

域放置电极片,检查心电连接线路并调整心电监护的导联及波幅,确认基线、R波清晰及心率数值稳定。再次训练病人屏气,告知病人注意吸气幅度与正常呼吸的吸气幅度一样,忌深呼吸,扫描时屏气指令应与呼吸训练时的指令相同,保证病人准确理解,在屏气训练时病人的心率波动不能超过10%,以确保图像清晰。连接并调节好高压注射器,扫描前选用4.0 mL/s 流率试验性注入生理盐水20 mL,确认静脉通路通畅无渗漏。告知病人检查持续时间及每次屏气时间均有机器语音提示,注入对比剂时会有一过性身体发热及轻微恶心、会阴部瘙痒等症状,属正常现象,不必惊慌,保持心情平静,全身放松,注射对比剂过程中密切观察病人有无静脉渗漏和不良反应。

3.3 检查后护理 扫描完成后,询问病人有无不适症状,分离高压注射器,保留静脉留置针并用肝素帽封好接口,病人在候诊室观察30 min,无不良反应后方可拔除。嘱病人多饮水,以利于对比剂更快地从体内排除,如有不适应立即就诊,以防迟发性变态反应。

4 小结

随着多层螺旋CT检查冠状动脉技术日近成熟,成为临床评价冠状动脉变异、病变和各种介入治疗后复查随访的重要诊断方法^[5,6]。但成像质量除了与扫描技术、重建技术和对比剂剂量直接相关外,心率、呼吸、心理状态及病人的配合等多种因素均可直接影响检查的效果。因此,进行细致、科学、有效的护

理,尽量减少和控制干扰因素是检查取得成功的重要保证^[7]。通过实施全程优质护理,给予病人人性化关怀,增加护患之间的有效交流,从而消除病人的恐惧心理,维持心率、呼吸于恒定水平,使病人达到最佳的状态,提高了检查的成功率。

参考文献:

- [1] Hoffmann MH, Shi H, Manzke R, et al. Noninvasive coronary angiography with 16-detector row CT: Effect of heart rate[J]. Radiology, 2005, 234: 86-97.
- [2] 彭晋, 张龙江, 周长圣, 等. 单次对比增强双源CT双能心脏成像的初步应用研究[J]. 国际医学放射学杂志, 2009, 32: 313-316.
- [3] 付俊杰, 白人驹. 护理干预对64层螺旋CT冠状动脉成像质量的影响[J]. 天津护理, 2010, 4(18): 63-64.
- [4] 张兆琪. 心血管疾病64排CT诊断学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 45.
- [5] 唐笑先, 原杰, 黄伟. 64层螺旋CT冠状动脉成像在诊断冠状动脉疾病中的临床价值[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2011, 9(5): 524-525.
- [6] 周玉娥, 刘国玉. 64层螺旋CT冠状动脉成像在临床中的应用[J]. 护理研究, 2008, 21(7C): 1933-1934.
- [7] 秦静, 刘大亮. 64排CT冠状动脉造影检查的护理[J]. 中华护理杂志, 2007, 42(9): 816.

作者简介 刘旭霞, 副主任护师, 本科, 单位: 543001, 广西壮族自治区梧州市工人医院。

(收稿日期: 2012-10-10; 修回日期: 2013-04-20)

(本文编辑 范秋霞)

脱细胞异体真皮用于先天性无阴道病人 阴道成形术的护理

Nursing care of AlloDerm used vaginoplasty in congenital absence of vagina patients

赵 静

Zhao Jing

(Affiliated Provincial Hospital of Shandong University, Shandong 250021 China)

关键词: 先天性无阴道; 脱细胞异体真皮; 阴道成形术; 护理

中图分类号: R473.71 文献标识码: C doi: 10.3969/j.issn.1009-6493.2013.20.044 文章编号: 1009-6493(2013)07B-2144-02

先天性无阴道病人的治疗方法目前有很多种, 近年来脱细胞异体真皮被逐渐应用于阴道成形手术中。我院自2011年9月—2012年4月共收治9例先天性无阴道病人, 使用J-1型脱细胞异体真皮进行阴道成形手术, 均获得了成功。脱细胞异体真皮是一种去表皮、脱细胞、无细菌生长、无毒性、无刺激、无免疫排斥反应, 且外观呈乳白色、有弹性、质地柔软、不断裂的组织工程学材料, 适用于人体真皮缺损的替代和修复。现将9例病人应用脱细胞异体真皮进行阴道成形的护理报告如下。

1 临床资料

本组先天性无阴道病人9例, 染色体性别均为女性; 年龄19岁~36岁, 平均年龄25.71岁。2例因青春期无月经来潮, 查体发现先天性无阴道来就诊, 7例因周期性下腹疼痛或婚后性生活困难来就诊。查体: 6例乳房发育正常, 3例乳房发育差; 7例阴道前庭存在, 无处女膜痕, 无阴道口, 有直径1 cm~2 cm子宫, 2例有阴道前庭, 有处女膜痕, 无阴道口, 肛诊直肠前方未

