

# 微波子宫内膜消融术治疗功能失调性子宫出血的围术期护理

申屠君亚

(浙江省桐庐县妇幼保健院, 桐庐 311501)

中图分类号: R473.71

文献标识: B

文章编号: 1009-6604(2012)02-0191-02

功能失调性子宫出血 (dysfunctional uterine bleeding, DUB) 可发生于月经初潮至绝经的任何年龄, 多数发生在绝经前期<sup>[1]</sup>, 部分需手术治疗。微波子宫内膜消融术 (microwave endometrial ablation, MEA) 作为第 3 代热子宫内膜去除技术, 通过微波热效应能快速、简单、安全地破坏子宫内膜全层, 从而达到治疗异常子宫出血的目的, 是一种保留子宫、治疗异常子宫出血的微创技术<sup>[2]</sup>。2009 年 1 月 ~ 2010 年 11 月我院采用 MEA 治疗异常子宫出血共 30 例, 均获成功, 现将围手术期的护理配合和并发症观察总结报道如下。

## 1 临床资料与方法

### 1.1 一般资料

本组 30 例, 年龄 40 ~ 51 岁, 平均 43.3 岁。病程 2 ~ 21 年。均表现为月经周期缩短、经量增多、经期延长或不规则阴道流血, 伴有不同程度的痛经。术前行宫腔镜检查, 诊刮获取子宫内膜送病理检查, 排除生殖器官恶性病变。术前病理: 单纯性增生 9 例, 复杂性增生 11 例, 增殖期子宫内膜 6 例, 增殖期并分泌期子宫内膜 4 例。其中 4 例合并多发子宫内膜息肉, 2 例合并单发子宫内膜息肉。

### 1.2 手术方法

术前 0.5 ~ 2.0 h 常规静脉应用抗生素 1 次, 预防感染。采用英国 Microsulis 公司生产的 9.2 GHz 30 W 的全自动温控 MEA 仪。所有患者在术前行宫颈插管或阴道后穹隆放置米索前列醇 0.4 mg 扩张及软化宫颈。术时采用丙泊酚静脉麻醉。膀胱截石位, 常规消毒铺手术巾, 检查子宫位置及宫腔深度, 以 5% 葡萄糖 (糖尿病患者使用甘露醇) 为膨宫液, 行宫腔镜检查宫腔情况, 明确与术前诊断一致,

随后扩张宫颈至 9 mm, 全面吸宫使子宫内膜薄化, 吸宫内膜再次送病理学检查, 对合并内膜息肉者不予特殊干预。开启 MEA 仪, 置入 MEA 探头于子宫底部, 启动脚踏开关, 30 秒内子宫内膜达到治疗温度 70 ~ 80 ℃, 缓慢移动探头从子宫一侧到另一侧, 同时逐渐退出, 使屏幕温度保持在治疗温度范围内, 当探头标志线到达并露出于宫颈外口时, 切断微波电源, 退出探头。再次宫腔镜检查评估手术效果。

### 1.3 护理

1.3.1 心理护理 MEA 为微创妇科新技术, 患者对 MEA 技术缺乏了解, 往往存在疑虑、困惑、期望过高等心理反应, 易产生紧张、恐惧和疑虑心理。术前需耐心做好解释工作, 向患者及家属详细说明这是一种微创技术, 解释其优点和方法以及术中注意事项、麻醉过程及术后病情恢复情况, 还可让病房中经历过 MEA 的病人讲述亲身经历, 使患者消除顾虑, 以配合手术实施。

1.3.2 术前护理 ①术前准备: 常规行血常规、肝肾功能、凝血功能检查, 做心电图、胸透了解心肺功能。对有内科合并症如糖尿病、高血压、心脏病等患者应加强监护。高血压患者血压要稳定, 舒张压应控制在 90 mm Hg 以下, 心脏病患者心功能 II 级内, 无严重心律失常和心绞痛。糖尿病患者空腹血糖控制在 7.0 mmol/L 以下。一旦出现异常立即报告主管医师, 及时采取相应措施。②子宫颈及阴道的准备: 配合医师于术前行宫颈扩创术, 对部分颈管较紧, 扩张较困难者可在术前 6 ~ 8 h 放置米索前列醇 0.4 mg 于阴道后穹隆。其过程中应严格执行无菌操作常规, 防止逆行感染。

1.3.3 器械准备 器械消毒前, 器械护士检查 MEA 系统 (包括 1 个手持式微波探棒、1 个控制和

数据采集系统、1 个微波发生器和电源)和宫腔镜全套器械(包括宫腔镜及其附件、冷光源、膨宫液调节系统)功能有无障碍,确保整套器械在手术中使用安全。微波探头需用福尔马林熏 12 ~ 24 h,将宫腔镜体浸泡入 2% 戊二醛消毒,浸泡时间为 30 min(摄像头、电缆线用 75% 乙醇擦拭 2 遍),使用前取出用无菌生理盐水冲洗。

