

学检查等结果正常。患儿居家自我监护措施到位,与科室多位护士互加微信,定期进行线上互动,对移植效果满意。

3 小结

肾移植术后并发肠穿孔,临床较罕见,本例患儿救治成功的经验在于护士在患儿进行腹膜透析治疗时观察仔细,及时报告及时检查,确诊后迅速完成术前准备,尽早进行手术治疗;术后有效预防感染、排异反应等的发生;早期下床活动,保证足够营养支持加速患儿康复;积极开展肾移植术后随访护理,提高患儿生活质量。

参考文献:

[1] HALLER M C, KAMMER M, KAINZ A, et al. Steroid withdrawal after renal transplantation: a retrospective cohort[J].

BMC Medicine, 2017, 15(1): 8.
[2] 隋明星, 曾力, 朱有华. 儿童肾移植的现状与进展[J]. 实用器官移植电子杂志, 2014, 2(6): 340-341.
[3] 袁铭, 柏宏伟, 钱叶勇, 等. 肾移植术后发生回肠穿孔 2 例报告并文献复习[J]. 军医进修学院学报, 2011, 32(2): 187-188.
[4] 王智平, 裴广辉, 王建. 肾移植术后并发肠穿孔的诊断和治疗体会[J]. 中华器官移植杂志, 2009, 30(7): 422-424.
[5] 苏顺业, 梁利芹, 林金蕾, 等. 肾移植术后并发消化道穿孔诊疗经验[J]. 中华器官杂志(电子版), 2019, 13(4): 306-308.
[6] 中国医学会器官移植学分会, 中国医师协会器官移植医师分会. 中国肾移植排斥反应临床诊疗指南(2016 版)[J]. 器官移植, 2016, 7(5): 327-330.
[7] 叶青, 杨娇弟, 伍跃南. 肾移植术后感染的护理[J]. 护士进修杂志, 2015, 30(22): 2074-2076.
[8] 陈丽娇, 牛静. 肾移植术后饮食护理干预研究[J]. 心理医生, 2017, 23(20): 223-224.

青少年女性生殖器发育异常致急腹症的围术期护理

童宝琴, 沈 宁, 于洁琼, 林 芳, 冯素文

浙江大学医学院附属妇产科医院, 浙江杭州 310006

摘要:总结 66 例青少年女性生殖器发育异常致急腹症患者的围术期护理体会。护理重点:给予针对性心理护理及隐私保护,以提高患者治疗信心;做好围术期疼痛管理;指导和教育患者正确使用模具,以预防术后阴道粘连和挛缩;术后密切观察及时发现阴道出血和感染等并发症。1 例阴道闭锁患者因合并子宫畸形行子宫切除术;65 例患者术后月经均正常来潮、经期无明显腹痛。

关键词:生殖器;发育异常;急腹症;手术;青少年;女性;护理 DOI:10.3969/j.issn.1671-9875.2021.02.015

中图分类号:R473.71 **文献标识码:**B

文章编号:1671-9875(2021)02-0050-03

女性生殖器发育异常是因染色体、性腺或生殖道发育过程异常所致的外生殖器性别模糊、青春期后性征发育异常或解剖结构异常,在人群中的发生率约为 0.1%~5.0%,在不孕和反复流产的妇女中患病率可高达 7%^[1]。处女膜闭锁、阴道闭锁、阴道斜隔综合征是较多见的解剖结构异常,该类患者生殖道腔隙因未贯通或未完全贯通而梗阻,临床大多表现为原发性闭经或初潮时即出现腹痛,未治疗者形成周期性腹痛或经期急腹症,手术纠正畸形是治疗的重要手段^[2-3]。但手术易发生出血形成血肿和感染,瘢痕挛缩可导致阴道狭

