

参考文献

- 1 Bentley MA, Taylor KM, Wright SJ. Essential thrombocythaemia[J]. Med J Aust, 1999, 171(4): 210-213.
- 2 陈 况, 黄细莲, 钱申贤. 原发性血小板增多症转变为急性髓系白血病一例[J]. 中华内科杂志, 2006, 45(8): 700.

[收稿日期 2014-02-17][本文编辑 韦所苏]

护理研讨

诺舒与热球治疗月经过多的临床观察及护理

夏秀芳, 张 静

作者单位: 530021 南宁, 广西壮族自治区人民医院妇科

作者简介: 夏秀芳(1974-), 女, 大学本科, 医学学士, 主管护师, 研究方向: 妇科护理。E-mail: 164916333@qq.com

[摘要] 目的 比较诺舒与热球治疗月经过多的临床疗效并探讨其护理措施。方法 将 120 例月经过多患者分为两组, 60 例患者采用诺舒子宫内膜切除系统进行治疗(诺舒组), 并采用常规护理。60 例患者采用热球进行治疗(热球组), 同时采取有针对性的护理措施。收集两组临床随访资料并进行疗效分析。结果 诺舒组手术时间、术后恢复时间短于热球组($P < 0.05$)。术后阴道排液时间诺舒组长于热球组($P < 0.05$)。诺舒组术后需用药止痛率较热球组低($P < 0.05$)。两组术后 1、3、6、12 个月的有效率差异无统计学意义($P > 0.05$), 术后 1、3 个月闭经率差异有统计学意义($P < 0.05$), 术后 6、12 个月闭经率差异无统计学意义($P > 0.05$), 无并发症发生。结论 与热球治疗相比, 诺舒治疗月经过多具有治疗时间短、不需预处理、手术操作方便、安全性高、术后恢复时间短等优点, 特别适用于功能失调性子宫出血合并严重的内科疾病不宜手术的患者。术前应做好心理护理及健康教育, 术后细致的观察及护理, 可有效防止并发症的发生。

[关键词] 诺舒子宫内膜去除术; 热球子宫内膜去除术; 月经过多; 护理**[中图分类号]** R 473.71 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2014)07-0651-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2014.07.25

月经过多是指每次月经量超过 80 ml, 是围绝经期妇女常见病症, 严重影响妇女的生活质量。据国外文献报道, 约有近 1/3 的育龄期女性经受月经过多的困扰^[1]。诺舒阻抗控制子宫内膜切除系统(下文简称:诺舒)是治疗月经过多的有效方法, 在国外已广泛应用, 在美国已成为功能失调性子宫出血(下文简称:功血)治疗的金标准, 而在国内尚属于起步阶段。为探讨诺舒在治疗月经过多方面的临床运用, 我院于 2012-02 开始对月经过多患者应用诺舒治疗, 与热球子宫内膜去除术(下文简称:热球)进行比较, 总结护理工作体会, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 收集 2012-02 ~ 2013-07 在我院进

行诺舒治疗(诺舒组)和 2008-01 ~ 2010-09 进行热球治疗(热球组)各 60 例月经过多患者的临床资料。诺舒治疗纳入标准:(1)围绝经期或无生育需要女性良性原因引起的月经过多;(2)药物治疗无效;(3)手术前 3 个月失血图评分法评分(PBLAC) > 100 分。诺舒治疗排除标准:(1)有生育需求的女性;(2)子宫内膜恶性病变;(3)子宫肌层薄弱情况, 如有子宫肌瘤剔除术史;(4)手术时患有活动期的生殖系统或泌尿系统感染(例如宫颈炎、子宫内膜炎、膀胱炎);(5)目前内置宫内节育器;(6)宫腔长度 < 4 cm;(7)宫腔宽度 < 2.5 cm。两组患者疾病构成、贫血情况、年龄等差异均无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较[n(%)]

