

遍存在^[9-10];其中抑郁发生率高达 16.00%,焦虑症状的发生率为 42.90%,而高龄初产妇的心理负担更重,研究表明,高龄孕产妇的早产、胎膜早破、产后出血以及新生儿窘迫、新生儿窒息、新生儿窒息的比率均明显高于非高龄产妇^[11]。

本研究纳入的 102 例高龄初产妇的心理特征主要表现为:紧张、焦虑、忧郁、恐惧。梅志雄等^[12]也发现产妇普遍存在焦虑、抑郁情绪,而且与她们的学历、职业及社会支持密切相关,学历越高、社会支持越低,其焦虑、抑郁分值越高;约 97%的高龄初产妇担心自己年龄大了,害怕待产过程中出现产程异常,造成难产或产后出现大出血;因此,帮助高龄产妇建立阴道顺产的信心,消除产前紧张焦虑等负面情绪,对能否正常顺产尤为重要,是能否成功阴道顺产的关键。研究表明,语言心理护理能够明显消除高龄初产妇的负面情绪,帮助产妇建立起能够完成顺产的信心。

综上所述,语言护理能明显提升高龄初产妇阴道顺产的比率,能减轻产妇的产前、产中的心理负担,缓解产妇的不良情绪,值得临床推广。

参考文献

[1] 陶秀英,张秀平,穆微霜.高龄初产妇的心理特征及护理[J].中华全科医学,2009,7(3):316.
 [2] Canterino JC, Ananth CV, Smulian J, et al. Maternal age and risk of fetal death in singleton gestations: USA, 1995-2000[J]. J Matern Fetal Neonatal Med, 2004, 15(3): 193-197.
 [3] Diego MA, Jones NA, Field T, et al. Maternal psychological distress, prenatal cortisol, and fetal weight[J]. Psycho-
 • 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.11.054

som Med, 2006, 68(5): 747-753.
 [4] 刘冰艳,熊红梅,林琦琦.护理分娩期产妇的语言技巧[J].医学理论与实践,2001,14(2):174-175.
 [5] 郑艳.心理干预在高龄产妇分娩中的应用研究[J].当代医学,2010,16(6):14-15.
 [6] 谷香珍,薛慧英.孕妇情绪障碍对分娩及产后影响的临床分析[J].中国民康医学,2006,18(6):180,183.
 [7] 肖毅,王海燕,谭丽清.焦虑和抑郁对初产妇分娩方式及产后出血的影响[J].齐齐哈尔医学院学报,2008,29(17):2086-2087.
 [8] 曾丽浓,林红浪,叶瑞容.围产期妇女社会心理学因素对分娩过程生物学指标的影响探讨[J].齐齐哈尔医学院学报,2007,28(4):494.
 [9] Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Wulff M, et al. Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study[J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2006, 85(8): 937-944.
 [10] Adewuya AO, Ola BA, Aloba OO, et al. Prevalence and correlates of depression in late pregnancy among Nigerian women[J]. Depress Anxiety, 2007, 24(1): 15-21.
 [11] 张焯.高龄产妇妊娠特点的临床分析[J].中国中医药咨讯,2010,2(3):133.
 [12] 梅志雄,黄敏.孕妇焦虑抑郁相关因素与分娩的关系:附 180 例临床分析[J].南方医科大学学报,2006,26(8): 1203-1204.

(收稿日期:2014-11-18 修回日期:2015-01-26)

腹腔镜全子宫切除术护理优势的原因分析

李敏香,黄李芸,陈丽娟

(海南省农垦总医院妇产科,海南海口 570311)

[中图分类号] R713.4

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)11-1577-02

全子宫切除术是妇产科常见的手术,包括经腹全子宫切除术、阴式全子宫切除术及腹腔镜下全子宫切除术 3 种术式。经腹全子宫切除术虽然适用范围广,但创伤大,术后恢复慢;阴式全子宫切除术存在手术适应证范围小,视野小,术野暴露不完全等缺点;而腹腔镜全子宫切除术可直接观察盆腔内结构,准确分离子宫韧带,止血效果好,手术侵袭性小,对盆腔组织损伤小,出血量少,不仅同时具有开腹手术和阴式手术的优点,又能克服二者的缺陷^[1],在妇科应用范围不断扩大,患者及家属易接受。本院 2011 年 1 月至 2012 年 12 月收治的择期行全子宫切除术患者 181 例,分别采用开腹全子宫切除术、阴式全子宫切除术及腹腔镜全子宫切除术,作者对患者的临床资料及疗效进行比较,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2011 年 1 月至 2012 年 12 月本院收治的择期行全子宫切除术患者 181 例,其中行腹腔镜全子宫切除术患者 60 例(腔镜组),年龄 38~69 岁,平均 44.32 岁;开腹全

