

导,这样不但可以找到解决问题的办法,还可以得到心理压力的转移机会。(6)管理层为男护尽可能提供多层面、多方位的支持。

#### [参 考 文 献]

- [1] 岳玲梅,马文有,王丽萍,等.焦虑症防御方式与人格特征的研究及护理对策[J].中国健康心理学杂志,2007,15(7):592-594.
- [2] 陈瑶,邱原刚,朱建华,等.经不同血管径路行冠状动脉介入治疗对患者心理状况的影响[J].中华心血管病杂志,2006,17(6):714-717.
- [3] 周晓琴,蔡春岚,陈命家.护理专业学生心理健康状况及人格

- 特征分析[J].临床心身疾病杂志,2006,12(6):443-444.
- [4] 杜彩素,吴之明,杜娟.对我国男护士现状的分析与关注[J].国外医学:护理学分册,2005,24(8):406-407.
- [5] 杨国林,宋继红.男护士专业态度与工作压力源的调查研究[J].全科护理,2009,7(13):1129-1131.
- [6] 巴哈尔古力,茹仙菇达吾提.临床护士的心理压力与对策[J].中国现代护理学杂志,2008,5(10):908.
- [7] 刘淑芬.临床护士心理压力原因分析及对策的研究[J].河北医药,2008,30(1):121.
- [8] 洪昭光.心理健康名医导航[M].北京:新华出版社,2007:16.

(本文编辑 姚仁斌)

[文章编号] 1000-2200(2011)08-0906-02

· 护理学 ·

## 子宫肌瘤介入治疗的预见性护理

杨爱英

[摘要]目的:观察介入治疗子宫肌瘤中实施预见性护理的效果。方法:对10例行子宫肌瘤介入治疗的患者在术前进行心理干预,对患者术后生活及饮食护理、穿刺口护理和并发症进行预见性护理。结果:10例患者能积极的配合治疗与护理,顺利完成手术。结论:子宫肌瘤介入治疗的预见性护理能够减轻患者术前焦虑和减少并发症的发生。

[关键词] 子宫肿瘤;子宫肌瘤;介入治疗;预见性护理

[中国图书资料分类法分类号] R 737.33

[文献标识码] A

子宫肌瘤是女性生殖器官最常见的良性肿瘤,治疗方法以手术为主,辅以药物治疗。1995年法国学者 Ravina 首先报道应用子宫动脉栓塞技术(UAE)进行子宫肌瘤的治疗,取得与手术切除术相当的效果,从此为子宫肌瘤的微创和保守治疗开辟了一个全新的领域<sup>[1]</sup>。该方法具有安全性高、创伤小、并发症少的优点,能在短期内控制子宫肌瘤导致的月经量过多、过频和经期延长等临床症状,使子宫肌瘤体积缩小,并缓解盆腔压迫和贫血症状,同时还能保留子宫和卵巢正常的生理功能,已经逐渐为患者所接受。本文现就10例子子宫肌瘤患者介入治疗的预见性护理效果及体会作一报道。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 2009~2010年,我科介入治疗子宫肌瘤患者10例,年龄32~48岁。均已婚已育,且无生育要求。患者的临床表现主要为经期延长、月经量过多,均伴有不同程度的贫血;妇科和B超检查后确诊为子宫肌瘤。其中多发性子宫肌瘤9例,

单发性子宫肌瘤1例;瘤体65 mm×53 mm~33 mm×35 mm。

1.2 方法 10例患者在月经干净后3~7 d进行介入治疗。采用 Sdleimger 技术,经右股动穿刺,放置5F导管,超选择插入双侧子宫动脉内,尽可能远地超选择插管至瘤体供血动脉分支内,以减少正常子宫组织的损伤,经造影证实后注入碘化油3 ml和平阳霉素6 mg 乳化剂,再次造影见混合液沉积良好。

1.3 结果 经细致、精心的介入治疗及护理,10例子子宫肌瘤患者术后均恢复良好,未发生护理并发症。

### 2 护理

2.1 心理干预 子宫肌瘤患者介入治疗前主要存在不了解手术过程、担心手术不成功、害怕手术时疼痛、害怕手术创伤、担心疾病复发、担心麻醉、担心影响以后的工作生活、担心手术费用昂贵、焦虑失眠紧张等<sup>[2]</sup>。针对患者的心理反应进行宣传 and 逐一讲解,并把相关的一些资料和文献编辑成册,发到每个患者手里,生动直观地向患者及家属详细介绍介入手术具有的创伤小、疗效确切、恢复快、并发症少、可再生育等优点,能避免开腹手术切除子宫给患者带来生理和心理上的创伤。介绍本科开展此类手术的

[收稿日期] 2011-03-25

[作者单位] 海军安庆医院,安徽 安庆 246003

[作者简介] 杨爱英(1970-),女,主管护师。

情况以及成功病例,解除其心理负担,取得患者的配合,以最佳的心理状态接受治疗。同时取得家属的理解和支持。

2.2 术前护理 术前 1~2 天给予患者清淡易消化少渣饮食。饥饿还可使交感神经兴奋,易产生烦躁、焦虑、紧张情绪,这些都是诱发血管迷走反射(VVR)的因素<sup>[3]</sup>,故将术前禁食 12 h 改为禁食 4 h,可防止低血糖及诱发 VVR。术前 2 天开始卧位排尿训练,术前常规检查、碘过敏试验、备皮(双侧)。检查穿刺侧远端动脉搏动情况,做好记录以便术后对照。如患者过度紧张,必要时遵医嘱使用镇静剂。