组 别	例数	平均年龄(岁)	功血	子宫腺肌症	子宫内膜息肉	患有严重内科疾病	伴有贫血	血红蛋白(g/L)
诺舒组	60	45.39 ± 5.88	40(66.7)	4(6.7)	4(6.7)	12(20.0)	49(81.7)	85.16 ± 18.60
热球组	60	44.78 ± 2.26	49(81.7)	0(0.0)	0(0.0)	11(18.3)	52(86.7)	90.3 ± 16.20
χ^2/t	-	0.750	3.523	-	-	0.054	0.563	-1.614
P	-	0.455	0.061	0.060	0.060	0.817	0.453	0.109

注:“-”为确切概率法(下文同义)

1.2 治疗方法

1.2.1 术前准备 完善血常规、肝肾功能、凝血功能、阴道分泌物等术前检查,肾衰患者术前需行血液透析。所有患者术前6个月内行诊刮排除子宫内膜恶性病变。有宫内节育器者予取除。热球组治疗时间为月经干净3~7 d内,内膜厚>6 mm者术前一周期行刮宫术,以薄化内膜。诺舒组治疗时机无限制。

1.2.2 器械准备 诺舒组采用美国豪洛捷公司生产的诺舒阻抗控制子宫内膜切除系统,热球组采用迈德士(中国)医疗器械有限公司引入生产的第三代TB型子宫内膜治疗仪及一次性使用药筒。两组均采用德国Wolf公司生产的宫腔镜。

1.2.3 手术方法 (1)诺舒组:患者排空膀胱后取膀胱截石位,麻醉成功后,常规外阴、阴道消毒。放置窥阴器,钳夹宫颈(必要时扩张宫颈),行宫腔镜检查,了解宫腔形态、大小、内膜厚度。测量宫腔、宫颈的长度,将一次性双极消融器送入宫腔,测量宫腔的宽度。将子宫长度和宽度输入控制器,自动检测子宫的完整性,压力测试通过后行三维双极射频子宫内膜去除术。术毕再次宫腔镜检查观察子宫内膜情况。(2)热球组:麻醉、体位及宫腔镜检查同诺舒组。将治疗仪一次性使用药筒球囊端刻度标志调到相应的宫腔深度,将药筒端插入控制单元加热腔中,打开电源开关,提示开始后,将球囊端放入宫腔内,扣动治疗仪手柄上的启动开关,开始热修复治疗。当显示屏显示可抽出,即可取出球囊,治疗结束。

1.2.4 术后处理 术后常规予抗生素48 h,观察患者疼痛、发热、临时用药、手术时间、术后恢复时间、术后阴道排液时间和术后1、3、6、12个月的随访结果。

1.2.5 临床疗效判断标准 采用PBLAC进行月经量的评分^[2]:(1)闭经,PBLAC=0分;(2)点滴量出血,PBLAC=1~10分;(3)少量月经,PBLAC=11~30分;(4)正常月经量,PBLAC=31~100分;(5)月经量如术前,PBLAC>100分。(1)~(4)为治疗有效,(5)为无效。采用数字评价量表(numerical rating scale,NRS)对患者疼痛程度进行评估,将疼痛程度用0~10个数字依次表示,按照疼痛对应的数字将疼痛程度分为:(1)无痛(0);(2)轻度疼痛(1~3);(3)中度疼痛(4~6);(4)重度疼痛(7~10)。

1.3 护理措施

1.3.1 心理护理 此手术为我院开展的新技术,患者对本病症及治疗方法缺乏了解,存在疑虑,担心手术预后。患者入院时,责任护士热情接待,主动向患

者介绍病区环境、主管医生等,消除患者的陌生和紧张情绪;加强巡视,了解患者的需要,向患者宣传我院先进的设备及医生精湛的技术;术前责任护士耐心向其讲解手术方法及优点、术后注意事项、手术成功的病例,发放与其疾病相关的健康教育小册子,让患者初步了解手术过程,使患者放下思想包袱,积极配合手术。