扪及子宫。9例病人术后均顺利康复, 出院时检查阴道深度6 cm~8 cm, 能容纳一指, 可容窥器放入, 人工阴道黏膜光滑、湿润、柔软, 弹性符合生理要求。8例出院后均未出现并发症, 术后1个月门诊复查, 8例病人中有5例病人阴道玻璃模具使用良好, 阴道检查示: 阴道黏膜湿润, 弹性良好, 深度可达8 cm~9 cm, 1例术后1个月出现阴道尿道瘘, 后行再次手术修补, 顺利出院, 性生活较满意, 2例病人术后1个月因有机玻璃模具使用不当, 不能保证放置于阴道内, 经常脱出移位0.5 cm~1.0 cm, 导致病人手术后1个月阴道扩张时稍有胀感, 阴道黏膜红润、无渗血、阴道黏液分泌正常, 复查时对2例病人行有效的护理指导, 帮助其调整丁字带的宽度和弹力, 对阴道模具进行有效的固定, 防止移位和脱出, 术后两个月复查时阴道扩张良好, 深度9 cm, 阴道口弹性较好, 胀感消失, 病人自述每周进行正常的性生活, 无不适感。1例病人出院3个月, 暂无正常性生活, 阴道检查示深度7 cm~10 cm, 无并发症。手术方法: 在腰硬联合麻醉

下,取膀胱截石位,用金属导尿管导尿,排空膀胱,留置 12F 双腔尿管。用 500 mL 生理盐水冲洗脱细胞真皮 3 次,对折皮片,使基底膜面敷于创面,真皮面向内。用 3-0 可吸收线间断缝合皮片其中一顶端和侧面,用刀片在真皮上不规则切数个孔,放入玻璃模具后,在小孔稀疏处开孔,于真皮已缝合顶端的两角处用 7 号丝线缝合,打结。左手肛诊,右手用 9 号穿刺针于处女膜缘处注射稀释肾上腺素约 300 mL。暴露前庭,可见完整痕迹处女膜,于该处做“U”形切口,钝性分离生理穴道间隙,扩展穴道至可容纳三横指(约 6 cm)。将桶状真皮放入阴道,并将两角吊于直肠前间隙两侧壁,固定。将玻璃模具放入真皮中,3-0 可吸收线缝合真皮与处女膜缘,固定模具。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 先天性无阴道病人全部为年轻女性,多数病人缺乏医学知识,存在焦虑和恐惧心理。医护人员应尽量站在病人的角度考虑问题,注意保护病人隐私,向病人及家属讲解手术的方法、注意事项以及手术后所能达到的效果,特别是手术治疗的目的,阴道成形术目前只能解决病人的性生活问题,不能达到正常女性的规律月经,更无法恢复生育功能^[1]。逐步取得病人和家属的信任,能够主动向医生护士倾诉自己的焦虑和疑问,缓解他们的焦虑、紧张情绪,保证病人以良好的心态接受手术治疗^[2]。

2.1.2 肠道准备 护士根据医嘱常规进行肠道准备,术前晚及术日晨行大量不保留灌肠各 1 次,灌肠后观察排出物的性状、排便次数,直至无便意,术前禁饮 6 h,禁食 8 h。

2.1.3 会阴皮肤准备 术前 3 d 开始每日用 1:5 000 高锰酸钾溶液坐浴,每晚 1 次,预防术后外阴切口感染。术前 1 d 沐浴清洁,腹部和会阴部位备皮,备皮范围上自剑突下,下至外阴部、肛门周围、臀部及两大腿内侧上 1/3,两侧至腋中线,注意不要损伤皮肤。

2.1.4 人工阴道模具准备 根据术后逐步阴道扩张的要求,准备直径约 2.5 cm 的玻璃模具 2 个、丁字带 2 条,模具和丁字带消毒后备用,模具头端呈圆形,长 10 cm~12 cm,头部有圆形开口,以利于人工阴道内部的引流,模具尾部 8 点、12 点、4 点处分别有 1 个圆孔。

2.1.5 其他准备 完善各项术前护理,如皮试、更衣、术前抗生素的应用等。

2.2 术后护理

2.2.1 卧位护理 病人术后需绝对卧床 1 d~3 d,取平卧位,降低外阴阴道张力,促进伤口愈合。有始基子宫的病人术后取半卧位,便于经血流出。术后 6 h 护士协助和指导病人床上翻身活动,注意观察病人下肢的活动情况,观察双下肢的皮肤温度和自觉症状,防止下肢深静脉血栓形成^[3];预防肺部感染,指导病人有效咳嗽、咳痰,排出气管分泌物和痰液,改善循环和呼吸功能。由于手术麻醉影响,肠蠕动恢复需要一定的时间,食物残渣减少或水分不足病人易产生便秘,因此术后 2 d~5 d 可根据病人实际情况给予适当的肠道润滑剂或者开塞露,以促进排便,防治肠胀气和便秘影响切口愈合。