2.3 术后预见性护理干预 (1) 生活及饮食护理:科学安排术后卧床时间,卧床时间由原来 24 h 缩短为 12 h。卧床时间的缩短可减轻制动后的腰酸背痛,增加活动量,促进肠蠕动,减轻腹胀便秘。术后如无呕吐可进清流饮食,鼓励多饮水,以利于造影剂的排出。(2) 穿刺部位出血护理:穿刺侧肢体砂袋压迫 6 h,观察穿刺点出血有皮下血肿发生,保持伤口清洁并每日更换无菌敷料,注意有无感染征;(3) 下肢静脉血栓形成的预见性护理:动脉穿刺是一种有创操作,可能使血管内膜受损,造成血栓形成,另外血管栓塞剂也有可能脱落形成血栓。我们加强巡视病房,注重观察穿刺侧肢体足背动脉搏动情况,如减弱,一般为包扎过紧,可松解绷带至足背动脉搏动正常。观察患者下肢皮肤颜色、温度情况,如有疼痛、麻木、运动障碍等异常及时报告医生。本组 10 例患者术后未发生下肢静脉血栓形成。(4) 尿潴留预见性护理:介入治疗后患者需长时间平卧、穿刺肢体制动,活动和下床受限,且患者担心穿刺处出血、术后疼痛等多种因素,造成床上排尿不畅,出现尿潴留。通过术前卧位排尿训练、训练排尿反射、缩短卧床时间等护理干预后,术后排尿困难和尿潴留发生率下降。

2.4 术后并发症的预见性护理干预 (1) 疼痛的护理:子宫动脉栓塞术以下腹痛为主,少部分合并腰痛;若栓塞过程中出现严重的栓塞返流,则可能出现臀部及下肢的疼痛。一般术后 6~8 h 下腹疼痛剧烈,疼痛作为该手术后的首要并发症,它的减轻可使其他并发症的发生也随之减少。我们采用移情、暗示、音乐等方法分散患者注意力,轻度疼痛可不做处理,剧烈疼痛患者可使用自控镇痛麻醉(PAC),或注射镇痛剂的方法多能耐受。同时向患者解释,一般栓塞后症状明显的往往其疗效快且显著,消除其顾

虑。(2) 发热的护理:术后患者有不同程度的发热,一般不超过 38℃。术后早期的发热,尤其是术后当天的高热多为栓塞剂、造影剂的反应;后期的发热多为坏死组织的吸收热;术后一段时间后发生的高热或低热转为高热则提示有合并感染的可能。监测体温变化,每天 4 次,若出现高热应寻找原因并予物理药物降温,鼓励多饮水,出汗多时应注意及时更换汗湿的衣被,防止受凉。(3) 呕吐的护理:发生于术后 48 h 内,多为造影剂反应引起。我们遵医嘱给予止吐药物对症治疗可缓解。(4) 阴道不规则流血的护理:主要为栓塞术后子宫内层或黏膜下肌瘤坏死脱落引起。给予口服止血药即可,但需注意防感染。嘱患者个人卫生,保持会阴清洁,勤换内裤,禁盆浴及性生活。(6) 阴道分泌物增多的护理:多为黄色、脓性,伴臭味,是宫腔内坏死内膜或肌瘤组织液化,经阴道排出时合并感染所致。应仔细观察阴道排出物的颜色、性状、气味。加强抗感染治疗,给予局部冲洗及静脉使用抗生素治疗,多能改善。

### 3 讨论

子宫动脉栓塞是治疗子宫肌瘤的新方法之一,随着新技术的开展对护士工作也有更高的要求,预见性护理是护士有目标的、有预见性地为护理对象提供最优质服务的科学工作方法,遵循先预防后治疗的原则,可消除护理不良事件的隐患或一旦发生及时给予正确而有效的治疗<sup>[4-6]</sup>。通过对 10 例子宫肌瘤介入治疗病人针对性的心理护理、术前、术后的全程监护,对可能发生的并发症如疼痛、发热、呕吐、阴道流血等进行有效评估,实施相应的预见性护理措施,疏导患者不良情绪,可提高患者的依从性,减少各种并发症的发生,减轻术后不良反应,缩短患者的住院时间。

#### [参 考 文 献]

- [1] 姜陵. 子宫动脉介入治疗[J]. 中国实用妇科和产科杂志, 2001, 17(3): 133.
- [2] 肖春芳, 刘秀玲. 护理干预对子宫肌瘤患者介入治疗前焦虑心理的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2008, 14(18): 87-88.
- [3] 王丽姿. 冠状动脉造影术前禁食方法的探讨[J]. 实用护理杂志, 1998, 14(2): 67-68.
- [4] 李云艳. 护理干预对子宫肌瘤介入栓塞术后并发症发生及康复的影响[J]. 中国医药指南, 2010, 8(14): 310.
- [5] 黄欧平, 张晓玲. 妇产科血管介入治疗的副反应和并发症[J]. 实用妇产科杂志, 2005, 21(4): 206.
- [6] 龚永充, 孔健, 曹满瑞. 子宫动脉栓塞治疗子宫肌瘤的并发症及防治[J]. 实用放射学杂志, 2002, 18(9): 793.

(本文编辑 章新生)