1.3.2 术前护理 术晨按阴式手术范围备皮;术前后22时禁食,24时禁水;做好阴道准备:术前1 d及术日晨予碘伏消毒液会阴冲洗、阴道擦洗,以清洁阴道,防止上行感染;做好肠道准备:术前1 d下午4点左右遵医嘱予复方电解质散口服清洁肠道,以防并发症中可能涉及的肠道手术及防止术中排便造成污染。

1.3.3 术后护理 (1)责任护士与手术室护士进行床边交接,观察患者神志、生命体征、腹痛、阴道流血及全身皮肤状况,向手术室护士了解患者术中情况,严密观察患者生命体征变化,如发现异常及时处理。(2)注意观察患者阴道出血量及颜色、气味,遵医嘱给予缩宫剂和止血药,告诉患者术后有少量阴道流血或血水样物排出属正常情况,消除患者顾虑;(3)做好疼痛评估:手术后多数患者有下腹轻微胀痛,多因术中扩张宫颈刺激子宫平滑肌致反射性收缩引起,但应排除异常情况如子宫穿孔、肠穿孔引起的腹痛。(4)预防感染,患者因反复阴道流血造成贫血,机体抵抗力低下,护理过程中应严格无菌操作,保持床铺干燥、整洁。加强会阴护理,保持外阴清洁,以红核妇洁液擦洗会阴2次/d。因术前阴道流血时间较长及术中宫腔操作,术后遵医嘱使用抗生素预防感染,注意观察患者体温变化。(5)加强饮食指导,多数功血病人伴有贫血,自觉头晕、乏力,责任护士应鼓励患者进食高蛋白、高热量、高维生素及富含铁、钙的饮食,如奶制品、蛋、禽类、动物肝脏、菠菜、豆类食物等,以纠正贫血,改善体质。(6)做好安全防范,嘱病人坐起或站立时要缓慢,防止发生体位性低血压;活动后如有头晕,一定要扶物蹲下或坐下,以防摔伤。(7)创造安静、舒适的休养环境,保证患者休息和睡眠,促进机体康复。

1.3.4 出院指导 (1)该手术有少部分患者因子宫腔稍大及宫颈可能有部分内膜残留,应告知患者术后可能仍继续有少许月经;(2)嘱患者加强营养,避免着凉感冒,预防感染;(3)禁性生活、游泳,盆浴一个月,一个月后返回我院妇科门诊复诊,不适时随时就诊。

1.4 统计学方法 应用 SPSS11.5 统计软件进行数据处理, 计量资料以均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 两组间均数比较采用 t 检验; 计数资料用百分率 (%) 表示, 组间比较采用完全随机设计四格表资料 χ^2 检验或 Fisher 确切概率法, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 手术情况 两组手术均获得成功。无术中并发症发生, 未发生器械故障。所有伴内科合并症者术中、术后生命体征均平稳。诺舒组手术时间、术后恢复时间均比热球组短, 但术后阴道排液时间比热球组长, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。诺舒组术后出现下腹疼痛 12 例, 需用药物者 3 例, 未出现术后发热患者; 热球组术后下腹疼痛 13 例, 需用药者 9 例, 出现发热 4 例, 不需药物治疗。两组术后疼痛、发热的发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 但诺舒组需用药止痛率较热球组低 ($\chi^2 = 4.891, P =$

0.027)。两组术后均未出现子宫穿孔、血尿、热损伤、肠穿孔等严重并发症。见表 2。

表 2 两组患者术后情况比较 [$n(\%)$]

组别	例数	手术时间(s)	术后恢复时间(d)	术后阴道排液时间(d)	术后疼痛	术后发热
诺舒组	60	92.15 $\pm$ 16.45	2.41 $\pm$ 1.28	10.67 $\pm$ 5.15 (2~30)	12(20.0)	0(0.0)
热球组	60	128 $\pm$ 10.20	3.75 $\pm$ 1.09	7.22 $\pm$ 2.59 (3~15)	13(21.7)	4(6.7)
χ^2/t	-	-14.35	-6.17	4.64	0.051	2.328
P	-	0.0009	0.0009	0.0009	0.822	0.127

