拉下即可。圈形子宫托取出时用食指找到中间的圆洞,向阴道口方向拉下,用 20 ml 的注射器抽气,抽气后面包圆形环就容易取出。

2.2.3 正式放置 试放置成功后即为正式放置,同时指导患者定期取出和放置子宫托,一般每周取出重新放置 1 次,如患者不怕麻烦,力求清洁,可以每天白天放入,夜间取出。对患有阿尔茨海默病和行动不便的患者,家属应明确子宫托的正确、规律取放。子宫托从阴道取出后先用清水冲洗,在家庭环境下建议每周用高温煮沸消毒。存储时

扑上食用淀粉,保持干燥。遇阴道干燥患者,每周用雌激素软膏涂抹外阴、阴道口 2 次。对有性生活要求的患者,提醒性生活前取出清洁,性生活后重新放入。

2.3 并发症的预防与护理 子宫托的常见并发症主要包括阴道糜烂和溃疡、分泌物增多、有异味、阴道出血等。严重的并发症主要包括直肠阴道瘘、膀胱阴道瘘、阴道破裂及子宫托进入腹腔、嵌入阴道壁和肠梗阻等^[3]。

2.3.1 阴道糜烂和溃疡 子宫托放置后,宫颈后穹窿与子宫托接触面易形成糜烂。因此需配合局部雌激素治疗,教会患者及家属正确放入和取出子宫托的方法、规律放置与取下子宫托,嘱患者定期随访。本组出现阴道糜烂 10 例,其中 9 例予缩短放置时间,即每周 1 次改为每日取放,1 例更换小一号的子宫托,告知患者保持外阴清洁,每晚清洗外阴,同时配合使用雌激素软膏涂抹,1 周后复查 10 例患者均痊愈,告知此类患者痊愈后缩短放置时间,最长为 3~4 d 取放 1 次。

2.3.2 分泌物增多 主要与阴道微环境中需氧和厌氧菌间的正常平衡改变有关。因此,在放置过程中,特别是合并糖尿病患者,严格控制血糖水平。发生阴道分泌物增多或异常,行妇科检查和白带检验。本组 5 例合并糖尿病患者白带检验为霉菌感染,嘱保持会阴清洁,子宫托放置前应清洗干净、煮沸消毒,同时予克霉唑阴道片栓塞阴道治疗,间隔 3 d 塞 1 次,共使用 2 次,治疗期间,子宫托不宜取出,以防止药物掉出阴道而影响疗效,1 个月后复查,白带霉菌显示为阴性。

2.3.3 阴道异常流血 放置子宫托的患者如出现异常的阴道流血,应进行系统的检查,以确定出血来源,对有可疑的地方进行活检,每年行液基薄层细胞学检查(TCT),必要时行病理检查。本组随诊 1 年内有 3 例患者在放置期间出现阴道的不规则出血,每 3 个月复查 TCT,连续 1 年,均未发现异常。

2.3.4 瘘与子宫托嵌顿 瘘与子宫托嵌顿均为严重的并发症,多因对子宫托的长期忽视而造成。患者能否坚持并正确使用子宫托治疗,家属的支持也至关重要,因此,发挥家庭和社会支持系统的作用,指导和鼓励家庭成员给予更多的关爱和情

感支持^[7],做好患者及家属的健康宣教,让患者和家属明确随访的重要性及掌握随访的时间,确保能够按时随访。本组患者均未发生各种瘘与子宫托嵌顿;3 例生活不能自理的患者,对其家属进行特别、专门的指导,强调陪护人员的专人性,尽量不随意更换陪护人员,如有更换,应做好子宫托护理的相关交接。

2.4 随访 本组患者正式佩戴子宫托后,1 周内需到医生处检查,之后 1 个月、3 个月复查 1 次,以后每半年 1 次。随诊的内容包括放置后的症状、放置的手法、有无各种并发症和子宫托的调整。

3 小 结

随着人们寿命的延长,POP 患者增多,使用子宫托作为一种经济、安全可有效缓解症状的保守治疗 POP 的方法,治疗作用越来越受到重视。行子宫托治疗前做好患者和家属的健康指导,获得患者和家属的同意,根据患者的情况选择子宫托,先进行试放置,放置后进行检测,患者无不适后即

作为正式放置,同时做好相关并发症的预防与护理,规律随访。

参考文献:

[1] 丰有吉,沈铿. 妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:374—376.
 [2] Atinp SD. Pessary use and management tor pelvic organ prolapse[J]. Obstet Gynecol Clin North Am,2009,36:541—563.
 [3] 李玢,朱兰. 子宫托在盆腔器官脱垂诊治中的应用进展[J]. 中华妇产科杂志,2011,46(9):705—707.
 [4] Cundiff GW,Weidner AC,Viseo AG,et al. A survey of pessary use by members of the American urogynecol society[J]. Obstet Gynecol,2000,95:931—935.
 [5] Jones KA,Harmanli O. Pessary use in pelvic organ prolapse and urinary incontinence[J]. Bey Obstet Gynecol,2010,3(1):3—9.
 [6] Weber AM,Brubaker L,Schaffer J,et al. Office urogynecology [M]. 张小东,朱兰,郎景和,译. 北京:人民卫生出版社,2006:192.
 [7] 倪建芬,何向明. 个体化心理干预对 5 例妊娠期乳腺癌患者心理状况的影响[J]. 护理与康复,2014,13(1):81.

置管溶栓治疗下肢深静脉血栓 83 例的护理

张 敏,应莲琴,包晓英,陈 光

(浙江省台州医院,浙江临海 317000)

摘 要:总结 83 例下肢深静脉血栓行导管溶栓治疗患者的护理体会。护理重点是关注患肢舒适护理与安全护理,同时做好一般护理,严密观察病情,严格做好出院宣教。83 例患者导管溶栓抗凝治疗 3~7 d,患肢肿痛较治疗前明显消退。

关键词:深静脉血栓;置管;溶栓;护理 doi:10.3969/j.issn.1671-9875.2015.02.013

中图分类号:R473.6 文献标识码:B

文章编号:1671-9875(2015)02-0143-03

近年来下肢深静脉血栓的发病率越来越高。传统治疗下肢深静脉血栓方法是单纯全身静脉予以溶栓药物及卧床制动的方法,存在溶栓效果欠佳、血栓脱落导致肺栓塞的风险,且远期可引发下肢深静脉血栓后遗症,严重影响患者的生活质量^[1]。使用深静脉导管溶栓可以使药物直接到达病变部位的深静脉,局部达到有效的溶栓浓度,最大程度避免全身用药带来脏器出血等并发症。2012 年 12 月开始,本院血管外科采用腔静脉滤器

置入联合导管溶栓的方法治疗下肢深静脉血栓,配合良好的护理,取得较好疗效,现将置管溶栓治疗的护理报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 2012 年 12 月至 2013 年 11 月本院血管外科共收治下肢深静脉血栓患者 108 例,排除近期有脑梗死和或消化道出血等基础疾病,有 83 例患者采用腔静脉滤器置入联合导管溶栓治疗,平均病程 25 h,主要表现为程度不同的下肢肿胀、疼痛、皮肤温度升高及颜色不同程度改变等症状。83 例患者中男 35 例(其中 15 例有吸烟嗜好)、女 48 例;年龄 21~83 岁,平均年龄 54.5 岁;

作者简介:张敏(1981—),女,本科,主管护师。

收稿日期:2014-09-02