

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.21.052

超声消融联合孕三烯酮治疗子宫腺肌病的护理观察*

王艳, 罗爽, 何佳[△]

(四川省遂宁市中心医院妇产科 629000)

[中图分类号] R737.33

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)21-3018-02

子宫腺肌病多发生于 30~50 岁生育期妇女,近年来发病率不断上升,影响了育龄妇女的身心健康,药物治疗仅可暂时控制症状,大多数育龄患者难以接受手术子宫切除^[1-3]。目前,超声消融治疗子宫腺肌病的微无创治疗模式越来越受到广大患者的关注^[4]。超声消融技术自上世纪九十年代以来虽已广泛应用于临床,但大多数患者对此了解不多,由此产生各种各样的心理反应、甚至心理障碍,同时患者因文化背景不同,而对术后服药产生不同认识误区。目前,国内外还未对超声消融的护理进行规范化的统一;因此,本研究旨在探讨子宫腺肌病患者超声消融联合药物治疗的围术期的护理方法,希望寻求一种规范化护理模式应用于临床护理。

1 资料与方法

1.1 一般资料 纳入 60 例本院妇科住院患者,24~35 岁 46 例,36~45 岁 10 例,46~50 岁 4 例,其中有生育要求 26 例。所有患者均经过彩超、MRI 确诊为子宫腺肌病。将患者随机分为对照组(30 例)和研究组(30 例),并进行常规的生命体征、生化等指标观察。对照组平均年龄(35.6±4.7)岁,平均体质量(56.4±9.2)kg;研究组平均年龄(36.1±5.2)岁,平均体质量(54.8±8.3)kg。两组的一般情况比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 设备 HIFU 治疗设备:采用 JC200 型高强度聚焦超声治疗仪(重庆海扶技术有限公司),该系统主要将体外高能超声波通过皮肤聚焦于体内病变组织,达到瞬间高温,使病变组织发生凝固性坏死,坏死组织逐渐被吸收或纤维化,从而达到治疗目的。

1.3 高强度聚焦超声治疗联合药物治疗 患者在镇静镇痛下俯卧于治疗台,治疗中操作者通过超声监控确定治疗、范围层面及治疗参数(频率 0.85 Hz,定点 1~2 s,休息 2~6 s,定点可持续 20~40 s,功率 400 W)。患者接受高强度聚焦超声治疗后第 1 天口服孕三烯酮,用法:2.5 mg 每周 2 次,连续 6 个月为 1 疗程。每 3 个月复查肝功能,必要时给予保肝药。

1.4 护理方法

1.4.1 对照组 (1)治疗前护理常规。①一般护理:术前指导患者完善各项检查。②治疗前 1 d 行流质饮食、治疗前插尿管,并以温热的生理盐水行膀胱灌注,保证治疗时膀胱充盈。③术前 20 min 对患者治疗区皮肤用 75%乙醇擦拭进行脱脂处理,并用真空泵进行脱气处理。(2)治疗术中护理常规:协助患者取俯卧位,告知其不要随意更换体位。治疗中密切观察治疗区域皮肤与治疗探头是否接触紧密,以便及时添加脱气水,如有移位应及时通知医师暂停治疗,重新定位。治疗中患者如诉疼痛、发热等异常,及时检查,必要时可暂停治疗或根据

患者的术中反应适当调节治疗功率。(3)术后护理:及时检查患者治疗区皮肤有无红肿或灼伤等,送入病房,观察生命体征及一般情况(如尿液颜色、大便情况等),以排除膀胱和直肠等损伤;指导患者术后口服药物及相关注意事项。