2.2 随访情况 术后 1、3、6、12 个月随访诺舒组只有 1 例患者术后月经量仍多。两组术后 1、3、6、12 个月的临床有效率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。术后 1、3 个月闭经率比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 但术后 6、12 个月的闭经率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 3。

表 3 两组术后不同随访时间的临床疗效比较 [$n(\%)$]

组别	有效率											
	1 月	χ^2	P	3 月	χ^2	P	6 月	χ^2	P	12 月	χ^2	P
诺舒组	59/60(98.3)	-	1.000	49/50(98.0)	-	1.000	31/32(96.9)	-	1.000	15/15(100.0)	-	1.000
热球组	60/60(100.0)			59/60(98.3)			58/60(96.7)			57/60(95.0)		
组别	闭经率											
	1 月	χ^2	P	3 月	χ^2	P	6 月	χ^2	P	12 月	χ^2	P
诺舒组	26/60(43.3)	22.652	0.000	25/50(50.0)	10.996	0.001	16/32(50.0)	0.093	0.760	9/16(60.0)	0.122	0.727
热球组	51/60(85.0)			58/60(80.0)			32/60(53.3)			33/60(55.0)		

3 讨论

3.1 诺舒和热球均属于第二代子宫内膜去除术, 诺舒手术时间短, 平均治疗时间约 90 s, 一般不超过 120 s^[3]。本研究中诺舒治疗时间明显短于对照组。诺舒于 2001 年上市至今, 尚无子宫穿孔、热损伤等严重并发症的报道, 其安全性高。与热球子宫内膜去除术比较更加快捷、简便^[4]。诺舒治疗月经过多具备有效率高、闭经率稳定的特点, 其疗效在国外已有研究证实^[5-7]。其治疗有效率为 95%~100%, 1 年闭经率为 43%~69%, 5 年以上闭经率高达 97.1%。国内李斌等^[8]对比研究诺舒与热球法的临床疗效, 结果显示术后 1、3、6 个月诺舒组有效率及闭经率均高于热球组(有效率 100%、96%、96% 比 98%、90%、88%, 闭经率 76%、64%、34% 比 52%、40%、34%), 两组有效率比较差异无统计学意义, 闭经率比较差异有统计学意义。本研究结果显示诺舒术后 1、3 个月的治疗有效率低于热球组, 而术后 6、12 个月均高于热球组, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。诺舒组

术后 1、3 个月的闭经率低于热球组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。而后其闭经率逐渐升高, 到术后 12 个月闭经率高于热球组, 但两组比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。从本研究结果来看, 两组短期疗效相近, 但热球组的有效率及闭经率随时间推移有下降的趋势, 而诺舒组只有 1 例患者术后月经量仍多, 有效率及闭经率更为稳定。诺舒和热球术后主要不良反应均为腹痛。本研究结果显示, 两组术后疼痛的发生率差异无统计学意义, 但诺舒组需用药止痛率比热球低, 这可能与诺舒术中不需要膨宫有关。

3.2 诺舒术作为子宫内膜去除术中的的一种, 有肠损伤、子宫穿孔、术后宫腔积血、子宫内膜去除-输卵管绝育综合征 (PATSS) 等并发症发生的可能。护理中观察腹痛及腹部体征尤为重要, 注意观察腹痛的部位、时间、性质及程度, 并观察有无腹胀、腹部有无压痛、腹肌紧张等特征, 发现异常及时报告医生。本研究中诺舒组术后出现下腹疼痛需药物者 3 例, 1