子宫切除术患者 65 例(开腹组),年龄 36~70 岁,平均 45.14 岁;阴式全子宫切除术患者 56 例(阴式组),年龄 39~74 岁,平均 46.73 岁。3 组患者的年龄、疾病类型比较,差异无统计学意义($P>0.05$),见表 1。

表 1 3 组患者基本资料比较[n(%)]

项目	腔镜组(n=60)	开腹组(n=65)	阴式组(n=56)
子宫肌瘤	32(53.33)	39(60.00)	33(58.92)
子宫腺肌症	11(18.33)	15(23.07)	8(14.29)
宫颈上皮肉瘤变Ⅲ级	2(3.33)	2(3.07)	2(3.57)
子宫内膜不典型增生	5(8.33)	3(4.61)	3(5.36)
子宫脱垂	10(16.67)	6(9.23)	10(17.86)

1.2 方法

1.2.1 心理护理 首先用真诚的语言取得每位患者的信任,然后根据不同年龄、文化程度和接受能力采取不同的解释方式,使患者轻松愉快地接受手术。

1.2.2 术前准备 3 组患者术前准备基本相同,如常规阴道冲洗 3 d、灌肠、备皮、配血等,但特别强调腹腔镜组要清洁脐部,因为腹腔镜手术脐部为气腹针穿刺点,既要彻底清除脐孔内的污垢,又要保证脐孔内皮肤完好无损,无感染。

1.2.3 术后护理 3 组患者术后护理也基本相同,如密切观察生命体征,做好各种引流管护理,鼓励尽早下床活动,不能下床者也应床上多翻身,做好饮食指导,观察切口有无渗血及阴道有无流血,保持外阴清洁等。

1.2.4 观察指标 观察 3 组患者的护理满意度,护理满意度采用自行设计的问卷进行调查,由护士在患者出院前 1 d 发放并收回,问卷收回有效率为 100.00%。观察 3 组患者术后肛门排气时间,止痛药使用率及尿路感染发生率等。

1.3 统计学处理 所有数据采用 SPSS13.0 统计软件进行分析,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 *t* 检验;计数资料用率表示,组间比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 3 组患者满意度比较 开腹组患者的满意度为(78.52±6.05)分,阴式组患者的满意度为(82.42±5.11)分,腹腔镜组患者的满意度为(97.32±1.87)分,腹腔镜组患者的满意度高于开腹组和阴式组,均差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.2 3 组患者手术效果比较 与腹腔镜组比较,开腹组和阴式组术后肛门排气时间、止痛药使用率、术后下床活动时间、尿管留置时间及尿路感染发生率明显增加,均差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2 3 组患者手术效果比较

项目	开腹组 (n=65)	阴式组 (n=56)	腹腔镜组 (n=600)
使用止痛药[n(%)]	49(75.38)	35(62.50)	17(28.33) ^a
尿路感染[n(%)]	3(4.62)	2(3.57)	0 ^a
肛门排气时间($\bar{x} \pm s$,h)	40.23±12.35	38.15±10.22	16.34±9.41 ^a
尿管留置时间($\bar{x} \pm s$,h)	24.42±23.50	46.48±10.39	5.12±2.24 ^a
下床活动时间($\bar{x} \pm s$,h)	24.42±23.50	48.27±6.55	6.51±3.07 ^a

^a: $P < 0.05$,与开腹组、阴式组比较。

3 讨 论

近年来,临床上出现大量因妇科良性疾病需切除子宫的病例,对患者的机体及心理等方面均造成极为不利的影 响,也极大地影响到患者的生存质量^[2]。而一种安全性高,创伤性小,术后恢复快,对生活影响小的切除途径是最理想的手术方式,这是目前争议较多又直接影响临床实践的热点问题^[3]。

