

• 专科护理 •

经阴道四维彩超子宫输卵管声学造影术 114 例的配合与护理

范清秋,冯迎儿,李慧文,陆伟华,陈粉红

(浙江大学医学院附属第二医院,浙江杭州 310009)

摘 要:总结 114 例经阴道四维彩超子宫输卵管声学造影术的配合与护理。重点包括造影前提高患者对检查的认知,做好患者健康宣教及检查的准备工作;造影过程中熟悉检查过程,密切配合检查医生,注重患者体位摆放,强调造影剂推注手法,加强人流综合征、造影剂变态反应的观察及护理;造影后密切观察患者生命体征,及时完成术后随访工作。114 例患者均顺利完成检查,所有患者均未出现严重不良反应。

关键词:子宫输卵管声学造影术;不孕症;护理配合 doi:10.3969/j.issn.1671-9875.2018.09.012

中图分类号:R473.71

文献标识码:B

文章编号:1671-9875(2018)09-0045-03

我国二孩政策的实施使得越来越多的女性要求孕前评估生育条件,而宫内节育器的广泛应用、药物流产及人工流产的增多和性传播疾病的增加,女性不孕症呈逐年增加趋势。输卵管因素不孕作为最常见的原因之一,占不孕患者的 25%~30%^[1]。因此准确评价子宫和输卵管的病变对不孕症的治疗有非常重要的意义。经阴道四维彩超子宫输卵管声学造影检查术是一种新兴评价子宫输卵管通畅性的诊疗方法,此法用以帮助分析女性不孕原因,诊断价值较高,应用广泛且检查效果良好^[2]。本院从 2014 年 2 月开始在浙江省内率先开展该诊疗技术。经过近 3 年的临床实践,效果良好,检查结果满意。本文总结 2016 年 1 月至 12 月期间接受该项目检查的 114 例患者的检查配合及护理经验,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 114 例,年龄 22~48 岁,平均(33.63±9.48)岁;不孕时间 1~18 年,平均(4.78±3.56)年;其中原发性不孕 59 例,继发性不孕 55 例;患者有人工流产史 39 例,顺产史 32 例,宫外孕史 14 例,剖宫产史 2 例;并发阴道炎 39 例,盆腔炎症病史 18 例,输卵管炎 16 例,多囊卵巢综合征病史 9 例,子宫内膜异位症病史 5 例,子宫肌瘤病史 3 例;既往有输卵管通液检查治疗史 4 例,通液次数 1~3 次,平均 1.2 次。

1.2 造影术 造影术前患者排空膀胱,常规会阴

阴道消毒,留置一次性子宫造影通水管,造影通水管插入宫颈至宫颈内口上方,往造影通水管气囊内注入 0.9%氯化钠注射液 1.5~2.5 ml 后向外轻轻牵拉使气囊堵住宫颈内口。将阴道探头套上安全套送入阴道内并调整好角度,经造影通水管向宫腔内缓慢推注注射用六氟化硫造影剂,按序启动四维模式及二维模式取样存图。观察记录输卵管走行及伞端造影剂喷出情况以及造影剂微泡在卵巢周围和子宫直肠窝的分布情况。确认检查成功后,用 0.9%氯化钠注射液冲洗宫腔,回抽气囊液体,拔出造影通水管,清点器械整理用物并妥善安置患者。

1.3 结果 114 例患者均顺利完成检查,成像质量高,检查结果满意。226 条(两例患者有切除一侧输卵管病史)输卵管四维造影结果显示,108 条输卵管完全通畅,84 条通而不畅,34 条完全阻塞。其中 1 例患者主诉心慌,卧床休息 30 min 后好转;1 例主诉重度腹痛,腹部抚触 15 min 及热敷 1 h 后,症状好转;21 例出现轻度的腹部不适及疼痛(其中 2 例有恶心、呕吐)均自行缓解;58 例患者有少量阴道流血,无需处理;33 例患者无明显不适或仅感觉腰酸。所有患者均未出现严重不良反应。

2 配合与护理

2.1 造影前准备

2.1.1 患者准备 经过专科确认符合四维彩超输卵管造影指征后,完善造影前检查和检验。检查时间为月经干净后 3~7 d,禁性生活,排空大小便。妇科检查排除急性生殖器官炎症,取白带检查要求白带清洁度为 I~II 度;行血、尿常规,胸部 X 线透视,心电图,肝肾功能及术前四项等常规检

作者简介:范清秋(1972—),女,本科,副主任护师,护士长。

收稿日期:2018-02-04

通信作者:冯迎儿, wangcj75@163.com

浙江省教育厅一般科研项目,编号 Y201636380

查无禁忌证,排除全身性或重要器官疾病。

2.1.2 用物准备 使用 GE voluson E6 超声诊断仪,准备无菌消毒包(内含扩阴器、宫颈钳、探针、卵圆钳及弯盘),无菌巾,5 ml 注射器,20 ml 注射器,消毒棉球及棉棒,一次性子宫造影通水管(11G)及消毒安全套,5%聚维酮碘。造影剂为注射用六氟化硫冻干粉。