1.4.2 研究组 在常规护理的基础上加强健康教育及心理护理干预,具体如下。(1)健康教育:患者入院后制定相关的护理流程,主管护士为患者提供高强度聚焦超声消融子宫腺肌病科普小册、针对患者的问题做出详细的解释,带领患者观看子宫腺肌病治疗过程模拟视频,使患者及家属明白高强度聚焦超声治疗的原理,解除其对高强度聚焦超声可能引起的辐射、烧伤等疑惑,并告知患者治疗前后注意事项。患者治疗前,组织 3~5 个患者经验交流会,让患者充分发言对子宫腺肌病、高强度聚焦超声治疗及对后续口服药物的认识、临床治疗体会及相关后续注意事项,护理人员根据患者各自存在的问题进行健康教育或护理指导。(2)心理护理:针对患者的不同文化层次,护理人员在患者入院后积极与主管医生沟通,了解手术安排,并向患者详细解释术前饮食、饮水的注意事项,确保配合;术中患者需要较长时间体位配合,在治疗中容易高度紧张、恐惧,在治疗过程中主管护士实时陪伴进行必要的交流,进行心理疏导,与患者密切互动,消除患者消极心理,帮助患者树立积极的心态,配合治疗。术后主管护士对临床并发症积极观察,并进行复查时间安排及口服药物的指导。对临床患者彩超复查消融率不满意、服药难以坚持等患者,护理人员需要告知患者高强度聚焦超声消融吸收可持续在术后半年内,耐心向患者解释“良药苦口利于病”,使之患者增加信心,巩固治疗上的依从性并指导患者正确的服药方法;同时好家属思想工作,取得家属配合。

1.5 观察指标 (1)采用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)表对患者护理前后心理状态进行评分。抑郁自评量表评分共 20 题,每小题 5 分,总分 100 分,得分小于 50 分的患者提示无抑郁,50~60 分的患者为轻度抑郁,61~70 分的患者为中度抑郁,71~100 分的患者为重度抑郁。采用焦虑自评量表对干预组和对照组治疗前后的焦虑状态进行评分,焦虑自评量表评分共 20 题,每小题 5 分,总分 100 分,得分小于 50 分的患者提示无焦虑,50~60 分的患者为轻度焦虑,61~70 分的患者为中度焦虑,71~100 分的患者为重度焦虑。(2)术后 6 个月调查口服药物情况、复查情况、病灶吸收率及对护理满意度评分。

1.6 统计学处理 采用 SPSS16.0 统计学软件对观察的数据进行分析处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

* 基金项目:四川省科技进步项目资助课题(9512015Y1127)。

作者简介:王艳(1971—),主管护师,主要从事临床护理工作。 △ 通讯

2 结 果

对照组术后 6 个月复查率 98%，口服药物率 86.9%，研究组复查率 100%，口服药物率 100%，对照组护理满意度 80.2%，研究组护理满意度 100%。研究组复查率、口服药物率、对护理满意度显著高于对照组。对参与复查患者定期行肝功能监测，术后 6 个月复查均未见明显异常。研究组患者病灶吸收率 61.5%，对照组患者病灶消融率 60.8%，两组患者病灶吸收率差异无统计学意义($P>0.05$)。患者护理前后焦虑、抑郁心理情况，护理前两组基线一致，差异无统计学意义($P>0.05$)，经护理干预后，结果显示研究组患者护理后 SAS、SDS 评分改善明显优于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)，见表 1。

表 1 两组护理前后 SAS、SDS 评分比较($\bar{x}\pm s, n=30$)

组别	SAS 评分		SDS 评分	
	护理前	护理后	护理前	护理后
研究组	59.35±3.83	37.37±3.17*	57.49±4.73	32.26±2.81*
对照组	56.57±4.12	49.64±3.23	58.72±2.29	51.80±1.16

*: $P<0.05$, 与对照组相比。

3 讨 论

子宫腺肌病近年来发病率逐渐增高。临床表现以进行性痛经、月经过多及不孕为主，对女性身心健康、生活质量及生育功能都有明显影响^[7-9]。目前，临床主要治疗方式包括手术及药物治疗，但均有其利弊。药物治疗只能暂时缓解症状，而手术对患者的内分泌或生育能力有一定的负面影响。高强度超声聚焦刀(HIFU)是一种近年来新兴的无创治疗手段 其优点是无创伤、无需麻醉，安全可靠，可一次性治疗多处病灶，可重复性好。目前，逐渐受到广大患者的青睐。