例为子宫腺肌症患者;热球组术后下腹痛需用药者9例,予止痛剂后症状均好转,无严重并发症的发生。月经过多患者因反复阴道流血造成贫血,机体抵抗力低下,部分患者有严重内科合并症,应严密观察与感染有关的体征,如体温、脉搏和子宫体压痛、阴道流血、流液有无异味等。护理过程中应严格无菌操作,加强会阴护理,保持外阴清洁,预防上行感染。本研究诺舒组术后未出现发热患者;热球组术后发热4例,但均不超过38℃,不需药物治疗,可能与膨宫液致热反应有关。诺舒组术后恢复快,术中不需要膨宫,操作简单安全。王新华等^[9]通过术前、术后周密细致的治疗和护理,即使合并肝硬化患者,也能获得较好的治疗效果,且肝硬化病情稳定。因此,除严格把握手术适应证及掌握术中操作要点外,术前应做好心理护理及健康教育,术后严密观察病情变化,耐心做好康复指导,防止并发症的发生,能保证诺舒的治疗效果,提高患者生活质量。

参考文献

- Shapley M, Jordan K, Croft PR. An epidemiological survey of symptoms of menstrual loss in the community[J]. Br J Gen Pract, 2004, 54(502): 359-363.
- Cooper J, Gimpelson R, Laberge P, et al. A randomized, multicenter trial of safety and efficacy of the NovaSure system in the treatment of menorrhagia[J]. J Am Assoc Gynecol Laparosc, 2002, 9(4): 418-428.
- Bongers MY. Second-generation endometrial ablation treatment: NovaSure[J]. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 2007, 21(6): 989-994.
- Kalkat RK, Cartmill RS. NovaSure endometrial ablation under local anaesthesia in an outpatient setting: An observational study[J]. J Obstet Gynaecol, 2011, 31(2): 152-155.
- Kleijn JH, Engels R, Bourdrez P, et al. Five-year follow up of a randomized controlled trial comparing NovaSure and thermachoice endometrial ablation[J]. BJOG, 2008, 115(2): 193-198.
- Fulop T, Rákóczi I, Barna I. NovaSure endometrial ablation: long-term follow-up results[J]. J Minim Invasive Gynecol, 2007, 14(1): 85-90.
- Andrea S, Lukes MD, Ryan J, et al. Improved premenstrual syndroms after NovaSure endometrial ablation[J]. J Minim Invasive Gynecol, 2011, 18(5): 607-611.
- 李斌, 宋菁华, 王玫, 等. 诺舒与热球子宫内膜去除术治疗异常子宫出血的比较研究[J]. 中华妇产科杂志, 2012, 47(3): 220-222.
- 王新华, 曹嫚, 岳彩虹, 等. 功能失调性子宫出血合并肝硬化患者行诺舒阻抗控制子宫内膜切除系统治疗的护理[J]. 中国实用护理杂志, 2013, 29(23): 39-40.

[收稿日期 2014-01-27][本文编辑 韦颖 蓝斯琪]

护理研讨

重组人碱性成纤维细胞生长因子治疗糖尿病足合并溃疡 32 例的护理

刘春英

作者单位: 266100 山东, 青岛市第八人民医院普外二科

作者简介: 刘春英(1978-), 女, 大学专科, 主管护师, 研究方向: 普外科护理。E-mail: lchunying123@126.com

[摘要] 目的 探讨糖尿病足合并溃疡的护理措施。方法 对32例糖尿病足患者应用重组人碱性成纤维细胞生长因子治疗和加强控制血糖及感染, 加强饮食护理、足部护理、心理护理及局部换药等护理措施。结果 32例患者中6例治愈, 25例显效, 没有无效患者, 1例湿性坏疽转为干性坏疽后截肢。结论 应用碱性成纤维细胞生长因子治疗和采取综合护理措施能有效促进溃疡的愈合。

[关键词] 糖尿病足; 溃疡; 护理

[中图分类号] R 47 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2014)07-0654-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2014.07.26

糖尿病足是指与下肢神经和血管病变相关的足部感染、溃疡和(或)深层组织破坏^[1], 是糖尿病常

见并发症之一, 是患者截肢、致残的主要原因, 其发病率正随着糖尿病患病率的增加而显著增高。我院