1.3.4 术中配合 ①取膀胱截石位,连接监护仪,严密监测各项数据,根据手术需要调节各参数。观察患者血压、脉搏、呼吸及血氧饱和度变化,发现问题及时报告手术医生。②连接微波及数据导线,调整好 MEA 控制器、探头导线、显示屏、脚踏开关、电源开关位置。③在手术过程中注意保持呼吸道通畅,去枕平卧位,头偏向一侧,以防呕吐引起窒息,必要时吸氧。④宫腔镜检查时注意灌流液的保障,不能使灌流液走空,防止空气栓塞。⑤MEA 探头抽离宫腔后,协助行宫腔镜检查。⑥MEA 由于手术时间短,护士必须在短时间内予以多项配合,并且严格执行无菌技术操作,防止感染。整理手术器械,收回各管道及导线,协助麻醉医师管理患者。

1.3.5 术后护理 ①一般护理:严密观察病人的清醒情况,术后平卧 30 ~ 60 min,氧气吸入 2 ~ 3 L/min,待血氧饱和度升至正常范围,且气道通畅、循环及呼吸功能稳定后,继续严密监测患者的生命体征,术后可持续心电监测 2 h。②严密观察病人呕吐、腹痛:MEA 术后均有不同程度腹痛,通常是因术中热刺激子宫及子宫内膜变性坏死所致。当出现剧烈腹痛时,应严密观察腹痛的性质、程度、范围,并报告主管医师。③严密观察病人阴道积液情况:MEA 术后均有阴道积液,应嘱咐患者注意个人卫生,注意积液的颜色、性状,异味,警惕感染发生。

1.3.6 出院指导 嘱患者术后适当增加营养,多喝水,禁止盆浴及性生活 2 个月。术后 3 ~ 4 周阴道会有少量血性和水性液体流出,出现异常需及时来院检查。术后 1、3、6 个月复查一次,以后每年复查一次,了解月经改善情况以及血红蛋白、身体状况的变化等。

2 结果

2.1 手术情况

宫腔深度(9.11 ± 0.63) cm,手术时间(4.5 ±

1.5) min,术中出血(7.3 ± 2.3) ml,住院时间(2.3 ± 0.5) d。术后均出现下腹不适或隐痛,持续 12 ~ 48 h,(19.4 ± 3.5) h,21 例需要使用止痛药。

2.2 月经改善情况

30 例随访 1 ~ 6 个月。术后均有少量阴道出血或排液,持续 3 ~ 33 d,此后表现为规律的少量月经或闭经。闭经 70.0% (21/30),月经减少 23.3% (7/30),月经改善总有效率 93.3% (28/30)。1 例为子宫内膜多发息肉合并月经过多,术后月经状况无改善,二次宫腔镜下子宫内膜切除术后治愈;1 例子宫腺肌病合并月经过多、痛经,术后月经量减少,但痛经与术前无明显变化。上述 2 例(6.7%)对手术效果不满意。

2.3 术中及术后并发症

30 例术中生命体征平稳,无气体栓塞、子宫出血、穿孔等术中并发症。4 例下腹坠胀、隐痛、阴道黄褐色分泌物,诊断为子宫内膜炎,经抗炎治疗后症状消失。3 例术前无痛经者,分别在术后 2、5 及 6 个月出现周期性腹痛,诊断为宫腔粘连积血,在 B 超监护下行宫颈扩张术,排出宫腔内积血后痊愈。术后呕吐 5 例,对症治疗后好转。

3 讨论

MEA 为第三代子宫内膜破坏术,手术原理是通过 8 mm 的微波探棒发射 9.2 Hz 的高频微波,产生的热作用破坏子宫内膜全层,使子宫内膜发生凝固坏死脱落,宫腔创面形成纤维瘢痕,从而使患者出现闭经或月经量减少,达到治疗异常子宫出血的目的。手术安全系数高,并发症少,麻醉方式更为简单,手术时间短,不影响卵巢功能。我院应用 MEA 治疗子宫异常出血 30 例,均采取术前充分准备,术中严密观察,术后积极有效的护理及出院指导,使患者顺利康复。

参考文献

1 乐 杰,主编.妇产科学.第 5 版.北京:人民卫生出版社,2000. 360 - 368.  
2 廖碧翎,罗喜平,张碧云.微波子宫内膜去除术治疗功能性子宫出血的探讨.中国妇幼保健,2006,21(11):1482 - 1484.

(收稿日期:2011 - 12 - 29)

(修回日期:2012 - 01 - 20)

(责任编辑:王惠群)