窄、粘连和再闭锁。良好的围术期护理能增强患者治愈疾病的信心,减少术后并发症,提高手术成功率,从而改善预后。本文回顾总结 2014 年 6 月至 2019 年 6 月因生殖器解剖结构异常致急腹症在浙江大学医学院附属妇产科医院住院手术治疗的 66 例青少年女性患者的护理经验,以期为临床工作提供参考。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 66 例患者,均为青少年女性;年龄 10~18 岁,平均(12.7±1.5)岁;因下腹痛急诊收住院,其中 56 例表现为原发性闭经和进行性加重的周期性下腹痛,10 例表现为月经异常;出现下腹痛至就诊时间最短 10 h,最长 4 年,中位时间 4.0(1.3, 30.0)d。确诊阴道闭锁 33 例(包括阴道下段闭锁

作者简介:童宝琴(1975—),女,本科,主管护师,护士长。

收稿日期:2020-10-19

通信作者:冯素文, fengsw@zju.edu.cn

基金项目:2017 年浙江省教育厅项目,编号 Y201737613

30例、阴道完全闭锁3例)、阴道斜隔综合征19例、处女膜闭锁14例。入院时疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分(5.0 ± 1.6)分,术后VAS评分(6.0 ± 1.9)分,出院时VAS评分(1.8 ± 0.6)分。

1.2 治疗与转归

入院后完善术前准备行手术治疗,其中行阴道闭锁切开术+阴道成形术32例、阴道斜隔切除术19例、处女膜切开术14例、子宫切除术(拟成年后再行人工阴道成形术)1例。术中出血(30.0 ± 1.7)ml。32例阴道闭锁切开术+阴道成形术患者于术中在成形阴道内置入凡士林纱布卷,防止阴道壁粘连,术后5~7d取出凡士林纱布卷,给予预防性镇痛后更换成硬质阴道模具进一步扩张阴道,防止成形阴道挛缩,平均住院时间(7.8 ± 4.5)d。19例阴道斜隔切除术患者术后24h内阴道填塞纱布止血,每天给予会阴擦洗2次预防感染;24h后取出阴道纱布,平均住院时间(6.4 ± 3.5)d。14例处女膜切开术患者均于术后次日出院。1例子宫切除术患者住院12d出院。除子宫切除术患者外,其余65例患者术后月经均正常来潮、经期无明显腹痛,2例阴道闭锁患者分别在术后1个月和术后3个月发生急性盆腔炎,其中1例并发盆腔炎患者于术后2个月再发阴道闭锁,经抗感染和阴道二次成形术治疗后出院,随访未再发生盆腔炎和阴道闭锁;1例阴道斜隔综合征患者于术后第6天并发阴道大量出血再入院,经碘仿纱布填塞阴道止血治疗后出院,随访预后良好。

2 护理

2.1 心理护理及隐私保护

青少年正处于心理发育关键阶段,知晓自身生殖器发育异常后易以自尊为中介产生负性情绪,出现羞怯、自卑、沮丧、退缩、敌对、担心学业等心理状态。给予针对性心理护理促进患者接纳自我、提高自尊,以积极心态面对治疗。向患者及家属详细介绍生殖器发育异常知识和手术方式,使其对手术解除梗阻、恢复解剖形态和功能有信心。护士亲切平和地与患者及家属进行沟通交流,以同理心无条件接纳、尊重患者,不询问患者不愿讲之事、不以此为例向实习生示教、不向他人泄露病情,给予患者足够的心理安全感。住院期间尽量减少会阴部检查,必须行妇科检查时,避免多人在场,仅留责任护士陪伴,并以围帘遮挡保护隐私。

督促患者保持良好形象,提高自尊自信。告知患者情绪低落时可根据喜好聆听音乐,转移注意力、缓解痛苦,对患者积极表现予以肯定和鼓励。因本组66例患者均为在校生成,鼓励患者采用微信、QQ等网络手段与老师、同学保持学业沟通,尽可能减少学业滞后带来的压力。63例患者由初入院时的焦虑转为情绪稳定,能积极配合治疗;3例患者及家属因疾病原因表现为与他人沟通、交流较少,经心理护理后对治疗和护理依从性较前提高。

