维普资讯 http://www.cqvip.com

爱母型IUD嵌顿于子宫壁及肠管1例报告

陈 萍[1],邓 宇[2],陈 垒[3],赵丽萍[4] (1.佳木斯市计划生育指导中心,黑龙江,佳木斯 154000;2.依兰县计划生育指导站,黑龙江 依兰 150001;3.佳木斯市妇幼保健院,黑龙江 佳木斯 154000;4.依兰县妇幼保健院,黑龙江 依兰 150001)

[关键词] 宫内节育器;嵌顿;手术治疗
[中图分类号] R169.41 [文献标识码] B [文章编号]1672-5042(2006)04-0273-01

宫内节育器(IUD)部分或全部嵌入子宫某部肌壁是IUD异位的一种形式。我科对1例IUD嵌顿于子宫壁及肠管患者进行了治疗,取得满意效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

患者女性,33岁,孕2产1,因三次取节育器失败,于2005年3月12以"爱母型宫内节育器(下称MCuIUD)异位"收入院。该患者2004年5月6日(经后4 d)在当地医院行MCuIUD放置术,术中放置困难并伴腹痛,历时30 min。术后患者曾因腹痛就诊于当地医院,给予抗炎治疗。患者8月末开始停经,9月中旬出现早孕反应,10月27日孕10周时在当地行人工流产术,同时取IUD,历时1 h未能取出。X光检查提示:IUD位置较高;彩超提示:宫内未见IUD,子宫后壁有条索状阴影。此后于2005年1月20日和24日取器均失败。该患者发病以来无便血、无便秘等病史。入院时查体:T 36.2 ℃,P 76次/min,R 16次/min,Bp 14.7/10.7 kPa,心肺正常,腹部平软,右下腹压痛(+),无反跳痛。妇科检查:外阴正常,阴道通畅,宫颈光滑,子宫后位,正常大小,活动性差,压痛(+),附件未见异常。B超提示:宫腔内无节育器,宫体后壁异常回声,IUD异位。血、尿、便常规检查均正常。月经正常。

1.2 手术方法

患者于2005年3月14日在持续硬膜外麻醉下行剖腹探查术。术中见子宫后壁近子宫角处MCuIUD异位,一只臂嵌顿于乙状结肠0.6 cm处,另一只臂嵌顿于子宫壁间,致使子宫、肠管、大网粘连在一起。请普外科医生会诊的同时行双侧输卵管碾挫结扎法绝育术。随后剥离粘连处组织取出IUD,见结肠穿孔直径0.1~0.2 cm,周围有纤维组织形成。消毒创面行肠修补术和子宫壁修补术。

2 结果与讨论

术后胃肠减压72 h,给以抗炎补液治疗,流食3 d,半流食3 d,术后7 d拆线,切口一期愈合,术后10 d痊愈出院。节育器异位及子宫穿孔的原因:子宫位置检查错误易发生子宫峡部穿孔;子宫大小检查错误,易发生子宫角部穿孔。子宫穿孔则造成节育器放置于子宫腔以外,从而引起粘连等。

患者就诊时虽非哺乳期,但放置节育器不够顺利,术中伴腹痛;术后三个月内发生妊娠,放置的IUD未起到避孕作用;三次取器均告失败;加上X光片和彩超的提示,故诊断子宫穿孔、IUD异位的依据是充分的。因患者本人有绝育要求,且宫腔镜无法进行治疗,所以选择剖腹探查术较为适宜。术中见肠管穿孔小,试行肠修补术,损伤小,病程短,恢复快,术后并发症少,是较好的选择。

由此病例可见:放置IUD时一定要按照操作规程进行;对哺乳期子宫、畸形子宫特别注意术前检查清楚子宫位置和大小;手术时动作轻柔,切忌用力过猛,草率行事。术中有腹痛,或操作困难应停止手术,查明原因。定期随访,放置IUD后尽量做到异常情况早发现、早处理。

[收稿日期]2006-04-10 [修回日期]2006-06-12

(编辑:朱志立)

急性心肌梗塞患者协助床上排尿的效果评价

赵 敏,李永红 (新疆兵团农七师医院干部病房,新疆 奎屯 833200)

[关键词] 急性心肌梗塞;排尿困难;护理措施
[中图分类号] R542.22 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)04-0273-02

急性心肌梗塞病人急性期需要绝对卧床1~2周,在此期间床上排尿是每个病人面临的困难问题,为了使病人能在床上自行排尿,我科自1996年11月至2002年11月对252例急性心肌梗塞病人进行协助床上排尿,效果良好。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者共502例,男423例,女79例,年龄30~70岁,平

