

栓塞后肿瘤缺血水肿、体积增大压迫直肠引起排便、排气不畅致便秘腹胀。术后 6h 可进食,由流食逐渐过渡到半流食、普食,食物应富含维生素、粗纤维,同时予下腹部按摩或湿热敷。

4. 阴道出血。子宫肌瘤栓塞术后阴道常有咖啡色分泌物,黏膜下肌瘤术后 1 周左右瘤体可脱落引起突然下腹绞痛及阴道少量流血。此时,应保持阴道清洁,安慰患者此无危险,遵医嘱给予抗生素预防感染。

5. 发热及膀胱刺激征。栓塞后 1~7d 患者均有

不同程度的发热、尿急、尿频、尿痛等症状,应注意观察体温变化,嘱患者多饮水,向患者及家属解释出现上述症状的原因,解除其顾虑及恐慌,必要时对症处理。

参 考 文 献

- 1 王丽娟,王秀军.全腹腔镜切除重建术护理.中华护理学杂志,2001,1:28.
- 2 曾群,张晔.子宫肌瘤介入治疗的护理.介入放射学杂志,2001,1:54.

(收稿日期:2002-02-11)

· 护理论坛 ·

子宫肌瘤动脉栓塞术的护理要点

田惠琴 刘惠娟

我院放射科导管室于 1999 年 12 月至 2001 年 4 月已为 45 例子宫肌瘤患者进行了子宫动脉栓塞治疗。现将我们在介入治疗中的护理工作的体会介绍如下。

临床资料

一、一般资料

本组病例 45 例,年龄 30~49 岁,平均 41 岁。主要临床表现有月经过多、腹胀、腹痛下坠等不适,3 例伴有缺铁性贫血,经 B 超检查确诊,肌瘤 2.0cm×2.5cm~9.5cm×8.7cm。29 例单发肌瘤,16 例多发肌瘤,肌瘤数最多达 4 个。

二、主要操作技术

局麻后经右侧股动脉穿刺后插入 5F 猪尾导管,行双侧髂总动脉造影,观察盆腔动脉,子宫动脉及肿瘤的供血情况。再将 5F Cobra 导管超选入左侧子宫动脉,注入栓塞剂(PVA 或明胶海绵细颗粒或真丝线段),直至顺行血流缓慢。再注入明胶海绵条栓塞子宫动脉主干。然后用同样方法栓塞右侧子宫动脉。不论肌瘤的类型与部位,即使造影仅见一侧子宫动脉供血为主,都应将双侧子宫动脉同时进行栓塞,因双侧子宫动脉末梢有吻合支,以彻底切断肌瘤血供。

三、疗效评价

栓塞后 3 个月患者临床症状如腹痛、腹胀、下坠等不适均有不同程度解除或好转,大部分患者月经周期恢复正常,出血明显减少。经 B 超检查肌瘤缩小 20%~80%,6 个月后肌瘤缩小 45%~90%。可见子宫肌瘤动脉栓塞术的疗效是肯定的。

护理与配合

一、术前准备

(一)向患者说明子宫动脉栓塞术的作用及影响,可能会出现疼痛以取得患者的合作与配合,并向患者解释可能出现的并发症如感染、穿刺部位血肿,如治疗失败还要行子宫切术。尤其要说明对生育能力的影响目前尚无定论。因此治疗前一定要征得患者的理解和同意。

(二)妇科检查 超声检查以确诊子宫肌瘤的位置、大小、数目等,必要时活检除外其他疾病。

(三)术前行碘过敏试验 过敏试验阴性者方可进行手术,手术前 4~6h 禁食,必要时酌情给予镇静剂。

(四)栓塞治疗物品的准备 5F 动脉鞘一套、0.035 吋超滑导丝、5F 猪尾导管、5F Cobra 导管各一根。栓塞材料可选用聚乙烯醇颗粒(PVA)以直径(300~350 μ m)为宜,也可用二次消毒明胶海绵细颗粒、真丝线段、平阳霉素和超液化碘油混悬液。栓塞子宫动脉主干可用大块明胶海绵或弹簧圈。

二、手术配合

(一)患者入导管室后平卧于手术床上,连接心电图监护仪,建立静脉通道,以便术中用药。

(二)插管和栓塞过程中严密监护患者的面色、脉搏、心率和血压变化,发现异常及时报告医师处理。注入栓塞物前在子宫动脉内注入 100mg 利多卡因以减轻血管痉挛,注入栓塞物时如有疼痛可肌注强痛定 100mg 或杜冷丁 50mg 以保证手术顺利进行。