2.2 疼痛管理

生殖腔隙梗阻导致经血滞留,可刺激子宫发生痉挛性收缩,严重积血患者经血通过输卵管返流至盆腔,刺激腹膜可产生剧烈腹痛,反复逆流还可形成盆腔子宫内膜异位症,引起进行性痛经和不孕^[4]。本组患者均实行个体化疼痛管理,每4h疼痛评估1次,指导患者熟知VAS各脸谱意义,及时正确表达疼痛感受。VAS评分 <4 分时,在不影响同病房患者休息的前提下,采用手机播放患者喜爱、节奏舒缓的音乐,缓解疼痛和减轻焦虑情绪。VAS评分 ≥ 4 分时,遵医嘱予复方对乙酰氨基酚口服,用药30min后复评VAS评分。会阴神经丰富,对痛觉异常敏锐,阴道成形术后患者首次换硬质模具时创面尚未完全愈合,可出现剧烈疼痛。换模前向患者说明可能出现的疼痛程度,让其有充分心理准备,并于换模前30min使用复方对乙酰氨基酚口服或地佐辛静脉注射减轻换模时的疼痛。根据成形阴道大小、长短选择适当的模具型号,置入前在模具表面涂抹润滑油,减少摩擦以减轻疼痛;换模时责任护士全程陪伴给予心理支持。3例阴道闭锁患者更换模具时VAS评分仍 ≥ 4 分,即予缓慢静脉推注地佐辛5mg,15min后VAS评分 <2 分再予模具更换。本组66例患者入院时VAS评分(5.0 ± 1.6)分,给予上述对症处理后,术前VAS评分均 <4 分,术后VAS评分(6.0 ± 1.9)分,经上述对症处理后,出院时VAS评分(1.8 ± 0.6)分。

2.3 模具护理

阴道闭锁行阴道成形术后需坚持放置阴道模具2~6个月,利用模具对新生阴道壁的侧压力和支撑作用防止组织挛缩、粘连,促进正常阴道结构的建立^[5]。正确佩戴和固定阴道模具是保证手术成功的关键之一。手术结束时由医生置入凡士林纱布卷阴道软模具,术后5~7d更换硬质模具,深

浅适宜。过浅易脱出,阴道顶端可因失去支撑而发生塌陷、挛缩、粘连、变短和狭窄;置入过深患者感觉不适、疼痛难忍或大小便困难,严重者可发生阴道直肠瘘^[3]。护士指导患者及家属采用“丁”字带固定模具防止脱出,“丁”字带内面垫衬卫生巾,增加模具受力面积,减轻患者不适;密切观察并记录阴道模具佩戴、固定情况,交接班时解开“丁”字带查看模具有无脱出。一旦滑出,立即报告医生,予重新放置消毒模具,同时观察阴道有无出血。模具压迫尿道造成排尿困难时,指导患者将模具尾端轻拉至阴道口齐平,再用手指向后按压模具减轻尿道压迫,一般可自行排尿,排尿后仍将模具推至顶端。鼓励患者进高纤维饮食,必要时口服乳果糖或小麦纤维素颗粒软化大便预防便秘,防止便秘时腹压增高导致模具脱出。住院期间护士教会患者或家属取放模具,并详细宣教模具更换注意事项及感染预防措施直至其完全掌握。本组32例阴道闭锁患者术后佩戴模具,1例患者模具夜间脱出阴道口外,次日凌晨发现,重放模具时阻力较大难以置入,经多次调整方向持续缓慢前推方顺利置入。32例患者出院时均未发现阴道粘连和狭窄,患者或家属熟练掌握更换阴道模具后出院。