通过临床护理观察发现，患者在治疗前、治疗中及治疗后大多数会产生焦虑、恐惧的心理，甚至有患者担心高强度聚焦超声有辐射、未消融病灶的转归是否恶变等。针对这些问题，高强度聚焦超声工作组制作《HIFU 小手册》，由护士发送给患者，以解决患者术前术中术后相关问题。同时加强护理人员对高强度聚焦超声治疗原理、流程的认识。做好 HIFU 患者术前中心心理疏导，术后严密观察。本研究发现在进行健康教育及心理护理后，两组患者的 SAS、SDS 时评分与各入院时均有明显下降；其中，一对一护理组焦虑/紧张情绪明显好于对照组。

孕三烯酮是常规治疗子宫腺肌病的药物，其可造成体内低雌激素状态，起到药物暂时去势状态而达到治疗目的^[10]。但其治疗周期长(6 个月)，患者往往缺乏耐心按疗程服药，且对药物的副作用有一定担心。本研究证实术前对患者进行心理疏导，术后护理人员组织交流会，针对患者可能存在的问题进行早期干预、并建立患者的定时复查档案，有利临床观察及患者口服药物的监督及管理、对术后口服药物肝功进行定期监测，如发现异常及时对症治疗。临床观察发现，在医患交往中，患者逐渐形成一种对医务人员的信任及对医疗流程的了解以及配合，坚持完成预定的临床医疗观察。研究组患者 100%完

成复查，口服药物率 100%，护理满意度 100%。因此，一对一的护理模式在超声消融联合孕三烯酮治疗子宫腺肌病中，可以明显缓解患者术前紧张、焦虑情绪，在一定程度上对提高术后疗效可能有积极作用。

患者良好的医疗配合度除了医患沟通，关键是优质护理，护理工作是医疗中重要的组成部分，护士不但要会护理，而且要解释清楚、耐心的沟通、关注不同患者的心理需求，以人为本，进行疾病相关的健康教育、心理护理，使患者明白疾病转归过程，积极配合治疗，才能达到最满意的临床疗效。

参考文献

- [1] Cheng MH, Wang PH. Uterine myoma; a condition amenable to medical therapy? [J]. Expert Opin Emerg Drugs, 2008, 13(1): 119-133.
- [2] Pron G. New uterine-preserving therapies raise questions about interdisciplinary management and the role of surgery for symptomatic fibroids [J]. Fertil Steril, 2006, 85(1): 44-45.
- [3] Ben-Shian Huang, Kok-Min Seow, Kuan-Hao Tsui, et al. Fertility outcome of infertile women with adenomyosis treated with the combination of a conservative microsurgical technique and GnRH agonist: Long-term follow-up in a series of nine patients [J]. Taiwan J Obstet Gynecol, 2012, 51(3): 212-216.
- [4] Raiga J, Bowen J, Glowaczower E, et al. Failure factors in endometrial resection 196 cases [J]. Gynecol Obstet Biol Reprod, 1994, 23(3): 274-278.
- [5] Tropeano G, Amoroso S, Stasi C, et al. Incidence and predictive factors for complications after uterine leiomyoma embolization [J]. Hum Reprod, 2014, 29(9): 1918-1924.
- [6] 魏佑荣, 黎克全, 黄国华, 等. 高强度聚焦超声消融子宫肌瘤及子宫腺病的临床疗效分析 [J]. 中国超声医学杂志, 2010, 26(12): 1133-1136.
- [7] Wang PH, Su WH, Sheu BC, et al. Adenomyosis and its variance; adenomyoma and female fertility [J]. Taiwan J Obstet Gynecol, 2009, 48(3): 232-238.
- [8] Osada H, Silber S, Kakinuma T, et al. Surgical procedure to conserve the uterus for future pregnancy in patients suffering from massive adenomyosis [J]. Reprod Biomed Online, 2011, 22(1): 94-99.
- [9] Kennedy JE, Ter Haar GR, Cranston D, et al. High intensity focused ultrasound; surgery of the future? [J]. Br J Radiol, 2003, 76(909): 590-599.
- [10] 王云霞, 刘萍, 陈支媛. 米非司酮及孕三烯酮用于卵巢子宫内膜异位症腹腔镜术后治疗的临床观察 [J]. 中国妇幼保健, 2007, 22(2): 221-223.

(收稿日期: 2015-02-15 修回日期: 2015-04-09)