自从腹腔镜下全子宫切除术后,腹腔镜技术在妇产科领域飞速发展,它不仅拓展了阴式全子宫切除术的适应证,而且降低了开腹全子宫切除术的创伤风险,在促进患者早期功能恢复和改善生活质量方面具有非常重要的意义^[4]。本结果显示,腹腔镜组患者的满意度明显高于其他两组。术后效果比较,开腹组手术切口大,对内环境干扰大,术中出血多,并发症发生率也相对较高^[5],术后患者镇痛率高,2~3 d 才能下床活动,胃肠功能恢复较慢,尿管留置时间长,尿路感染率也较高。因此,患者术后心理负担重,需要护理人员花较多的时间及精力做心理护理和生活护理。阴式组虽然有腹腔干扰小,不留任何瘢痕等微创手术的优点,但其各项比较指标都明显高于腹腔镜组。而腹腔镜手术患者由于创伤小(伤口一般使用创可贴,如无渗血无需换药)、疼痛轻、伤口愈合快、对盆腔内环境干扰小及发生粘连

少^[6],并发症发生率低^[7],术后 8 h 即可下床活动,胃肠功能恢复较快^[8],感染概率小,一般术后 3~4 d 即可出院。由此可见,腹腔镜手术明显减少护士的基础护理工作量,减轻护士劳动强度,使护士有更多的时间与患者进行心理沟通及健康宣教,使患者能更好地配合手术并且早日康复。因此,深受广大患者和医务人员欢迎。

腹腔镜手术之所以在各个方面有较为明显的优势,可能与其微创对患者的生理、心理影响均较小,术后恢复较快,患者所承受的机体疼痛及心理压力均较小有关^[9]。腹腔镜全子宫切除术可取代大部分经典的开腹手术^[10]及经阴道子宫切除困难的病例,具有手术操作视野清晰,能够安全快速地进行粘连及附件分离,出血量少,腹部创口小而美观,手术疼痛较轻,住院时间短,恢复较快,还能够避免术后的阴道残端感染出血等并发症,是一种疗效安全,可靠的手术方式^[11],它不仅适用于阴式操作有困难的患者,还适用于子宫颈及子宫内膜 Ca 前病变,宫颈原位 Ca 和肥胖患者等^[12]。总之,腹腔镜全子宫切除术是治疗子宫良性疾病理想的首选术式。

参考文献

- [1] 范建敏.腹腔镜辅助阴式全子宫切除与开腹全子宫切除的临床对比分析[J].中国实用医药,2012,7(30):49-50.
- [2] 李爱红,吴有为.不同子宫切除术式对女排便功能的影响[J].实用妇产科杂志,2000,17(3):161-162.
- [3] 罗雪芹,尹春华.腹腔镜下子宫肌瘤剔除术 40 例报道[J].社区医学杂志,2009,7(1):35-36.
- [4] 龙美莲.阴式及经腹全子宫切除术的临床比较[J].医学临床研究,2011,28(4):779-780.
- [5] 岑慕贞,钟剑洪,林冷.腹腔镜下全子宫切除术与剖腹全子宫切除术两种术式的临床对比分析[J].中国妇幼保健,2005,20(5):544-545.
- [6] 杨雪云,刘昌凤.腹腔镜下与开腹全子宫切除术临床效果比较[J].福建医药杂志,2011,33(2):63-64.
- [7] Malzoni M, Perniola G, Perniola F, et al. Optimizing the total laparoscopic hysterectomy procedure for benign uterine pathology[J]. Am Assoc Gynecol Laparosc, 2004, 11(2):211-218.
- [8] 汪俊涛,高原.腹腔镜全子宫切除术 25 例临床分析[J].贵州医药,2008,32(9):818.
- [9] Drahonovsky J, Pan M, Baresova S, et al. Clinical comparison of laparoscopy assisted vaginal hysterectomy (lavh) and total laparoscopy hysterectomy (tlh) in women with benign disease of uterus a prospective randomized study[J]. Ceska Gynekol, 2006, 71(6):431-437.
- [10] 郑举成.腹腔镜下全子宫切除术 218 例分析[J].北方医学,2010,7(4):32-33.
- [11] 谭广萍,曾定元,唐移忠.腹腔镜全子宫切除术 130 例的临床分析[J].广西医药,2007,29(3):360-361.
- [12] Eltabbakh GH, Shamonki MI, Moody JM, et al. Hysterectomy for obese women with endometrial cancer: laparoscopy or laparotomy[J]. Gynecol Oncol, 2000, 78(3 Pt 1): 329-335.