2.1.3 健康宣教 若患者对子宫输卵管声学造影检查知识缺乏,则易出现恐惧、紧张等不良情绪,影响检查的顺利进行,因此做好患者的宣教工作显得至关重要。在患者首入超声科预约造影检查时由高年资护士接待,评估患者对不孕症及造影检查的认知,个体化介绍检查目的及造影过程,使患者了解检查方法。科室预约接待室内配备电子视频,循环播放科室自制的电子版宣教视频,动画模拟整个操作过程并采用视频联合文字说明术前准备、术中配合、术后注意事项和常见并发症及处理方法。在接待过程中,笔者发现部分患者持悲观态度,对治疗没有信心,对检查持怀疑态度。针对这种情况,科室利用纸质版健康教育手册及宣传画等向患者介绍不孕治疗的良好进展及相关权威报道,一对一解答患者疑惑,提高患者认知。本组 11 例患者因对该检查不了解而感到恐惧及害怕,欲放弃检查,但通过观看相关视频及医护人员解释后,均接受并顺利完成了检查。

2.1.4 疼痛评估 子宫输卵管造影所致的疼痛容易引起子宫的扩张性不适和输卵管括约肌的痉挛,影响对输卵管的扩张和分离,使得输卵管病变的诊断效率降低,假阳性升高^[3]。研究^[4-6]认为疼痛反应与输卵管通畅性有关,输卵管梗阻患者发生疼痛的概率明显增加。因此在整个造影的过程中,积极有效的疼痛护理对提高造影术的成功率至关重要。首先,护理人员教会患者进行准确的自我疼痛评估;其次,告知患者在检查过程中可能会产生疼痛不适的时段,以及对疼痛采用的处理方法,从而解除患者对疼痛的恐惧。

2.2 检查中护理

2.2.1 体位管理 患者排空膀胱取截石位置管。在患者尾骶部垫软枕,适当抬高会阴部便于医生操作。部分患者因长时间保持同一位位(医生选择好切面后患者需保持当前体位)会发生下肢不由自主抖动,出现肌肉紧张的现象,影响检查进行。为提高患者舒适度,减少此类事件发生,科室对诊疗床进行改装。在床两侧安装可自由伸缩的

“U”型支架,支架“U”部包裹海绵软垫支撑患者腘窝处,使患者肌肉放松,减少痉挛发生。少数患者检查时间较长,护理人员指导患者进行抬升臀部及肌肉等长运动,从而促进血液循环预防压疮发生。“U”型支架推广使用后,患者在检查过程中未发生肌肉紧张抖动现象。

2.2.2 造影剂配置 按无菌操作原则配置造影剂,实行现配现用。抽取 0.9%氯化钠注射液 5 ml 注入 59 mg 注射用六氟化硫冻干粉中,使其充分摇匀形成微泡混悬液,一般摇匀药液需要 20 s,得到白色乳状的注射用六氟化硫微气泡混悬液,然后抽取注射用六氟化硫混悬液 3 ml 混合 0.9%氯化钠注射液 17 ml,连接宫腔管备用。

2.2.3 造影剂推注配合及观察 将配置备用的六氟化硫混悬液管连接宫腔管并回抽宫腔管内气体,减少气体对超声的干扰。医生指示开始,即缓慢匀速推注,用力均匀且操作轻柔,如感觉到有阻力,应轻试加力,以拇指指腹施压在推注杠,避免使用大鱼肌和掌根部施压,以防用力过大,造成输卵管的损伤,同时观察造影剂回流情况,判断梗阻的程度,必要时进行重复注射。笔者发现护士在推注过程遭遇阻力时习惯由拇指指腹过渡到大鱼际和掌根,使用后面两个部位推注时力量较难控制,易导致宫腔压力过大,造成患者疼痛加剧,严重时甚至引起宫颈反应导致输卵管破裂的可能。因此,笔者建议当遇到阻力时采用脉冲式点推法,对输卵管痉挛及轻度黏连引起的高阻力有较好的效果。注入造影剂后,医生因须密切注意造影剂的显像过程,难以顾及患者一般情况,此时护理观察尤其重要。护理人员询问患者有无不适症状,如头晕、头痛、腹胀、腹痛等,部分患者会出现下坠感、酸胀或轻微疼痛等不适,告知患者是正常反应,嘱患者放松,避免引起紧张和恐惧。当患者高度紧张时,易引起插管困难及输卵管痉挛,导致造影剂无法推注,造成输卵管不通的假象,引起误诊并增加人流综合征的发生。因此检查过程详细观察患者的表情与主诉,保持与患者一对一的沟通和交流。本组 48 例患者在造影过程中发生输卵管痉挛后都能很快解除再通,患者疼痛感受无明显加重。

2.2.4 并发症的观察及护理

2.2.4.1 人流综合征的护理 检查操作时,子宫受到机械性刺激、宫腔扩张易引起迷走神经兴奋,同时合并有精神紧张患者会感到不适,如心慌、腹

痛、恶心、呕吐^[7]。护理人员详细了解患者心理、精神状态不佳的原因,并给予正确引导,以确保患者积极配合医护人员完成检查。当遇到严重迷走神经反应或重度疼痛时停止操作并给予对症处理。本组造影检查中,1 例诉心慌,2 例出现恶心、呕吐,休息 30 min 后好转;1 例感觉严重腹痛,停止操作,腹部抚触 15 min 及热敷 1 h 后好转;21 例出现轻度的腹部不适后均自行缓解。