2.4 并发症的观察和预防

2.4.1 创面出血

术后为保证经血引流通畅,患者返回病房后先取去枕平卧位,两腿自然分开与双肩齐平,指导患者避免双腿过度外展减轻会阴局部张力,促进创口愈合;观察2h,若生命体征平稳、意识清醒则床头抬高15~30°引流阴道积血。会阴、阴道及盆底静脉丛较多,若术中缝合止血不彻底,易造成局部出血和血肿。术后会阴保洁时加强观察,注意阴道出血及阴道分泌物的量、色,会阴局部有无肿胀。血色暗红、血量同月经量大多为阴道积血排出;血色鲜红或血量持续增多需警惕阴道创面活动性出血,及时报告医生检查。本组1例阴道斜隔综合征患者出院后第6天发生阴道大量出血再次紧急入院,行碘仿纱布阴道填塞后出血止,2d后出院,随访未再发生阴道出血。

2.4.2 阴道挛缩和粘连

术后阴道挛缩和粘连可导致再次发生闭锁,大多因阴道模具使用不当所致。患者对模具使用的良好依从性是巩固手术效果和防止阴道挛缩或粘连的保障^[6]。本组1例阴道下段闭锁患者术后

2个月再次发生急性腹痛入院,经查为阴道再发闭锁,追问病史系患者断断续续使用模具,后期模具置入困难未再坚持佩戴,最终导致阴道闭锁。经抗感染和行二次阴道成形术后,加强宣教,使患者理解坚持使用模具的重要性,告知患者模具置入困难或不能全部置入是阴道挛缩的重要表现,一旦发生应立即就医。本例患者后期随访模具使用依从性好,阴道未再发生闭锁。

2.4.3 感染

阴道成形术患者阴道腔存在创面,术后阴道纱布和模具填塞等易致引流不畅,且因解剖位置临近尿道和肛门,易发生感染。阴道内有纱布填塞时禁止会阴冲洗以防冲洗液进入阴道污染创面,以5%碘伏溶液行会阴消毒2次/d;术后3d内监测体温3次/d,此后根据体温变化增减测量次数;指导患者排便后由前向后擦拭,拭后行会阴擦洗;根据医嘱予静脉滴注头孢西丁钠或盐酸克林霉素等预防感染;每班评估腹部疼痛和压痛,及时发现盆腔感染症状。本组2例阴道闭锁患者出院后并发盆腔炎再次入院,考虑可能与其长期佩戴阴道模具继发细菌逆行感染有关,经抗感染治疗、反复强调模具的正确消毒和佩戴后出院,随访预后良好。

3 小结

生殖器发育异常的青少年女性患者常因生殖腔隙梗阻发生急腹症,以处女膜闭锁、阴道闭锁和阴道斜隔综合征多见,手术是纠正生殖器发育异常的重要手段。良好的心理护理与隐私保护,充分的术前、术后疼痛管理,合理的模具护理与使用指导,观察和预防并发症发生,是患者达到最佳手术效果的重要保证。

参考文献:

- [1] 王轶男,朱兰.女性生殖道发育异常分类介绍[J].实用妇产科杂志,2015,31(2):81-83.
- [2] 中华医学会妇产科学分会.女性生殖器官畸形诊治的中国专家共识[J].中华妇产科杂志,2015,50(10):729-733.
- [3] 罗光楠,潘宏信.罗湖术式在阴道闭锁治疗中的应用及热点问题探讨[J].国际妇产科学杂志,2017,44(3):245-247.
- [4] 中华医学会妇产科学分会子宫内膜异位症协作组.子宫内膜异位症的诊治指南[J].中华妇产科杂志,2015,50(3):161-169.
- [5] 王晶,王敏.阴道成形术后阴道模具固定带的制作及应用[J].护理学杂志,2017,32(10):26-28.
- [6] 马俊英,赵喜娃,马俊萍,等.阴道成形术患者术后阴道模具使用依从性的影响因素[J].中华现代护理杂志,2015,21(11):1314-1316.