(三)术后穿刺点压迫 15min 并加压包扎、砂袋压迫,护送患者回病房。

三、术后观察与护理

(一)对于疼痛的护理 几乎所有患者子宫动脉栓塞后均有程度不同的盆腔疼痛,疼痛主要与子宫缺血有关,可持续 6~36h,根据医嘱给予止痛剂。个别患者疼痛剧烈持续时间长可安置止痛泵。

(二)观察患者有无发热,多数患者可出现低热,少数可发生高热,为防止感染应常规应用抗生素 3d。

(三)阴道可有非脓性分泌物排出,属正常反应,一般认为是肌瘤坏死脱落组织,应向患者说明。

(四)观察 3d,如疼痛消失,无发热即可出院。

(收稿日期 2001-06-18)

介入治疗子宫肌瘤后不良反应的护理

· 护理论坛 ·

陈丽凤 丁红霞

子宫肌瘤是女性生殖系统最常见的良性肿瘤,多发生于育龄女性,在临床上引起月经过多、不孕、压迫症状等。传统治疗主要以手术切除,但是创伤大。我院从 2000 年 5 月~2001 年 8 月对 27 例子宫肌瘤患者进行超选择双侧子宫动脉的栓塞治疗,对部分不宜或不愿手术的患者,尤其是要求保留生育功能的年轻妇女,取得了显著效果,该方法高效、微创,住院时间短,术后恢复快,深受患者欢迎,但也会出现一些不良反应,现将介入治疗子宫肌瘤后不良反应的护理介绍如下。

一、一般资料与方法

本组 27 例子宫肌瘤且有手术适应证的患者,年龄 35~48 岁,浆膜下肌瘤 13 例,肌壁间肌瘤 12 例,黏膜下肌瘤 2 例。11 例单发性肌瘤,16 例多发性肌瘤。肌瘤直径 2~8cm 不等。临床上均有月经过多,不同程度贫血、腰酸、下腹坠痛等。

介入治疗方法为在数字减影血管造影(DSA)机监视下,采用 Seldinger 方法,在局麻下作股动脉穿刺且将导管送至腹主动脉髂总动脉分叉处,造影观察子宫动脉的起始,分支及肌瘤的供血血管和血管分布,再将导管超选择插入子宫动脉,造影证实为肌瘤供血动脉后用聚乙稀醇(PVA)或丝线微粒栓塞子宫肌瘤,肌瘤血管基本栓塞后,再用明胶海绵栓塞子宫动脉。确认子宫动脉栓塞后导管退出,再插入

另一侧子宫动脉,重复上述栓塞过程。结束后拔出导管,局部压迫 10min 后加压包扎。

二、不良反应的护理

子宫动脉栓塞治疗子宫肌瘤具有良好的疗效,创伤小,但也会出现一些不良反应,这是术后护理的重点。


(一)腹痛 27 例中有 24 例出现不同程度的腹痛,占 88.9%。腹痛出现时间多在手术当日及术后 1~3d 内,持续 1~14d,平均 4.7d。腹痛部位以下腹部为主,为阵发性隐痛,伴有腰骶部坠胀感,有 2 例出现剧烈疼痛。24 例中有 15 例无需用药,腹痛在 1~7d 内自行缓解。7 例分别用元胡止痛片及吲哚美辛栓治疗,腹痛多在用药后 2~3d 消失,2 例剧烈疼痛者用派替啶治疗后缓解。

(二)发热 27 例患者有 16 例术后出现不同程度的低热现象,占 59.3%。体温在 37.5~38.5℃之间持续 1~7d,平均 3.5d。术后当日发热 2 例,术后第 2~3d 发热 9 例,术后 3d 后发热 5 例。14 例均未行特殊处理,体温在 3~5d 内恢复正常,2 例因发热持续 5d,予以吲哚美辛栓肛塞后,1~3d 后恢复正常。

(三)恶心、呕吐 27 例中有 9 例患者术后出现恶心、呕吐现象,占 33.3%。均在手术当天及术后第 1 天出现,予对症处理后很快消失。

(四)阴道出血 27 例中有 4 例患者术后出现阴道少量出血现象,占 14.8%。2 例在术后第 4 天出现,2 例在术后第 5 天出现。出血量少,未经特殊

子宫肌瘤动脉栓塞术的护理要点

作者: 田惠琴, 刘惠娟
作者单位: 050082, 石家庄, 白求恩国际和平医院
刊名: 介入放射学杂志 
英文刊名: JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY
年, 卷(期): 2002, 11 (4)
被引用次数: 0次

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200204026.aspx

授权使用: qkahy(qkahy), 授权号: 1ea74e72-2bc0-4d7b-94ff-9e380164bbfe

下载时间: 2010年11月24日