2.2.4.2 造影剂变态反应的急救护理 注射用六氟化硫具有良好的声学性能和稳定性,最常见的不良反应表现为头晕、头痛,但往往表现轻微、短暂,且可自行恢复,无遗留效应,但也有相关报道提示注射用六氟化硫所致过敏性休克的发生^[8-9]。因此医护人员应加强对注射用六氟化硫变态反应的重视,不因为注射用六氟化硫安全性高、稳定性好、低致敏性而放松戒备^[10-11];掌握急救流程,诊室配备抢救箱,配备抗变态反应药物。当遇到患者出现面色苍白、血压下降、意识模糊等症状时,护士立即将病情报告医生,停用造影剂并回抽药物,保持患者静脉通路畅通,使患者平卧、吸氧、保暖,积极配合医生进行抗休克治疗。密切观察生命体征及意识,使用心电监护仪连续动态监测心功能情况,详细观察患者意识、面色、肢端循环及生命体征并做好记录,同时准确记录抢救用药的时间及剂量。本组未有患者发生严重变态反应。

2.3 检查后护理 注射用六氟化硫微泡注射后 2 min 内已有 80% 的注射用六氟化硫气体经呼吸排出,注射后 15 min 几乎排尽,因此为确保患者安全,要求患者造影检查结束后留院观察 30 min,无特殊情况后离院。护理人员协助患者取舒适体位,腹痛明显者卧床休息,必要时陪同患者如厕,确保患者安全。室温调控在 25℃ 左右,给患者轻薄毛毯保暖,提供温开水,并予患者腹部抚触及必要时脐周使用热敷贴热敷。告知患者检查后的注意事项,注意保持个人卫生,2 周内禁止盆浴及性生活,遵医嘱应用抗生素预防感染。若 1 周内少量阴道流血,无其他不适属正常现象,如出血量较多或有其他不适应及时与医生联系就诊。本组 58 例患者出现少量阴道流血,17 例患者检查后 24 h 内停止阴道流血,34 例患者检查后 1~3 d 停

止,7 例患者检查后 4~7 d 停止。所有患者均未出现严重不良反应。

3 小 结

子宫输卵管造影作为评价输卵管通畅性的首选筛查方法,在临床应用广泛,而护理配合方法是影响检查结果,关系患者安全及患者感受的重要环节。医护团队应共同制定个体化护理方案,明确护理干预重点。检查前做好患者及用物准备,提高患者认知度,给予疼痛评估及心理支持,克服不安情绪;检查中准确配合,注重患者体位摆放,采用脉冲式指腹推注造影剂,加强对人流综合征及造影剂变态反应的观察与护理;检查后给予舒适护理并及时完成后期随访,保障患者安全及提高造影检查满意度。

参考文献:

- [1] Allahbadia G, Merchant R. Fallopian tube recanalization; lessons learnt and future challenges[J]. Womens Health, 2010, 6(4): 531.
- [2] 李东辉, 颜志中. 生殖道解脲支原体与不孕不育的关系及耐药性分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2012, 22(3): 654-655.
- [3] 代玉芬. 输卵管造影患者的护理干预[J]. 中外妇儿健康, 2012, 19(2): 102-103.
- [4] Savelli L, Pollastri P, Guerrini M, et al. Tolerability, side effect and complications of Hysterosalpingo contrast sonograph (Hy-CoSy) [J]. Fertil Steril, 2009, 92(4): 1481-1486.
- [5] Lanzani C, Savasi V, Leone FP, et al. Two-dimensional Hy-CoSy with contrast tuned imaging technology and a second-generation contrast media for the assessment of tubal patency in an infertility program [J]. Fertil Steril, 2009, 92(3): 1158-1161.
- [6] 查晓霞, 邓晓杨, 游岚岚, 等. 子宫输卵管超声造影评价输卵管通畅性的临床研究[J]. 临床超声医学杂志, 2012, 14(10): 16-18.
- [7] 丰有吉, 沈铿. 妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 394-395.
- [8] 肖雁冰, 王智彪, 李发琪. 新型超声微泡对比剂—SonoVue 的应用进展[J]. 国外医学临床放射学分册, 2005, 28(2): 106-110.
- [9] 张彩英, 康贤妹, 熊彩娟, 等. 超声造影的护理[J]. 中国临床实用医学, 2010, 4(6): 231-233.
- [10] Stein AZ, Meyer WR, Clark RL, et al. Oil-soluble contrast during hysterosalpingography in women with proven tubal patency [J]. Obstet Gynecol, 2003, 101: 109-113.
- [11] Jakobsen JA, Oyen R, Thomsen HS, et al. Safety of ultrasound contrast agents [J]. Eur Radiol, 2005, 15(5): 941-945.