[收稿日期] 2006-04-10 [修回日期] 2006-06-09

维普资讯 http://www.cqvip.com

均54.3岁,均以急性心肌梗塞入院,随机将病人分为观察组252例,对照组250例,将两组患者性别、年龄、病情进行比较,差异无显著性意义,具有可比性。

1.2 方法

观察组采用协助床上排尿,有以下几种方法:①患者有尿意时,床四周用屏风遮挡,患者仰卧曲膝,男性患者将卧式小便器的接口从弯曲大腿处伸入,接于尿道口,女患者则将一次性便盆放于臀部,让患者排尿,排尿困难时,可将床头缓慢摇起,嘱患者深吸气,缓慢呼气待患者排出后逐渐将床头摇至水平。②患者开始排尿时,保持病室安静,让患者听流水声,水声由缓到急(不宜转换过快),促进排尿。③用热水袋敷患者小腹处,轻轻给予按摩。④热敷尾骶部[2],将毛巾浸入45~50 ℃温水中,拧至半干,迅速敷于尾骶部,保持5~7 s,直径10 cm左右,重复以上动作3~4次,患者往往在热敷的瞬间产生尿意。⑤按摩法[3],将手置于患者下腹部膀胱膨隆处,向左右轻轻按摩10~20次,再用手掌自膀胱底部向下推移按压,1~3 min后尿液即可排出。⑥女患者可采用温水冲洗会阴,用40~45 ℃温水冲洗患者会阴部,以刺激尿迫神经而促进排尿。对照组采用常规床上排尿。

2 结果

两组排尿情况比较如下:观察组患者卧床自行排尿224例(88.9%),诱导排尿26例(10.3%),导尿2例(0.8%),24 h内无患者起床排尿;对照组患者卧床自行排尿63例(25.2%),诱导排尿59例(23.6%),导尿67例(26.8%),24 h内起床排尿61例(24.4%)。结果显示,观察组自行排尿例数明显多于对照组,而导尿及患者自行下床排尿的例数明显小于对照组,有显著差异($P<0.01$)。

3 讨论

观察组患者进行床上排尿的健康教育,并详细介绍床上排的目的和意义,使患者充分认识到床上排尿对自身健康愈后的影响,故使之积极配合。因此,一旦确诊为急性心肌梗塞,便尽快进行排尿的健康教育和煅练。协助床上排尿有以下几方面的好处:①急性心肌梗死患者,因绝对卧床,会不自主地限制饮食,易造成血液浓缩,血流缓慢,血液中的有形成分易在血管内膜上沉积,再次引起冠状动脉的狭窄、阻塞,从而加重病情,通过协助患者在床上排尿,可减轻病人顾虑,正常饮食,基本生活恢复正常[4]。②通过不同方法协助训练患者床上排尿有利于减轻患者心脏负担,避免发生并发症。③协助排尿的方法简单易行,可请家属参与护理,有利于患者自我角色和形象的恢复,增强患者战胜疾病的信心。

[参考文献]

[1] 余问涛,安之壁,杨英华,等.内科护理学[M].北京:人民卫生出版社,1997.112.
[2] 沈国凤.热敷尾骶部治疗产后尿潴留的临床观察[J].实用护理杂志,2000,16(5):48.
[3] 吕式瑗.护理学基础[M].北京:光明日报出版社,1990.129.
[4] 段雅新.急性心肌梗塞的护理体会[J].局解手术学杂志,2000,9(3):284.

(编辑:朱志立)

关节镜下逆行交锁髓内钉治疗股骨髁上骨折12例体会

张世宏、吕宝民 (新疆建设兵团农七师医院骨科,新疆 奎屯 833200)

[关键词] 关节镜;股骨髁上骨折;髓内钉
[中图分类号] R274.12 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)04-0274-02

近十年来,对于股骨髁上骨折的治疗,出现多种手术治疗方法,多采取切开复位、角钢板、髁钢板、动力髁螺钉及交锁髓内钉固定。与非手术相比,手术治疗能保证解剖复位和坚强内固定,有利于膝关节早期进行功能锻炼,减少关节僵硬致残的机率。我科于2004年9月至2005年12月应用关节镜监视下逆行交锁髓内钉技术治疗12例股骨髁上骨折,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组病人共12例,其中男性7例,女性5例,年龄28岁~75岁,平均46岁。9例为摔伤,3例交通事故伤;根据骨折AO系统分类,A1型4例,A2型2例,A3型4例,C2型2例。

[收稿日期] 2006-04-28 [修回日期] 2006-05-29

1.2 手术方法

本组12例病人均采用史赛克髓内钉。患者仰卧于手术台上,膝关节屈曲30°~40°,关节镜从前外侧入口进入关节腔,在关节前内侧再作一个小切口,插入刨削器,将增生的滑膜纤维组织刨削干净,显露髁间切迹。在髌骨下端髌韧带中点作2 cm纵行皮肤切口,将髌腱沿纤维方向纵向劈开,将开孔器通过切口插入到髁间窝处,在关节镜监视下,定位于髁间窝后交叉韧带的前上方1 cm处,开口后,将可弯曲导针插入股骨髓腔,在C型臂机透视下行牵引复位,复位成功后,导针应顺利通过骨折端到达大粗隆。C臂X光机透视确定骨折复位及导针在髓腔后开始扩髓,一般从9 mm的髓腔挫开始,每次递增0.5 cm,一般最后扩髓尺度应比所选用髓内钉大1 mm。在关节镜监视下准确打入髓内钉,直到全部没入股骨髁间窝,经C臂X光机证实复位良好,拔除导针,通过髓内钉外侧定位器,先锁远端交锁