2.2.2 饮食护理 术后 6 h 内禁饮禁食,6 h 后可进流质饮食,严密观察病人的肠蠕动恢复情况,鼓励病人在下肢麻醉消失恢复知觉后行床上翻身活动,促进肠蠕动恢复。病人 24 h 左右可

排气,排气后改为半流质饮食,待病人自解大便后可以改为普通饮食,术后严禁食用奶类、糖类食品,防止肠胀气引起不适。

2.2.3 会阴部和尿管的护理 为防止会阴伤口感染,术后留置尿管 3 d~5 d,留置尿管期间应保持尿管通畅,防治扭曲、打折、阻塞,准确记录术后尿量、尿色,拔管前遵医嘱间断放尿 1 d~2 d,拔出尿管后,鼓励病人多饮水,及时自解小便。另外,留置尿管期间,保持静脉输液量,保证每天尿液 1 500 mL~2 000 mL,保持外阴、阴道、尿道口及尿管的清洁,每日会阴擦洗 2 次,自术后第 2 天开始每日用碘伏擦拭消毒人工阴道 1 次,擦拭过程中注意观察会阴部、小阴唇是否水肿,人工阴道模具固定点有无渗血、移位或脱落,阴道模具内是否有异常分泌物。本组 1 例病人术后第 4 天出现小阴唇水肿,分泌物增多,给予连续 3 d 会阴消毒、清理分泌物,3 d 后消肿,分泌物恢复正常。

2.2.4 脱细胞异体真皮人工阴道的护理 手术后要定期观察人工阴道组织的弹性、颜色、有无渗血等。术后即放置阴道模具,放置模具前用 0.2% 甲硝唑溶液 200 mL 冲洗人工阴道,两个模具消毒后轮流放置使用,术后 2 d 开始每日更换,更换模具的动作要轻柔,操作过程要严格执行无菌,防止人工阴道内细菌生长。更换模具后常规消毒外阴、阴道口,用多层无菌纱布覆盖人工阴道口,最后使用弹力丁字带协助固定于会阴和腰部,防止阴道模具脱出。

2.2.5 疼痛的护理 病人术后均出现程度不等的疼痛感,根据医嘱使用镇痛药物,以减轻病人的疼痛,夜间如病人不能入睡,可根据医嘱应用镇静药物辅助睡眠,以保证病人术后有足够的睡眠,促进早日康复。

2.2.6 出院指导及随访 首先,教会病人模具的消毒和使用方法,阴道模具制作原材料为有机玻璃,可以用碘伏浸泡消毒,不能使用碘酒、乙醇,以免损坏模具而影响使用,向病人说明术后正确使用模具的意义和重要性,教会病人首先保持外阴清洁方法如会阴擦洗术。其次是模具的消毒方法,更换模具后使用丁字带固定,指导病人坚持佩戴阴道模具,按时复查,坚持随访^[4]。3 个月内随访病人的身体恢复情况、阴道口大小、阴道深度、直径,阴道排液量及性质、性生活情况等,告诫病人应坚持长期佩戴阴道模具,防止阴道口挛缩,术后 3 个月内每周随访 1 次,3 个月后每月随访 1 次。术后 3 个月复查,如果阴道扩张良好可以开始性生活,停止使用阴道模具。如果性生活频率较低,少于每周 1 次,人工阴道易出现阴道口挛缩,遇到这种情况,病人应该继续按照术后的消毒和使用方法使用阴道模具,并继续用丁字带固定直至术后 8 个月~9 个月无阴道挛缩现象出现为止。

参考文献:

- [1] 夏谷枝. 乙状结肠阴道成形术治疗先天性无阴道病人的护理[J]. 护理学报, 2009, 10(16): 53-55.
- [2] 刘爱华. 阴道成形术 7 例围术期护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2010, 16(10): 75-76.
- [3] 文青云, 崔华, 高淑贞, 等. 外阴癌病人围术期护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2003, 9(11): 69.
- [4] 黄向华, 高志敏, 王丽丽, 等. 阴道成形术后阴道狭窄、粘连 21 例分析[J]. 现代妇产科进展, 2007, 16(1): 70-71.

作者简介 赵静, 主管护师, 本科, 单位: 250021, 山东大学附属省立医院。

(收稿日期: 2012-07-12; 修回日期: 2013-02-25)

(本文编辑 范秋霞)